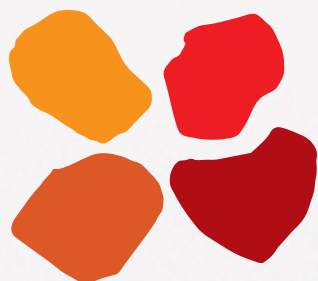


Together we care



Ziekenhuizen als schakels
in een keten van zorg



zorg net

VLAANDEREN

INHOUD

Woord vooraf	9
Inleiding	10
<i>Together we care? Waardegedreven keuzes in de gezondheidszorg</i>	22
De patiënt: zorgontvanger, zorgvrager of onze partner in de zorg? <i>Willeke Dijkhoffz</i>	28
Hoofdstuk 1	
<i>Ziekenhuiszorg in Vlaanderen</i>	34
1.1. Opnames: ziektebeelden, frequentie en duur	35
1.2. Ziekenhuizen: aantal en grootte	38
1.3. Betaalbare en toegankelijke zorg?	40
1.4. Kwaliteit van zorg: tevredenheid en <i>outcome</i> resultaten	42
Parameters voor kwaliteit	42
Kwaliteitsinspanningen	47
Knelpunten voor optimaliseren kwaliteit van zorg	48
1.5. Impact van chronische aandoeningen op de zorgvraag	50
1.6. Impact van de vergrijzing op de zorgvraag en het budget	50
1.7. Impact van het Europees recht op de gezondheidszorg	54
Gezondheidszorg steeds minder een nationale bevoegdheid	54
De impact van de EU: enkele concrete thema's	58
Trends: europeanisering, legitimatie, transparantie en consistentie	65
<i>Noten hoofdstuk 1</i>	68
Hoofdstuk 2	
<i>Aanpassingen aan het zorgsysteem: internationale aanbevelingen</i>	74
2.1. De omslag naar chronische zorg	75
Gezondheidszorgonderzoek	76
Opleidingen	77
Financiering	78
Wijze van zorgverlening	78
Kwaliteitsopvolging	79
2.2. Duurzame zorg	79
2.3. Patiënt aan zet	82
2.4. Onderbouwd gezondheidsbeleid	84
2.5. Performantere preventie	86
2.6. Conclusie	88
<i>Noten hoofdstuk 2</i>	90


Hoofdstuk 3	
Continuïteit van zorg	92
3.1. Nood aan geïntegreerde zorg - Aad de Roo	93
3.2. Solutionshop versus value adding proces model	96
3.3. Geïntegreerde zorgsystemen: buitenlandse voorbeelden	97
3.4. Netwerken bouwen	99
Verdere schaalvergroting?	99
Onderlinge taakafspraken en echelonnering	101
Netwerkbenadering vanuit de meerwaarde voor de patiënt	102
Horizontale netwerken	104
Verticale netwerken	105
Kritische randvoorwaarden voor de succesvolle uitbouw van netwerken	107
3.5. Lijnen overbruggen	108
Eerstelijnszorg	108
Lange-termijnzorg	109
Geïntegreerde zorg op buurtniveau	110
3.6. Leren standaardiseren	110
3.7. Conclusie	111
Noten hoofdstuk 3	113

Hoofdstuk 4	
Technologie van morgen	116
4.1. ICT als ondersteuning van de zorg	117
Procesverbetering door informatisering	117
Meaningful use: leidraad voor de lange termijn	118
Kiezen voor projecten	119
Nieuwe governance-structuren voor een optimale uitrol	120
Maximale uitwisselbaarheid van gegevens	121
Een goede marktwerking voor essentiële software	121
Registratie: een doorgedreven vereenvoudiging als belangrijke motivatie	122
Hervorming van het tarificatie- en facturatiesysteem	123
Een goede afstemming tussen de beleidsniveaus	123
Adequate financiering	124
Opleiding en informatieverstrekking	124
4.2. Centralisatie en decentralisatie in balans	124
Decentralisatie	124
Centralisatie	125
4.3. Innovatie	126
Patiëntgerichte innovatie	126
Beleidsgerichte innovatie	127
4.4. Conclusie	128
Noten hoofdstuk 4	129

Hoofdstuk 5	
Het nieuwe werken	131
5.1. Sociale innovatie	131
5.2. Interactie onderwijs-onderzoek-werkveld	132
5.3. De afstemming van vraag en aanbod	133
5.4. Re-engineering van de beroepsgroepen	137
Specialisatie versus geïntegreerde benadering	137
Multidisciplinaire, multiprofessionele invalshoek	139
Nieuwe functies	140
Verandering succesvol doorvoeren	142
Strategieën om zorgberoepen beter af te stemmen op de noden	142
5.5. Taken en functies: nieuwe combinaties	146
Functiedifferentiatie	146
Taakherschikking	150
Flexibele personeelsinzet: aanpassing van de regelgeving	151
Een correcte verloning	152
5.6. Conclusie	153
Noten hoofdstuk 5	155

Hoofdstuk 6	
Meer ondernemen met beperkte middelen	158
6.1. Het duale model achterhaald	159
De vier werelden van het ziekenhuis	159
Duale ziekenhuisfinanciering	161
De plaats van de arts in het ziekenhuis	164
Naar een meer geïntegreerd ziekenhuis	165
6.2. Inspiratie uit onze buurlanden?	166
Recente hervormingen	166
Betrokkenheid van artsen bij het ziekenhuisbestuur	167
Organisatie van de medische activiteit	168
Belangenbehartiging van medische specialisten	169
Statuut van de artsen	171
Financiering van de medische activiteit in het ziekenhuis	172
Samenwerking financieren: de Nederlandse DOT-aanpak	174
6.3. Voorstellen voor een geïntegreerd ziekenhuis	177
6.4. Meerwaarde betalen	180
Naar een <i>evidence based</i> financiering	180
Bevordering van de integratie gezondheid en welzijn	181
Verschillende oplossingen voor verschillende problemen	183
Financiële modellen voor een gecompliceerd probleem	184
Financiële modellen voor een complex probleem	190

6.5. Middelen vrijmaken om transitiekosten te dragen	191
De impact van EBM op medicatie	191
De impact van EBM op apparatuur	193
De impact van EBM op het aantal operaties	195
De impact van het niet naleven van de regelgeving op de gezondheidszorgkosten	196
De impact van het afwentelen van andere beleidskosten op de zorg	196
6.6. You get what you pay for. Naar een nieuw business model van zorg – Pieter Van Herck, Walter Sermeus en Lieven Annemans	197
Starten bij gekende opportuniteiten	197
Lessen van elders voor een nieuw businessmodel	203
Betaling voor accreditatie	208
Een slimme financiering in lijn met een slimme zorgorganisatie	210
Besluit: <i>You get what you pay for</i>	212
6.7. Conclusie	212
<i>Noten hoofdstuk 6</i>	216
Conclusies en beleidsaanbevelingen	220
Conclusions et recommandations de politique	224
Conclusions and policy recommendations	227
Bibliografie	231
Publicaties Zorgnet	244
Colofon	246



“ If the fundamental problem is the design of the system, then improvements in care cannot be achieved by further stressing current systems of care. The current systems cannot do the job. Trying harder will not work. Changing systems of care will. ”

(Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Institute Of Medicine 2001)

Inleiding

De behandelde thema's in dit boek werden bepaald op basis van een lang traject van toetsing in de sector. In mei 2012 werd een SWOT-analyse over de huidige ziekenhuiszorg uitgevoerd bij de ziekenhuizen aangesloten bij ICURO en Zorgnet Vlaanderen. Aansluitend werden de belangrijke stakeholders in de zorg bevroegd. Beide analyses werden vervolgens in verschillende sessies besproken met de Vlaamse ziekenhuizen¹ en met een denkgroep van jonge ziekenhuisartsen.² Als resultaat hiervan werden vier kernthema's als belangrijkste prioriteiten bepaald. Die werden bekrachtigd door het bestuurscollege algemene ziekenhuizen van Zorgnet Vlaanderen. De kernthema's vormen het raamwerk van het boek.

