WAT ZAL U DAT KOSTEN?

Handleiding en good practices voor het informeren van patiënten over de kostprijs van een ziekenhuisopname

zorgnet VLAANDEREN

Colofon: Redactie: Katelijn Degraeve, Lieve Dhaene

Met bijdragen van: Katrien Bortels, Kristien Buelens, Gerd Callewaert, Corine Jansen, Laure Konings, Els Meerbergen, Niki Plettinckx , Sonja Put, Piet Vandamme, Karen Vereycken

Vormgeving: www.dotplus.be

D/2014/12607/3
ISBN 9789491323157

2014 ©Zorgnet Vlaanderen, Guimardstraat 1, 1040 Brussel

Zorgnet Vlaanderen werkt samen met ICURO en MID

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Uitgezonderd zijn korte fragmenten, die uitsluitend ten behoeve van recensies geciteerd mogen worden.

Citeren als: Degraeve, K. & Dhaene, L. 2014. *Wat zal u dat kosten? Handleiding en good practices voor het informeren van patiënten over de kostprijs van een ziekenhuisopname.* Brussel: Zorgnet Vlaanderen.

Wat zal u dat kosten?

Handleiding en good practices voor het informeren van patiënten over de kostprijs van een ziekenhuisopname

zorgnet VLAANDEREN

Inhoud

Woord vooraf 5

1. Inleiding 6

2. Zoals een goede maaltijd het lichaam verzorgt, zo verzorgt een goed gesprek de geest 10
Corine Jansen, Chief Listening Officer

3. Een patiëntvriendelijke opname: meer dan een document 13
Els Meerbergen, Vlaams Patiëntenplatform

4. Good practices

4.1. *Vooropname: de patiënt tijdig en beter informeren* 21
Ziekenhuis Oost-Limburg

4.2. *Kostprijsramingen: een instrument om patiëntgericht te informeren* 32
AZ Sint-Lucas Brugge

4.3. *www.jessazh.be: een transparante informatiesnelweg voor de patiënt* 42
Jessa Ziekenhuis Hasselt

4.4. *Tevredenheidsonderzoek patiëntenfactuur* 45
AZ Damiaan

4.5. *De zorgtrajectplanner* 48
ZNA

4.6. *De sociaal administratief bemiddelaar: begeleiding op maat van de patiënt* 51
GasthuisZusters Antwerpen

Woord vooraf

Het kan niet voldoende worden benadrukt: heldere communicatie met de patiënt is belangrijk. En dat geldt niet alleen voor het medische luik. Ook duidelijke informatie over het financiële plaatje hoort een onderdeel te zijn van een goede patiëntenvoorlichting. We hebben er allemaal bij te winnen. Vooraf goed geïnformeerde patiënten zijn achteraf ook meestal tevreden patiënten. Dat resulteert in minder verrassingen bij de factuur, en dus ook in minder klachten.

Patiënten zijn op het moment van een ziekenhuisopname kwetsbaar. Het is nog lang geen evidentie dat er openlijk over tarieven en prijzen wordt gepraat. De patiënt durft, ondanks de toegenomen mondigheid, meestal nog niet zelf aan de arts te vragen hoeveel een behandeling of ingreep zal kosten. Daarom moeten ziekenhuizen en zorgverstrekkers zelf het initiatief nemen om de patiënt de informatie te bezorgen waarop hij recht heeft.

Er zijn vele hindernissen te overwinnen. Voldoende tijd nemen om de patiënten te informeren vergt een andere benadering en personeelsinzet. Het gaat ook over complexe materie; er zijn onvoorspelbare factoren. Het vormt een uitdaging om moeilijke zaken eenvoudig uit te leggen. Binnen het ziekenhuis heeft geen enkel individu of dienst meteen een totaalbeeld van de kostprijs die de patiënt zal moeten betalen. Het ziekenhuis kent de gemiddelde verblijfsduur, de kamerprijs en de forfaitaire bedragen voor geneesmiddelen, medische beeldvorming en klinische biologie. De arts weet hoeveel honorarium hij aanrekent en welke materialen hij wil gebruiken; de ziekenhuisapotheek weet hoeveel die materialen kosten. Alle partijen moeten met andere woorden samenwerken om de patiënt correcte en globale informatie te kunnen geven. Goed communiceren is dus teamwork.

De voorbije twee jaar ging een werkgroep van Zorgnet Vlaanderen aan de slag om de administratieve documenten eenvoudiger en duidelijker te maken. We verzamelden ook heel wat goede praktijkvoorbeelden die aantonen dat onze ziekenhuizen wel degelijk blijk geven van zeer diverse initiatieven inzake patiëntencommunicatie. We willen de leden van de werkgroep uitdrukkelijk danken voor hun geëngageerde inzet. De ziekenhuizen willen we oproepen om verder te investeren in een goede communicatie over de kostprijs van een opname: zij die al initiatieven namen, willen we stimuleren om verder te gaan op de ingeslagen weg; zij die nog aarzelen willen we aanmoedigen om projecten op stapel te zetten. Collega's kunnen de weg wijzen. U vindt een aantal inspirerende voorbeelden in deze publicatie.

Peter Degadt,
Gedelegeerd bestuurder

dr. Etienne Wauters,
Voorzitter

1. Inleiding

De patiënt duidelijke informatie geven over de financiële implicaties van een behandeling en/of opname: het is complexe materie, en niet altijd eenvoudig in de praktijk te brengen. Dat bewijst de zeer diverse aanpak in de Vlaamse ziekenhuizen. Sommige ziekenhuizen hebben al heel wat initiatieven ontplooid, bij andere staan ze nog in de kinderschoenen. Begin 2013 nam Zorgnet Vlaanderen het initiatief voor een project met een dubbele focus. Enerzijds werd gewerkt aan een vereenvoudiging van de wettelijke documenten (opnameformulier, toelichtingsdocument en patiëntenfactuur). Anderzijds werden good practices verzameld over communicatietrajecten.

