ZORGWIJZER

37 Magazine | Juli 2013

Zorgwijzer verschijnt acht keer per jaar | Jg. 5 nr. 37 | ISSN 2034 - 211 x | Zorgnet Vlaanderen, Guimardstraat 1, 1040 Brussel | Afgiftekantoor Gent X | P 902010

Ziekenhuiscongres zet de lijnen uit

Inhoud 37

03 Editoriaal

04 Korte berichten

06 De toekomst krijgt vorm

08 Prof. Niek Klazinga: “We moeten de realiteit onder ogen durven zien”

10 JoAnne Epping Jordan: “Samen focussen op de patiënt, niet op de ziekte”

12 Prof. Aad de Roo: “Het moet landen in onze hoofden en harten”

14 Prof. Kent Seltman: “Welke verhalen wil je dat patiënten over je ziekenhuis vertellen?”

16 Reflectiekamer: “Financiering moet verandering faciliteren, niet afremmen”

18 Prof. Bert Vrijhoef: “We moeten tijd nemen om te experimenteren”

20 Prof. dr. Koen Vandewoude “Hervorming hoog op de politieke agenda”

22 Paneldiscussie: “Een ‘artikel 107’ voor chronische zorg kan ruimte voor experiment geven”

24 Dr. Arne Björnberg: “Wat België van Nederland kan leren”

26 Minister Jo Vandeurzen: “Nieuwe Vlaamse bevoegdheden inzetten voor betere gezondheidszorg”

28 *Together we care:* “De lijnen zijn uitgezet, het experimenteren kan beginnen”

30 Johan Pauwels: “Samen naar de juiste bestemming”

colofon

Zorgwijzer is het magazine van Zorgnet Vlaanderen.
Zorgwijzer verschijnt acht keer per jaar.
ISSN 2034 - 211 x

Redactie: Commad

Interne coördinatie:
Lieve Dhaene, Catherine Zenner

Werkten mee aan dit nummer:
Filip Decruynaere, Lieve Dhaene, Catherine Zenner, Hilde Pauwels

Vormgeving: www.dotplus.be

Fotografie: Peter De Schryver

© Zorgnet Vlaanderen

Guimardstraat 1, 1040 Brussel

Zorgnet Vlaanderen – tel. 02-511 80 08.
www.zorgnetvlaanderen.be
Het volgende nummer van Zorgwijzer verschijnt in de week van 23 september 2013.

Wenst u Zorgwijzer toegestuurd te krijgen of een adreswijziging door te geven, contacteer dan Chris Teugels, ct@zorgnetvlaanderen.be.

Voor advertenties in Zorgwijzer, contacteer Els De Smedt, tel. 09-363 02 44, eds@zorgnetvlaanderen.be.

editoriaal

Rijpheid van geest

Peter Degadt
Gedelegeerd bestuurder

Het ziekenhuiscongres *Together we care* op 30 en 31 mei in Gent heeft spijkers met koppen geslagen. Samen met de brede zorgsector bogen de Vlaamse ziekenhuizen zich over het toekomstige zorglandschap en hun rol daarin. Ik geloof dat de kracht van dit congres lag in drie elementen: de brede gedragenheid, de diepgang en de eerlijke analyse.

Die brede gedragenheid is nodig. De toekomstige gezondheidszorg zal immers meer dan ooit op samenwerking steunen: samenwerking tussen ziekenhuizen onderling om de steeds verdergaande hooggespecialiseerde acute zorg te kunnen blijven aanbieden; daarnaast samenwerking met de hele zorg- en welzijnssector om de continuïteit van zorg voor chronische patiënten te kunnen garanderen. Die samenwerking includeert overigens ook de patiënt zelf die, 'de ziekte voorbij' en *empowered*, zelf mee de regie zal voeren.

Het congres had ook diepgang. Het is gemakkelijk om de vinger op de wonde te leggen. De uitdagingen waarvoor we met zijn allen staan, zijn immers al langer bekend. Veel minder evident is het om oplossingen aan te reiken die verder gaan dan slogantaal en polarisatie. Daarin is dit congres met glans geslaagd. De vraag naar een reorganisatie van de zorg werd niet alleen sterk onderbouwd, er werden vanuit diverse perspectieven ook nieuwe paden uitgetekend, heel concreet en *to the point*. Ook de roep naar nieuwe methoden van financiering bleef niet steken in holle slogans. Een nieuw businessmodel voor de ziekenhuisfinanciering werd voorgesteld. Eerste experimenten in de praktijk, ook internationaal, werden kritisch doorgelicht, gewikt en gewogen.

En zo komen we bij de derde grote sterkte van dit congres: de eerlijkheid om kritisch en doortastend te zijn, ook als dat de eigen positie in vraag stelt en op losse schroeven zet. De Vlaamse ziekenhuizen hebben op het congres getoond dat ze die volwassenheid en dat lef hebben. Ze hebben zich niet verstopt achter 'anderen' die moeten veranderen. De ziekenhuizen beseffen dat de tijden evolueren, dat de chronische zorg een aanpak vergt die niet hospitalocentrisch is en dat ze zich dus moeten inpassen in een keten van zorg waarvan de klemtoon en de aansturing zullen liggen bij de patiënt zelf en bij de eerste lijn. Ziekenhuizen zullen in de toekomst vaak in een rol als 'onderaannemer' in een keten van zorg functioneren. Ze beseffen dat dit voor de patiënt de beste oplossing is en ze zijn bereid die rol op zich te nemen.

Dat de ziekenhuizen zelf met die oplossing komen, getuigt van een rijpheid van geest die de gezondheidssector nodig heeft om samen de toekomst vorm te geven. Verder kijken dan de eigen neus lang is, de vele eigenbelangen even opzij kunnen zetten en de blik op de langere termijn durven te richten. Dat is waar de hele gezondheidssector vandaag nood aan heeft. De ziekenhuizen hebben op het congres hun nek uitgestoken én de hand gereikt naar de artsen, de eerste lijn, de woonzorgcentra, alle zorg- en welzijnsvoorzieningen, de ziekenfondsen en de overheden. De *sense of urgency* was voelbaar aanwezig, maar dat waren ook de wil om de uitdagingen aan te pakken en het geloof dat we er samen zullen in slagen. Zorgnet Vlaanderen zal hiervoor initiatieven blijven nemen en nodigt ook de andere partners uit om hier samen werk van te maken.

DIENST ORTHOPEDIE AZ HERENTALS LANCEERT APP VOOR HUISARTSEN

Betere dienstverlening door app Doorverwijzer

Voortaan kunnen huisartsen in de regio Herentals gebruik maken van de app 'Doorverwijzer' om hun patiënten met een orthopedisch probleem sneller en beter door te verwijzen. Per aandoening krijgen huisartsen advies over een mogelijke diagnose en voorafgaande onderzoeken én kunnen ze een afspraak maken met de aangewezen orthopedisch chirurg van het AZ Herentals.

"Met onze websites *www.orthopedieherentals.be* en *www.revalidatieherentals.be* geven we al langer informatie over orthopedische aandoeningen aan een ruim publiek", zegt dr. Gert Van den Bogaert. "We merkten dat huisartsen specifieke noden hadden, zoals een duidelijk overzicht van vooronderzoeken en een gemakkelijke manier om afspraken voor hun patiënten te maken, ook buiten de kantooruren. Daarom hebben we samen met YAKI.BE de app Doorverwijzer en de website *www.doorverwijzer.be* ontwikkeld."

De dienst Orthopedische heelkunde van het AZ Herentals kampt met lange wachttijden. Daarom trekt de dienst bijkomende chirurgen aan en worden meer raadplegingen mogelijk in het nieuwe consultatiegebouw dat het AZ Herentals momenteel bouwt. "Maar ook de huisartsen kunnen hun steentje bijdragen met een correcte doorverwijzing. Het bespaart iedereen immers veel tijd als patiënten meteen de juiste vooronderzoeken krijgen en bij de meest aangewezen chirurg terechtkomen. Met deze app geven we huisartsen hiervoor concretere instructies. We hopen dat daardoor de dienstverlening naar de patiënten in de regio nog sneller en beter kan verlopen."

Het gebruik van de app Doorverwijzer is zeer eenvoudig. Na een eenmalige registratie kunnen de huisartsen ook online een afspraak maken voor hun patiënten. De app Doorverwijzer is zowel voor Apple- als Androidtoestellen beschikbaar via de AppStore en Google Play.

EÉN JAAR ZORGCOACH

Van zorgondernemers betere managers maken

Als zorgondernemer heb je een pak kennis, managementervaring en ondernemerschap nodig om je kernproces – het verlenen van zorg – efficiënt en klantgericht te organiseren. Het samenwerkingstraject De ZorgCoach wil de hiaten dichten. Doelgroep zijn artsen, zelfstandige zorgverstrekkers maar ook leidinggevenden uit zorgvoorzieningen.

De ZorgCoach, een initiatief van het Vlaams Centrum voor Kwaliteitszorg, is een samenwerkings- en peterschapstraject dat loopt over drie jaar. Tijdens maandelijkse bijeenkomsten leren de deelnemers verschillende aspecten van management kennen en implementeren: van leiderschap over strategie, kwaliteits- en personeelszorg, tot het beheer van middelen en proceswerking, en verder alle thema's die ze zelf relevant vinden. Met het oog op synergie en maximale leereffecten werken de zorgondernemers per regio samen in kleine, interdisciplinaire groepen, telkens begeleid door een tweetal ervaren coaches. Die coaches adviseren de zorgondernemers en ondersteunen het uitwisselen van kennis en ervaring.

Geen klassieke cursus

De ZorgCoach is een coachingstraject, geen klassieke opleiding. "Het is belangrijk dat de deelnemers dat weten", zegt Bartel Debbaut, een van de begeleiders. "Er zijn wel thema's vastgelegd, maar we volgen geen cursus. Ik werk zelf in een zorgvoorziening en stel mijn ervaring ter beschikking. Dat betekent niet dat ik alle wijsheid in pacht heb. We leren van en met elkaar. De bereidheid om kennis te delen, moet aanwezig zijn. De dynamiek in de groep hangt daar grotendeels van af."

Het volgende werkjaar van De ZorgCoach start op donderdag 19 september 2013.

Meer informatie:
www.vck.be/dezorgcoach

Te Gek!? focust op thema jongdementie

Van 9 tot 16 juli organiseert Te Gek!? een eigen 'Tour de France', een rittenronde van België naar het zuiden van Frankrijk. Dit jaar fietsen naast enkele Bekende Vlamingen ook een aantal personen met jongdementie en hun begeleiders mee. In september volgt dan weer de actie 'Op de Pedalen'.

Het is de derde keer dat Te Gek!? de Ronde van Frankrijk aangrijpt om een sensibiliserende actie voor een meer laagdrempelige geestelijke gezondheidszorg te organiseren. Het is evenwel de eerste keer dat met een concreet thema wordt gewerkt. Mensen met jongdementie lijken dan ook een welhaast vergeten doelgroep te zijn. In België spreken we van 3.000 tot 11.000 mensen met dementie op jonge leeftijd (onder de 65 jaar). De diagnose wordt vaak laat gesteld en brengt bovendien heel wat kopzorgen mee voor de toekomst van deze jonge mensen en hun omgeving.

Er is werk aan de winkel voor de ontwikkeling van een integraal zorgtraject jongdementie, in samenspraak met de diverse overheden, personen met dementie zelf en hun families en de diverse zorgaanbieders, stelt Te Gek!? Met aangepaste hulp en begeleiding, en vooral met het doorbreken van het stigma rond jongdementie, kan tegemoet gekomen worden aan de specifieke behoeftes van deze doelgroep.

De deelname van personen met jongdementie aan de rittenronde van België naar het zuiden van Frankrijk, waar de Mont Ventoux beklommen zal worden, zal de nodige inspanningen vergen. Zij zullen vergezeld worden door onder meer Rick de Leeuw, Koen Buyse en Chris Van den Abeele. Minister-president Kris Peeters komt de groep aanmoedigen.

Te Gek!? is een initiatief van PZ Sint-Annendael uit Diest, dat voor de Tour de France samenwerkt met de Vlaamse Alzheimerliga en de Expertisecentra Dementie Vlaanderen. Te Gek!? maakt, samen met de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVGG) deel uit van de Associatie Beeldvorming Geestelijke Gezondheid Vlaanderen. Deze Associatie wil in Vlaanderen psychische problemen bespreekbaar stellen, vooroordelen weg werken en roept op tot meer zorg voor ieders geestelijke gezondheid.

Op de pedalen

Ook na de zomervakantie blijft Te Gek!? de fiets omarmen. Te Gek!? Op de Pedalen vindt plaats op 28 en 29 september in Leuven en Maastricht. Het wordt een fietsproject dat aan fondsenwerving voor psychoseonderzoek en beeldvorming zal doen. Liefst drie op de honderd mensen krijgt in zijn leven met een psychose te maken. Toch is de kennis hierover gering en bestaan er veel vooroordelen.

Onder meer Peter Vandermeersch, Guido Belcanto, Dixie Dansercoer en Kristien Hemmerechts zegden hun deelname aan deze fietstocht al toe.

Gekoppeld aan Te Gek!? Op de Pedalen grijpt ook de actie 'De fiets die doortrapt' plaats. Een 20-tal BV's schenkt een oude doortrappende fiets aan het project. Deze fietsen zullen in september geveild worden ten voordele van het project.

Zorgnet Vlaanderen in woord en beeld (2012)

Zoals de traditie dat wil, rolt in juni het jaarverslag van Zorgnet Vlaanderen van de persen.Het kan echter ook vlot online geraadpleegd worden, met rechtstreekse links naar filmpjes en verslagen, via www.zorgnetvlaanderen.be.

Het loont alvast de moeite de terugblik op 2012 eens ter hand te nemen. Tal van ambitieuze projecten kleurden het tot een interessant en uitdagend jaar. Een belangrijke rode draad vormde de VIe staatshervorming. Met het vlinderakkoord werden de contouren vastgelegd van de overheveling naar Vlaanderen van een hele reeks bevoegdheden, waaronder een belangrijk pakket in de gezondheidszorg. Zorgnet Vlaanderen participeerde aan tal van technische werkgroepen, zowel op federaal als op Vlaams niveau, en bracht ervaring en expertise in. De besparingen vormden een andere rode draad in het overheidsbeleid. Er werd in totaal voor 425 miljoen euro bespaard in de gezondheidszorg. De schaarste aan middelen liet zich ook voelen in de sociale onderhandelingen voor de federale sectoren. Na maanden onderhandelen over de inzet van 40 miljoen euro besliste de regering unilateraal hoe deze middelen zouden worden besteed. Ook in 2012 werd dus geen sociaal akkoord bereikt. Ondanks de moeilijke politieke situatie zette het team van Zorgnet Vlaanderen zich in 2012 opnieuw in voor een aantal ambitieuze jaarprojecten. In de ouderenzorg bijvoorbeeld werd op het einde van het jaar het kwaliteitsmodel PREZO Woonzorg gelanceerd, waarmee voorzieningen het eigen functioneren kritisch onder de loep kunnen nemen, en van daaruit borg- of verbetertrajecten kunnen uitwerken. De GGZ pakte onder meer uit met een belangrijk beleidsdossier over de zorg voor geïnterneerden. Zorgnet Vlaanderen zette hiermee zijn pleidooi voort voor een meer humane aanpak en de uitbouw van een forensisch zorgtraject voor geïnterneerden. Bij de algemene ziekenhuizen werd het startschot gegeven voor de voorbereidingen van het ziekenhuiscongres *Together We Care* in 2013, waarin de actuele noden in de zorgsector vanuit verschillende invalshoeken worden aangekaart.