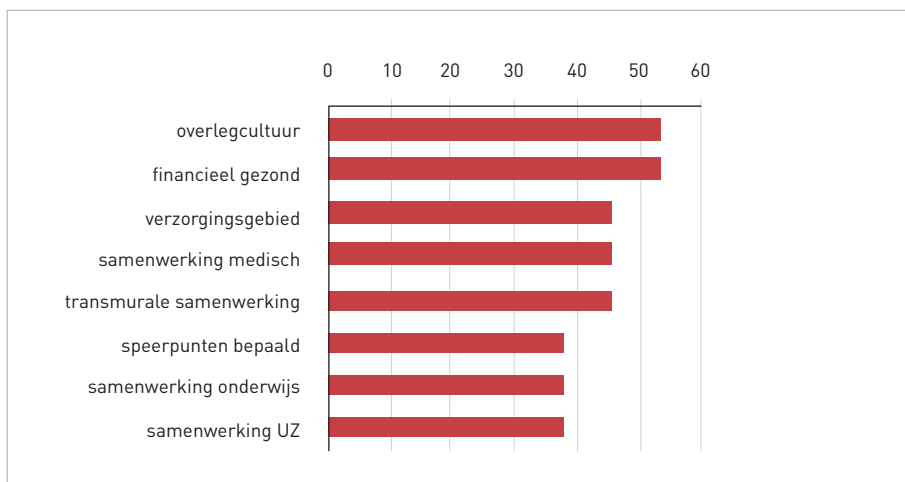
SWOT-analyse algemene ziekenhuizen

Hieronder geven we de resultaten weer van een SWOT-analyse die in mei 2012 werd uitgevoerd bij de Vlaamse acute ziekenhuizen aangesloten bij Zorgnet Vlaanderen en ICURO.³ 23% van de ziekenhuizen nam deel aan de analyse.⁴

Sterktes

Overlegcultuur en het financieel gezond zijn kwamen naar voren als de belangrijkste sterke punten. Daarbij werden elementen aangehaald als een goede verstandhouding tussen artsen, directie en raad van bestuur, met oog voor een multidisciplinaire aanpak op directieniveau, en een transparante en democratische besluitvorming. Volgende investeringsmogelijkheden (al dan niet via een bijzonder fonds) werden vaak vermeld als een sterk punt. Opvallend was de sterke aanwezigheid van samenwerkingsverbanden, zowel medisch (tussen disciplines) als transmuraal (met huisartsen en andere actoren). Ook de samenwerking met het onderwijs, zowel voor opleiding als voor onderzoek, en zeer expliciet de samenwerking met een universitair ziekenhuis, werden ervaren als een belangrijk sterk punt. Het vastleggen van speerpunten in de medische zorg was eveneens een frequent vermelde sterkte.

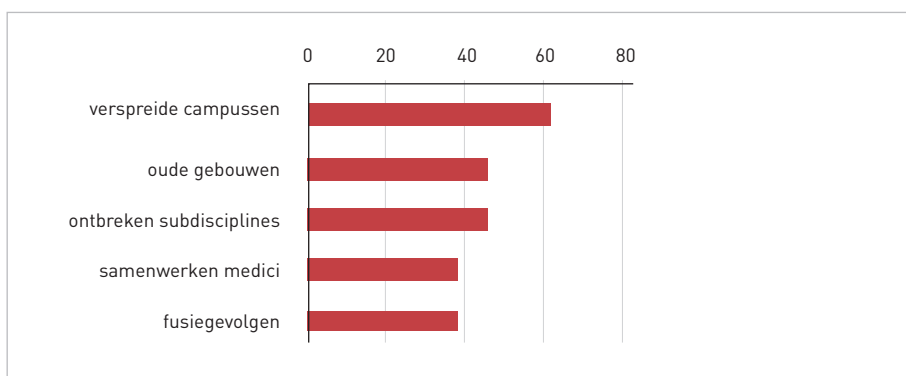
SWOT-analyse algemene ziekenhuizen (N=13): sterktes (%)



Zwaktes

De belangrijkste vermelde zwaktes waren de efficiëntieverliezen door het werken op verschillende campussen en verouderde gebouwen. Ook problemen inzake ergonomische werkomgeving, subspecialistische zorg, ICT-uitrol, veiligheid en circulatie van logistiek en mensen werden aangehaald. Frequent werd ook het ontbreken van bepaalde subdisciplines als een zwakte aangehaald, al dan niet gekoppeld aan het ontbreken van erkenningen voor bepaalde apparatuur (zoals NMR, PET, cathlab). Ook de samenwerking tussen artsen onderling en soms ook met de verpleegkundigen was in nogal wat ziekenhuizen een pijnpunt. Niet zelden werd dit gekaderd in de nasleep van de fusie.

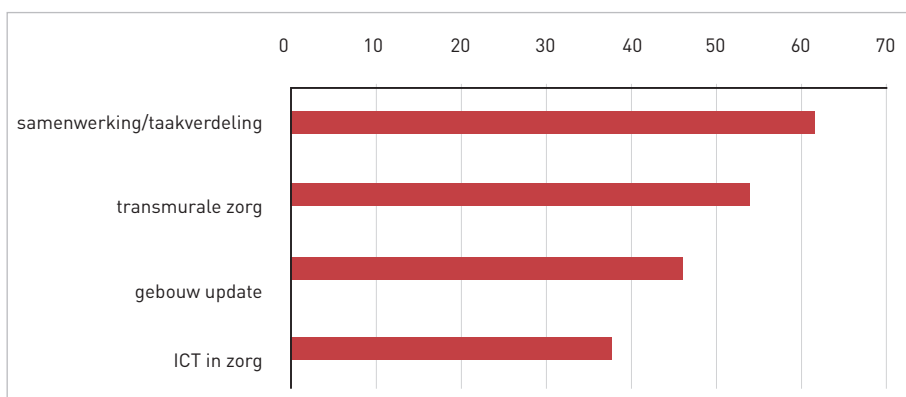
SWOT-analyse algemene ziekenhuizen (N=13): zwaktes (%)



Opportunities

De lijst van opportuniteiten werd aangevoerd door het aangaan van samenwerkingsverbanden en het onderling verdelen van de taken in een netwerkverband. Daarnaast werd het uitbouwen van een goede en gestructureerde samenwerking met de huisartsen vermeld, dit in het bredere kader van de transmurale zorg. Op de derde plaats stond het aanpassen van de infrastructuur aan de moderne noden en het samenbrengen op één vestigingsplaats. Als afsluiter was er frequent de verwachting dat ICT een belangrijke zorgondersteunende rol kan spelen.

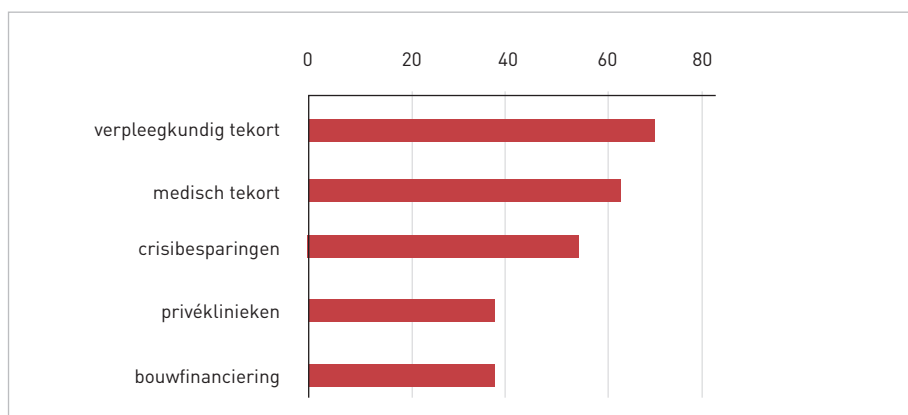
SWOT-analyse algemene ziekenhuizen (N=13): opportuniteiten (%)



Bedreigingen

De bedreigingen betroffen drie belangrijke thema's. Vooreerst de krappe arbeidsmarkt inzake verpleegkundigen, met vermelding van het probleem om de bijzondere beroepstitels en –bekwaamheden te kunnen aanwerven, en het opbod ten gevolge van de schaarste. Ten tweede werd het tekort aan sommige medische disciplines vermeld. Ook de gevolgen van de bankencrisis en de vrees voor nog meer besparingen in de zorg waren een belangrijke bezorgdheid. Ziekenhuizen gaven aan geconfronteerd te zijn met veel onzekerheden: inzake de besparingsimpact op het BFM, op forfaits, op nomenclatuur alsook de vaststelling dat steeds meer patiënten moeilijkheden hebben om hun factuur te betalen. De ziekenhuizen met lopende bouw dossiers vermeldden ook dat ze ongerust zijn over de grootte en de wijze van overheidstussenkomsten door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA)⁵ en over de gevolgen van de Vle staatshervorming. Ook de toename van commerciële privéklinieken werd door verschillende ziekenhuizen als een bedreiging geduid.

SWOT-analyse algemene ziekenhuizen (N=13): bedreigingen (%)



SWOT-analyse andere stakeholders in de zorg

We bevroegen ook experts van andere belangrijke stakeholders⁶ in de zorg. We polsten naar de manier waarop zij de toekomstige omgevingsfactoren zien evolueren en hoe de ziekenhuizen daarop volgens hen kunnen en moeten inspelen.