Aanpassing van de wettelijke documenten

Een werkgroep met 25 medewerkers uit 15 ziekenhuizen boog zich over de documenten. De werkgroep werkte een voorstel uit van opnameverklaring en toelichtingsdocument. Met dit voorstel stapte Zorgnet Vlaanderen naar de FOD Volksgezondheid, die onder impuls van minister Onkelinx hierover ook een werkgroep had opgestart. Het voorstel werd er voor 90% overgenomen en trad in werking op 1 juli 2014.

In het nieuwe opnamedocument zijn de verschillende vroegere documenten geïntegreerd: opnameverklaring, keuzeformulier voor rooming-in, ontvangstbewijs van het (eventuele) voorschot en facturatievoorwaarden. Voordien moest de patiënt elk van deze documenten afzonderlijk ondertekenen. Nu is er nog slechts één handtekening noodzakelijk, wat meteen een duidelijke administratieve vereenvoudiging betekent: er moet nu nog slechts één document in het administratief patiëntendossier bewaard worden. Het toelichtingsdocument werd aangepast in functie van een toegankelijk taalgebruik en een heldere structuur, die ook de dezelfde rubrieken volgt als de factuur. Op die manier fungeert het als een soort van scenario dat de opnamedienst kan doorlopen om de patiënt een bewuste en doordachte keuze te laten maken.

In overleg met de ziekenhuizen werd ook een voorstel voor een nieuw en sterk vereenvoudigd model voor de ziekenhuisfactuur gemaakt. Hierin wordt bijvoorbeeld de kolom met details over de terugbetaling van de ziekenfondsen weggelaten. De factuur vermeldt wel het totaalbedrag waarvoor het ziekenfonds tussenkomt. Dat is een kwestie van responsabilisering van de patiënt. Kiest de patiënt voor een tweepersoonskamer, dan kan op de factuur ook de kolom met het persoonlijk aandeel geschrapt worden. Op die manier is de factuur overzichtelijker en begrijpelijker. Een goed idee is ook om bij de factuur een samenvatting te voegen die voor de patiënt alles duidelijk op een rijtje zet. We stellen ook voor dat patiënten in de toekomst nog slechts één factuur krijgen.

In het voorjaar van 2014 werd dit model voorgelegd aan het RIZIV, waar de Overeenkomstencommissie hierover kan beslissen. We vragen het RIZIV om hiervoor een werkgroep op te richten, zoals ook de FOD gedaan heeft, met alle stakeholders: artsen, ziekenfondsen, maar ook de administratie, de ziekenhuizen en het Vlaams Patiëntenplatform. Iedereen moet mee aan boord. We dragen allemaal samen de verantwoordelijkheid voor een goede en transparante factuur. We hopen om tegen eind 2014 resultaat te halen.

Leren van elkaar: good practices

Op basis van de input van de werkgroep en de resultaten van een bevraging werden ook heel wat good practices in de ziekenhuizen verzameld. Ondanks de complexe regelgeving en de personeelstekorten blijven veel ziekenhuizen niet bij de pakken zitten. Zij nemen initiatieven om te werken aan een betere informatieverstrekking. Hieruit kwamen een aantal concepten en instrumenten naar voor.

De manier waarop, de persoon door wie, de plaats waar en het tijdstip waarop de patiënt door de zorgverstrekker ingelicht wordt over de financiële gevolgen van zijn opname, zijn heel belangrijke factoren die meespelen in de mate waarin de informatie ook daadwerkelijk door de patiënt gehoord en begrepen wordt.

Een zorgverstrekker, of dat de individuele behandelende arts of de medewerker van de opnamedienst is, mag nog zo zijn best doen om de informatie begrijpelijk, klaar en helder over te brengen... Als de patiënt er op dat moment niet ontvankelijk voor is, zal de informatie niet doordringen. We kunnen dat de patiënt meestal ook niet kwalijk nemen. Veel hangt af van de omstandigheden waarin hij de informatie krijgt. Als dat gebeurt op de dag zelf van een operatie, wanneer de patiënt als het ware "met het valiesje in de hand" en met een hoofd vol angst voor de pijn die hem te wachten staat, gevraagd wordt om keuzes te maken en dan ook nog te begrijpen welke invloed die keuzes zullen hebben op de kost van zijn verblijf, zal hij allicht onvoldoende aandacht hebben om een goed geïnformeerde keuze te maken. Met als gevolg dat hij bij het ontvangen van zijn factuur allicht vragen zal hebben, waarmee hij dan moet terugkeren bij de zorgverstrekker of het ziekenhuis.

Als de patiënt daarentegen uitgenodigd wordt om lang genoeg op voorhand de materiële en financiële gevolgen van zijn opname met de zorgverstrekker te bespreken en als voor dit gesprek voldoende tijd wordt uitgetrokken, zal hij wel een geïnformeerde keuze kunnen maken. Bovendien zal hij op de dag van zijn opname een stuk rustiger zijn als hij rechtstreeks naar de verpleegafdeling kan stappen, zonder eerst nog bij de opnamedienst te moeten passeren voor allerlei administratieve beslommeringen. En hij zal bij ontvangst van zijn factuur niet voor verrassingen staan, want hij was voorbereid op de kost die zijn opname met zich zou meebrengen.

1. Het moment waarop de patiënt geïnformeerd wordt: het concept "vooropname"

Een eerste factor die meespeelt in het ideaal scenario van "goed informeren" van de patiënt, betreft het tijdstip van de informatie. Een aantal ziekenhuizen informeert de patiënt tijdens een "vooropname" over de financiële implicaties van de opname. Die vooropname gebeurt door de medewerkers van de opnamedienst, op een vroeger moment dan de dag van de opname. Dit kan variëren van enkele maanden vóór de opname (bijvoorbeeld bij een bevalling) tot enkele dagen voordien. Omdat hij niet vlak vóór de ingreep staat, is de patiënt rustiger, minder angstig, meer gefocust op wat hem uitgelegd wordt. Omdat de patiënten zich meer gespreid over de hele werkdag aanmelden, zijn de wachtrijen minder lang en kan de medewerker van de opnamedienst meer tijd nemen om alles eventueel meerdere keren uit te leggen, zodat hij er zeker van is dat de patiënt alles goed begrijpt.