Meer details over alle jaarprojecten en Zorgnet Vlaanderen in cijfers vindt u in het jaarverslag, www.zorgnetvlaanderen.be (rubriek: publicaties).

De toekomst krijgt vorm

Het ziekenhuiscongres *Together we care* in de Handelsbeurs in Gent op 30 en 31 mei is niet onopgemerkt voorbijgegaan. Meer dan 500 deelnemers woonden de tweedaagse bij en zagen hoe de zorgsector zo goed als unaniem klaar staat om de uitdagingen van de toekomst gezamenlijk aan te pakken. Het besef is groot dat er nog een hele weg af te leggen is, maar de wil om er samen de schouders onder te zetten, was bijna voelbaar aanwezig in de zaal.

Zorgnet Vlaanderen is spaarzaam met het organiseren van tweedaagse congressen. Als het toch gebeurt, dan is daar een hele goede reden voor. Net zoals de ouderenzorg in 2010 nieuwe wegen insloeg met het congres GPS 2021, zo presenteerde het congres *Together we care* een landkaart van het zorglandschap in wording én een wegwijzer naar het ziekenhuis van de toekomst. Enkele thema's kwamen voortdurend terug tijdens het congres. We laten ze ook hier nog even kort de revue passeren. In de volgende artikels in deze *Zorgwijzer* leest u interviews met een aantal sprekers op het congres, verslagen en reacties.

Chronische zorg

Het hele verhaal begint met het zorglandschap dat in verandering is. Mensen leven langer en worden daardoor meer en meer geconfronteerd met chronische ziekten. Veel ouderen leven met verschillende chronische ziekten en dat vergt een aangepaste zorg.

Vandaag zijn de ziekenhuizen vooral op de behandeling van acute pathologie georganiseerd, met een toenemende graad van specialisatie. Hoe meer gespecialiseerd deze geneeskunde wordt, hoe groter de noodzaak om hiervoor als ziekenhuizen onderling samen te werken. De acute zorg blijft uiteraard bestaan, maar daarnaast moeten ziekenhuizen ook meer aandacht hebben voor het groeiend aantal chronische patiënten. En die vergen een totaal andere organisatie van de zorg.

Chronische zorg wordt immers voor een groot deel in de eerste lijn opgevangen. Het is vooral bij acute episodes dat de chronische patiënt toch naar het ziekenhuis moet. Maar dan is het wel belangrijk dat het ziekenhuis zich invoegt in de keten van zorg die al bestaat rond die patiënt. Een nauwere samenwerking tussen de eerste lijn en de ziekenhuizen dringt zich op, maar ook een samenwerking met de woonzorgcentra, de geestelijke gezondheidszorg, de thuiszorg en de welzijnsvoorzieningen. Alle zorg- en welzijnsactoren samen zullen de krachten moeten bundelen voor een optimale zorgcontinuïteit voor de chronische patiënt.

Ondersteuning

Om die samenwerking mogelijk te maken, moet een aantal randvoorwaarden vervuld worden. Heel belangrijk is een goede communicatie en informatiedoorstroming tussen de verschillende zorgactoren. Nieuwe technologieën kunnen hiervoor oplossingen aanreiken. De ontwikkelingen op het gebied van ICT, elektronische patiëntendossiers, het uitwisselen van data in netwerken, eHealth en andere technologieën waren dan ook een prominent thema op het congres.

Nieuwe financiering

Grote eensgezindheid was er op *Together we care* ook over de nood aan nieuwe financieringsmechanismen. "Integrale zorg vereist integrale financiering", vatte prof. Bert Vrijhoef het samen. De financiering van de gezondheidszorg moet alle actoren stimuleren om samen te werken. De financiering zoals die vandaag bestaat, werkt veeleer remmend dan vernieuwend. Maar er tekenen zich nieuwe mogelijkheden af. Prof. Johan Kips zag niet alleen knelpunten in de financiering, maar ook opportuniteiten voor een meer waardegedreven financiering. En dr. Pieter Van Herck tekende op het congres de krijtlijnen van een nieuw businessmodel voor de zorg uit. Al deze insteken worden ook uitvoerig behandeld en gedocumenteerd in het congresboek *Together we care.*

Samenvattend: een chronische patiëntenpopulatie vergt een nieuwe organisatie van de zorg, waarin ziekenhuizen en andere zorgactoren moeten samenwerken in een keten van zorg, hierin ondersteund door nieuwe informatie- en communicatietechnologie (ICT) en hiertoe gestimuleerd door een aangepaste financiering die de samenwerking bevordert.

Enthousiaste reacties op congres

"De *sense of urgency* was sterk aanwezig. Het is hoog tijd om veranderingen door te voeren."

Jocelijn Coenegrachts, Jessa Ziekenhuis

"Hier zijn heel veel domeinen van de gezondheidszorg aan bod gekomen, vanuit het perspectief van de patiënt en van de ziekenhuizen. Een mooie staalkaart van de nieuwe paden die we moeten bewandelen."

Annabell Verhaegen, AZ Alma

"Dit congres biedt zoveel inspiratie om de uitdagingen van de toekomst aan te gaan."

Karen Pieters, az Sint-Blasius

"Ik voelde de principes uit het congres ouderenzorg terugkeren. Als woonzorgcentra kunnen we ook een belangrijke rol spelen in dit verhaal."

Filip Mallems, wzc Sint-Eligius

"Dit congres komt juist op tijd. Het momentum is er. Iedereen begint zich ongerust te maken. Als we willen dat de gezondheidszorg toegankelijk blijft, dan moeten we efficiënter samenwerken aan een integrale zorg. De boodschap komt op tijd."

Jan Peers, Unisoc

"Zeer professioneel georganiseerd. Zorgnet Vlaanderen is helemaal mee met zijn tijd!"

Koen Maertens, Oscare

"Heel vernieuwend en heel goed gebracht!"

Griselda Symons, Familiehulp

“We moeten de realiteit onder ogen durven zien”

Uit onderzoek blijkt dat de Belgen erg tevreden zijn over de gezondheidszorg in eigen land. Maar betekent dat ook dat we op alle vlakken even hoog scoren? Uit cijfers van de OESO blijkt alvast van niet. Professor Niek Klazinga, hoogleraar sociale geneeskunde en senior stafmedewerker bij de OESO, zet ons met beide voeten op de grond. België doet het niet slecht, maar het kan beter. Prof. Klazinga formuleert meteen ook een drietal aanbevelingen.

OESO

Prof. Niek Klazinga: “Het meest waarschijnlijke scenario is dat we evolueren naar meer ambulante zorg, een sterkere eerste lijn en een beperkt aantal ziekenhuizen waar de specialistische zorg geconcentreerd wordt.”

OESO staat voor Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling. De link met de gezondheidszorg lijkt niet meteen gelegd. Maar daarmee is prof. Niek Klazinga het oneens. “De gezondheidszorg maakt vandaag in zowat alle landen doorgaans 10% van het Bruto Binnenlands Product (BBP) uit. Dat is een substantieel aandeel en in de toekomst zal dat aandeel wellicht nog toenemen. De OESO verzamelt statistische gegevens over de zorg. Aanvankelijk vooral over de kosten, daarna ook over de gezondheid van de bevolking en sinds 2002 ook over de kwaliteit van zorg.”

“Er gaat veel geld naar de gezondheidszorg en de levensverwachting stijgt, maar hoe zit het eigenlijk met de resultaten die onze gezondheidszorg oplevert? Hoe zijn economie en kwaliteit gelinkt? Hoe kunnen de financiële middelen het best ingezet worden voor een efficiënte organisatie en een maximum aan resultaat? Dat zijn belangrijke vragen, zeker in tijden van economische en financiële crisis”, zegt prof. Klazinga.

“Tot voor kort stegen de uitgaven in de gezondheidszorg in de OESO-landen jaarlijks met zowat 5%. Sinds 2008 zien we die stijging fel vertragen. Niet alleen de publieke investeringen, ook de private investeringen in de gezondheidszorg nemen af. Bij ongewijzigd beleid zal de druk op de middelen voor gezondheidszorg de komende jaren verder toenemen. *Financial sustainability* of ‘financiële duurzaamheid’ is een belangrijk actueel thema.”

“Verwachten dat de uitgaven voor gezondheidszorg zullen stijgen tot 20 of 25% van het BBP is *wishful thinking*”, reageert prof. Klazinga op een suggestie uit de reflectiekamer. “Akkoord, het zou een maatschappelijke keuze kunnen zijn, maar het is geen reële optie. Met publieke middelen lukt dat niet. En als we op private middelen moeten rekenen, dan gaan we naar een gezondheidszorg met twee snelheden. De enige duurzame oplossing is het herbekijken van de organisatie van de gezondheidszorg.”

“Het meest waarschijnlijke scenario is dat we evolueren naar meer ambulante zorg, een sterkere eerste lijn en een beperkt aantal ziekenhuizen waar de specialistische zorg geconcentreerd wordt. Die beweging is overigens al aan de gang. Toch is het nodig hieraan verder sturing te geven. De overheid moet haar rol spelen, maar ook vanuit de bevolking zal de druk toenemen. Het pleit voor een koepelorganisatie als Zorgnet Vlaanderen dat het met de sector zelf het initiatief in handen neemt om hierover grondig na te denken.”

De realiteit van de cijfers

Uit de statistieken van de OESO komt België redelijk goed naar voren. Toch zijn een aantal cijfers behoorlijk ontnuchterend. Op de indicator ‘sterftecijfer na 30 dagen na een myocardinfarct’ scoort België ondergemiddeld. Idem dito voor dezelfde indicator na een beroerte. Ook het aantal ziekenhuisopnames van patiënten met chronische aandoeningen zoals COPD en diabetes ligt relatief hoog in België, wat erop wijst dat de eerste lijn hiervoor niet voldoende sterk is. En ook in het voorschrijfgedrag zit ons land niet bij de beste leerlingen van de klas, zeker niet als het om breedspectrumantibiotica gaat. De perceptie dat België tot de wereldtop in gezondheidszorg behoort, moet dus op zijn minst wat bijgestuurd worden? “Ja, ik voelde een lichte beroering in de zaal toen ik de statistieken toonde”, glimlacht prof. Niek Klazinga. “De realiteit is inderdaad soms anders dan wat we onszelf voorhouden. Stevig gedocumenteerd zijn, is het begin van elk goed beleid. Ik herinner me een grootschalige studie uit 2003 in de Verenigde Staten waaruit bleek dat de toegediende geneeskundige zorg slechts in 50% van de gevallen volgens de afgesproken richtlijnen verliep. Ook hier was de perceptie totaal anders.”

“We moeten durven de realiteit in kaart te brengen en onder ogen te zien. Discussies over gezondheidszorg moeten rationeel worden gevoerd, en niet in de eerste plaats politiek. Een goede communicatie op alle niveaus is enorm belangrijk. Op afdelingsniveau in het ziekenhuis moeten klinische processen op basis van goede informatie kunnen worden bijgestuurd. Maar indicatoren en resultaten moeten ook in de bestuurskamer expliciet worden besproken. Studies tonen aan dat dat tot betere zorg leidt. Daarnaast heeft ook de buitenwereld recht op verantwoording van het ziekenhuis. En dat mag geen ‘papieren’ of opgesmukte oefening zijn, maar moet integendeel een blauwdruk van de reële situatie zijn. De externe druk van de media neemt overal toe. In Nederland is er de eerste jaren enorm veel te doen geweest over de rangschikking van ziekenhuizen in het magazine *Elsevier*. Maar met de jaren is het publiceren van de resultaten almaar genuanceerder geworden. Vroeger werden soms appels met peren vergeleken, vandaag niet meer. Het kan dus op een goede manier, maar ook de media hebben tijd nodig om op een correcte manier hiermee om te gaan. De externe druk mag ons echter niet afleiden van de essentie, met name hoe we zelf in ons eigen ziekenhuis met indicatoren omgaan.”

“Ik verwacht in de toekomst ook veel van het secundaire gebruik van data”, zegt prof. Klazinga. “Als elke zorgverstrekker gegevens bijhoudt, beschikken we na verloop van tijd over een databank die op macroniveau dingen kan vertellen. Voor de volledige groep diabetespatiënten kunnen we dan bijvoorbeeld het medicatiegebruik, het aantal complicaties of het aantal ziekenhuisopnames in kaart brengen en waar nodig het beleid daarop afstemmen.”

Aanbevelingen

Prof. Niek Klazinga eindigde zijn voordracht met drie aanbevelingen. Ten eerste is een kritische reflectie nodig op de positie van het ziekenhuis in het zorglandschap van de 21ste eeuw. Concentratie en integratie zijn hierbij sleutelwoorden. Ook een kritische reflectie op ons ICT-systeem voor het genereren van informatie over de kwaliteit van zorg dringt zich op. Net als veel andere sprekers is prof. Klazinga overtuigd van de enorme meerwaarde van ICT, op voorwaarde dat we naar een geïntegreerd systeem gaan, waarin de elektronische patiëntendossiers met elkaar worden verbonden en gedeeld. Zijn derde aanbeveling is om een kritische reflectie te organiseren over mogelijke *incentives* om de kwaliteit te verbeteren. Dat kunnen zowel financiële als publicitaire stimulansen zijn.

“In alle landen is men op verschillende fronten bezig om de nodige veranderingen door te voeren”, besluit prof. Klazinga het interview. “In elk land zijn er ondertussen goede praktijkvoorbeelden te vinden. Het gaat de goede weg op, maar we zijn er nog niet.”

JoAnne Epping Jordan: "Met de toename van chronische ziekten worden vele patiënten de belangrijkste zorgverstrekker voor zichzelf. 99% van de tijd zijn chronische patiënten niet in het ziekenhuis of niet bij een arts en moeten ze dus voor zichzelf kunnen zorgen."

beleid

"Samen focussen op de patiënt, niet op de ziekte"

JoAnne Epping Jordan is een internationale autoriteit op het vlak van preventie en organisatie van zorg voor chronische aandoeningen. Ze was onder meer coördinator van het programma van de Wereldgezondheidsorganisatie over chronische zorg. Ze is een groot pleitbezorger van het ICCC-model, dat de paradigmaverschuiving van acute naar chronische zorg in de praktijk helpt te brengen.

Trying harder will not work. Changing systems of care will. Deze quote van het Institute of Medicine uit 2001 was meer dan één keer te horen op het congres *Together we care*. Bij JoAnne Epping Jordan leek het zelfs haar centrale boodschap te zijn. "Overal in de wereld zie je de veranderingen plaatsgrijpen", zegt ze. "Maar we zien toch vooral nog veel ziekenhuizen en veel landen die alleen maar 'harder proberen' zonder de nodige veranderingen door te voeren. Het zit in onze menselijke natuur. We houden graag vast aan de systemen die we kennen. Verandering is moeilijk, ook psychologisch. Vooral nu we voor een echte paradigmaverschuiving staan. Maar eenmaal het engagement er is, eens de geesten gerijpt zijn, dan valt het in de realiteit wel mee met de veranderingen."