Omgevingsfactoren specifiek voor ziekenhuizen

Onderstaande tabel toont de prioriteiten in de omgevingsfactoren die de ziekenhuizen rechtstreeks aanbelangen.

Prioriteit	Omgevingsfactor	% (N=12)
1	Vergrijzing van patiënten en toename multipele aandoeningen	50
	Vraag naar transparantie inzake gemeten kwaliteit	
2	Vergrijzingsimpact op andere aspecten	33
3	Patiënten willen integrale benadering	25
	Diversiteit en toegankelijkheid (fysiek, taal, financieel)	

Onder de “impact van de vergrijzing op andere aspecten” werd verstaan: de vergrijzing van zorgprofessionals en mantelzorgers, maar bv. ook de impact op het aantal bloeddonoren. Bij integrale benadering werden niet alleen de integrale zorgbenadering vermeld maar ook het welzijnsaspect en aandacht voor een echt servicebeleid. Bij diversiteit en toegankelijkheid werden drie aspecten als belangrijk ervaren: het bewaken van de toegankelijkheid voor patiënten met een fysiek, een taal- of een financieel probleem. Daarnaast stipten de bevroagden nog andere elementen aan, zoals het rekening houden met de mondige, goed geïnformeerde en beter opgeleide patiënten, met daarmee samengaand de vraag naar meer transparante financiële informatie (over medische behandeling en verblijf). Er werd ook gewezen op het belang van de gepersonaliseerde (via DNA-analyse) geneeskunde voor preventie en behandeling. Die ontwikkelingen leidden tot een verwachtingspatroon van de patiënt dat in goede banen moet worden geleid.

Verwachtingen naar de ziekenhuizen

De volgende tabel geeft een samenvatting van de manier waarop de ziekenhuizen worden geacht op deze uitdagingen te reageren. Op de eerste plaats vragen de stakeholders de organisatie van een geïntegreerde, holistische zorg die de patiënt in zijn totaliteit benadert (zonder opdelingen tussen acute zorg en geestelijke gezondheidszorg, met een verdoordreven samenwerking tussen eerste-, tweede- en derdelijn). Die samenwerking moet meer en meer gebeuren op basis van zorgpaden die vertrekken vanuit *evidence based* richtlijnen, waarbij elementen als ketenzorg en *diseasemanagement* een plaats krijgen. Ook internationale samenwerking zou moeten groeien.

Prioriteit	Respons van ziekenhuizen	% (N=12)
1	Geïntegreerde holistische zorg via samenwerking	92
2	Aangepaste financieringsmodellen	58
3	Pre- en post-hospitaalbegeleiding verbeteren	50
	Aandacht voor zelfzorg / zelfmanagement en doelgroepenbeleid	

De bevroagden benadrukten ook zeer sterk de negatieve impact van het huidige financieringssysteem op samenwerkingsinitiatieven. Zo pleitten zij voor een geleidelijke verschuiving van de prestatiefinanciering naar performantiefinanciering, voor meer aandacht voor de kwaliteit versus de kost van zorg, en de nood om globale trajecten te financieren.

Onder het verbeteren van de pre- en posthospitaal begeleiding en zorg verstond men: het beter informeren en motiveren van patiënten vóór hun opname (bv. via groepscounselen). Meer aandacht voor zelfzorg en zelfmanagement van de patiënt werd concreetiseerd als een systematisch omgaan met informatie en educatie van patiënten en een goede ondersteuning door een met de patiënt overlegd opvolgingsbeleid.

Naast de bovenstaande prioriteiten werden nog tal van verwachtingen vermeld, zoals:

- De toepassing van EBM-praktijkrichtlijnen die rekening houden met multimorbiditeit;
- Het borgen en toetsen van kwaliteit via internationaal erkende accrediteringsinstanties;
- Het leren uit medische, verpleegkundige en andere incidenten, via een sectorbrede aanpak in een beleidscontext van *open disclosure*;

- Samenwerking tussen huisartsenwachtposten, voorzieningen geestelijke gezondheidszorg en spoeddiensten;
- Vroegtijdige interventies bij kinderen met geestelijke gezondheidsproblemen;
- Meer kosten- en efficiëntiebewustzijn;
- Een herziening van het HR-beleid, met onder meer taakherschikking en functie-differentiatie;
- Taakherschikking tussen ziekenhuizen met een sterke concentratie van topge-neeskunde in specifieke centra;
- Het belang van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en van de dataplatforms (HUB's);
- Het verhogen van de participatie van de patiënt;
- Een meer aangename (huiselijkere) omgeving voor chronische zorgfaciliteiten;
- *Health promoting hospitals*⁷ is een conceptuele optie die ook het preventieve aspect een zichtbare plaats zou kunnen geven in het ziekenhuisgebeuren.

Draagvlak bij de ziekenhuizen voor transitie

De Vlaamse ziekenhuizen schoven vier kernthema's naar voor, met een aantal subprioriteiten. Dat verklaart ook de accenten in het boek.⁸ We geven hierna kort de voor-naamste bedenkingen weer die in de thematische discussies naar voren kwamen.



Thema 1: Continuïteit van zorg

De Vlaamse ziekenhuizen willen meer ketenzorg opzetten vanuit een netwerkidee. Ze zien het als een mogelijkheid om een nieuwe schaalvergroting te realiseren via zorgnetwerken: van de bijna 300 ziekenhuizen (1980), over 56 ziekenhuizen (vandaag), naar een 15-tal clusters (netwerken) in de nabije toekomst. Dit kan de nood aan lokale zorg van chronische patiënten voor acute episodes en voor veel voorkomende goed standaardiseerbare pathologie verzoenen met de nood aan hyperspecialisatie. De ziekenhuizen benadrukten tevens dat ketenzorg veel verwantschap vertoont met zorgpaden en transmurale zorg. Ze pleiten dan ook voor samenwerking met de eerstelijns, de thuiszorg, woonzorgcentra, geestelijke gezondheidszorg en welzijnsvoorzieningen. Het werd als volgt verwoord: *De zorg moet als een trein zijn: met een wagon voor de eerste, de tweede en de derde lijn.*

De ziekenhuizen zijn zich bewust dat de implementatie van ketenzorg, transmurale zorg en zorgpaden in al hun facetten een nieuw zorgorganisatiemodel vereist. Meer nog: een andere denkwijze in de zorg is hiervoor nodig. De basismotivatie voor beslissingen mag niet meer gebaseerd zijn op denken in termen van marktaandeel, omzet of inkomen. De eilandcultuur moet worden doorbroken en het concurrentieel model verlaten. Financiering en erkenning moeten hierop worden afgestemd. Men ziet hier bijvoorbeeld ook een toepassing van het artikel 107 van de ziekenhuiswet voor de algemene ziekenhuizen als een mogelijke piste. Daarbij kunnen de middelen van het huidige ziekenhuisbudget meer flexibel worden ingezet, op maat van de zorgnoden van de patiënten.

De Vlaamse ziekenhuizen zijn van oordeel dat betere taakafspraken tussen de verstrekkers, passend binnen de globale brede programmatie van het aanbod, best door de sectoren zelf worden georganiseerd. Van de overheid wordt een faciliterende en ondersteunende rol verwacht, waarbij vooral gestuurd wordt op kwaliteit. Ook de artsen gaven aan meer samenwerkingsverbanden te willen sluiten.

Ook over de manier hoe de netwerken er moeten gaan uitzien, werd gediscussieerd. Er is de piste van horizontale en verticale netwerken zoals die werd voorgesteld in het dossier over de ziekenhuiszorg voor kinderen.⁹ Een horizontaal netwerk is daarbij een complementaire functionele samenwerking tussen ziekenhuizen onderling en andere actoren die in elkaars nabijheid liggen. Verticale netwerken zijn netwerken op basis van zorginhoudelijke expertisegebieden tussen de verschillende lijnen en kunnen op basis van de expertise over heel Vlaanderen actief zijn. De jonge ziekenhuisartsen vonden dat ketenzorg aanmoediging verdient en ze pleiten voor de reorganisatie van zorg met duidelijke taakafspraken op basis van objectieve criteria.

Er werd aangegeven dat er nood is aan structureel overleg met de eerstelijns, hechte samenwerking en duidelijke taakafspraken, bv. inzake permanentie. Gezamenlijk georganiseerde spoeddiensten waarbij alle partners beroep doen op elkaars deskundigheid kan de spoedzorg voor patiënten optimaliseren en toegankelijk houden. Bovendien zorgt dit voor een veiliger werkomgeving voor iedereen en het verlaagt de werkdruk.