Een belangrijke factor voor het succes van de vooropname is de medewerking van de behandelende arts. Het is immers de arts die de patiënt moet (ver)wijzen naar de mogelijkheid om de praktische en financiële kant van zijn opname reeds vooraf te gaan regelen bij de opnamedienst. In sommige ziekenhuizen is een informaticatool voorzien, waarin de arts bij het vastleggen van OK-tijd meteen ook een signaal kan geven naar de opnamedienst of naar de planning in verband met de bezetting van het bed. In deze tool is tegelijk een reminder voor de arts verwerkt, die hem eraan herinnert om zijn patiënt de nodige financiële informatie te geven en tegelijk ook door te verwijzen naar de vooropname.

2. De inhoud van de informatie die de patiënt krijgt: het concept "prijsraming"

Een tweede belangrijk item is de inhoud van de informatie die de patiënt krijgt. Beperkt de medewerker van de opnamedienst zich tot de wettelijk verplichte informatie over de kost van het verblijf? Of wordt ook de arts betrokken in het informatieproces, waarbij hij de patiënt informeert over de hoogte van zijn honorarium (inclusief eventuele supplementen) en van de kost van het materiaal dat zal gebruikt worden?

In een aantal Vlaamse ziekenhuizen kan de patiënt een prijsraming verkrijgen, waarbij de kost van zijn ingreep berekend wordt op basis van gemiddelden die uit de datawarehouse van het ziekenhuis opgehaald worden. Het idee om de patiënt op voorhand een geïndividualiseerd bestek of offerte te bieden, wordt eveneens door sommige patiëntenorganisaties en door bepaalde politici naar voor geschoven. Sommigen suggereren zelfs om dit wettelijk verplicht te maken. Dit vraagt een grote inzet van het ziekenhuis van mensen en middelen, in de eerste plaats om de prijsramingen op te stellen en later ook om ze up to date te houden aan de hand van de meest recente gegevens waarover het ziekenhuis beschikt.

Bij de ziekenhuizen die prijsramingen aanbieden, zijn die meestal ook te consulteren op de website, waar de patiënt via een applicatie aan de hand van een aantal zelf in te vullen parameters een prijsraming kan opvragen. Sommige ziekenhuizen geven de prijsraming als "gemiddelde" van wat de ingreep kost op basis van facturen van een bepaalde referentieperiode. Andere ziekenhuizen geven de bedragen van een "vork" of "range" waarbinnen de facturen van een bepaalde referentieperiode zich situeren. Het is altijd belangrijk er op te wijzen dat het gaat om een "raming", aangezien men nooit met honderd procent zekerheid kan voorzien hoe een medische ingreep zal verlopen.

3. De omgeving waarin de patiënt geïnformeerd wordt: het concept "patiëntenservicebureau"

Een derde factor voor het "goed informeren" van de patiënt heeft te maken met de omgeving waarbinnen de informatie gegeven wordt. Een aantal Vlaamse ziekenhuizen ontvangen de patiënt in een afgesloten ruimte, waar geen andere patiënten kunnen meeluisteren of waar er geen hinder is van een lange wachtrij of overvolle wachtzaal. Ideaal droomt men van een "patiëntenservicebureau", waarin ook sociale dienst, klachtenopvang en ombudspersoon in geïntegreerd zijn; dergelijk servicebureau is echter op dit moment nog nergens in Vlaanderen operationeel.

4. De persoon die de informatie verstrekt: noodzakelijke betrokkenheid van de arts

Een vierde factor die meespeelt, is de persoon die de informatie verstrekt. In de meeste Vlaamse ziekenhuizen krijgt de patiënt zijn financiële informatie uitsluitend van de medewerker van de opnamedienst, bij wie hij zijn opnameverklaring ondertekent. In het geval dat de patiënt een prijsraming krijgt, wordt ook het personeel van de facturatiedienst betrokken. Het verstrekken van financiële informatie door de behandelende artsen gebeurt op dit moment slechts in een minderheid van ziekenhuizen. Men kan stellen dat artsen sneller bereid zijn om volledig transparant hun prijzen mee te delen bij niet-RIZIV verstrekkingen (bijvoorbeeld puur esthetische ingrepen) dan bij verstrekkingen met tegemoetkoming door de ziekteverzekering. De mate van opleiding, vorming en begeleiding van de opnamemedewerkers speelt bovendien een belangrijke rol. In een aantal Vlaamse ziekenhuizen worden de medewerkers intern opgeleid en worden zij ondersteund door een uitgeschreven scenario, checklist of richtlijnen, die zij tijdens het gesprek met de patiënt moeten volgen.

In deze brochure stellen zes Vlaamse ziekenhuizen elk een project voor waarmee zij hun patiëntencommunicatie wilden verbeteren. Die zijn zeer divers. Het Ziekenhuis Oost-Limburg schetst de manier waarop zij de vooropname in hun ziekenhuis hebben geïmplementeerd.

AZ Sint Lucas Brugge legt uit hoe zij een tool voor prijsramingen ten behoeve van de artsen hebben ontwikkeld. Het Jessa ziekenhuis in Hasselt stelt zijn concept voor van prijssimulator op de ziekenhuiswebsite. Aan de hand van een enquête peilde Az Damiaan naar de tevredenheid van de patiënten over hun factuur. ZNA uit Antwerpen introduceerde de functie van zorgtrajectplanner. GasthuisZusters Antwerpen ten slotte legt uit hoe hun sociaal administratief bemiddelaars omgaan met mensen met betalingsmoeilijkheden, en zoveel mogelijk preventief werken.