JoAnne Epping Jordan gebruikt een mooie metafoor om het belang van verandering aan te tonen. "De ziekenhuizen zijn vandaag vooral gericht op acute patiënten. Iemand is ziek, komt naar het ziekenhuis, geneest en keert terug naar huis. Op dat moment verdwijnt de patiënt van de radar. Dat radarsyndroom maakt dat niemand nog de patiënt opvolgt, dat de patiënt helemaal uit het zicht verdwenen is. Pas als zich opnieuw een acuut probleem voordoet, komt de patiënt weer in beeld. Die radarlogica staat de continuïteit van

zorg in de weg. Bovendien worden de rol en de verantwoordelijkheid van de patiënt op die manier genegeerd. Hoe groter het aandeel aan chronische ziekten, hoe meer we met onze neus op deze tekortkomingen geduwd worden. Wereldwijd krijgt vandaag maar één op de tien chronische patiënten efficiënte zorg. In de westerse wereld ligt dat cijfer weliswaar hoger, maar toch kunnen we ook hier niet naast het probleem kijken. We moeten af van de *radar care* en evolueren naar een *innovative care*."

Het ICCC-model

Wat is er nodig voor de verandering? JoAnne Epping Jordan somt alvast vier elementen op. "Ten eerste moet de patiënt zijn rol opnemen. Hij moet een probleem (h)erkennen wanneer het zich stelt. Dat betekent dat hij daartoe voldoende 'opgevoed' moet zijn. Ten tweede is een accurate diagnose door de artsen nodig. Bij chronische ziekten zien we vandaag wereldwijd in 50% van de gevallen een verkeerde diagnose. Niet omdat onze artsen slecht zijn, maar omdat ziekten als diabetes en een hoge bloeddruk nog te vaak buiten het gezichtsveld blijven. Ten derde hebben we na een juiste diagnose nood aan een correcte, *evidence based* behandeling. Ook daarin schieten we vaak tekort. Er wordt veel inefficiënte zorg verleend, die niet *evidence based* is. En ten vierde komen we opnieuw bij de patiënt, die meer therapietrouw aan de dag moet leggen. De patiënt moet mee op pad willen gaan."

Om een en ander in de praktijk om te zetten, zijn de voorbije decennia verschillende modellen voor het managen van chronische ziekten ontwikkeld. Het *Chronic Care Model* (CMM) uit 1997 was een van de bekendste. Vijf jaar later volgde het *Innovative Care for Chronic Conditions Framework* (ICCC) van de Wereldgezondheidsorganisatie. JoAnne Epping Jordan werkte hieraan mee. "Het CCM was een goede eerste stap", zegt ze. "Het model legde de focus op de rol van de patiënt als geïnformeerde en geactiveerde speler en op de zorgverleners. De sterkte van het ICCC-model is dat het daar de rol van de gemeenschap aan toevoegt en ook de klemtoon legt op de beschikbaarheid van middelen en instrumenten: met motivatie alleen red je het immers niet, je moet ook de mogelijkheden hebben. De kern van het ICCC-*framework* is een driehoek met aan één zijde de patiënt en zijn familie, aan een tweede zijde het zorgteam en aan de derde zijde de gemeenschapspartners. Die drie actoren op microvlak moeten geïnformeerd, gemotiveerd, goed voorbereid en uitgerust zijn voor hun taak. Dat is het microniveau. Op het mesoniveau moet deze driehoek ondersteund worden. Enerzijds vanuit de organisatie van de gezondheidszorg die gericht is op continuïteit, coördinatie en kwaliteit. Anderzijds vanuit de gemeenschap, met bijvoorbeeld de patiëntenverenigingen. Het macroniveau, ten slotte, is het beleid. Dat beleid moet vooral zorgen voor een goede integratie. We hebben geen boodschap aan een diabetesbeleid, een obesitasbeleid, een hogebloeddrukbeleid enzovoort. Neen, we hebben één breed kader nodig voor alle chronische ziekten. Een kader dat de eerste, de tweede en de derde lijn integreert, elk met zijn eigen rol en functie."

Goede communicatie

"Het is bijvoorbeeld aan de eerste lijn om er mee over te waken dat de patiënt niet van de radar verdwijnt. De eerste lijn moet altijd op de hoogte zijn van de toestand van de patiënt, ook als die niet ziek is. We mogen niet wachten tot iemand ziek wordt. Er zijn preventieve onderzoeken nodig, met zicht op de langere termijn. De eerste lijn is ook goed geplaatst voor een coördinerende rol. Iemand moet een beeld hebben op de totaliteit: de verschillende ziekten waaraan een patiënt lijdt, de verschillende specialisten die hij ziet... Een goede communicatie is primordiaal. Het is belangrijk dat de eerste lijn gemotiveerd is en over de nodige instrumenten beschikt. Vooral een goed en geïntegreerd ICT-systeem is hiervoor onmisbaar."

"Ook de ziekenhuizen moeten zich aan hun nieuwe rol aanpassen. We hebben nood aan *team based care*. Als een ziekenhuis een nieuwe arts aanwerft, focust het vandaag nog te exclusief op sterke vakspecialisten, terwijl we eigenlijk meer en meer sterke teamspelers nodig hebben. En misschien hebben we ook in de ziekenhuizen zelf een coördinator nodig, een 'hospitalist', die een obese patiënt met hartproblemen ook opvolgt als hij een orthopedisch probleem heeft. Ook hier moet iemand het totale plaatje in het oog houden. Die functie van 'hospitalist' zien we in grotere ziekenhuizen in de VS al ontstaan. Dat is een goede ontwikkeling. Ook tussen artsen en niet-medische zorgverleners is een betere samenwerking nodig. Vroeger waren artsen de sterren van de show en alle andere zorgmedewerkers behoorden als het ware tot de rekwisieten. Vandaag is de situatie anders. Verpleegkundigen en andere zorgmedewerkers zijn vaak technisch hoogopgeleid en spelen een belangrijke rol op het gebied van coördinatie, informatieverstrekking en educatie van de patiënten."

"Ten slotte zal ook de rol van de patiënt grondig moeten veranderen. Met de toename van chronische ziekten worden veel patiënten de belangrijkste zorgverstrekker voor zichzelf. 99% van de tijd zijn chronische patiënten niet in het ziekenhuis of niet bij een arts en moeten ze dus voor zichzelf kunnen zorgen. Therapietrouw, aandacht voor *red flags* die een signaal zijn om zich in het ziekenhuis te laten onderzoeken, preventief gedrag op het gebied van bewegen, gezonde voeding, stressmanagement... We zullen patiënten blijvend moeten motiveren. Sommigen zullen gemakkelijk meegaan in dit verhaal, anderen helemaal niet. Voor elke patiënt zal dan ook een begeleiding op maat nodig zijn. Zorgverleners zullen goed moeten luisteren naar patiënten, tijd moeten maken voor hun vragen en voor de signalen die ze uitsturen. Samen moeten we focussen op de patiënt, niet op de ziekte. We hebben nood aan een holistische, geïntegreerde benadering met individuele behandelplannen die rekening houden met de ziekten, met de context en met de persoonlijke voorkeuren en verwachtingen van de patiënt."

"Over heel de wereld zien we dat het ICCC-model wordt opgepikt", zegt JoAnne Epping Jordan. "Het gaat om een ingrijpende paradigmashift, maar een noodzakelijke."

PROF. AAD DE ROO OVER NIEUWE ZORGORGANISATIE VOOR CHRONISCHE PATIËNTEN

verande-
ring

“Het moet landen in onze hoofden en harten”

Met de toename van chronische aandoeningen biedt een nieuw soort van patiënten zich in de ziekenhuizen aan. Vandaag zijn veel ziekenhuizen hierop nog onvoldoende voorbereid. Aanpassingen op heel wat domeinen dringen zich op. En het moeilijkste is misschien nog dat het “hospitalocentrisme” definitief afgedaan lijkt te hebben. Professor Aad de Roo heeft het ietwat provocerend zelfs over de ziekenhuizen als ‘onderaannemers’.

“De patiënten van morgen hebben nood aan integrale zorg”, poneert prof. Aad de Roo. Hij is hoogleraar strategisch management gezondheidszorg aan de Universiteit van Tilburg en een van de oprichters van het Nederlandse Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. “Naast de conventionele acute patiënt krijgen we in onze ziekenhuizen een nieuwe instroom van patiënten met een meervoudige chronische problematiek. Die chronische patiënten hebben een fundamenteel andere zorg nodig. We moeten zicht krijgen op de behoeften van deze patiënten en onze ziekenhuiszorg daarop afstemmen. Dat we ondertussen ook bezig zijn met kostenbeheersing, het vinden van voldoende zorgpersoneel, het verhogen van de patiëntveiligheid, het voldoen aan steeds hogere verwachtingen... maakt de uitdaging alleen maar complexer.”

“De ziekenhuiszorg kent vandaag een specialistisch bedrijfsmodel. Technologie is de motor achter een ontwikkeling naar steeds meer gespecialiseerde zorg: van chirurgie naar neurochirurgie naar hersenchirurgie naar chirurgie van de cortex. Dat is uitstekend voor patiënten met een enkelvoudig ziektebeeld. Maar het is ontoereikend voor een complexe, domeinoverstijgende zorgvraag. De chronische patiënt komt met andere woorden in een omgeving terecht die niet op hem is afgestemd. Natuurlijk werken we vandaag al multidisciplinair samen, maar dat gebeurt *ad hoc*, waarbij het overleg vaak het karakter heeft van onderhandelingen tussen specialisten met uiteenlopende visies op de problematiek van de patiënt. Waar we eigenlijk naartoe moeten, is een interdisciplinaire aanpak, onder regie van een generalist. Vergelijk het met de renovatie van een badkamer: voor je de loodgieter, de vloerder en de elektricien laat komen, vraag je ook eerst een aannemer of een architect. Die aannemer houdt het overzicht, heeft materialenkennis en weet hoe de andere vakspecialisten werken en wie eerst moet komen en wie daarna. Zo’n regisseur hebben we nodig als we willen evolueren naar een ziekenhuisoverstijgende ketenzorg.”

Dienstbaarheid

En net zoals een aannemer een beroep kan doen op een loodgieter en een elektricien als onderaannemers, zo ziet ook prof. de Roo het ziekenhuis van de toekomst in de rol van onderaannemer. “Toegegeven, de term ‘onderaannemer’ was wat provocerend bedoeld”, zegt prof. de Roo tijdens het interview na zijn lezing. “Maar in essentie klopt het wel. Als chronische patiënt kan ik perfect verzorgd worden in de eerste lijn, met de huisarts en de thuiszorg. Geraak ik uit balans en kom ik bijvoorbeeld in een coma terecht, dan moet ik naar het ziekenhuis. Het ziekenhuis moet op dat moment in het bestaande, lopende proces kunnen instappen. De ziekenhuisarts zal eerst in het elektronisch patiëntendossier mijn voorgeschiedenis moeten be-

Prof. Aad de Roo: “De technologie is voorhanden, de blauwdrukken zijn er, we weten allemaal welke richting het uit moet. Maar voor een succesvol veranderingsproces is er meer nodig: draagvlak, acceptatie, vertrouwen, goede communicatie.”

kijken. Wat is er al gebeurd? Welke zorg krijg ik van de eerste lijn? Hoe word ik opgevolgd? Zo wordt het ziekenhuis deel van een groter geheel, dat extern wordt aangestuurd. De term 'onderaannemer' hoeft helemaal niet pejoratief opgevat te worden. De tegelzetter die door de aannemer aangestuurd wordt, voelt zich ook niet minderwaardig. Denk aan het verhaal van de Mayo Clinic en het belang van dienstbaarheid en nederigheid. Ziekenhuizen moeten zich realiseren dat ze meer en meer een onderdeel van een groter geheel zullen vormen. Ze zullen bereid moeten zijn om die koppeling te maken. Dat werkt overigens ook vandaag soms al prima! Mijn moeder moest onlangs van het woonzorgcentrum naar het ziekenhuis en daar werd meteen haar medisch dossier gevraagd, wat ze ook effectief had meegekregen vanuit het woonzorgcentrum. Zo werkt het."

De ziekenhuizen zullen volgens prof. de Roo ook de eigen infrastructuur moeten aanpassen aan de verschillende doelgroepen. "Een ziekenhuis zal uit diverse divisies bestaan: één voor urgente zorg, voor acute zorg, voor chronische zorg en voor electieve ingrepen. Dat zijn verschillende doelgroepen, met achterliggend totaal verschillend georganiseerde zorgprocessen. De doelgroepenstructuur van het toekomstige ziekenhuis wordt een matrixstructuur. De specialisten werken vanuit professionele vakgroepen in wisselende rollen en taakstellingen, toegesneden op de zorgprocessen van de uiteenlopende doelgroepen."

Zorgconcerns

Als een van de grootste knelpunten ziet prof. de Roo de vraag wie de regie over de totale ketenzorg zal voeren. "Ketenzorg is enorm complex en stelt hoge eisen op het gebied van coördinatie. Bovendien mag er niet voortdurend discussie zijn. Wie de regie voert, moet een zekere autoriteit hebben. In Nederland lijkt het knelpunt wie de touwtjes in handen krijgt, ondertussen omzeild te worden. We evolueren meer en meer naar concernbouw, waarbij één zorgorganisatie op verschillende domeinen actief wordt: voor een ziekenhuis, ouderenzorg, thuiszorg én een ambulancedienst, bijvoorbeeld. Op die manier blijft alles intern en gaan de integratie en de coördinatie net iets gemakkelijker."

Bijzonder belangrijk voor het welslagen van ketenzorg voor de chronische patient zijn de verdere ontwikkelingen in de ICT. "Een elektronisch patiëntendossier volstaat niet langer", weet prof. de Roo. "We moeten naar een geïntegreerd pakket met ook een cliëntvolgsysteem dat het proces opvolgt en bijvoorbeeld een signaal kan geven als er iets hapert in de uitvoering van zorgpaden en zorgplannen. De eerste ontwikkelingen op dat gebied zijn al een feit. In de thuiszorg wordt er al software gebruikt die het zorgplan van een patiënt opvolgt. Een element in dat plan kan bijvoorbeeld zijn dat een diabetespatiënt elke ochtend vóór 10 uur een insulineprik moet krijgen. De zorgverlener die de prik gaat geven, mag kiezen wanneer hij langsgaat, zolang het maar vóór 10 uur is. Op het ogenblik dat hij de spuit gegeven heeft, vinkt hij op zijn iPad de opdracht aan, en dat wordt automatisch doorgestuurd naar de computer met de *workflow management software*. Als op een dag om 9.45 uur de opdracht nog niet aangevinkt is, dan stuurt de software een alarmsignaal uit. Een coördinator kan dan contact opnemen met de zorgverlener om te horen of er iets scheelt. Misschien is de zorgverlener in een auto-ongeluk betrokken? Als er effectief een probleem is, dan kan een noodprocedure worden opgestart. Dat is nog een vrij eenvoudig voorbeeld, maar met de nieuwe technologie wordt erg veel mogelijk."

"De technologie is voorhanden, de blauwdrukken zijn er, we weten allemaal welke richting het uit moet", besluit prof. Aad de Roo. "Maar voor een succesvol veranderingsproces is er meer nodig: draagvlak, acceptatie, vertrouwen, goede communicatie. Er zijn heel wat praktische hobbels en culturele obstakels. Wat we het meest nodig hebben, is dat dit verhaal kan landen in de hoofden en de harten van alle betrokkenen."