Er is een brede consensus om meer gestandaardiseerd en dus meer met zorgpaden te gaan werken. De jonge artsen haalden het aan als hun belangrijkste prioriteit. Voordeelen zijn de efficiëntiewinsten en het meer *evidence based* werken. Zorgpaden moeten ook de grenzen van het ziekenhuis overschrijden. De patiënt met zijn aandoening moet centraal staan in de opbouw van zorgpaden. Er is een grote nood aan "generieke zorgpaden", die gebaseerd zijn op EBM-richtlijnen. De implementatie kan via de LOK's¹⁰ van de artsen, waar de eerste- en de tweedelijns zouden kunnen samenzitten. Ook de financiering moet worden aangepast en rekening houden met samenwerking. Ook ICT kan een zeer belangrijke rol spelen om de implementatie van zorgpaden te ondersteunen. Ook de vigerende regelgeving is vaak een struikelblok.

Thema 2: Technologie van morgen¹¹

De ziekenhuizen geven aan dat de invoering van een performant Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) een absolute prioriteit is. Het is een facilitator van vele elementen: medicatie, veiligheid, procesflow, planning enz. Er is zeker ook nood aan een EPD met

decision support voor de artsen en de verpleging, met ingebouwde linken naar praktijkrichtlijnen, medicatie- en vaccinatieschema's, gewichtscorrectie van medicatiedosissen, interactieproblemen van medicatie enz. Het elektronisch dossier moet ook de coördinatie faciliteren en de samenwerking ondersteunen. De ziekenhuizen pleiten sterk voor één EPD-standaard voor de hele zorgsector. Accreditering wordt beschouwd als een belangrijke hefboom om de gezamenlijke standaard in te voeren. Van de overheid wordt uitdrukkelijk verwacht dat ze ICT faciliteert, stimuleert en standaardisatie oplegt. Een bijkomende financiering is noodzakelijk.

Er moet een balans gezocht worden tussen de nood aan decentralisatie (en toegankelijkheid) voor chronische patiënten en de nood aan centralisatie voor *high tech* en/of zeer arbeidsintensieve en/of zeer risicovolle zorg en/of zeer zeldzame pathologie.

Thema 3: Het nieuwe werken

Samenwerken in teams wordt door alle betrokkenen naar voren geschoven als dé toekomst. Multidisciplinair dient ruim opgevat te worden: niet alleen samenwerking tussen medische disciplines maar ook samenwerken tussen meerdere (sub)specialisten van eenzelfde discipline (interdisciplinair) en tussen verschillende zorgberoepen (multi-professioneel). Teamwerking ontslaat de arts echter niet van zijn verantwoordelijkheid. Taakherschikking tussen ALLE soorten zorgprofessionals is nodig en ook taakherschikking naar logistiek en administratief personeel is zeer belangrijk. De taakverdeling moet echter herkenbaar zijn voor de patiënt. Om dit te concretiseren dringt zich een grondige herziening op van KB 78. Ook de opleidingscurricula, het werken in teamverband en de managementaspecten voor bv. zorgpaden en afdelingen zijn uitdagingen.

De jonge artsen vinden multidisciplinair werken zeer belangrijk. Ze wijzen erop dat dit meer tijd en een zeer goede planning vereist. Een *case-manager* kan ondersteunend optreden. Ze bepleiten ook een oplossing voor de financiële onevenwichten tussen de medische disciplines. Er wordt onderstreept dat er een belangrijke cultuurshift nodig is om te komen tot meer interne samenwerking en afstemming. Dit dient te beginnen bij de opleidingen.

Iedereen is het erover eens dat de taakverdeling tussen arts, verpleegkundige, zorgkundige, logistiek en administratief personeel dringend aan een grondige herziening toe is. Subsidiariteit is hiervoor een goede stelregel en nieuwe zorgberoepen moeten mogelijk zijn. Het verpleegkundig beroep moet maatschappelijk opgewaardeerd worden. Zowel functiedifferentiatie als taakherschikking zijn manieren om dit te concretiseren. Zowel *case-managers*, *nurse practitioners* als praktijkassistenten zijn daarbij mogelijke nieuwe functies. Velen zijn van oordeel dat de invoering van de bijzondere beroepstitels en –bekwaamheden de inertie heeft bevorderd en een tekort van verpleging van een bepaalde dienst heeft vervangen door een tekort op een andere dienst, vaak zonder de kwaliteit van zorg merkbaar te verhogen. Er is weliswaar nood aan specialisatie, maar evenzeer aan bijkomende aandacht voor de basiszorg door “mensbetrokken verpleegkundigen”.

Er wordt gesteld dat de opleidingen voor verpleegkundigen niet voldoende zijn geëvolueerd, waardoor de eigenlijke opleiding in het ziekenhuis moet gebeuren. De zeer grote afstand met de praktijk wordt als een manco van de opleidingen aangehaald. Er is vooral meer nood aan kwaliteitsvolle stages. Het Nederlandse model, waar vaak

“leerhuizen¹²” verbonden zijn aan de ziekenhuizen, kan een mogelijke piste zijn, in samenwerking met de hogescholen en het hoger beroepsonderwijs.

Wat betreft de opleiding van artsen, is de grootste bekommernis het groeiend tekort aan bepaalde (sub)specialisten. Universiteiten hebben de plicht om voldoende specialisten op te leiden in alle disciplines. Ook het werken aan de teamspirit van artsen is een belangrijk aandachtspunt. De jonge artsen onderlijnen sterk het belang van kwaliteitsvolle verpleegkundigen. Het grote aantal deeltijdswerkenden en de inzet van interim's wordt door de artsen als problematisch ervaren.

Thema 4: Meer ondernemen met beperkte middelen

Over het feit dat het huidige duale ziekenhuismodel is voorbijgestreefd, is er volledige eensgezindheid. Het bestaande duale financieringssysteem wordt verantwoordelijk geacht voor verlies van kwaliteit en tijd en moeilijke relaties tussen ziekenhuis en artsen. De jonge artsen wisten dat als volgt te verwoorden: “De meeste communicatie met de leiding van het ziekenhuis gaat maar over één ding: opdrachten en dus geld”. Er moet een fundamenteel nieuw model komen.

De groep van jonge specialisten was van oordeel dat de financiële ongelijkheden tussen de disciplines moeten worden weggewerkt. Ze willen tegelijk ook echte inspraak in het ziekenhuis en zouden daartoe ook willen participeren aan het beheer. Ze vragen meer responsabilisering van de patiënt. Het extra administratieve werk dat artsen moeten leveren, in het kader van registraties, multidisciplinair werken, accreditering enz. moet behoorlijk vergoed worden.

Een nieuw systeem moet voor iedereen waarde-gedreven zijn. Het moet de organisatie van zorg via netwerken bevorderen en leiden tot een geïntegreerde benadering van het medische aspect, het zorgaspect en het technische, logistieke en administratieve aspect. Sommigen noemen het ook het bekomen van een gemeenschappelijk fundament van een ziekenhuis. Men hoopt op een zakelijke, objectieve overheid die vertrekt vanuit een algemene visie op gezondheidszorg en een concreet en realistisch gebudgetteerd actieplan om dat te realiseren.

Er is de uitdrukkelijke vraag naar een fundamenteel nieuw model, waarin financiering, kwaliteit en samenwerking gelinkt zijn. De uitgangspunten voor de financiering zijn de volgende: Is de patiënt op de juiste wijze (EBM-richtlijnen), op de juiste plaats (A,B,C-diensten in netwerk), door de juiste persoon (medisch, paramedisch, verpleegkundig, patiënt zelf), in de meest performante (efficiëntie) omgeving verzorgd? Ook de kwaliteitsindicatoren moeten worden meegenomen.

Om dit te concretiseren stelt men voor om pistes te verkennen van all-in financiering per pathologie, gekoppeld aan voldoende ICT-ondersteuning voor o.a. kwaliteits- en efficiëntieparameters. Een performante financiering zal zowel artsen als verpleegkundigen en andere zorgprofessionals moeten motiveren om samen te werken. In een nieuw financieringsmodel moet de nadruk op interne en externe samenwerking liggen. Een flexibel en transparant gebruik van de budgetten door de ziekenhuizen moet worden aangemoedigd. Dat kan een belangrijke katalysator zijn voor meer samenwerking en taakafstemming.

Ook het inkomen van de artsen moet op een meer objectieve manier benaderd worden. De inzet van de arts moet beloond worden, net als *outcome* en tevredenheid. Belangrijke elementen zijn de kwaliteit, de inzet, de continuïteit en integratie in het ziekenhuis-team, maar ook (tot op zekere hoogte) het volume. Ook benadrukt men het belang van respect en vertrouwen voor artsen.