Al deze praktijkvoorbeelden tonen aan dat er heel wat mogelijk is wanneer management, opnamediensten en artsen de handen in elkaar slaan, en gezamenlijk een traject willen afleggen. De good practices die hier worden voorgesteld focussen allemaal op informatie bij een geplande opname. De informatieverstrekking bij een spoedopname is uiteraard een heel andere zaak. Wat hier slechts gedeeltelijk aan bod komt, is hoe men een specifieke communicatie kan ontwikkelen voor specifieke doelgroepen. De bijdrage van GZA focust op de communicatie met de groep van mensen aan de rand van de samenleving. Specifiek over armoedebestrijding via inclusieve communicatie in de zorgvoorzieningen publiceerde Caritas Vlaanderen in het voorjaar van 2014 een themabrochure, die zeker een waardevolle aanvulling vormt op voorliggende publicatie.[1] Ook dit Caritas cahier bevat een aantal goede praktijken in welzijns- en gezondheidsvoorzieningen.

We starten echter met twee algemene bijdragen. Als eerste professionele *Chief Listening Officer* in Nederland staat Corine Jansen stil bij de kunst van het luisteren naar de patiënten. Els Meerbergen van het Vlaams Patiëntenplatform schets het bredere kader van goede patiëntenvoorlichting als onderdeel van een kwaliteitsvolle zorg. Beiden benadrukken het belang van mondelinge informatie en bieden een algemeen kader voor opnamemanagement.

1 Smeyers, T. red. 2014. *Armoedebestrijding via inclusieve communicatie. Communicatiestrategie en armoed beleid hand in hand in zorg- en welzijnssector.*

2. Zoals een goede maaltijd het lichaam verzorgt, zo verzorgt een goed gesprek de geest

Corine Jansen, Chief Listening Officer

De gezondheidszorg en de medische wetenschap hebben in de voorbije decennia een enorme ontwikkeling doorgemaakt. Met nieuwe technieken kunnen we steeds meer aandoeningen beter behandelen. Er komen meer medicijnen bij die gerichter kunnen worden ingezet. Iets waar velen zeer blij mee zijn, omdat we hierdoor steeds meer ziektes kunnen beheersen en ouder worden. Wat in al die ontwikkelingen niet is veranderd, is dat geneeskunde nog steeds mensenwerk is. En mensen zijn niet perfect. De zorgprofessional niet, de patiënt ook niet.

De zorgprofessional kan belangrijke aanwijzingen missen, een verkeerde diagnose stellen, de patiënt kan vergeten belangrijke informatie door te geven, medicijnen vergeten in te nemen. Iedereen is boven alles een mens. Daarom is communicatie zo essentieel. Communicatie is tweerichtingsverkeer en dat vraagt tijd. Tijd die zorgprofessionals vaak niet hebben. Patiënten stellen mede hierdoor (te) weinig vragen. Om te zorgen dat mensen hun verhaal wel kunnen delen, en echt onderdeel worden van het behandelteam, heeft het Radboudumc in 2009 de functie van *Chief Listening Officer* gecreeërd.

Wat doet een *Chief Listening Officer*?

In 2009 ben ik begonnen als *Chief Listening Officer*. Ik fungeer als brug tussen alle betrokkenen in het zorgproces. Door te luisteren naar de behoeften, gevoelens, vragen en zorgen van mensen in de rol van patiënt, mantelzorger, arts of verpleegkundige, kunnen we goede innovaties ontwikkelen, betere voorlichting geven die past bij het gedrag en de wensen van de patiënt en dus de zorg verbeteren. Samen!

Om achter een behoefte van een patiënt te komen, luister ik zonder oordelen over of iets goed, fout, of vreemd is. Ik noem dat 'leeg luisteren.' Vooral open vragen blijven stellen, waarnemen en resumeren wat de ander zegt. Die houding is heel essentieel. Ik zit er niet om een opinie te geven over de behandeling of hun ziekteproces maar ben wel intrinsiek nieuwsgierig naar de mens achter de patiënt. Daarvoor moet er een soort hartscontact zijn. Bij wijze van spreken zou ik de buurman of de buurvrouw van de patiënt kunnen zijn. Een echtpaar zei na afloop van zo'n gesprek: 'Fijn om die hele ziektegeschiedenis nog eens doorgenomen te hebben en hoe wij dat verwerkt hebben.' Patiënten komen maar één keer, waardoor het ook nooit een therapeutisch gesprek wordt. De mensen zijn wel blij dat ze eenmalig hun hart hebben kunnen uitstorten. Dat betekent niet dat er iets aan het contact met de betrokken zorgprofessionals zou mankeren. Over dat contact zijn de meeste patiënten die ik heb gesproken juist tevreden. Maar omdat ik de tijd heb voor een lang gesprek, ontstaat er een ander soort gesprek, met andere informatie ook, die patiënten niet altijd direct vertellen aan de arts of verpleegkundige, zoals: 'We zijn bij dokter Vogel geweest om te kijken of dat misschien extra helpt.' Veel patiënten blijken bijvoorbeeld niet te weten wat

kanker precies is, of wat de effecten zijn van chemotherapie in het lichaam. Terughoudendheid van de patienten om daar naar te vragen heeft vaak te maken met het gevoel dat ze geen recht op extra tijd en aandacht willen vragen van artsen of verpleegkundigen. Er zitten immers ook nog veel andere patiënten te wachten.

Vooral de ontwikkeling van het internet heeft de klassieke top-downcommunicatie van arts naar patiënt overhoop gegooid. De toegankelijkheid van informatie geeft de patiënt mogelijkheden om zich te specialiseren in de ziekte die hem heeft getroffen. Wie ergens last van heeft, typt enkele sleutelwoorden in een zoekmachine en na een seconde verschijnen sites en fora waar allerhande ziektebeelden nauwkeurig worden beschreven. Het web is dan een soort medische database, drijvend op een kennisnetwerk van ervaringsdeskundigen. In elke instelling is inmiddels het besef doorgedrongen dat we niet meer om die participerende patiënt heen kunnen. De maatschappij verandert. De gezondheidszorg moet iets doen met de wensen en behoeften van de mondige, steeds beter geïnformeerde patiënt. De nieuwe dokterspraktijken maken niet langer de dienst uit, maar léveren een dienst. Tijd nemen om goed te luisteren is daarvan een essentieel onderdeel.