“Welke verhalen wil je dat patiënten over je ziekenhuis verspreiden?”

dienst-verlening

De Mayo Clinic in de Verenigde Staten behoort tot de meest befaamde ziekenhuizen ter wereld. Meer zelfs, de Mayo Clinic is vandaag het sterkste merk ter wereld in de social profit. Prof. Kent Seltman was er directeur marketing en is mede-auteur van het succesvolle boek *Management Lessons from Mayo Clinic*. Het was dan ook reikhalzend uitkijken naar zijn bijdrage op het congres van Zorgnet Vlaanderen. Wij gingen vooraf al even met hem praten.

Kent Seltman brengt zijn presentatie onder de titel *The Needs of the Patient Come First*. Is dat ondertussen geen evidentie? “Jammer genoeg niet”, zegt Seltman. “In de Mayo Clinic kiezen we radicaal voor deze focus, maar als je breder kijkt, dan zie je heel vaak een spanning tussen wat patiënten enerzijds en wat dokters en ziekenhuisbeheerders anderzijds verwachten. Elke partij heeft zijn eigen wensen en bekommernissen en het is niet altijd vanzelfsprekend dat de patiënt op de eerste plaats komt. In de Mayo Clinic is ‘de patiënt eerst’ onze prioritaire waarde. De hele organisatie en dienstverlening zijn daarop afgestemd. Wij zien onze opdracht breder dan het louter verlenen van zorg. Onze opdracht heeft een ethische dimensie, gestuurd door waarden.”

De Mayo Clinic is inderdaad wereldvermaard voor haar focus op dienstverlening. Mayo Clinic wordt vandaag zelfs beschouwd als één van de sterkste merken ter wereld. Minder sterk dan Apple, Google of Coca-Cola weliswaar, maar in financiële waarde uitgedrukt wel sterker dan Nike, Pepsi of Starbucks. Kent Seltman is daar behoorlijk trots op, hoewel je je kunt afvragen waarom een ziekenhuis zo een sterk merk nodig heeft? “Een sterk merk op zich was ook helemaal niet onze doelstelling”, zegt Seltman. “Het is een bijproduct van onze dienstverlening. Al zijn we vanaf de jaren 1990 wel begonnen met het bewust managen van het merk ‘Mayo Clinic’. Op een bepaald moment beseften we hoeveel waarde onze naam had en hoe sterk die verbonden is met onze reputatie. Op haar beurt is onze reputatie gebaseerd op de ervaringen van patienten, op onze dienstverlening. En daar gaat het om. Of je dat nu wilt of niet, elk ziekenhuis heeft een reputatie. Die wordt bepaald door de manier waarop patiënten en hun familie over je denken. En op een bepaald moment wordt je reputatie zó sterk dat je een merk wordt. Het is een manier om je te onderscheiden. En ja, de Mayo Clinic heeft een marketingafdeling. Maar het merk was er éérst en het was spontaan gegroeid.”

Clues

Hoe een patiënt het ziekenhuis ervaart en beleeft, hangt af van verschillende factoren. Kent Seltman heeft het over *clues* of sleutels. Hij onderscheidt er drie: *mechanic clues, functional clues* en *humanic clues*. Worden deze sleutels in de bestuurskamer van de Mayo Clinic gehanteerd bij het uittekenen van strategische beleidsplannen? Seltman: “De *clues* zijn een relatief nieuwe manier van denken. Je vindt ze in recente managementliteratuur. Maar zonder die labels te gebruiken, heeft Mayo Clinic al een lange traditie in die zin. De *mechanic clues* gaan over de fysische omgeving, het gebouw, de infrastructuur, de *flow*. Mayo Clinic heeft enorme investeringen gedaan om een infrastructuur te creëren die een optimale patiëntenervaring bevordert. De *functional clues* zijn gericht op goede geneeskunde en goede zorg. De *humanic clues* bepalen de manier waarop mensen behandeld worden in het ziekenhuis. Hier gaat het om cultuur, om attitude, om een manier van denken.”

Cruciaal in de filosofie van Mayo Clinic is interdisciplinaire samenwerking. Misschien kan je dat vandaag wel voor élk ziekenhuis beweren, maar tekenend voor de Mayo Clinic is deze uitspraak van dr. William Mayo, een van de stichters: *The best interest of the patient is the only interest to be considered, and in order that the sick may have the benefit of advancing knowledge, union of forces is necessary... It has become necessary to develop medicine as a cooperative science.* (Kort en vrij vertaald, nvdr: ‘Het belang van de patient is het enige wat telt en om de patiënt te laten genieten van de vooruitgang, is een bundeling van krachten nodig... We moeten de geneeskunde ontwikkelen als een wetenschap van samenwerking.’) Die uitspraak dateert niet van 1975 of het jaar 2000, maar al van 1910. “Dat was in die tijd inderdaad een revolutionaire en radicale stelling”, zegt Kent Seltman. “In 1910 was er nog geen sprake van specialiteiten; elke arts kon alles doen: chirurgisch, internistisch... De gebroeders Mayo waren zelf heel sterke chirurgen. Maar ze omringden zich met andere artsen die andere sterktes hadden. Dat was nieuw. En de reactie was niet van de poes! Veel artsen voelden zich beledigd door de uitspraak van dr. Mayo. Artsen waanden zich toen nog goden, die alles konden. Maar dr. Mayo was nederig genoeg om te beseffen dat je niet in alles expert kunt zijn en dat je de geneeskunde pas echt vooruit helpt als artsen de krachten bundelen. Al meer dan een eeuw maakt dat de sterkte van de Mayo Clinic uit.”

“Een verregaande samenwerking zoals in de Mayo Clinic, zie je bijna nergens anders. In de Mayo Clinic in Minnesota

werken vandaag meer dan 1.500 artsen, allemaal in hetzelfde gebouw en met dezelfde ICT-systemen die onderling verbonden zijn. Alle artsen hebben toegang tot alle medische dossiers, kunnen alle onderzoeksresultaten zien, zowel van de gehospitaliseerde als van de ambulante patiënten. Er is in de meest volledige betekenis van het woord sprake van een geïntegreerde praktijkvoering. Ook de infrastructuur van het ziekenhuis is erop gebouwd om samenwerking te bevorderen. In de Mayo Clinic kan het niet dat een patiënt na het bezoek aan een internist drie weken moet wachten op een afspraak bij de cardioloog. Het is een kwestie van infrastructuur, van ICT, van afspraken, maar in de eerste plaats nog altijd van *commitment:* een engagement tegenover de patiënt dat hij op de eerste plaats komt."

Verhalen

Wie foto's ziet van de Mayo Clinic gaat even duizelen van de rijkdom en de luxe die het gebouw uitstraalt. En dat was op het congres van Zorgnet Vlaanderen ook de eerste reactie van veel toehoorders: 'Dit is niet bereikbaar voor ons, wij beschikken niet over dergelijke middelen'. Toch is het niet de luxe die het grote verschil maakt als je Kent Seltman hoort. "Elk gebouw vertelt een verhaal", zegt hij. "Of je dat nu wilt of niet. Als de patiënt merkt dat de vloer in zijn ziekenhuiskamer stoffig is, dan zegt dat iets over het ziekenhuis. Of om een positief voorbeeld te geven: als je lange gangen hebt of als de weg van de parking naar het ziekenhuis lang is, dan kan je hier en daar zitbanken plaatsen, zodat mensen even kunnen verpozen. Dat soort dingen toont dat je meeleeft met de patiënten en dat je er alles aan doet om ze een aangenaam verblijf te bieden. In essentie komt het erop neer dat we moeten proberen de verwachtingen van de patiënt in te lossen en zelfs te overtreffen."

Maar wat als die verwachtingen almaar hoger komen te liggen en de middelen beperkt zijn? "We moeten blij zijn dat de verwachtingen almaar hoger liggen", zegt Seltman. "Er is nog heel wat marge om te groeien op het gebied van dienstverlening. Neem nu de wachttijden. De tijd van de artsen is belangrijk. Daarover is iedereen het eens. Maar als dat betekent dat patiënten dan maar moeten wachten, dan zijn we verkeerd bezig. Ons uitgangspunt in de Mayo Clinic is dat elke patiënt zoveel tijd moet krijgen als nodig. En dus hebben we ons planningssysteem daaraan aangepast. We voorzien vooraf al de nodige ruimte. In de toekomst zal de technologie ons nog een handje toesteken. Mensen zullen niet langer op de raadpleging moeten komen om zich te wegen, de bloeddruk te meten of te monitoren. Dankzij digitale oplossingen zal dat geautomatiseerd van thuis uit kunnen gebeuren. Natuurlijk zullen de financiële systemen hierop aangepast moeten worden. Maar ook hier moeten we eerst kijken wat het beste is voor de patiënt. De rest moet daaruit volgen."

"Eigenlijk is het vrij eenvoudig", vat Kent Seltman zijn boodschap samen. "Hoe wil je dat je patiënten thuis, in hun familie en bij vrienden over je vertellen? Welke verhalen wil je dat ze verspreiden over je artsen, over je ziekenhuis, over je dienstverlening? Als je die oefening eens maakt, dan wordt de weg die je moet volgen meteen een stuk helderder."

"In de Mayo Clinic in Minnesota werken vandaag meer dan 1.500 artsen, allemaal in hetzelfde gebouw en met dezelfde ICT-systemen die onderling verbonden zijn. Alle artsen hebben toegang tot alle medische dossiers, kunnen alle onderzoeksresultaten zien, zowel van de gehospitaliseerde als van de ambulante patiënten."

REFLECTIEKAMER GEEFT EXTRA DIEPTE AAN CONGRES

reflectie

“Financiering moet verandering faciliteren, niet afremmen”

Wat het ziekenhuiscongres sterk maakte, was onder meer de grote interactie en de diversiteit aan stemmen in het debat. Zo werd in de reflectiekamer bij momenten *ad rem* gereageerd op stellingen van sprekers. Journaliste Indra Dewitte legde de reflectiekamer pertinente vragen voor en leidde de discussie in goede banen.

Veel wenkbrauwengefrons in de reflectiekamer wanneer prof. Klanzinga toont hoe na 2008 de investeringen in de gezondheidszorg drastisch daalden door de crisis. “We zullen hoe dan ook meer moeten investeren”, vindt prof. Antoon Vandevelde. “Vandaag gaat zowat 10% van het BBP naar gezondheidszorg, dat zou weleens kunnen evolueren naar 20%. Solidariteit is nodig. Maar we moeten ook efficiënter werken, bijvoorbeeld door een versterking van de eerste lijn.”

Dr. Maaike Van Overloop is het daarmee eens. “De eerste lijn zal een groot deel van de chronische zorg op zich moeten nemen. Daar zijn we vandaag nog niet klaar voor, er is nog veel voorbereidend werk te doen, onder meer op het gebied van het elektronisch patiëntendossier, het linken van dossiers, een betere communicatie…”

Of de ziekenhuizen bereid zijn om de chronische zorg grotendeels aan de eerste lijn over te laten, vraagt moderator Indra Dewitte. Dr. Peleman antwoordt bevestigend: “We evolueren naar kleinere ziekenhuizen met een hoge mate van specialisatie. Als link naar de eerste lijn kan een algemeen internist een belangrijke taak vervullen. We zullen samen de zorg moeten hertekenen.” Ook Frank Lippens denkt in die richting, al geeft hij toe dat de samenwerking niet altijd vlot verloopt. “Denk aan het spanningsveld rond de spoedgevallendiensten. We moeten hiervan werk maken.” Huisarts Maaike Van Overloop gaat akkoord. “Maar wondermiddelen bestaan niet. Zelfs in regio’s met een sterke huisartsenwachtpost zien we het aantal patiënten op de spoedgevallendienst niet altijd dalen.”

“Wordt er in de sector nog te veel vanuit de eigen belangen gedacht?”, werpt Indra Dewitte in de groep. “Het eigenbelang overstijgen is inderdaad de grote uitdaging”, beaamt Toon Vandevelde. “Maar hiervoor is sturing nodig.”

Ook de kwaliteit van de zorg komt aan bod tijdens de eerste tussenkomst van de reflectiekamer. En dan gaat het algauw over de indicatoren. “Het Vlaams indicatorenproject is een goede zaak”, vindt Renaat Peleman, al geeft hij toe dat Toon Vandevelde niet helemaal ongelijk heeft als hij zegt dat het allemaal wat traag gaat in ons land. Frank Lippens wijst dan weer op de cultuurverschillen tussen Vlaanderen en Wallonië en op de vele registraties en indicatoren waarmee weinig of niets gebeurt. Registraties zijn ook niet alles, vindt dr. Peleman. “Als je de preoperatieve checklist niet beleeft als een reflectiemoment maar als een routine, dan heeft die niet veel zin. Dan zijn we verkeerd bezig.”

Faciliteren

De tweede tussenkomst van de reflectiekamer komt meteen na de uiteenzetting van prof. De Roo die een oproep deed om de noodzakelijke veranderingen in de zorg te “laten landen in onze hoofden en harten”.

“Een vingerwijzing naar de ziekenhuizen”, meent moderator Indra Dewitte. “Dat is precies de opdracht van dit congres”, reageert Frank Lippens. “We moeten tot een noodzakelijke synthese komen en meer samenwerken. Maar dan moet ook de financiering hiermee op één lijn worden gebracht.” Dr. Daniel Devos is het daarmee volmondig eens. “We hebben dringend nood aan een nieuw financieel model ter ondersteuning van een nieuw zorgorganisatiemodel. In ziekenhuizen, tussen ziekenhuizen, en tussen ziekenhuizen en andere zorgverstrekkers is van alles in beweging, maar de financiering moet daarop worden afgestemd. Anders lukt het niet.”

“Maar is het dan echt nodig dat elk ziekenhuis alle erkenningen probeert binnen te halen?”, probeert moderator Indra Dewitte. “Ziekenhuizen moeten per regio afspraken maken”, vindt Renaat Peleman. “Maar ook hier werkt de financiering tegen. Je kunt van een ziekenhuis niet verwachten dat het iets afstaat als het daar vervolgens financieel voor wordt gestraft.” Daniel Devos zit op dezelfde golflengte: “Ook tussen ziekenhuizen, de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg zijn afspraken mogelijk, maar het financieel kader laat dat nauwelijks toe. De overheid moet veel meer een faciliterende rol spelen, zodat verandering gestimuleerd wordt in plaats van afgeremd.”

“De artsen van nu werden tot voor kort opgeleid als individualisten”, voegt Renaat Peleman hieraan toe. “Een arts heeft het over *zijn* patiënt die *hij* gaat opereren, terwijl verpleegkundigen spreken in termen van *wij* en *onze* patiënt. Gelukkig ligt in de opleidingen vandaag ook al veel meer het accent op interdisciplinaire samenwerking.”

De leden van de reflectiekamer (vlnr dr. Maaike Van Overloop, prof. dr. Renaat Peleman, Frank Lippens, Indra Dewitte, dr. Daniel Devos, Piet Vandenbussche, prof. dr. Antoon Vandevelde)

Piet Vandenbussche ziet de taakomschrijving van alle zorgverstrekkers evolueren. “Het is een veranderingsproces dat inderdaad in de hoofden en de harten moet landen.”

“En hoe ver staat het ondertussen met de vermaatschappelijking van de zorg?”, wil Indra Dewitte weten. Psychiater Geert Dom verwijst naar de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg met artikel 107. “De overheid speelt hier een faciliterende rol, maar ook het juridische kader is enorm belangrijk. Hoe meer wordt samengewerkt, hoe nijpender de vraag wie uiteindelijk juridisch verantwoordelijk is. Ook dat moet worden uitgeklaard in de nieuwe context.”