De jonge artsen stelden als elementen voor financiering vooral voor om kwaliteits- en efficiëntiecriteria te koppelen aan financiering (*Pay for Quality* en *Pay for Performance*). Ze onderstreepten ook het belang van een bepaling van de financiële prioriteiten in het overheids- en het ziekenhuisbeleid.

Structuur en opbouw

Het boek start met twee algemene reflecties. Vanuit ethisch perspectief staan we even stil bij het maken van keuzes in gezondheidszorg. Gezondheid is het hoogste goed. Maar welke prijs willen we daarvoor betalen? En door welke waarden laten we ons leiden bij het maken van die keuzes? De tweede reflectie bekijkt de zaken vanuit het perspectief van de patiënt, om wie het tenslotte allemaal draait. Wat verwachten patiënten en hoe kunnen zorgverstrekkers daarop inspelen? De hoofdstukken 1 en 2 bieden een algemene context van de actuele ziekenhuiszorg, en de uitdagingen in internationaal perspectief. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan de – vaak onderschatte – impact van de Europese regelgeving op de organisatie van de gezondheidszorg. Hoofdstuk 3 zoomt in op de manier waarop zorgactoren in verschillende vormen van samenwerkingsverbanden meer en efficiënter kunnen gaan samenwerken en van elkaar leren. In hoofdstuk 4 komt de inzet van ondersteunende technologie als een cruciale randvoorwaarde voor de realisatie van performante zorg aan bod, in het bijzonder het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). In hoofdstuk 5 verkennen we een aantal pistes voor nieuwe vormen van zorgorganisatie, en om de opleiding en inzet van zorgprofessionals aan te passen aan de nieuwe noden. Hoofdstuk 6 ten slotte zoomt in op de financieringssystemen.

Wanneer we in dit boek spreken over ziekenhuizen, dan worden daarmee de algemene (en universitaire) en de categorale ziekenhuizen bedoeld. De specifieke uitdagingen van de psychiatrische ziekenhuizen komen als dusdanig niet aan bod. Zij zijn een van de belangrijke partners voor het realiseren van een holistische benadering van de patiënt en zullen dan ook bij de verdere concretisering nauw worden betrokken.

Samenwerking is hét sleutelwoord voor de toekomst. Ook dit boek is gerealiseerd dankzij veel teamwork. Er is vooreerst de grote betrokkenheid van onze leden-voorzieningen in het voortraject en de bepaling van de thema's en bijhorende prioriteiten. Daarnaast was er de belangrijke reflectie van de begeleidingsgroep onder leiding van Hugo Casteleyn, ondervoorzitter van het bestuurscollege van de algemene en categorale ziekenhuizen van Zorgnet Vlaanderen. We deden daarnaast beroep op de expertise van een aantal externen. Willeke Dijkhoffz behandelt het patiëntenperspectief, Aad de Roo levert een bijdrage over geïntegreerde zorg en Pieter Van Herck, Walter Sermeus en Lieven Annemans vergelijken een aantal financieringsmodellen. De verschillende stafleden van Zorgnet Vlaanderen leverden vanuit hun specialisaties elk hun input bij de verschillende thema's. Het geheel werd gecoördineerd door Johan Pauwels.



Noten Inleiding

- 1 We richtten drie aftoetsavonden in met de top van de ziekenhuizen waaraan 34 leidende figuren (56% algemeen directeurs, 22% voorzitters raad van bestuur, 22% hoofdgeneesheren) verdeeld over 19 ziekenhuizen participeerden.
- 2 Een groep van 18 jonge ziekenhuisartsen (<7 jaar actief in het ziekenhuis) verdeeld over 13 ziekenhuizen.
- 3 95% (53/56) van de Vlaamse ziekenhuizen (AZ en UZ) zijn aangesloten bij Zorgnet Vlaanderen of ICURO.
- 4 Het betreft 12 van de 52 Vlaamse AZ (23%) en 1 van de 2 AZ in de Duitstalige gemeenschap. De steekproef omvatte algemene ziekenhuizen van alle grootten, "ruraal" en stedelijk gelegen en geografisch gespreid over heel Vlaanderen. Er nam geen enkel UZ deel.
- 5 www.vipa.be
- 6 We kregen feedback vanuit onder meer het RIZIV, de verschillende Directoraten Generaal bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, de Landsbond van de Christelijke Mutualiteiten, het Vlaams Patiënten Platform, het Rode Kruis en het Vlaams Welzijnsverbond. Het betrof een open vraagstelling waarna de gelijkaardige antwoorden werden samengevoegd.
- 7 www.hphnet.org en www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/public-health-services/activities/health-promoting-hospitals-network-hph#
- 8 De prioriteiten werden bekrachtigd door het sectoraal bestuurscollege algemene ziekenhuizen van februari 2013.
- 9 Pauwels, J. 2011.
- 10 LOK = Lokale kwaliteitsgroepen : www.riziv.be/care/nl/doctors/accreditation/peer-review/index.htm
- 11 Om de visie van de Vlaamse ziekenhuizen over ICT in kaart te brengen richtte Zorgnet Vlaanderen een werkgroep ICT op, die een structureel kanaal biedt voor onderlinge afstemming en voor interactie met de stakeholders. De hier weergegeven bevindingen vormen een rechtstreeks resultaat van deze werking.
- 12 Bijvoorbeeld het leerhuis van het Atrium ziekenhuis: www.atriummc.nl/opleidingen-leerhuis.8522.0.html



Together we care?

Waardegedreven keuzes in de gezondheidszorg

“ *Kiezen is winnen wanneer onze keuzes onze waarden versterken* ”

De uitdagingen waarvoor we de komende decennia staan in de gezondheidszorg zijn gigantisch. Niemand kan de werkelijkheid ontkennen dat we keuzes zullen moeten maken. Door de beperktheid van de middelen kunnen we niet (langer) alles realiseren wat we zouden willen. De behoeften en mogelijkheden zijn quasi-oneindig, de middelen om hieraan tegemoet te komen beperkt. Dus moeten we kiezen. “En kiezen is verliezen”, zo stelt een welgekend adagium. Maar is dat werkelijk zo? Misschien ook niet. Zolang onze keuzes ingegeven zijn door een gefundeerde langetermijnvisie en een duidelijke focus, kunnen ze ook de basis zijn voor een verhaal waar we gezamenlijk achter kunnen staan.

Gezondheid: het hoogste goed?

Hoewel we samen wel de collectieve factuur van ons zorgsysteem betalen, zijn we het niet gewoon te redeneren in termen van keuzes als het over gezondheidszorg gaat. Dat is een belangrijke erfenis van de moderniteit. Al in de 16de eeuw stelde de Franse filosoof René Descartes dat gezondheid het *summum bonum* - het hoogste goed - is dat met alle middelen moet worden beschermd en bevorderd. Dat al het andere van ondergeschikt belang is, is ook steeds aanwezig in onze wensen voor elkaar en onszelf: “Zolang we maar gezond blijven, dan is verder alles goed!” Het moderne gelijkheidsideaal vereist bovendien dat iedereen een gelijk recht heeft op toegang tot gezondheidszorg. Aan niemand kan noodzakelijke zorg worden ontzegd omdat hij of zij het niet kan betalen. Het is dus onze maatschappelijke plicht om voor iedereen gelijke toegang te voorzien tot de best mogelijke zorgen ter bescherming van ons hoogste goed.

Maar is dat werkelijk zo? Het lijkt onwaarschijnlijk. In de realiteit immers organiseert geen enkele samenleving haar gezondheidsbeleid op die manier, net zo min als individuele personen hun leven rond dit ene ideaal organiseren. De samenleving zet niet exclusief al haar middelen in op gezondheid, omdat ook andere belangrijke sociale domeinen (zoals bv. onderwijs, huisvesting en armoedebestrijding) aandacht en ondersteuning nodig hebben. In ons eigen leven gaan we overigens ook niet elk risico uit de weg dat een gevaar kan betekenen voor onze gezondheid.

De essentie van het betaalbaarheidsprobleem in de gezondheidszorg is dat er in het verleden niet zo'n grote kloof was tussen het gezondheidsideaal en de medische mogelijkheden. Ruim honderd jaar geleden was de bevolking meer bezig met “overleven”. Het is vooral de vooruitgang op het vlak van voeding, huisvesting en openbare hygiëne die de levensverwachting spectaculair deed stijgen. De laatste decennia zijn ook onze medisch-technologische mogelijkheden in diagnose en therapie enorm toegenomen. Met enige overdrijving zouden we kunnen zeggen dat de *sky the limit* is. Vandaar dat het onredelijk is te veronderstellen dat de samenleving gezondheidszorg zomaar op het hoogste - lees: enige - podium zou zetten, en alle middelen zou besteden aan de *never ending* reeks van medisch-technische mogelijkheden. We moeten dringend een onderscheid maken tussen geavanceerde geneeskunde en gadgetgeneeskunde, tussen wat echt noodzakelijk is en wat minder hoog op onze maatschappelijk prioriteitenlijst kan komen te staan. Dat gezondheid

geen prijs heeft, en het hoogste goed is, kunnen we dus beter als uitgangspunten verlaten. Die stellingen versluieren immers het debat en leiden tot niets anders dan het grote gelijk van degene die, op kosten van de gemeenschap, geld uitgeeft.