Waarom is luisteren in de zorg zo belangrijk?

Luisteren naar patiënten is essentieel om tot een betere diagnose te komen. 'Ik ken mijn lichaam beter dan wie dan ook. Toon je betrokkenheid en kom niet meteen met een oplossing vanuit je ervaring en protocollen. Luister naar wat ik te vertellen heb!' Deze reacties hoor ik vaak als er niet direct tot een goede diagnose was gekomen. Voor een goede diagnose is samenwerking tussen alle betrokkenen van groot belang. Ook met mantelzorgers. Ieder met zijn eigen expertise. In de zorg moeten we ophouden om ziektes te behandelen en beginnen om mensen te behandelen.

Luisteren bevordert het mentaal welzijn van de patiënt. Al jaren schrijven onderzoekers over de therapeutische waarde van goede communicatie. Een zorgprofessional die empathisch luistert, reduceert negatieve emoties zoals angst en onzekerheid. Wanneer de patiënt zich respectvol behandeld voelt en goed en eerlijk geïnformeerd wordt over de mogelijke behandeling, voelt hij zich ook meer betrokken bij de eigen gezondheid.

Luisteren versterkt en bevordert de relatie tussen de zorgprofessional en de patiënt. Dé patiënt bestaat niet. Elke patiënt is anders. Elke patiënt heeft een andere achtergrond, een eigen persoonlijkheid en geschiedenis. Als je intrinsiek luistert naar de persoon die voor je zit, ontstaat een basis waarin de patiënt deel kan uitmaken van het behandelteam. Een relatie waarin je samen kijkt naar de diagnose, de informatie, de mogelijkheden, de mens achter de patiënt. Patiënten zullen beter in staat zijn om samen met de zorgprofessionals beslissingen te nemen en zo medeverantwoordelijkheid nemen voor hun eigen ziekteproces.

Luisteren zorgt voor betere diagnoses en vermindert stress. De rol van de patiënt als partner wordt versterkt. De patiënt krijgt meer vertrouwen dat de keuze voor een bepaalde behandeling hem ten goede zal komen. Dat zal zijn therapietrouw bevorderen. Luisteren kan een diepere verbinding geven. Het geeft nieuwe inzichten, vergroot keuzeopties en geeft bewustzijn van vooroordelen. Het draagt bij aan een rijkere interpersoonlijke dialoog. Luisteren heeft voor alle medische disciplines meerwaarde, niet alleen op die gebieden waar het nu al van betekenis is, zoals bij ernstige traumatische situaties en bij palliatieve zorg. Luisteren is het basisingrediënt waarmee communicatief en medisch passend gehandeld kan worden. Dat is samen werken aan goede zorg.

Het recept voor goed luisteren

De kunst is om te luisteren naar hetgeen er niet gezegd wordt. Vertelt iemand je iets terwijl ze omlaag kijkt en aan haar rok frunnikt? Of zie je een twinkeling in de ogen van de ander? Doe daar dan wat mee. Zeg: 'Ik zie dat het je raakt.' Grote kans dat je nog meer te weten komt. Als je weet wat de mensen om je heen beweegt, zul je ze beter begrijpen. Je leert dingen die je nog niet wist en ontdekt veel nieuws. Je wordt dus wijzer! En als je weet wat mensen willen, kun je je werk beter doen. Bovendien is het léuk om te ontdekken hoe anderen naar het leven kijken, of wat hun gedachten zijn over een bepaald onderwerp.

- Kies ervoor om te luisteren: zet je 'luisterknop' aan.
- Let op je lichaamstaal: kijk de ander aan, buig naar voren, knik, hum.
- Vat samen om er zeker van te zijn dat je begrijpt wat de ander bedoelt. Dit dwingt je bovendien om niet direct te reageren met 'dat heb ik ook of o ja, dat herken ik!'
- Kan de ander zich in je samenvatting vinden? Vraag dan door. Maar stel niet teveel vragen over details. Dat leidt af.
- Zet je ego opzij. Bedwing de neiging tot advies geven of oordelen.
- Heb geduld, jaag niet op.
- Maak geen zinnen van de ander af.
- Laat stiltes vallen. Daarmee geef je de ander de ruimte nog iets te zeggen waar je niet om gevraagd hebt. Dan kom je echt meer te weten.
- Stel open vragen. 'En hoe voelde dat voor jou?'
- Heb je iets niet begrepen? Vraag dan om aanvulling.
- Je kunt een gesprek verdiepen door aan te geven welke onderliggende emotionele boodschap je hebt opgevangen. Doe het wel met beleid, te veel psychologiseren ('Waar komt het verdriet éigenlijk vandaan, denk je?') kan averechts werken.
- Ook als je zelf aan het woord bent, is het altijd goed om open te staan voor de inbreng van anderen.

3. Een patiëntvriendelijke opname: meer dan een document

Els Meerbergen, adjunct-directeur

Vlaams Patiëntenplatform

Inleiding

Voor ziekenhuizen en zorgverleners zijn opnames van patiënten een dagelijkse activiteit. Het is belangrijk voor ogen te houden dat voor heel wat patiënten een opname een heel intense gebeurtenis is. Zij worden overmand door gevoelens van onzekerheid, angst en zenuwachtigheid. Zij weten niet wat hen te wachten staat omdat zij niet vertrouwd zijn met de medische wereld. Het is belangrijk dat de zorgverlener die gevoelens niet negeert maar in dialoog gaat met de patiënt. Communicatie is dan ook een essentieel onderdeel van een goed uitgebouwd opnamemanagement.

In deze tekst willen we aangeven dat een opname bestaat uit meer dan het handtekenen van een opnameverklaring. Meestal is het zo dat patiënten bij hun opname de opnameverklaring voor de eerste keer zien en ze meteen ook moeten handtekenen. Op dat moment is de patiënt hiervoor niet altijd klaar, hij zit met zijn gedachten reeds bij de ingreep of de opname. Voor heel wat patiënten betekent dit dat zij achteraf een hoge ziekenhuisfactuur ontvangen omdat zij niet wisten waarmee ze instemden. Daarenboven is de opnameverklaring niet het meest 'leesbare document' en doen patiënten vaak niet de moeite om de moeilijke zinnen te lezen en te begrijpen.