“Het is ondertussen duidelijk dat een andere financiering wenselijk is”, constateert Indra Dewitte. “Maar houdt de sector die nieuwe financiering niet zelf tegen? Wordt er niet druk gelobbyd?” “Er zijn inderdaad lobbygroepen actief”, bevestigt Daniel Devos. “Maar de politici moeten de moed hebben om door de individuele belangen heen te kijken en het algemeen belang naar de voorgrond te brengen.” Maaike Van Overloop wijst erop dat er ook al goede evoluties zijn, bijvoorbeeld met de wijkgezondheidscentra. Toch stoort Frank Lippens zich aan de manier waarop het vaak verloopt. “Neem nu het plan om de EKG’s niet meer terug te betalen. Wie gaat dan de rekening betalen? De patiënt? Of moeten de cardiologen en de ziekenhuisbestuurders hierover in de clinch? Te vaak verzanden we in partiële discussies, zonder globaal plan. De ziekenfondsen en de artsen hebben hierin een grote verantwoordelijkheid binnen de Medicomut.”

Om ketenzorg te realiseren zal iemand de coördinatie op zich moeten nemen. “Hoe ziet het panel van de reflectiekamer dat?”, vraagt Indra Dewitte. Voor Renaat Peleman kan die rol door een algemeen internist opgenomen worden, maar misschien hoeft deze operationele manager zelfs geen arts te zijn. “Het traject van de patiënt kan ook gevolgd worden door een nieuw te creëren functie, bijvoorbeeld iemand met een master in de biomedische wetenschappen, die de taal van de artsen kent.” Hoe het ook zij, voor dergelijke ingrijpende veranderingen zal een groot draagvlak nodig zijn, vindt Piet Vandenbussche. “Het is belangrijk om zo snel mogelijk alle partijen te betrekken en niet over de hoofden van de mensen te beslissen.”

“En het ‘zelfmanagement’ van de patiënt? Wat moeten we ons daarbij voorstellen?”, vraagt Indra Dewitte. “Hiervoor zijn inspanningen nodig op bevolkingsniveau”, zegt Maaike Van Overloop. Dr. Peleman valt haar bij: “Hier speelt inderdaad geen medisch, maar een opvoedkundig probleem. Mensen moeten worden aangespoord om gezonder te leven.” “Ook de huisartsen hebben hier een belangrijke opdracht”, vindt Frank Lippens. “De evolutie naar *patient empowerment* is bezig.” Ook Geert Dom is het daarmee eens. “Bill Clinton zei ooit: *I am a babyboomer, I have an obligation to stay healthy.* Het is echter maar de vraag of je dat aan iedereen kunt toevertrouwen.”

Deelnemers reflectiekamer

- Dr. Maaike Van Overloop, voorzitter Domus Medica
- Prof. dr. Renaat Peleman, hoofdarts UZ Gent
- Frank Lippens, voorzitter AZ Sint-Lucas Brugge en algemeen directeur Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze
- Dr. Daniel Devos, sectorcoördinator algemene ziekenhuizen Zorgnet Vlaanderen
- Piet Vandenbussche, sectorverantwoordelijke Social Profit SD Worx
- Prof. dr. Antoon Vandevelde, decaan Hoger Instituut voor Wijsbegeerte KU Leuven
- Prof. dr. Geert Dom, voorzitter Vlaamse Vereniging Psychiatrie – UA

Prof. Bert Vrijhoef: "Een aangepaste financiering is niet de enige voorwaarde, maar wel een noodzakelijke voorwaarde voor integrale zorg."

financie-ring

"We moeten tijd nemen om te experimenteren en elkaar te leren kennen"

'Integrale zorg impliceert integrale financiering'. Prof. Bert Vrijhoef bedacht voor zijn voordracht een statement dat even simpel als dwingend is. Al loopt het niet van een leien dakje met die integrale financiering. Her en der vinden er schuchtere experimenten plaats, maar er is nog een hele weg te gaan.

Professor Bert Vrijhoef is hoogleraar aan de universiteiten van Singapore en Tilburg. Van 2006 tot 2011 was hij onderzoeksdirecteur transmurale zorg in het Academisch Ziekenhuis Maastricht.

"Integrale zorg kan je vergelijken met een estafetteloop", opent prof. Bert Vrijhoef het gesprek. "Meerdere atleten gaan samen voor één doel. Ze lopen samen één race. Ze maken goede afspraken over wie eerst loopt, wie volgt en wie als laatste loopt. Ook de techniek van het doorgeven van het stokje wordt afgesproken en ingeoefend. En het werkt! Als ik het goed heb, ligt het wereldrecord op de 4 maal 100 meter 6 seconden lager dan het wereldrecord op de 400 meter solo. Net zo kunnen we ook in de gezondheidszorg betere resultaten boeken als we onze krachten bundelen, goede afspraken maken en elke speler op zijn sterkste punt inzetten."

"En dat zal nodig zijn", meent prof. Vrijhoef. "Vandaag al sterft 63% van de bevolking aan een chronische aandoening. Dat aantal zal in de toekomst nog toenemen. Chronische zorg vergt een specifieke aanpak. Binnen de chronische aandoeningen is er bovendien nog een grote verscheidenheid: er zijn levensbedreigende ziekten als kanker en beroerte, er zijn aandoeningen met periodiek terugkerende klachten als astma en epilepsie, je hebt aandoeningen die progressief verslechteren en invaliderend van aard zijn en er zijn de chronisch psychiatrische aandoeningen. Wat al die ziekten bindt, is dat ze dwingen langdurig een beroep te doen op zorg."

Fundamentele aanpassingen

"De bestaande gezondheidszorgsystemen hebben in het verleden heel wat goeds teweeggebracht, maar ze zijn niet geschikt voor chronische zorg. Er zijn fundamentele aanpassingen nodig. Integratie van zorg is daarom ook een middel, geen doel op

zich. Het doel is immers om de kwaliteit van zorg te verbeteren. In Nederland heeft 89% van de chronische patiënten contact met meer dan één zorgverlener, 23% heeft contact met zes of meer zorgverleners. In zo'n context is een goede afstemming van de zorg absoluut noodzakelijk."

"Ziekenhuizen zullen ook in de toekomst een belangrijke rol spelen, maar wel in een andere vorm. Gaandeweg hebben de ziekenhuizen naast hun opdracht in de acute medische zorg ook andere, nieuwe taken op zich genomen, met name in de chronische zorg. Nu blijkt het ziekenhuis niet het juiste niveau te zijn voor dat soort zorg. Een groot deel van de chronische patiënten hoeft immers niet zo vaak naar het ziekenhuis. Ze kunnen prima verzorgd worden in hun thuissituatie. Aan de andere kant krijgt het ziekenhuis er wel een nieuwe rol bij, met name in de ketenzorg die zich rondom de patiënt aan het ontwikkelen is."

"In diverse landen wordt vandaag geëxperimenteerd met nieuwe, integrale vormen van zorgorganisatie gericht op chronische aandoeningen. Daarbij blijken telkens weer tal van barrières op te doemen: een slechte afstemming, een gebrek aan ondersteuning in het veranderingsproces, een onaangepaste opleiding van professionals enzovoort. De belangrijkste barrière is echter de financiering die niet op één lijn zit. Een aangepaste financiering is dus niet de enige, maar wel een noodzakelijke voorwaarde voor integrale zorg", stelt prof. Vrijhoef.

"De eerste voorzichtige stappen naar een integrale financiering van integrale zorg worden her en der al ondernomen. In de Verenigde Staten zijn er bijvoorbeeld de ACO's, de *Accountable Care Organizations*. Zo'n ACO is een groep van zorgverleners die gezamenlijk afspraken maakt over het leveren van zorg aan een specifieke patiëntenpopulatie. Dat kan voor een bepaalde regio zijn of voor een bepaalde diagnose. Het bijzondere is dat ze samen verantwoordelijk – *accountable* – zijn, zowel voor de samenwerking als voor het het (financiële) resultaat. Door goede afspraken te maken en de zorg rond de patiënt optimaal af te stemmen, slagen de ACO's erin om financieel een overschot of een winst te realiseren. Afspraak is dat die winst verdeeld wordt onder de betrokkenen, als een soort van *incentive*. Uiteraard wordt de kwaliteit van de zorg voortdurend gemonitord, zodat hierop niet wordt ingeboet, wel integendeel."

Geen *big bang*

"Een andere schuchtere stap in de richting van integrale financiering voor integrale zorg is de diabetes keten-dbc in Nederland. Sinds januari 2010 telt Nederland een honderdtal zorggroepen die hiervoor instaan. Zij sluiten contracten met zorgverzekeraars over een soort van *bundled payment*, een onderhandeld forfaitair bedrag. Een zorggroep bestaat meestal uit huisartsen, met een gemiddelde van 81 huisartsen per zorggroep. Onlangs vond een eerste evaluatie plaats door een commissie waarvan ik deel uitmaakte. Uit die evaluatie bleek alvast dat het maar om een zeer gedeeltelijke 'integrale financiering' gaat: van de 4.800 euro kosten is gemiddeld nog maar 400 euro via keten-dbc onderhandeld. Bovendien bleek het allemaal nog zo pril en onvolledig dat er nog geen dwingende conclusies getrokken konden worden. Toch luidde het advies aan de overheid om hiermee verder te gaan en om zelfs nog strakker sturing te geven in deze richting."

"Er is dus nergens sprake van een *big bang*, het is veeleer een verhaal van stapje voor stapje. Het blijft lastige materie, want het gaat uiteraard ook om geld en om macht. Het goede is dat met deze eerste schuchtere stapjes de betrokken partijen elkaar beter leren kennen. Het vertrouwen kan groeien. En met het vertrouwen zal ook de bereidheid tot samenwerking vergroten."

"Het is hoe dan ook goed dat een dergelijke ingrijpende verandering niet zomaar topdown wordt opgedrongen. Je moet de organisaties ruimte en tijd laten om te experimenteren, om dingen uit te proberen en lessen te trekken uit eerste ervaringen. We mogen de verwachtingen niet onrealistisch hoog stellen en moeten de nodige *incentives* voorzien om de samenwerking te bevorderen."

"Bij elk innovatieproces heb je koplopers en voortrekkers. Een aantal zorgregio's in Nederland willen nu al heel ver gaan en alle financiële verantwoordelijkheid op zich nemen. Er zou dan sprake zijn van één globale financiering per regio. Het ministerie vindt dat een interessante piste, maar het is nog onduidelijk hoe dat zou moeten vormkrijgen. In de regio Heuvelland met de stad Maastricht hebben een zorggroep en een zorgverzekeraar de krachten gebundeld om de gezondheidszorg in hun regio helemaal over te nemen. Hoe zal het ministerie daarop reageren? Gaat het die macht afstaan? En hoe zit het dan met de toezichthoudende rol? En kan het wel dat een zorggroep en een zorgverzekeraar een monopolie krijgen in een bepaalde regio? Dat lijkt me ook niet gezond. Het is duidelijk: we zijn hier nog niet uit, maar er beweegt wel heel wat op het terrein."

"Sinds kort werk ik als hoogleraar ook in Singapore. Mijn ervaring daar toont nog maar eens hoe belangrijk een goede inbedding in de regio is. In Singapore gaat men de hele wereld rond op zoek naar goede praktijkvoorbeelden. Die willen ze dan kopiëren in hun eigen land. Maar vaak zijn die projecten gedoemd om te mislukken, omdat het vertrekpunt en de context helemaal anders zijn. Hetzelfde geldt voor de integrale financiering: we evolueren allemaal in dezelfde richting, maar hoe die precies vertaald wordt naar de praktijk, zal afhangen van land tot land en van context tot context. Er is geen alleenzaligmakend model. Experimenteren, bijsturen, vertrouwen hebben in elkaar, korte communicatielijnen... dat zijn essentiële dingen. En verder ook leiderschap en visie. En dan komen we er wel. We hebben geen andere keuze."

PROF. DR. KOEN VANDEWOUDE, ADVISEUR KABINET MINISTER LAURETTE ONKELINX

“Hervorming hoog op de politieke agenda”

beleid

Prof. dr. Koen Vandewoude, directeur externe relaties en dienstverlening van het UZ Gent én adviseur op het kabinet van minister Laurette Onkelinx, volgde het tweedaagse congres *Together we care* met veel belangstelling. Na afloop vroegen we hem naar een eerste reactie en naar de plannen van minister Onkelinx voor een reorganisatie van de gezondheidszorg en de bijhorende financiering.

“Zorgnet Vlaanderen profileert zich sterk met dit congres, als koepelorganisatie, maar vooral ook als belangrijke denktank in de gezondheidszorg”, zegt Koen Vandewoude. “Dat is een signaal waar we met het oog op de komende staatshervorming en de beslissingen over budgetbeheersing niet omheen kunnen. Het siert Zorgnet Vlaanderen dat het streeft naar een brede consensus om de broodnodige hervormingen aan te vatten. De *sense of urgency* is op dit congres bijna tastbaar aanwezig. De toon is gezet, de discussie is al lang niet meer vrijblijvend. En ja, ik kan bevestigen dat ook de overheden aan het bewegen zijn. Minister Laurette Onkelinx zal komend najaar een *roadmap* voorstellen. Het Kenniscentrum kan hierin ook een rol spelen. Het is nu al duidelijk dat de hervorming een werk van jaren zal zijn, een legislatuurproject.”

Verandering

“Vandaag al zit een aantal hervormingen in de lift. Die gaan in de richting van meer samenwerking en afstemming. Denk aan het zorgprogramma cardiologie, waar een geëchelonneerd netwerk met alle zorgverleners – inclusief de huisartsen, de tweede en de derde lijn – garant staat voor een goede afstemming en een betere kwaliteit van zorg. Binnen de netwerken voor cardiale pathologie zullen zorgcircuits worden aangeboden. Hier is dus een zekere analogie met de hervorming in de geestelijke gezondheidszorg.”

“De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) heeft de jongste jaren op vraag van minister Onkelinx ook een aantal interessante hervormingen voorgesteld. Bijvoorbeeld in de kindergeneeskunde, eveneens met een sterke netwerking in een nieuw organisatorisch kader. De minister wil dit dossier binnenkort afronden. Idem dito voor de beroertezorg, waar een netwerk van huisartsenkringen, spoedgevallendiensten, neurologen, interventieradiologen en andere specialisten, en eerstelijnszorgverleners nodig is. Het vergt allemaal wat tijd, maar de verandering is ingezet. Wat in de psychiatrie onder artikel 107 gebeurt met pilootprojecten die experimenten toelaten, met een sterk engagement vanuit de sector, inclusief de artsen, én met financiële afspraken die ruimte laten voor flexibiliteit, moet ook mogelijk zijn op andere domeinen. Ja, ook op het vlak van de chronische zorg. Het wordt alleen nog complexer en er zijn nog grotere budgetten mee gemoeid.”