Rivaliserende waarden

De realistische vragen zijn:

- *Hoeveel* wenst onze samenleving te besteden aan gezondheidszorg, aan welke prijs-kwaliteitverhouding en volgens welke prioriteiten?
- *Aan wat* wensen we dit te besteden? Aan welke vormen van zorg precies?
- Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de keuzes die in dit verband worden gemaakt op een faire en rechtvaardige manier gebeuren?
- En wie is gerechtigd die keuzes te maken?

Bij het beantwoorden van deze vragen worden we geconfronteerd met wat prof. Yvonne Denier in haar boek *Efficiency, Justice and Care* de **incompatibiliteitsthese** noemt. Uitgangspunt van deze these is de stelling dat het schaarsteprobleem in de gezondheidszorg wordt verscherpt door de interne onverenigbaarheid van drie parameters, nl. die van de economische efficiëntie, de verdelende rechtvaardigheid en de zorgkwaliteit.

De incompatibiliteitsthese komt erop neer dat je van de drie prioriteiten er wel twee tegelijk kan realiseren, maar niet alle drie. Je kan het vergelijken met het bord dat aan de deur van een garage hangt, waarop geschreven staat:

“We bieden drie soorten diensten aan - goedkoop, snel en betrouwbaar. U kunt er telkens twee hebben, maar geen drie. Als het goedkoop en snel is, zal het niet betrouwbaar zijn. Als het goedkoop en betrouwbaar moet zijn, dan zal het niet snel zijn; en als het snel en betrouwbaar moet zijn, dan is het niet goedkoop.”

In het geval van gezondheidszorg zijn de rivaliserende waarden dus efficiëntie, rechtvaardigheid en omvattende kwaliteitszorg. Ook hier lijkt het dat we er telkens twee kunnen hebben, maar geen drie.

- Indien we kwaliteitszorg bovenaan plaatsen, en de zorgkost bovendien economisch binnen de perken willen houden, riskeren we de kwaliteit voor te behouden aan de betaalkrachtigen. Dit botst met onze overtuiging dat niet de financiële mogelijkheden van de patiënt, maar de medische behoefte het criterium van verdeling moet zijn.
- Maar indien we gelijke toegang tot omvattende kwaliteitszorg willen bieden op basis van medische behoefte, dan riskeert het systeem inefficiënt want maatschappelijk onbetaalbaar te worden. Immers, zoals hierboven gesteld, de medische mogelijkheden zijn groter dan de publieke portemonnee.
- En ten slotte, indien we de zorg rantsoeneren om te voldoen aan de eisen van toegankelijkheid en betaalbaarheid, riskeren we dramatisch kwaliteitsverlies.

Invloedrijke filosofen zoals John Rawls, Norman Daniels, Martha Nussbaum en Ronald Dworkin worstelden elk op hun manier met deze dilemma's door de kernwaarden van een rechtvaardige gezondheidszorg te omschrijven. Volgens de Rawlsiaanse theorie van Norman Daniels wordt het belang van een rechtvaardige gezondheidszorg afgeleid uit haar functie tot beschermen en herstellen van het objectief vaststelbaar biologisch normaal functioneren van mensen, en de bijdrage die ze hierdoor

levert op vlak van faire kansengelijkheid voor mensen. Preventie en *cure* zijn m.a.w. de kernactiviteiten van een rechtvaardige gezondheidszorg en onze keuzes en prioriteiten moeten hierop gefocust zijn. Voor Martha Nussbaum is dat geen aanvaardbare optie, want wat dan met de chronische en ondersteunende lange-termijnzorg voor gehandicapten, ouderen, en andere langdurig zorgafhankelijke mensen? Moeten zij dan beroep doen op vrijblijvende barmhartigheid? Dat lijkt onrechtvaardig. Volgens haar is het de taak van onze rechtvaardige samenleving om zo veel mogelijk de menswaardigheid van mensen te beschermen, te ondersteunen, te bevorderen. Dat houdt in dat we de centrale menselijke vermogens (leven, lichamelijke gezondheid, lichamelijke integriteit, het gebruik van de zintuigen, verbeelding en het denkvermogen, emotionele gehechtheden, affiliatie met andere personen, mogelijkheid tot creativiteit en spel, e.a.) van alle mensen zoveel mogelijk moeten ondersteunen en stimuleren. En dat we hiervoor alle mogelijke maatschappelijke middelen moeten inzetten die we ter beschikking hebben. Hoewel dit engagement zeer veel sympathie oproept, is het toch een bijzonder uitgebreide en veeleisende opdracht. En wat doen we dan met het incompatibiliteitsprobleem? Hoe moeten we keuzes maken? Hoe kunnen we grenzen stellen aan de gezondheidszorg op een rechtvaardige manier? Hoe kunnen we, met andere woorden, tegemoet komen aan de uiterst gediversifieerde noden van al onze patiënten, op een gespecialiseerde, menswaardige en zorgzame manier, en toch het maatschappelijke kostenplaatje in bedwang houden? Het lijkt een onmogelijke Hercules-opdracht...

De filosoof Ronald Dworkin probeert het met zijn mechanisme van de **hypothetische verzekering**. Dit mechanisme is gebaseerd op het volgende gedachtenexperiment: veronderstel dat we allen een gelijke hoeveelheid van middelen zouden hebben; veronderstel ook dat er een rechtvaardige verzekeringsmarkt is met voldoende correcties; en veronderstel bovendien dat we allen een gelijk risico hebben op ziekte en handicap. Voor welke vormen van gezondheidszorg zouden we ons verstandigerwijze verzekeren, en voor welke niet? In het beantwoorden van deze vraag zullen we terdege rekening moeten houden met de opportuiniteitskost van onze keuzes. We zullen ons moeten afvragen of elke euro die we besteden, wel goed besteed is. Of anders gezegd: welke vormen van gezondheidszorg zijn zo belangrijk dat ze in ons collectief gedragen pakket moeten zitten en welke helemaal niet?

Rechtvaardige gezondheidszorg

Het uitvoeren van een dergelijk gedachtenexperiment moet absoluut gebeuren binnen de contouren van een redelijk maatschappelijk debat, waarin alle betrokken actoren (gezondheidswerkers, beleidsmakers, patiënten, sociologen, economen, ethici enz.) op een kritisch-constructieve wijze meedenken. Voorts vraagt de maatschappelijke reflectie over de financiering van de gezondheidszorg volgens Denier om een wijziging van het algemene morele perspectief van overspannen verwachtingen ten aanzien van rechtvaardige gezondheidszorg, m.a.w. om een wijziging in sociale attitude en mentaliteit. Het vraagt om een kritische distantiëring van het typisch Cartesiaanse perspectief waarbinnen leven en gezondheid het allerhoogste goed zijn dat met alle middelen moet worden bewaard en bevorderd. Zonder in een minimalistisch *back to basics*-discours te willen vervallen, moeten we samen toch de vraag durven stellen naar de **essentie** van een **rechtvaardige gezondheidszorg** in België.

We kunnen in ons land bogen op een voortreffelijk gezondheidszorgsysteem. Op het vlak van toegankelijkheid en tevredenheid scoren we heel goed, op vlak van meetbare kwaliteit scoren we minder. In de geestelijke gezondheidszorg staan we voor de grote uitdaging patiënten en cliënten zoveel als mogelijk te integreren in de samenleving. Ook de hoge cijfers voor zelfmoord beroeren ons.

Uit een recente studie blijkt tevens de bijzonder hoge impact van de scholingsgraad op de gezondheid. Die sociale gezondheidskloof wordt bovendien steeds groter, alle beleidsmaatregelen ten spijt. Uit onderzoek blijkt dat mensen op de onderste treden van de sociale ladder 18 tot 25 minder goede jaren voor de boeg hebben en drie tot vijf jaar vroeger sterven.

De uitgaven van patiënt en overheid voor gezondheidszorg belopen vandaag meer dan 10% van het BBP. In de ziekenhuizen moet de patiënt ongeveer 25% van de gezondheidskosten uit eigen zak betalen. De Hoge Raad voor Financiën stelde enkele jaren geleden dat er in de periode 2010 tot en met 2015 jaarlijks meer dan 3 miljard euro zal moeten worden bespaard om onze begroting opnieuw in evenwicht te krijgen.