Aan de hand van het concept 'patiëntenvoorlichting' willen we duidelijk maken dat communicatie tussen patiënt en zorgverlener deel moet uitmaken van een groter geheel. We geven een aantal concrete handvaten mee om patiëntenvoorlichting in het ziekenhuis in praktijk te brengen.

1 Wat houdt volgens patiënten een goede opname in?

Bij het begin van deze tekst willen we aangeven dat onderstaande aandachtspunten enkel mogelijk zijn bij een geplande opname. Bij een niet-geplande opname, bv. spoedopname, zal de zorgverlener de patiënt of zijn vertegenwoordiger achteraf moeten informeren. Deze aandachtspunten zijn verzameld tijdens een denkdag 'Opname en ontslag uit het ziekenhuis' en werden aangehaald door patiënten.

>> Medische informatie vóór de ingreep

Voor een geplande ingreep is het belangrijk dat de patiënt op voorhand uitgebreid geïnformeerd wordt over de ingreep en de gevolgen ervan. De zorgverlener moet voldoende uitleg geven en eventueel een informatiebrochure meegeven die de patiënt thuis nog eens rustig kan doornemen. Op die manier kan hij de operatie of behandeling voor zichzelf voorbereiden. Zowel voor de patiënt als voor de zorgverlener vraagt dit een hele inspanning.

>> Informatie over de kostprijs van de ingreep

De wet patiëntenrechten (zie verder) verplicht een zorgverlener om de patiënt op voorhand te informeren over de financiële kost van een behandeling. Het is waarschijnlijk niet realistisch om op voorhand een exacte kostprijs mee te delen, maar het moet wel mogelijk zijn om een vork met minimum- en maximumprijs mee te geven. Op zich is dit geen onterechte vraag, aangezien gezondheidszorg tenslotte ook een dienstverlening is. Voor alle mogelijke diensten en producten ontvangen wij op voorhand een prijsindicatie. Bovendien is de kostprijs van een behandeling voor heel wat mensen een doorslaggevende factor in de keuze van hun behandeling. Daarnaast moet er gecommuniceerd worden over verschillende tarieven en supplementen en de conventiestatus van zorgverleners. Achteraf, wanneer de patiënt de factuur ontvangt, is het belangrijk dat duidelijk aangegeven wordt welke partij wat moet betalen: de patiënt en het ziekenfonds. Bij niet-geplande ingrepen is het niet mogelijk om op voorhand te informeren over de financiële gevolgen. Van zodra de patiënt of vertegenwoordiger beslissingen kunnen nemen, moeten zij geïnformeerd worden over de financiële kost.

>> Opnameverklaring

Een goede informatieverstrekking vanaf het moment van opname is heel belangrijk. In de loop van 2013 is er hard gewerkt aan het opstellen van een nieuwe versie van de opnameverklaring. Alle partijen die hieraan hebben meegewerkt, wilden de opnameverklaring vereenvoudigen en leesbaarder maken. Zo werden bijvoorbeeld de meeste voetnoten en verwijzingen weggehaald. Ook het toelichtingsdocument vormt een verbetering. De nieuwe opnameverklaring ging in voege op 1 juli 2014.

De verbetering van de opnameverklaring is een hele stap vooruit maar patiënten willen toch benadrukken dat de opnameverklaring geen middel mag zijn om ziekenhuizen of zorgverleners vrij te stellen van hun informatieplicht. Voor patiënten is het heel belangrijk dat dit document dient als leidraad voor mondelinge informatie. De nodige informatie moet echter al op voorhand gegeven zijn in duidelijke taal. Zo zou het ziekenhuis een loket kunnen voorzien waar mensen met hun vragen terechtkunnen; ze kunnen de opnamedienst ook zo organiseren dat de patiënt goed geïnformeerd kan worden. In de loop van deze tekst vindt u handvaten over hoe een goede opname kan worden georganiseerd.

2 Het belang van patiëntenvoorlichting

Patiënten geven aan dat communicatie een cruciaal onderdeel van het opnamemanagement is. Patiënten informeren over de opname, over de behandeling, over de nazorg enz. is belangrijk om te komen tot een kwaliteitsvolle zorg. De informatie die door de zorgverlener gegeven wordt, mag geen losstaand gesprek zijn tussen patiënt en zorgverlener, maar moet een onderdeel zijn van een groter geheel, namelijk een beleid rond patiëntenvoorlichting.

Als we spreken over patiëntenvoorlichting hebben we het bijvoorbeeld over:

- de uitleg die je krijgt bij je opname over de onderzoeken die er zullen worden uitgevoerd;
- de bewegwijzering in het ziekenhuis;
- de onthaalbrochure van het ziekenhuis met praktische informatie;
- de instructies van de verpleegster over het toedienen van je dagelijkse injecties.

In ons onderzoek van 2007[2] stelde het VPP vast dat patiëntenvoorlichting meestal gebaseerd is op initiatieven op afdelingsniveau en dat er weinig coördinatie is over de 'afdelingsgrenzen' van het ziekenhuis heen. Daardoor gaan vaak waardevolle ervaringen en inspanningen verloren die ook voor andere afdelingen interessant kunnen zijn. Daarom werkte het VPP in 2009 een handleiding patiëntenvoorlichting[3] uit. Wat hierna volgt is overgenomen uit deze handleiding. De handleiding kan bij het Vlaams Patiëntenplatform vzw gratis opgevraagd worden.