“Geld en machtsposities zijn wel vaker remmende factoren als het gaat om verandering, maar er spelen vandaag een aantal dwingende katalysators: de budgettaire restricties, de trend om kwaliteit in zorg beter zichtbaar te maken, het tekort aan zorgpersoneel en sommige artsenspecialismen, de vergrijzing... Al die elementen samen creëren een opportuniteit die minister Onkelinx nu hoog op de politieke agenda heeft gezet. We moeten in overleg de basisprincipes van de hervormingen definiëren en tijdslijnen vastleggen. De tijd is er rijp voor. Ook bij de jongere generatie artsen leeft de overtuiging dat we naar een meer duurzame gezondheidszorg moeten, met garanties voor de patiënten en voor de artsen. De *mindset* is de jongste jaren al fel gewijzigd.”

Niet talmen

“De aankondiging van minister Onkelinx om in oktober met een voorstel te komen, toont dat er niet langer zal worden getalmd. De lijnen worden uitgetekend. Er is vandaag al veel overleg en interactie met de sector, ook al beweert dr. Moens graag het tegendeel.”

“Het is onmogelijk om vandaag te zeggen waar we over drie jaar zullen staan. Het belangrijkste is dat de verandering is ingezet. Op een aantal domeinen is er al een shift van financiering per prestatie naar een forfait. Die evolutie zal zich verder doorzetten. Uiteraard moeten de forfaits kostendekkend zijn en kwaliteit van zorg toelaten, zoals op het congres werd bepleit. En ja, er zullen op alle niveaus goede afspraken gemaakt moeten worden. Ik begrijp dr. Moens als hij zegt dat de artsen een vinger in de pap moeten houden. Vandaag hebben de artsen inspraak in de ziekenhuizen omdat ze met de bestuurders onderhandelen over de afdrachten van honoraria en de organisatie van de zorg. Als we naar een ander systeem van financiering gaan, dan moeten de artsen op een andere manier kunnen blijven participeren in het aansturen van de zorg. Bijvoorbeeld op het gebied van investeringen in nieuwe apparatuur. Net zoals ook de verpleegkundigen, de ziekenhuisapothekers, de kinesitherapeuten en andere beroepsgroepen een stem moeten krijgen in beleidskeuzes die hen aanbelangen. Ik heb er een goed oog in. We kennen de obstakels en er zijn verschillende scenario’s denkbaar die een consensus toelaten”, besluit Koen Vandewoude.

Prof. dr. Koen Vandewoude: "De tijd is rijp voor een hervorming van de organisatie en de financiering van de gezondheidszorg."

“Een ‘artikel 107’ voor chronische zorg kan ruimte voor experiment geven”

Met een paneldiscussie op vrijdagmiddag kon nog tijdens het congres even de temperatuur gemeten worden. Hoe komen de standpunten aan? Hoe reageren de betrokken actoren? Zijn alle partijen klaar en bereid tot de verandering die iedereen nodig acht? VRT-journalist Wim De Vilder leidde het debat.

“Er is absoluut nood aan een nieuwe ziekenhuisfinanciering”, opent Katrien Kesteloot. “Het huidige budget financiële middelen (BFM) is tot een koterijsysteem verworden, waar geen kat haar jongen in terugvindt.” Dirk Ramaekers is het daarmee eens, maar reageert kritisch. “Die inzichten dateren van twintig jaar geleden. Vraag is waarom we tot nu toe die stappen niet konden zetten. Het gaat om geld en macht. Mirakeloplossingen zijn er niet. Er is nood aan experimenten, zodat we kunnen nagaan wat werkt en wat niet. Beschouw dit gerust als een *call to action*.”

Ook Marc Moens lijkt ervan overtuigd dat hervormingen nodig zijn. Over de wijze waarop is er minder eensgezindheid. Marc Moens: “Artsen willen meer inspraak. Er leeft schrik bij de artsen en die is terecht. Als je iets wilt veranderen, moet je als gelijken met elkaar kunnen praten.” Wim De Vilder vraagt of we het duale systeem moeten verlaten. Marc Moens: “Als klinisch bioloog ken ik het forfaitair systeem al jaren. Het beoogde effect, efficiënter werken, is niet gelukt. En wat is het effect van een forfaitair systeem over tien of twintig jaar? We weten het niet.” Ook over een evolutie in de richting van *pay for performance*, doet Marc Moens schamper. “Het nadeel is dat je dan naast elke arts een andere moet zetten om alles te registreren en door te geven. De administratieve kost is groot, het vergt veel tijd. Artsen verlenen liever zorg dan te moeten registreren.”

En wat met de ziekenfondsen? Guy Peeters: “Onze eerste zorg is het effect van het duale systeem, namelijk het doorrekenen van supplementen. Ja, er is een *sense of urgency*. Het budgettaire plaatje ziet er niet zo fraai uit. We moeten experimenteren met nieuwe systemen. Maar ik begrijp de bezorgdheid van de artsen. Zij moeten mee betrokken worden.”

Ondertussen verandert ook de rol van de ziekenfondsen. Guy Peeters: “Door de informatisering verdwijnen een aantal traditionele opdrachten naar de achtergrond. Ziekenfondsen gaan meer hun rol als zorgbegeleiders en zorgadviseurs opnemen. We hebben een massa gegevens beschikbaar, waarmee we nog te weinig doen. Het is onze *moral duty* om die gegevens te publiceren en te vergelijken.”

Grens is bereikt

Terug naar de financieringskwestie. “Moet de nomenclatuur niet dringend aangepast worden?”, vraagt Wim De Vilder aan Ri De Ridder. “Ook wij voelen de *sense of urgency*”, begint Ri De Ridder. “We moeten erkennen dat een grens bereikt is. De nomenclatuur werkt vandaag niet sturend. Huisartsen nemen bijvoorbeeld nauwelijks deel aan de multidisciplinaire oncologische consulten (MOC), ondanks de gegeven prikkels. Bovendien heeft België enkele ‘beroerde’ cijfers die aantonen hoe dringend hervormingen zijn. Ik denk bijvoorbeeld aan het relatief hoge sterftecijfer binnen de dertig dagen na een beroerte. Dat is absoluut onaanvaardbaar. Nu is de financiering helemaal opgesplitst. Wie een beroerte krijgt, komt in aanraking met de MUG, met intensieve zorg, met de neuroloog, met revalidatie, eventueel met thuiszorg en consultaties bij de huisarts. Overal zitten stukjes financiering. Maar hoe pakken we dit aan?”

Dirk Ramaekers werpt op dat België het op andere vlakken wel goed doet. “Niet bij alle chronische patiënten is een grote multidisciplinaire aanpak nodig. We moeten opletten voor *overdrive*. Bovendien moeten we toegeven dat er vandaag nog verspilling is door *low value interventies*. Die moeten we samen aanpakken.”

“Hebben universitaire ziekenhuizen met artsen in loondienst het gemakkelijker dan algemene ziekenhuizen”, wil Wim De Vilder weten van Katrien Kesteloot. “Dat is niet de essentie”, reageert zij. “Universitaire ziekenhuizen hebben in de derde lijn veel patiënten met een complexe pathologie, veel complicaties en multimorbiditeit. De factor onvoorspelbaarheid is groot, wat standaardisatie moeilijker maakt. Ook voor de financiering.”

“Wie wordt beter van een nieuw financieringssysteem?”, komt Marc Moens tussen. “De patiënt, de Staat of het ziekenhuis? Men beeldt zich in dat samenwerking vlotter zal gaan als artsen in loondienst zijn. Maar men houdt nooit rekening met alle kosten die erbij komen op het vlak van registratie, administratie, ICT, noem maar op…”

Ri De Ridder erkent het probleem van de registratielast: “We moeten dat aanpakken, maar toch blijft registreren belangrijk. Wat de financiering zelf betreft, zie ik wel wat in het zorgvernieuwingsproject in de geestelijke gezondheidszorg met artikel 107. Hier gaan verandering in organisatie en financiering hand in hand. Ook hier was er in het begin enig wantrouwen, maar dat ebt weg als de verschillende actoren elkaar beter leren kennen. We moeten de zorgverstrekkers de ruimte geven om elkaar te ontdekken. Middelen hiervoor kunnen we bijvoorbeeld halen uit het schrappen van *low value interventies*.”

Slotvraag van Wim De Vilder: wie is nu aan zet? Guy Peeters wijst op de aankondiging van een conceptnota van minister Onkelinx tegen oktober. Maar hij heeft ook lof voor Zorgnet Vlaanderen. “Ik ben al 35 jaar actief en het is de eerste keer in mijn loopbaan dat zo’n open discussie gevoerd wordt met alle partijen samen. Het gaat niet in de eerste plaats over het financiële plaatje, het gaat over de patiënt die er beter van moet worden. Iedereen beseft dat er dringend verandering nodig is. Ik vrees alleen voor de Belgische ziekte: als het er ietwat complex uitziet, dan hebben we vaak de neiging om nog wat te wachten. Maar dat kan niet meer. Het zou immoreel zijn om nu achterover te leunen.”

Ook Marc Moens stelt dat het dringend is. “We hebben gisterenavond met de artsen al een denktank bijeengeroepen. Maar bij wie kunnen we aankloppen met onze vragen? Bij de minister? Ik wil dat men met ons rekening houdt. Gebeurt dat niet, dan is mijn achterban bereid om in oktober chaos te creëren.”

Katrien Kesteloot klinkt positiever. “De pilootprojecten van artikel 107 kunnen een voorbeeld zijn voor chronische pathologie.” Dirk Ramaekers wijst nog op het belang van de kwaliteitsindicatoren in de ziekenhuizen. “Ook hier zijn alle actoren bij betrokken, inclusief het Vlaams Patiëntenplatform. Dat we elkaar hier beter leren kennen, kan helpen het pad te effenen voor verdere samenwerking.”

Deelnemers panelgesprek (vlnr)

- Prof. dr. Katrien Kesteloot, financieel directeur UZ Leuven
- Prof. dr. Dirk Ramaekers, medisch directeur Ziekenhuis Netwerk Antwerpen
- Dr. Marc Moens, ondervoorzitter Belgische Vereniging van Artsensyndicaten
- Dr. Guy Peeters, voorzitter Socialistische Mutualiteiten
- Dr. Ri De Ridder, Dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV

Dr. Marc Moens was de enige echt dissonante stem in het constructieve debat: “Ik wil dat men met ons rekening houdt. Gebeurt dat niet, dan is mijn achterban bereid om in oktober chaos te creëren.”

“De afgelopen jaren is er veel veranderd”

Met een sms-voting werd ook de stem van de deelnemers gehoord tijdens het congres. Het resultaat liet aan duidelijkheid niets te wensen over. Ja, er is een *new deal* nodig en ja, hieraan moet een nieuwe financiering gekoppeld worden. Koen Michiels, algemeen directeur van AZ Nikolaas en voorzitter van de werkgroep van financiële directeurs van Zorgnet Vlaanderen mocht na de paneldiscussie bij Wim De Vilder nog even zijn commentaar kwijt.

“De sector is ervan overtuigd dat er iets moet veranderen”, meent Koen Michiels. “De polarisatie tussen ziekenhuizen en artsen, als gevolg van de structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen, moet worden opgelost. Marc Moens deed tijdens het debat een oproep voor meer inspraak voor de artsen. Op het werkveld is die inspraak al groot. Artsen worden betrokken bij het maken van beleidsplannen. Een symbolische discussie moeten we vermijden.”

Wim De Vilder vraagt Koen Michiels of de ziekenhuizen beseffen dat ze in de toekomst ‘maar’ een onderdeel in de zorgketen zullen zijn. Koen Michiels: “Zeker. We worden soms beschouwd als een conservatieve sector. Maar de afgelopen jaren is er veel veranderd. Fusies en allianties zijn er al, ook netwerking met andere partners is nu heel erg nodig.”

Dr. Arne Björnberg: "De social profit en de overheden vinden graag het wiel nog eens uit. Wat wij zeggen is: kijk rond en leer van anderen"

“Wat België van Nederland kan leren”

Een buitenbeentje op het congres van Zorgnet Vlaanderen was dr. Arne Björnberg. Hoewel de Zweed met zijn krasse en vaak ongenuanceerde uitspraken de lachers op zijn hand had, is zijn visie op de organisatie van de gezondheidszorg minstens voor discussie vatbaar. Ook al vertrekt hij daarbij vanuit het standpunt van de consument.

“Ken je Agda Peterson?”, vraagt dr. Arne Björnberg tijdens het interview na zijn voordracht. “Agda Peterson is een fictieve patiënt. Zij is 78 jaar. Tijdens haar loopbaan van 45 jaar als schoonmaakster, heeft ze van haar bescheiden inkomen elke maand 10% afgedragen aan de sociale zekerheid. Ze is nooit in een ziekenhuis opgenomen, behalve drie keer voor de bevalling van haar kinderen. Geen enkel bedrijf heeft zo’n goede klanten, die jarenlang voorafbetalen. Nu klopt Agda Peterson bij ons ziekenhuis aan omdat ze zorgbehoevend is. Mag ze rekenen op een goede dienstverlening? Nou en of! Als je het goed bekijkt, is zij zelfs mede-eigenaar van ons bedrijf. Zij is een VIP en wij moeten haar zo behandelen.”

Dr. Arne Björnberg maakt wel vaker de vergelijking met het bedrijfsleven. Vandaag is hij directeur van het Health Consumer Powerhouse. Voordien bekleedde hij verschillende directiefuncties in de Zweedse industrie. Hij was ook CEO van het universitair ziekenhuis van Noord-Zweden.

“Ik werd er ingehuurd om kosten te besparen”, vertelt hij onverbloemd. “Mijn eerste opdracht in het universitaire ziekenhuis was om het aantal bedden zo snel mogelijk af te bouwen van 1.240 naar 840”, klinkt het niet zonder trots. “Patienten worden beter thuis verzorgd, we kunnen dus gerust wat bedden inleveren. Ja, een ziekenhuis moet je runnen als een bedrijf. Als ik een ziekenhuis bezoek, dan vraag ik weleens of er een CEO is – een *chief executive officer*. ‘Maar natuurlijk’, klinkt het dan steevast. Waarop ik vraag of de CEO op eigen houtje departementshoofden mag aanwerven of ontslaan. ‘Natuurlijk niet!’, luidt dan het antwoord. Tja, wat is dan de waarde van een CEO?”

“Ik hoorde op het congres een spreker beweren: ‘*You get what you pay for* in de gezondheidszorg’. Wel, daar ben ik het grondig mee oneens. Als de gezondheidszorg slecht georganiseerd is, dan mag je er zoveel geld tegenaan gooien als je wilt, het zal geen zier helpen. Het probleem met de gezondheidszorg is dat ze slecht gemanaged wordt. In Nederland is men erin geslaagd politici en andere amateurs (*sic*) buiten het operationele beleid van ziekenhuizen te houden. Sinds de hervorming in 2006 nemen professionals in overleg met patiënten daar de belangrijke beslissingen. Bovendien heeft Nederland al eerste stappen gezet in de richting van *pay for performance*. Een andere troef is dat ze een goed georganiseerde competitie toelaten tussen zorgverstrekkers en zorgverzekeraars. Hier kunnen veel Europese landen nog van leren! Verder is Nederland als enige land in Europa niet geobsedeerd bezig met alles in eigen land te willen houden. Laat de patiënten toch over de grenzen heen gezondheidszorg inkopen! Wat geeft dat? Het zal toch altijd maar een klein percentage van de patiënten zijn dat over de landsgrenzen gaat kijken. Alles bijeengenomen is het dus absoluut geen toeval dat Nederland hoog scoort op het gebied van gezondheidszorg.”