Aangezien onze staatsschuld nu opnieuw bijna 100% van het BBP bedraagt en de jaarlijkse renteaflossingen om en bij de 13 miljard euro belopen, is het maken van extra schulden om gezondheidsuitgaven te genereren, geen goed idee. We moeten immers in de eerste plaats onze torenhoge staatsschuld afbouwen zodat we minder geld hoeven te besteden aan rentelasten. Datgene dat we daarmee uitsparen kan recurrent aangewend worden voor de verbetering van ons gezondheidszorgsysteem. We kunnen derhalve concluderen dat schuldafbouw de beste sociale bescherming is omdat de centen dan niet naar de bankiers gaan maar naar de mensen die ze nodig hebben. In het licht van de aankomende vergrijzing is dat een cruciale vaststelling.

Hoe zullen we in de toekomst een aanvaardbare balans houden van tegelijk toegankelijke, kwaliteitsvolle en betaalbare zorg? We moeten keuzes maken. En deze keuzes moeten getuigen van visie, durf en langetermijndenken. Nooit eerder stond ons gezondheidszorgsysteem voor een uitdaging van die omvang. Het debat ontwijken is geen optie, want dan stevenen we af op een duale gezondheidszorg: wie het zich financieel kan veroorloven, vindt altijd wel een oplossing.

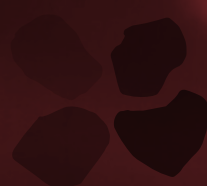
Keuzes maken

Zorgnet Vlaanderen laat zich inspireren door **waarden** zoals gelijke kansen voor iedereen, een brede toegankelijkheid tot kwaliteitsvolle en betaalbare zorg, solidariteit tussen rijk en arm en tussen gezond en ziek, sociale verantwoordelijkheid van groepen en individuen en het sociaal ondernemerschap.

Deze waarden zijn voor ons richtinggevend wanneer er beleidsmatige keuzes moeten worden gemaakt op macroniveau. Ze worden dan omgezet in regelgeving en financiering. Maar ook op het niveau van onze voorzieningen worden keuzes gemaakt. Gedreven door dezelfde waarden moeten we ook binnen onze ziekenhuizen keuzes maken. Kiezen we voor een warme, solidaire zorgverstrekking, of aanvaarden we de financiële omzet als eni-

ge norm? En zelfs op microschaal laten ethische keuzes de zorgverstrekkers niet onberoerd. Hoe gaan we om met patiënten die niet kunnen betalen of niet verzekerd zijn? Welke kosten kunnen we redelijkerwijs doorrekenen en welke niet?

Geen keuzes maken is ook kiezen. Het systeem blindelings volgen is niet altijd de juiste weg. Bewust met het keuzevraagstuk omgaan moet ons dichterbij een *waarden*-volle gezondheidszorg brengen. We zijn ervan overtuigd dat een waardegedreven visie op gezondheidszorg ons hierbij kan helpen om keuzes te maken die een plaats hebben binnen een breder zorgverhaal. En dat zijn keuzes die we kunnen beminnen, en als dusdanig kunnen we erbij winnen.



**De patiënt:
zorgontvanger, zorgvrager of
onze partner in de zorg?**

Willeke Dijkhoffz

Meer en meer verandert de verwachting van patiënten over de manier waarop met hen in de zorgverlening wordt omgegaan. Er is niet alleen de evolutie in de aard van aandoeningen (meer chronische aandoeningen). Ook de maatschappelijk emancipatorische evoluties op het vlak van menselijke relaties met accenten op autonome besluitvorming, zorgen ervoor dat gezondheids- en welzijnsvoorzieningen tijdig moeten inspelen op de wijzigende verwachtingen van patiënten (of de burger in het algemeen).

De patiëntenrechten voorbij?

Het hoeft geen betoog dat de introductie van de patiëntenrechtenwet (2002) gepaard is gegaan met heel wat kleurrijke debatten. Menig wetsvoorstel ging daarom ook aan deze wet vooraf. Het toekennen van rechten aan patiënten veronderstelde een andere instelling (lees cultuur), en voor sommige zorgverleners had dat een belangrijke impact op (de perceptie van) de zorgrelatie met de patiënt.

Het paternalistische model, waarin de zorgverlener bepaalt wat goed is voor de patiënt, werd langzaam ingeruild voor relationele modellen¹ waarbij aan de patiënt een meer actieve rol wordt toebedeeld.² Het consumentenmodel (ook wel het “informatieve model” genoemd) vormt hierbij de uiterste tegenpool van het paternalistische model. In dit model heeft de patiënt zelf de regie over zijn zorg. Op basis van de door de zorgverlener aangeleverde informatie beslist de patiënt zelf over de inhoud, de vorm en het tijdstip van de inhoud van de zorg die hij nodig heeft, indien nodig na verdere vraagverheldering door de zorg- of hulpverlener (Strategische Adviesraad WGG, 2011). Een waardevol tussenmodel is het “overlegmodel”, ofwel het zogenaamde model van *shared decision making*.³ Dit overlegmodel leidt tot een gezamenlijke besluitvorming, waarbij eveneens op zoek wordt gegaan naar de waarden van de patiënt. Waarden die op die manier ook actief worden geïntegreerd in de finale besluitvorming.

Er lijkt derhalve een transformatie plaats te vinden van de rol van de patiënt in de gezondheidszorg, van passieve afhankelijkheid naar actieve autonomie, die beschreven wordt in termen als *patiënt empowerment*, *informed consent*, *shared decision making* en *consumerism*.⁴

In de praktijk, mogelijk ook onder invloed van juridische normen⁵, de klassieke medische ethiek en zelfs ziekenhuisaccrediteringen⁶, accentueert men soms te veel de kant (of noodzaak?) van een zuiver autonome geïnformeerde besluitvorming. Helaas negeert men hiermee de belangrijke interactie tussen zorgverlener en patiënt; een (zorg)relatie kan nooit door één persoon bepaald worden.

Het louter toepassen, respecteren en handhaven van de rechten van de patiënt zal in de toekomst niet meer beantwoorden aan de verwachtingen van patiënten. Het vereist een nieuw zorgrelatiemodel, gekenmerkt door “partnering in de zorg” met belangrijke kenmerken van patiëntenparticipatie, *patient empowerment* en zelfs *patient experience management*...

Patiëntenparticipatie, -empowerment, en patient experience management

Het is niet zo eenvoudig om een juiste omschrijving van **patiëntenparticipatie** te geven, maar in het algemeen duidt participatie op het actief betrekken van patiënten en burgers in aangelegenheden die met gezondheid en gezondheidszorg te maken hebben.⁷

Studies wijzen duidelijk uit dat patiëntenparticipatie een belangrijke impact heeft op de kwaliteit van de zorg.⁸ Zo benadrukt het Chronic Care Model het belang van een productieve interactie tussen patiënten en zorgverleners en het ondersteunen van zelfmanagement.⁹ De visienota *Maatschappelijk Verantwoorde Zorg* van de Strategische Adviesraad WGG beschouwt participatie van de patiënt in het kwaliteits(evaluatie) proces als onontbeerlijk. Participatie werkt immers een zekere mate van verantwoordelijkheid en empowerment in de hand. Het betrekken van de gebruiker - al dan niet georganiseerd - in de kwaliteitsevaluatie, de zorgorganisatie en de besluitvorming, en dit van micro- tot macroniveau, is belangrijk (SARWGG, 2011).

Ofschoon het denken rond patiëntenparticipatie zich op diverse niveaus (micro-, meso- en macroniveau) manifesteert, is het voor deze bijdrage juist belangrijk om na te gaan wat dit voor een ziekenhuis en de individuele zorgverleners betekent (en in de toekomst zal kunnen betekenen).¹⁰ Ofschoon het verband met patiëntenrechten meer dan duidelijk is, mag patiëntenparticipatie niet beperkt worden tot de toepassing van patiëntenrechten alleen ("de patiëntenrechten voorbij..."). Dat is namelijk de onderste trede van de participatieladder. Binnen de **individuele zorgrelatie** zal een "gewoon" *informed consent* daarom misschien niet meer volstaan, en zal veeleer moeten gedacht worden aan rijkere vormen van het betrekken van patiënten zoals een gezamenlijke besluitvorming door bijvoorbeeld *shared decision making*. In die rijkere interactieve zorgrelatie moet men dan ook een opening maken naar de (zorg)ethiek, waarbij de waardenbeleving van patiënten op een actieve manier geïntegreerd wordt in de besluitvorming met, maar ook, over de patiënt.