2.1 Definitie

In het werkveld worden verschillende termen door elkaar gebruikt, elk met hun eigen accent. Meer nog, het individuele aanvoelen van termen weegt sterk door in de eigen interpretatie van termen. Het VPP heeft voor de term **patiëntenvoorlichting** gekozen:
Patiëntenvoorlichting is een proces van communicatie met, voor en over patiënten dat op een planmatige manier integraal deel uitmaakt van het zorgtraject en gericht is op kennisvermeerdering, attitude en/of gedragsverandering van de patiënt ten aanzien van zijn gezondheidssituatie om in overleg met de zorgverlener te komen tot een doordachte keuze. Door de inbreng van de ervaringsdeskundigheid van de patiënten leidt dit proces eveneens tot kennisvermeerdering, attitude en/of gedragsverandering van de zorgverlener".[4]

Het doel van patiëntenvoorlichting is bepaalde veranderingen te realiseren wat betreft kennis, houding en gedrag van zowel de patiënt, als de medepatiënt én de zorgverlener.

Naast informatieverstrekking en gespreksvoering is ook besluitvorming een essentieel onderdeel van patiëntenvoorlichting. Op basis van de ontvangen informatie moet de patiënt zelf keuzes kunnen maken. Dat stelt zowel eisen aan de inhoud van de informatie als aan de communicatieve vaardigheden van de voorlichter. Het is belangrijk dat alle benodigde informatie op een duidelijke manier wordt gegeven, dat de informatie regelmatig herhaald wordt en dat er tijd is om vragen te stellen. Ook het moment waarop de informatie wordt meegegeven bepaalt mee de effectiviteit van de informatieoverdracht.

Verder wil niet elke patiënt hetzelfde weten. De zorgverlener moet de cognitieve en emotionele mogelijkheden of beperkingen van de patiënt inschatten, evenals zijn informatiebehoefte. Daarnaast doen het juiste voorlichtingsmateriaal, een goede samenwerking en afstemming met andere teamleden de rest. Bij deze definitie ligt de nadruk op mondelinge communicatie, die eventueel ondersteund wordt door schriftelijke communicatie.

2.2 Voordelen voor patiënt en zorgverlener/ziekenhuis

Een goed georganiseerde patiëntenvoorlichting leidt tot voordelen bij de patiënt, zorgverlener en de maatschappij.

>> *De patiënt*

Patiëntenvoorlichting leidt (direct of indirect) tot een betere kennis van de patiënt over zijn

2 Schoonacker, M. en Louckx, F. 2007. *Patiëntenvoorlichting in ziekenhuizen: een verkennend onderzoek in Vlaanderen*, Vlaams Patiëntenplatform vzw (in opdracht van FOD Volksgezondheid en in samenwerking met de VUB), online raadpleegbaar op www.vlaamspatientenplatform.be.

3 *Handleiding patiëntenvoorlichting*, Vlaams Patiëntenplatform vzw, 2009.

4 Albada, A. 2005. *Patiëntencommunicatie in West-Europa. Een onderzoek naar de organisatie van patiëntencommunicatie in ziekenhuizen en factoren die dit beïnvloeden in Nederland, Vlaanderen en Engeland.* (afstudeerscriptie) Utrecht: Universiteit Utrecht; aangevuld door het Vlaams Patiëntenplatform vzw.

gezondheid, ziekte of aandoening, behandeling, alternatieven, risico's en toekomstperspectief, waardoor hij actief kan participeren in de zorg en keuzes kan maken. De patiënt ervaart minder angst en stress, wat een positieve impact heeft op de effectiviteit van de gezondheidszorg (o.a. een kortere verblijfsduur).

>> De zorgverlener

Patiëntenvoorlichting heeft echter niet enkel voordelen voor de patiënt, ook voor ziekenhuizen en zorgverleners heeft het positieve gevolgen. Goed geïnformeerde patiënten zijn meer tevreden, volgen getrouwer de therapie en hebben een betere relatie met hun zorgverlener(s). De betrokkenheid van de patiënt resulteert in betere klinische resultaten en gezondheidseffecten, en een kortere hospitalisatie.

>> De maatschappij

Ten slotte is er ook een positieve impact op de algemene kost voor de gezondheidszorg.

VOOR DE ZORGVERSTREKKER	VOOR DE PATIËNT
Verhoogde therapietrouw	Verhoogde kennis
Betere onderlinge relatie	Verhoogde betrokkenheid van de patiënt - shared decision making
Verhoogde tevredenheid	Minder angst en stress
Betere klinische resultaten	
Verhoogde effectiviteit van de gezondheidszorg	
Verminderde algemene kost van de gezondheidszorg	

2.3 Patiëntenvoorlichting als onderdeel van kwaliteitsvolle zorg

In de relatie tussen zorgverlener en patiënt is de kwaliteit van de patiëntenvoorlichting een bepalende factor voor de kwaliteit van de zorg. *Een goed, volgens de medische en/of verpleegkundige standaard, uitgevoerde zorg kan worden tenietgedaan door een gebrekkige patiëntenvoorlichting.* De waardering van patiënten voor de kwaliteit van de zorg wordt voor een groot deel bepaald door de kwaliteit van de communicatie, zowel de algemene communicatie (onthaal, bewegwijzering, toegankelijkheid...), maar vooral de communicatie tussen zorgverstrekkers en patiënt(en). Ziekenhuizen erkennen dat patiëntenvoorlichting een essentieel onderdeel is van kwaliteitszorg. Toch wordt nog te vaak de nadruk op de medisch-technische kwaliteit gelegd. Patiëntenvoorlichting maakt deel uit van de therapeutische handeling en moet als dusdanig in het proces van de zorgplanning opgenomen zijn.

2.4 Wettelijke verankering

Patiëntenvoorlichting is verankerd in de Wet op de Patiëntenrechten van 22 augustus 2002[5] via twee belangrijke rechten:

- het recht op informatie over de gezondheidstoestand;
- het recht op toestemming (of weigering) na informatie.