Te genereus

Nederland spant inderdaad de kroon als we de statistieken van het Health Consumer Powerhouse (HCP) zien. Dr. Björnberg: “Het HCP is een private onderneming met als doel gegevens te verzamelen voor een betere gezondheidszorg. Wij brengen in kaart wat de verschillende landen doen, hoe ze dat doen en hoe goed ze dat doen. Op dit ogenblik volgen we al 35 landen en hebben we 42 indicatoren. Als iemand beter of goedkoper werkt, dan kunnen anderen daaruit iets leren, vinden wij. Zo werkt het toch in de industrie. In de non-profit lijkt men dan veeleer geneigd om te ontkennen en uitvluchten te zoeken maar mensen willen dat niet langer. De non-profit en de overheden vinden graag het wiel nog eens uit. Wat wij zeggen is: kijk rond en leer van anderen.”

Het Health Consumer Powerhouse verzamelt dus data en vergelijkt die. En hoewel het niet altijd lukt om van alle landen correcte gegevens te verzamelen, zijn er toch een aantal interessante conclusies. Eén ervan is dus dat Nederland op nummer één staat. “Wat we ook vergelijken, welke indicatoren we ook vooropstellen, telkens weer voert Nederland de lijst aan”, zucht dr. Björnberg gespeeld.

België bekleedt, alle indicatoren in rekening gebracht, een mooie vijfde plaats. Toch zit ons land bij de *underachievers* als we het budget voor de gezondheidszorg vergelijken met de *outcome* die we realiseren. We zouden met hetzelfde budget dus beter moeten kunnen, vertellen de cijfers van dr. Björnberg. Ook op het gebied van sterfte na een hartinfarct, babysterfte en ziekenhuishygiëne is verbetering mogelijk.

“Ook de openheid in communicatie over indicatoren en resultaten heeft de Nederlandse gezondheidszorg goed gedaan”, zegt dr. Björnberg. “België kan daar nog iets van leren. Ja, misschien zullen er een of twee ziekenhuizen overkop gaan als hun resultaten bekend worden, maar dan is dat maar zo. Misschien is dat zelfs beter. Waar België wel sterk op scoort, is de toegankelijkheid van zorg. Die is eigenlijk té goed, té genereus.”

Nieuwe Vlaamse bevoegdheden inzetten voor betere gezondheidszorg

Minister Jo Vandeurzen moest zich door onvoorziene omstandigheden op het laatste nippertje laten vervangen voor het ziekenhuiscongres, maar hij bezorgde ons welwillend de toespraak die hij had voorbereid. Hieronder vindt u een samenvatting van deze toespraak.

beleid

Onze ziekenhuiswereld zit in een stroomversnelling. Traditionele financieringsmodellen worden in vraag gesteld, de afstand tussen de eerste lijn en de ziekenhuiszorg wordt kleiner, samenwerking is niet langer vrijblijvend, de patiëntenbeweging laat van zich horen... Niets is nog zoals het geweest is in het Belgische landschap van de gezondheidszorg.

Onze samenleving en onze gezondheidszorg zijn complexer geworden en aan evolutie onderhevig. Ik wil samen met u even over een aantal trends reflecteren die onze nabije toekomst en de relatie tussen de overheid en de ziekenhuiswereld zullen beïnvloeden.

Centrale plaats patiënt

De eerste stroming die zich sterk zal doorzetten is de centrale plaats van de patiënt in onze gezondheidszorg. Dit principe wordt door iedereen beleden, maar de consequenties zijn verregaand. Voor het beleid dat een ziekenhuis moet voeren, maar ook voor het overheidsbeleid. Met een verouderende bevolking met meer chronisch zieken zal de ziekenhuiszorg er helemaal anders uitzien dan vandaag.

Het Vlaams Patiëntenplatform heeft een meer dan behoorlijk parcours afgelegd als vertegenwoordiger van de patiënten. Het platform wordt met respect beluisterd en bejegend door de andere actoren in de gezondheidszorg. *Patient empowerment* en een grotere *health literacy* – het vermogen om basisinformatie over de eigen gezondheid en de gezondheidszorg te verwerven en te begrijpen – zijn eveneens goede evoluties. Hier is een belangrijke rol weggelegd voor de media en voor de zorgverzekeraars.

Samenwerking

Een tweede belangrijke evolutie is die van de samenwerking tussen zorgaanbieders. De evolutie is ingezet van een intramurale zorg naar een transmuraal verhaal (ook in de psychiatrische ziekenhuizen), van medisch-solistisch werk naar multidisciplinair teamwerk, van een zuiver medische naar een meer holistische benadering van de patiënt in alle facetten van zijn mens-zijn.

De netwerkvorming in de Vlaamse gezondheidszorg neemt toe en ook op dit congres werd gepleit voor een sterkere samenwerking met de eerste lijn en met de andere ziekenhuizen. Ook samenwerking tussen ziekenhuizen voor een gezamenlijke exploitatie van diensten (ook zware medisch-technische diensten) biedt opportuniteiten voor efficiëntiewinsten, een grotere mobiliteit van het zorgpersoneel en een hogere kwaliteit van zorg.

Klinische en transmurale zorgpaden helpen het zorgproces van de patiënt als een geheel te zien. Samenwerking en het delen van informatie zijn cruciaal. Het optimaliseren van de communicatie en van de gegevensuitwisseling is noodzakelijk voor een geïntegreerde zorgverlening.

eHealth

Een derde stroming met een grote innovatieve impact is eHealth. De federale en de Vlaamse overheid willen ICT inzetten om verschillende uitdagingen in de zorgsector beter te kunnen aangaan. Eind april werd een samenwerkingsprotocol afgesloten tussen alle bevoegde overheden, met een actieplan dat tot stand kwam in overleg met de sector.

Vlaanderen investeert in elektronische registratie, gegevensdeling en gegevensuitwisseling om de datastromen en werkprocessen efficiënter te laten verlopen. Vitalink is het platform dat de samenwerking en gegevensdeling tussen de verschillende actoren – te beginnen in de eerste lijn – concreet moet maken. Het garandeert dat de zorgverleners de geactualiseerde kerngegevens van een patiënt/gebruiker altijd beschikbaar hebben. Het Vitalink-platform zit nu in een testfase.

Het elektronisch patiëntendossier in ziekenhuizen wordt een mijlpaal van betekenis. De ziekenhuizen slagen erin om zich te organiseren en een gezamenlijke visie te ontwikkelen om patiëntengegevens op een adequate manier te verzamelen, te actualiseren en te delen. Cruciaal voor een goede afstemming in de zorg voor de chronische patiënt is de interconnectiviteit met de eerstelijnsactoren via Vitalink.

eHealth moet leiden tot een ondersteuning van het zorgsysteem, maar ook tot minder administratieve lasten. Om een en ander in goede banen te leiden wordt momenteel de laatste hand gelegd aan een nieuw decreet 'gegevensdeling' , dat ik nog voor het zomerreces aan de regering hoop te kunnen voorleggen.

Kwaliteit

Een vierde belangrijke tendens is de doorbraak van het kwaliteitsdenken. De gebruiker is tevreden over de gezondheidzorg in ons land, voornamelijk op het vlak van het aanbod en de vlotte toegankelijkheid. Maar er kunnen vragen gesteld worden bij de meetbare kwaliteit en de performantie van onze gezondheidszorg. Ook de verwachtingen van de patiënt veranderen. De kwaliteit wordt, naast de prijs, sturend voor de keuze van de zorgverstrekker door de patiënt en/of de verwijzer. Ook de media voelen de toenemende nood aan informatie aan.

De zorggebruiker zal in de toekomst een meer gefundeerde keuzevrijheid hebben. De maatschappij zal kunnen rekenen op

een transparante gezondheidszorg met informatie over de zorgresultaten. Dat is ook het vertrekpunt voor het verbeteren van de medische praktijkvoering. Zorgverstrekkers zullen, door een toegenomen aandacht voor de kwaliteit van de *outcome*, op gefundeerde wijze vernieuwingen kunnen initiëren.

Veel ziekenhuizen en toonaangevende artsen hebben dat begrepen en nemen zelf het initiatief om de kwaliteit van zorg op een goede en onderbouwde manier te meten met klinische kwaliteitsindicatoren. Als overheid trachten we wie op dit terrein initiatief neemt, daarvoor ook de ruimte te geven. Vlaanderen wil de ziekenhuizen ook stimuleren om hun inspectieverslagen of resultaten van het gevoerde kwaliteitsbeleid zelf kenbaar te maken aan het publiek. Het openbaar maken van dergelijke gegevens kan het vertrouwen van de burger in de overheid en de voorzieningen groter maken.

In 2012 werd gestart met een nieuw toezichtmodel voor de ziekenhuizen, dat meer patiëntgericht is en minder administratieve lasten voor de ziekenhuizen genereert. Ook de accreditatiebeweging heeft vaste voet aan de grond gekregen in Vlaanderen. Een grote meerderheid van de Vlaamse ziekenhuizen zit nu in een accreditatieproces. Ook dat zal de positionering van onze ziekenhuizen en de kwaliteit van de zorg verbeteren.

Goed bestuur

Een vijfde stroming is de roep naar goed bestuur. U koestert daarover legitieme verwachtingen. Maar er is meer. Gemeenschapsmiddelen worden ingebracht in ziekenhuizen en het ziekenhuisbeheer moet die middelen zorgzaam en transparant inzetten. Medebeheer door de zorgverstrekkers draagt bij tot een meer geïntegreerde besluitvorming.

Staatshervorming

Zoals u weet, komen een aantal aspecten van het ziekenhuisbeleid over naar de Gemeenschappen. We kunnen betreuren dat het ziekenhuisbeleid er nu zeker niet homogener op wordt, maar het is onontkoombaar dat een tweederdemeerderheid in het federale parlement de bijzondere wetten moet goedkeuren die de bevoegdheidstransfer mogelijk maken.

Vlaanderen wordt bevoegd voor de ziekenhuisinfrastructuur (in het jargon luidt dat de A1, A3 en C1 van het budget financiële middelen). Er komt een uitdovende dotatie aan de Gemeenschappen (waardoor de federale overheid haar gedane verbintenissen honoreert), en een toekomstige dotatie voor nieuwe investeringen. Tijdens deze legislatuur (2009-2012) werd er al 639,3 miljoen euro geïnvesteerd en VIPA voorziet een investeringsvolume van 220 miljoen euro in 2013.

Vlaanderen wordt ook bevoegd voor de categorale ziekenhuizen: het gaat om tien voorzieningen waarvan de meeste Sp-diensten voor revalidatie omvatten of steunen op conventies met het RIZIV. Vlaanderen wordt bevoegd voor de ziekenhuisnormering. Dat wordt een belangrijke hefboom voor het toekomstig ziekenhuisbeleid. De financiering van de werking van ziekenhuizen en ook de programmatie blijven federale bevoegdheden, met dien verstande dat de spreiding van voorzieningen binnen een bepaald gewest een zaak wordt van de Gemeenschappen en Gewesten.

Ik dank Zorgnet Vlaanderen voor het ter beschikking stellen van zijn expertise en gegevens bij de voorbereiding van het Groenboek, waarin mogelijke toekomstige opties worden uitgetekend voor de nieuw verworven bevoegdheden. Dat Groenboek (momenteel nog in ontwerp) zal begin juli op de tafel van de Vlaamse Regering belanden en de basis vormen voor een breed maatschappelijk debat.

Wanneer ik terugblik op de voorbije jaren van deze legislatuur, waarin getracht werd te werken in een regelluw kader en in open overleg, dan kan ik met tevredenheid vaststellen dat er al een hele weg is afgelegd. Op dezelfde wijze moet er na de zesde staatshervorming kunnen worden voortgewerkt en moeten de verfrissende ideeën en bevindingen van dit congres kunnen worden meegenomen en gevaloriseerd. Van overheidswege moet de bereidheid bestaan om het huidige instrumentarium te herzien.

We zullen het verhaal van het nieuwe, open, eigentijdse en kwaliteitsgedreven ziekenhuis in Vlaanderen samen moeten schrijven om te komen tot een beter resultaat. Het wordt een hele klus en een grote uitdaging om deze voor Vlaanderen nieuwe beleidsinstrumenten, zoals de ziekenhuisnormering, in te zetten voor een betere gezondheidszorg. Maar samen kunnen we die uitdagingen aan.

Jo Vandeurzen
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Vlaams minister Jo Vandeurzen: "Vlaanderen wil de ziekenhuizen stimuleren om hun inspectieverslagen of resultaten van het gevoerde kwaliteitsbeleid zelf kenbaar te maken aan het publiek. Het openbaar maken van dergelijke gegevens kan het vertrouwen van de burger in de overheid en de voorzieningen groter maken."

Rob Van den Oever: "Ik ben een oude man en ik heb al heel veel congressen bijgewoond, maar zelden zo'n kwalitatief hoogstaand congres."

Hugo Casteleyn

"De lijnen zijn uitgezet, het experimenteren kan beginnen"

De geschiedenis zal het uitwijzen, maar het congres *Together we care* zou weleens een mijlpaal kunnen blijken. Vriend en vijand zijn het er immers vandaag al over eens: hier zijn spijkers met koppen geslagen. Een drietal reacties op een rij.

Rosette Van Overvelt, algemeen directeur van AZ Monica, mocht als voorzitter van het sectoraal bestuurscollege algemene ziekenhuizen het congres openen. Zij was ook betrokken bij de voorbereiding. "Het bestuurscollege heeft als een soort van spiegel gefungeerd om bepaalde thema's af te toetsen", vertelt Rosette Van Overvelt. "Voor een geslaagd congres moet je immers goed weten wat er leeft op het werkveld. Tegelijk moet je de kortetermijnbesognes kunnen overstijgen en een langetermijnvisie ontwikkelen. Zorgnet Vlaanderen is daar heel mooi in geslaagd. De volle zaal, het aandachtige en actieve publiek, de vele boeiende contacten in de pauzes... het droeg allemaal bij tot een positief gevoel. Belangrijker nog is de rationele analyse die het congres maakte. Mij is duidelijk geworden dat *Together we care* de slogan voorbij is. De ziekenhuizen zijn niet langer de kathedralen van weleer. Een ziekenhuis is vandaag maar een van de vele stations waar patiënten terechtkunnen als ze zorg nodig hebben. De kunst is om met alle stations tot één geïntegreerd traject te komen. Ik geloof dat het kan, met een goede afstemming met de eerste lijn, de artsen, de woonzorgcentra, de ziekenfondsen, de overheid en alle andere actoren. In de ziekenhuizen leeft het besef dat we naast de acute pathologie meer en meer aandacht moeten hebben voor de chronische patiënt. Hiervoor zijn de juiste *incentives* nodig. We mogen nu dan ook niet polariseren. De tijd is rijp voor een brede samenwerking. Ik geloof dat het congres deuren heeft geopend. Zorgnet Vlaanderen en de ziekenhuizen hebben de hand gereikt en willen initiatief blijven nemen, met het congresboek in de hand. Ik heb op het congres een grote wil tot verandering ervaren, ook bij artsen, ziekenfondsen, overheden en het RIZIV. Ik hou hier een goed gevoel aan over. Een dikke proficiat aan de staf van Zorgnet Vlaanderen om dit mogelijk te maken."

Brede discussie

Gedelegeerd bestuurder Hugo Casteleyn van az Sint-Blasius is ondervoorzitter van het sectoraal bestuurscollege van de ziekenhuizen, voorzitter van de begeleidingsgroep van het congres én voorzitter van de werkgroep ICT van de Vlaamse ziekenhuizen. Samen met stafmedewerker Peter Raeymaekers bracht hij op het congres een heldere bijdrage over ICT als instrument voor geïntegreerde zorg.