Op niveau van de ziekenhuisorganisatie zelf (het beleid en de processen) zal men evenzeer moeten bekijken welke stappen op de participatieladder (van "informer" naar actief "partnership")¹¹ moeten worden genomen, en hoe een organisatie zich hier beleidsmatig-structureel op organiseert. Het betrekken van patiënten in commissies en raden van het ziekenhuis staat hoog op de participatieladder, maar is naar de uitwerking toe een stuk complexer dan bijvoorbeeld de integratie van focusgesprekken, spiegelbijeenkomsten, gesprekken met ervaringsdeskundigen, werken aan wensen, *open space* bijeenkomsten, en zo meer.

Het zou te ver leiden om verder in te gaan op de implementatie van patiëntenparticipatie. Feit is dat bewezen is dat dit een belangrijke meerwaarde is voor de kwaliteit van de zorgverlening, dat het een logische stap is in de verdere maatschappelijke evolutie in de zorgrelatie met patiënten, en dat ziekenhuizen zich derhalve tijdig moeten buigen over hoe dergelijk beleid op een gestructureerde manier binnen de organisatie eigen wordt gemaakt.

Participatie kan een positief effect hebben op de **empowerment van patiënten**. Betrokkenheid kan patiënten immers sterken in een gevoel van (meer) gelijkwaardigheid. De juiste omschrijving van *patient empowerment* is in de praktijk niet echt eenduidig.

Een courant gebruikte definitie is afkomstig van Nutbeam in de WHO Health Promotion Glossary (1998): *In health promotion, empowerment is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health.*

Ziekenhuizen gaan niet alleen rekening houden met patiëntenparticipatie, en het gerelateerde *patient empowerment*, maar ook andere evoluties moeten mee onder de loep worden genomen. Interessant op dit vlak is **Customer/Patient Experience Management**, wat nog weinig gangbaar is in onze gezondheids- en welzijnszorg, en gericht is op de vraag hoe we strategisch kunnen werken aan de totale beleving van de patiënt: gaande van de verwachtingen van de patiënt zelfs voordat die contact had met een bewust ziekenhuis, tot en met de afronding van alle activiteiten (inclusief nazorg/thuiszorg).

Naast het goed presteren op het vlak van de gangbare aspecten in de zorgverlening (bv. de verpleegkundige zorg, medische interventies, hygiëne, onderzoeken...), komt het erop aan om een "emotionele ervaring" bij patiënten te creëren. Op dit vlak dienen we aldus een onderscheid te maken tussen welke dienstverlening men gewoon verwacht (goede verpleegkundige, medische zorg, voeding, hygiëne, korte wachttijden,...) versus dat "beetje meer" waardoor patiënten waarachtig geraakt kunnen worden en ook loyaal aan een ziekenhuis blijven (wat duidelijk meer is dan louter tevreden patiënten).¹² Het gaat niettemin om een totaalbeleving, waarbij onder meer de omgeving (bereikbaarheid, uitzicht gebouwen, interieur, ...), patiënt-gestuurde processen en de medewerkers (niet alleen deskundig maar ook vriendelijk, ethisch fijngevoelig, met mededogen, attent,...) zo georiënteerd worden dat er een echt verschil in de beleving wordt gemaakt.

Het is een multidisciplinaire activiteit waarin alle afdelingen/departementen/clusters van een ziekenhuis moeten gaan samenwerken om een consistente beleving te realiseren. Het werkt bovendien op het engagement van het personeel en dient verankerd te worden in de organisatiecultuur. De vraag naar laterale samenwerkingsverbanden binnen een ziekenhuisorganisatie, waarbij dan nog eens een holistisch patiëntenbeleving wordt beoogd, faciliteert zich evenwel in een bepaalde organisatiestructuur. Het mag duidelijk zijn dat een dominante functionele organisatiestructuur hiervoor zeker niet geschikt is.

Om van de ervaring van de patiënt een totaalbeleving te maken, dienen we logischerwijze positieve ervaringen in kaart te brengen, te meten, te verbeteren en te realiseren. Op zich geen evidente opdracht. Dit vraagt eveneens een kritische evaluatie van het gebruik van onze gangbare indicatoren, en een oriëntatie in de richting van zogenaamde **Patient-Centered Healthcare Indicators**.¹³

Noten

De patiënt: zorgontvanger, zorgvrager of onze partner in de zorg?

- 1 Toop, L. 1998; Smith, R. 1998.
- 2 Zie uitgebreid over de diverse modellen (paternalistisch model, overlegmodel, consumentenmodel, vertegenwoordigersmodel) in de *Visienota Maatschappelijk Verantwoorde Zorg*, SARWGG, 24 februari 2011, p.15 ev. Zie ook Emanuel, E. & Emanuel, L. 1992; Szasz, T. & Hollender, M. 1976; Roter, D., Stewart, M., Putnam, S. et al. 1997; Benbassat, J., Pilpel, D. & Tidhar, M. 1998.
- 3 Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. 1997.
- 4 Bensing, J., Tromp, F., van Dulmen, S. et al. 2008
- 5 Denk bijvoorbeeld aan het zogenaamde "recht op geïnformeerde toestemming" (*informed consent*), het "recht op een geïnformeerde weigering" (*informed refusal*), en de zogenaamde "negatieve wilsverklaring" zoals geregeld door artikel 8 van de Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.
- 6 Zie wat dat betreft de normen in het kader van het luik "patient and family rights (PFR)" (*JCI accreditation standards for hospitals*).
- 7 Zie uitgebreid Leys, M., Reyntens, S. & Gobert, M. 2007.
- 8 Denis, A. & Teller, M. 2011. Zie van de Koning Boudewijnstichting in die zin ook: Tegenbos, G. (red). 2008. Becher, K., Vandenbroeck, P. & Wouters, A. 2008. en Leys, M., Reyntens, S. & Gobert, M. 2007.
- 9 Zie uiteenzetting van Peter Degadt tijdens de studiedag van Zorgnet Vlaanderen over patiëntenparticipatie in de ziekenhuizen, 23/11/2012, met verwijzing naar Bodenheimer, T., Wagner, E. & Grumbach, K. 2002.
- 10 Zie wat dat betreft de interessante bijdrage van Binkhorst, T., Pasma, E. & Lobenstein, S. 2009. Het Nederlandse Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO ontwikkelde eveneens een toolbox patiëntenparticipatie (terug te vinden via www.cbo.nl/thema/Patientgerichtheid/Toolbox). Deze toolbox omvat een handleiding en een overzicht van participatieve methodieken.
- 11 Zie ook het participatiemodel uit 2001 van Edelenbos en Monnikhof: informeren, consulteren en adviseren tot coproduceren en meebeslissen.
- 12 Zie in die zin Lee, F. 2009. Gaat het over "Patient Satisfaction of Patient Experience?"
- 13 Zie in die zin bijvoorbeeld:
<http://bit.ly/GJcRiJ> (DiI, Y., Mwangi, J., Tritter, J. 2012.)
<http://bit.ly/12tmD00> (Institute for Family-Centered Care. 2004.)
<http://bit.ly/14k8pmH> (HCAHPS-survey)

[Dit boek is online te koop \(klik hier\)](#)

We beschikken in België over een goede en toegankelijke ziekenhuiszorg, zonder noemenswaardige wachtlijsten. Er dienen zich voor de zorg echter cruciale uitdagingen aan. Alle westerse landen worden geconfronteerd met snel wijzigende zorgnoden door de sterke toename van patiënten met multiple chronische aandoeningen. Die toename is toe te schrijven aan de vergrijzing van de bevolking en aan een meer performante medische en verpleegkundige zorg, waardoor veel meer aandoeningen kunnen behandeld worden en evolueren naar een chronische pathologie. Daarnaast is er de tendens naar hooggespecialiseerde zorg, met de daarbijhorende fragmentering.

Om een antwoord te kunnen bieden op deze uitdagingen is een fundamentele hervorming nodig van ons gezondheidssysteem. Een zorgaansturing vanuit de objectieve noden van de patiënt moet gestalte krijgen in flexibele vormen van samenwerking tussen de verschillende zorgactoren. Het is hoog tijd dat we ons beraden over de manier waarop we dit nieuwe zorgmodel kunnen vormgeven en de plaats van de ziekenhuizen daarin. Ziekenhuizen zullen in de toekomst niet langer op zich staande instellingen kunnen zijn waar acute zorg wordt verleend; ze worden een schakel in een keten van zorg waarin de patiënt centraal staat.

Dit boek schetst aan de hand van vier thema's (netwerken, technologie, HR en financiering) de krijtlijnen en randvoorwaarden van een nieuw toekomstgericht zorgsysteem.



Zorgnet Vlaanderen vzw
Guimardstraat 1, 1040 Brussel
T. 02 511 80 08 | F. 02 513 52 69
post@zorgnetvlaanderen.be
www.zorgnetvlaanderen.be