"Ik heb ontzettend veel plezier beleefd aan de voorbereiding van dit congres", zegt Hugo Casteleyn. "De inspiratie vanuit de staf onder leiding van Johan Pauwels was heel verfrissend. We hebben boeiende gesprekken gevoerd met jonge artsen, we hebben een toer van Vlaanderen gedaan om ideeën te toetsen en we hebben heel veel internationale literatuur doorgenomen. Alles samen heeft dit een sterke basis gelegd voor het uitzetten van de grote lijnen."

"Wat het congres zelf betreft: als ik de reacties van de mensen mag geloven, was dit een van de beste congressen ooit. Ik heb geen enkele valse noot gehoord. Zorgnet Vlaanderen heeft hier een punt

Rosette Van Overvelt

gemaakt. Dit congres is minstens het begin van een heel brede discussie over het ziekenhuis van de toekomst. Meer nog, het congres heeft de weg getoond met een combinatie van vier elementen: aandacht voor de groeiende patiëntenpopulatie met chronische ziekten; als antwoord daarop een geïntegreerde zorg; als ondersteuning daarvoor technologie en ICT; en als noodzakelijke voorwaarde een aangepast financieringssysteem. Dat zijn de krachtlijnen van het stappenplan dat nu verder ontwikkeld moet worden."

"Op een aantal vlakken wordt al volop gewerkt. Ik denk aan de opvolging van de ronde tafel eHealth. Voor de realisatie van geïntegreerde zorg moet nog een plan en een tijdspad uitgetekend worden, net zoals voor de financiering. We moeten de gesprekken hierover aangaan met alle betrokken actoren. Ik geloof absoluut dat dit kan slagen. Zeker na de boost die het congres gegeven heeft."

Nieuw financieringssysteem

Ook Rob Van den Oever, directeur Cel Gezondheidsbeleid bij de Landsbond Christelijke Mutualiteiten, laat zich lovend uit over het congres. Meteen lanceert hij ook enkele concrete voorstellen.

"Ik had het geluk het congresboek vooraf te kunnen doornemen", zegt Rob Van den Oever. "Johan Pauwels heeft dit knap aangepakt. We weten allemaal dat de vergrijzing eraan komt, maar voor het eerst is er nu een aanzet voor een totaalaanpak. Bovendien legt Zorgnet Vlaanderen de juiste klemtonen met de aandacht voor transmurale zorgcontinuïteit en samenwerking met de eerste lijn. In één beweging moeten de ziekenhuizen ook hun eigen opdracht herbekijken. De CM heeft voor het eerst uitgepakt met cijfers over volumedrempels voor hooggespecialiseerde ingrepen. Hiermee onderstrepen we dat samenwerking inderdaad nodig is, ook voor de kwaliteit van zorg. Dat wordt de grote uitdaging. Maar ik zie mogelijkheden. Neem het zorgprogramma borstkliniek, waar artsen die zelf wel het vereiste volume halen maar het ziekenhuis in totaal niet aan 150 borstoperaties komt, toch in het eigen ziekenhuis kunnen blijven opereren maar dan in associatie met een grotere, erkende borstkliniek. Voor kleinere instellingen die ook niet aan het volume per chirurg komen, is een verwijzing naar een gespecialiseerd centrum noodzakelijk. Allicht moeten die kleinere ziekenhuizen hiervoor een vergoeding krijgen. Tenslotte stellen zij de eerste diagnose en nemen ze de juiste beslissing voor doorverwijzing. We moeten dat soort pistes verder uitwerken."

"Want het is duidelijk: zolang op het financiële vlak alles bij het oude blijft, zal elk ziekenhuis alles zo veel mogelijk zelf willen doen. Ik volg de stelling van Pieter Van Herck in het congresboek dat we naar een ander financieringssysteem moeten. Als een van de geestelijke vaders van de nomenclatuur pleit ik wel voor een gemengd systeem. Artsen die al om 6.30 uur present zijn in het ziekenhuis en tot 21 uur 's avonds werken, moeten voor hun inzet beloond worden. Als elke arts hetzelfde loon krijgt, dreigen we de beste krachten te verliezen."

"De bal ligt nu in het kamp van de werkgroep die voor minister Onkelinx tegen 1 oktober mogelijke scenario's moet uitwerken. Het huidige financieringsmodel heeft afgedaan. Ziekenhuizen worden door het systeem met een vast BFM-budget aangezet elk jaar meer te presteren dan hun naaste concurrenten. Om dat te doorbreken wil ik aan de werkgroep alvast voorstellen om de chirurgische routine-ingrepen en de bevallingen uit het systeem van de referentiebedragen te halen en hier een prospectieve, forfaitaire financiering te voorzien. Voor een bevalling kan bv. 2.500 euro worden betaald, laat ons zeggen 1.500 euro voor de honoraria en 1.000 euro voor de hotelkosten. De betrokken ziekenhuisartsen moeten dan samen beslissen hoe ze dat bedrag billijk verdelen en de ziekenhuisbeheerders zullen allicht pogen om de verblijfsduur op de materniteit terug te brengen van gemiddeld 4,5 dagen naar 2 dagen, wat geen slechte zaak is. Let wel, dat soort '*lump sum* vergoeding' zie ik alleen werken voor risicoloze bevallingen en voor een tiental routine chirurgische ingrepen zoals appendectomie, amygdalectomie, liesbreuk en cataractoperatie. *Outliers* voor hoge leeftijden, risicobevallingen, surinfectie en andere moeten *à l'acte* vergoed blijven. Ook interne pathologie valt hierbuiten. Bij een myocardinfarct of een beroerte zijn er te veel variabelen. Een forfaitvergoeding hiervoor zou ertoe kunnen leiden dat ziekenhuizen complexere pathologie naar elkaar doorschuiven."

"Ik ben een oude man en ik heb al heel veel congressen bijgewoond, maar zelden zo'n kwalitatief hoogstaand congres", besluit Rob Van den Oever. "Zowel organisatorisch als inhoudelijk een schot in de roos. Het was erg aangenaam, maar vooral ook zeer nuttig. Alle aanwezigen beseften op het moment zelf al hoe juist dit congres zat in zijn analyse en zijn voorstellen. De lijnen zijn uitgezet, het experimenteren kan beginnen."

Dr. Johan Pauwels: "In welke wagon de patiënten juist opstappen, is minder belangrijk, want ze kunnen vlot overstappen terwijl de trein toch al rijdt naar de juiste bestemming. Dat voorkomt dat iedereen per se de patiënt in zijn wagon wil krijgen. Het gezamenlijke netwerkdoel is om alle patiënten tijdig op de bestemming te krijgen die ze samen met hun arts vastlegden in het behandelingsplan."

chronische zorg

Samen naar de juiste bestemming!

De inhoudelijk drijvende kracht achter het ziekenhuiscongres *Together we care* en het gelijknamige boek was stafmedewerker dr. Johan Pauwels van Zorgnet Vlaanderen. Hij gebruikt graag de metafoor van de trein en het spoornetwerk als het om de organisatie van de chronische zorg in de toekomst gaat.

"We staan voor grote uitdagingen in de zorg om de chronische patiënt", stelt Johan Pauwels. "De cruciale vraag is hoe we de patiënt op een vlotte manier door het drukke en weinig gestructureerde zorgverkeer naar de juiste bestemming kunnen leiden. Vandaag zijn we met zijn allen te veel bezig om elk apart onze patiënten zo snel mogelijk ter plaatse te krijgen. Ongewild bemoeilijken we zo elkaars doorgang. Met als gevolg dat we allemaal samen minder performant zijn, ondanks onze grote inspanningen."

"Stel je eens voor dat de verschillende zorgvormen niet langer als competitieve vervoersmiddelen kriskras door elkaar zouden rijden, maar gezamenlijk een trein zouden willen vormen. Een trein waarin de wagons van de eerste, de tweede en de derde lijn, maar ook van de welzijnszorg, de preventieve gezondheidszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg op eenzelfde spoor rijden, in dezelfde richting, met voor elke doelgroep een aangepast zorgtraject. De trein staat symbool voor een netwerk waarin de zorgactoren via afspraken en uitwisselbare elektronische patiëntendossiers met elkaar verbonden zijn, in functie van een performante en geïntegreerde zorg voor de patiënt."

"We zullen nood hebben aan verschillende soorten treinen. Er zijn snelle treinen nodig die zeer weinig stations aandoen, treinen die steden verbinden en lokale treinen die alle stations aandoen. Dat is belangrijk, willen we iedere patiënt op de juiste bestemming krijgen. Voor de ene pathologie is snelheid cruciaal, voor de andere moet men in een supergespecialiseerd station kunnen afstappen en voor steeds meer patiënten – zoals ouderen en armen – is het feit of er een station in hun buurt is, bepalend of ze überhaupt op een trein geraken."

Draagvlak

"Op de verschillende aftoetsavonden met de sector in voorbereiding op het congres en uit gesprekken met externe stakeholders, bleek dat er een draagvlak is om te komen tot zorgnetwerken", vervolgt Johan Pauwels. "Deze netwerken komen best op vrijwillige basis tot stand en moeten een soort van *Health Maintenance Organisa-*

tions vormen. Zo'n organisatie is erop gericht patiënten gezond te houden. Ze beperkt zich niet tot het herstellen van gezondheidsschade, maar zet ook in op het voorkomen of beperken ervan."

"De meest geschikte structuur hiervoor is een matrix van horizontale en verticale netwerken, die voor de patiënt één geheel vormen. Het horizontale netwerk biedt patiënten met meerdere chronische aandoeningen zorg vanuit een holistische visie. Hiervoor is een multidisciplinaire benadering nodig, dicht bij de patiënt, in samenwerking met alle lokale en regionale actoren. Het horizontale netwerk moet leiden tot betere resultaten voor individuele patiënten en tot betere resultaten op populatieniveau."

"De verticale netwerken ondersteunen een functiedifferentiatie en taakherschikking tussen ziekenhuizen vanuit een meer analytische benadering. Dat kan leiden tot een vorm van echelonnering van diensten of zorgprogramma's, zodat specifieke expertise en uitrusting kunnen worden gepoold. Daarbij kan worden gedacht aan een label A voor vlot standaardiseerbare, frequent voorkomende zorg, gaande tot een label C voor zeer complexe diagnostiek of intensieve behandelingsfaciliteiten voor minder frequente tot uiterst zeldzame aandoeningen. In de verticale netwerken ligt de focus vooral op specifieke aandoeningen. Hier gaat het om een veelal interdisciplinaire benadering op Vlaams, nationaal of internationaal niveau. Dat vereist een samenwerking tussen een horizontaal netwerk aan de ene kant en revalidatieziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, tweede- en derdelijnsziekenhuizen en researchcentra aan de andere kant. Het moet leiden tot goede resultaten voor bepaalde episodes van zorg en tot goede resultaten voor de gehele keten van zorg met inbegrip van preventie en sensibilisering."

Wissel op de toekomst

"Ieders comfort zou erop vooruitgaan als alle betrokken zorgactoren samen zouden nadenken welke zorgtrajecten nodig zijn voor bepaalde patiëntengroepen en hoeveel treinen en wagons men daar de klok rond voor moet inzetten. Op die manier blijft een patiënt geen uren in het station staan om uiteindelijk een trein te nemen naar een andere, niet geschikte bestemming (bijvoorbeeld de spoed voor een verzwikte enkel). Of vermijden we dat een patiënt noodgedwongen in de verkeerde wagon (bijvoorbeeld de kindergeneeskunde) blijft zitten omdat de juiste wagon (de kinderpsychiatrie) overvol zit."

"In welke wagon de patiënten juist opstappen, is minder belangrijk, want ze kunnen vlot overstappen terwijl de trein toch al rijdt naar de juiste bestemming. Dit voorkomt dat iedereen per se de patiënt in zijn wagon wil krijgen. Het gezamenlijke netwerkdoel is om alle patiënten tijdig op de bestemming te krijgen die de patiënten samen met hun arts vastlegden in het behandelingsplan."

"Tot slot is het belangrijk dat alle actoren en de overheid een goed zicht hebben op het hele spoorwegnet. Sporen moeten aangelegd worden op basis van een globaal zorgplan met een duidelijke visie en duidelijke zorgdoelstellingen. Zorgstrategische plannen vragen aan ziekenhuizen is goed. Een globaal zorgstrategisch plan voor Vlaanderen is nog beter."

CHRONISCHE ZORG IN DE PRAKTIJK

Het verhaal van meneer Janssens

Nemen we als illustratie meneer Janssens, 40 jaar, manager, geen medische klachten in de voorgeschiedenis. Meneer Janssens kreeg vorige week een plotse zeer bedrukkende pijn in de borststreek. Toen de ziekenwagen ter plaatse kwam, trof de *nurse practioner* een angstige, vaalbleke man aan. De *nurse practioner* nam meteen de vitale parameters en een ECG. Op dit ECG leekt het om een hartinfarct met verhoogd ST-segment te gaan. Met één druk op de knop werd het ECG draadloos verstuurd naar het referentiecentrum, dat het STEMI-infarct bevestigde en meteen het dichtstbije ziekenhuis met kathlab verwittigde dat meneer Janssens op komst was. De ziekenwagen reed één ziekenhuis voorbij om uiteindelijk in het ziekenhuis aan te komen met een kathlab. Op het kathlab deed men de laatste diagnostiek alvorens de interventiecardioloog overging tot een verwijdering van de klonter die de doorbloeding van het hart belemmerde. De patiënt werd de dag daarna overgebracht naar het lokale ziekenhuis dat door de ziekenwagen voorbijgereden was. Zo bleef er voldoende plaats om nieuwe STEMI-infarcten op te vangen in het ziekenhuis met het kathlab en kon meneer Janssens gedurende twee dagen dichtbij zijn familie opgevolgd worden. Op basis van aanvullende onderzoeken werd een volledig gezondheidsbilan en een plan opgemaakt om erger te voorkomen (secundaire preventie). Voorheen was meneer Janssens nooit voldoende gemotiveerd voor een gezondere levensstijl, wat hij nu zeer betreurde. Nu stond meneer Janssens hiervoor volledig open. Op de korte teleconferentie die werd gehouden tussen de interventiecardioloog, de revalidatiecardioloog van het lokale ziekenhuis, de huisarts, de diëtiste, de kinesitherapeut en de tabacoloog, werd afgestemd wat de gezamenlijke behandelingsaanpak was. Zo werd samen met meneer Janssens beslist om een rookstopprogramma op te starten, een aangepaste voeding uit te werken en een revalidatieprogramma te volgen met een aanzet tot een sportiever leven. De huisarts besprak dit behandelingsplan verder tot in detail met meneer Janssens en volgde het ook op met systematische opvolgingsconsulten. De resultaten van deze opvolging stonden in een gezamenlijk elektronisch patiëntendossier dat de cardioloog met één muisklik kon openen wanneer meneer Janssens bij hem langskwam voor een jaarlijkse evaluatie van zijn hartspierfunctie.

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 multipele 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.

zorgnet VLAANDEREN

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.

Together we care. Ziekenhuizen als schakels in een keten van zorg is uitgegeven door acco
Het boek kost 24 euro en is verkrijgbaar in de boekhandel of via www.acco.be/medical