Recht op informatie over de gezondheidstoestand

Als patiënt heb je recht op alle informatie die je een beter inzicht geeft in je gezondheidstoestand en de (vermoedelijke) evolutie ervan. Bovendien moet je die informatie krijgen op een duidelijke en begrijpelijke manier. De informatie moet in eerste instantie mondeling worden meegedeeld en mag nadien ook op papier worden meegegeven. Op dit recht zijn er twee uitzonderingen: wanneer de patiënt er zelf voor kiest bepaalde informatie niet te krijgen (met een beperking indien het niet weten leidt tot een gevaar voor anderen) en wanneer de arts er onder welomschreven voorwaarden (voor therapeutische exceptie) voor kiest om bepaalde informatie niet te geven.

Recht op toestemming (of weigering) na informatie

Geen enkele (be)handeling kan zonder toestemming van de patiënt worden opgestart, voortgezet of stopgezet. De informatie die moet worden verschaft gaat over het doel, de aard, de dringendheid, de frequentie en de duur van de handeling; alsook de mogelijke alternatieven, de kostprijs van behandeling... Deze informatie moet tijdig en vooraf aan de patiënt verschaft worden.

3 Instrumenten om de patiënt te informeren

3.1 Handleiding patiëntenvoorlichting

De handleiding heeft als doel ziekenhuizen warm te maken om patiëntenvoorlichting gestructureerd aan te pakken. Persoonlijke initiatieven kunnen omkaderd worden, initiatieven rond patiëntenvoorlichting verankerd aan de missie van het ziekenhuis en het gehele personeel en de directie betrokken bij patiëntenvoorlichting. De methodiek is gebaseerd op het 30-stappenplan van de klinische paden[6] en geeft de stappen aan die nodig zijn om te komen tot een gestructureerd voorlichtingsbeleid in het ziekenhuis. De handleiding kan gedeeltelijk uitgevoerd worden of in zijn geheel, al naargelang de prioriteiten van het ziekenhuis.

De handleiding is opgebouwd rond vijf pijlers van een gestructureerd patiëntenvoorlichtingsbeleid in een ziekenhuis:

- Het aanstellen van een coördinator patiëntenvoorlichting;
- Werken met contactpersonen patiëntenvoorlichting;
- Het bijeenbrengen van een commissie patiëntenvoorlichting;
- Het oprichten van een interne databank patiëntenvoorlichting;
- Het inrichten van een patiënteninformatiebureau.

5 Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002, publicatie in het *Belgisch Staatsblad* op 26 september 2002

6 Netwerk Klinische Paden van de KU Leuven.

Coördinator patiëntenvoorlichting

De aanstelling van een coördinator patiëntenvoorlichting is een eerste stap naar de ontwikkeling van een concreet patiëntenvoorlichtingsbeleid in ziekenhuizen. Deze coördinator tekent in een beleidsplan de krijtlijnen uit van een kwaliteitsvolle informatieverstrekking waarbij de patiënt centraal staat. Een andere belangrijke taak van deze coördinator is het 'netwerken', zowel binnen de eigen organisatie als met externe deskundigen. Verder staat deze persoon o.a. in voor de opleiding van medewerkers en het ontwikkelen en verspreiden van informatiemateriaal. De coördinator heeft dus een centrale rol in de ontwikkeling en verspreiding van informatie aan de patiënt en zijn omgeving. Dat betekent dat hij betrokken is bij of minstens een overzicht heeft van de verschillende informatiestromen (folders, video's, infomomenten...). De coördinator ondersteunt de ontwikkeling van folders en andere materialen en waakt over de leesbaarheid, eenvormigheid en beschikbaarheid.

Contactpersoon patiëntenvoorlichting (copa)

De contactpersonen patiëntenvoorlichting (copa's) zijn binnen hun eigen afdeling verantwoordelijk voor de organisatie van de communicatie met en over de patiënt, de vormingen en de schriftelijke informatie. Al die contactpersonen patiëntenvoorlichting worden samengebracht in een netwerk van copa's, waarbinnen ervaringen gedeeld worden. In die zin heeft het netwerk een katalyserende werking voor de uitbouw van expertise over patiëntenvoorlichting. Een contactpersoon patiëntenvoorlichting is niet hetzelfde als een gespecialiseerd verpleegkundige zoals een borstverpleegkundige. Hij neemt ook niet de informatieplicht van een andere zorgverlener over.

Commissie patiëntenvoorlichting

Binnen een ziekenhuis is bijna iedere medewerker betrokken bij patiëntenvoorlichting. Naast een coördinator patiëntenvoorlichting kan een commissie patiëntenvoorlichting met vertegenwoordigers van verschillende disciplines (zowel zorgverleners als leidinggevenden) een nuttig werkinstrument zijn. De commissie vormt een breed draagvlak voor patiëntenvoorlichting en bundelt ervaringen. Ze bewaakt de continuïteit van patiëntenvoorlichting in het ziekenhuis. De commissie biedt een mogelijkheid voor de participatie van de patiënt of de vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties aan het beleid van het ziekenhuis omtrent patiëntenvoorlichting.

Interne databank patiëntenvoorlichting

Vaak zijn er in een ziekenhuis heel wat materialen voor patiëntenvoorlichting aanwezig. Het kan bijzonder waardevol zijn om de beschikbare voorlichtingsmaterialen, activiteiten, projecten, methodieken... te centraliseren in één databank. Die databank is toegankelijk voor alle medewerkers en voor de patiënten. Het is belangrijk dat de interne databank regelmatig bijgewerkt wordt.

Patiënteninformatiebureau

Het patiënteninformatiebureau is een onderdeel van het totale patiëntenvoorlichtingsbeleid. Het is evenwel niet de start maar het sluitstuk van een goed gecoördineerd patiëntenvoorlichtingsbeleid. In eerste instantie is het idee van het patiënteninformatiebureau gebaseerd op *het geven van informatie* aan patiënten. Individuele voorlichting over het eigen ziektebeeld hoort niet thuis in het patiënteninformatiebureau.

Het patiënteninformatiebureau is één enkel loket waar de patiënt of zijn familie, maar evengoed ook de ziekenhuismedewerker terechtkan voor allerhande informatie. Dit veronderstelt een centrale ligging, vlotte toegankelijkheid en laagdrempeligheid. Een patiënteninformatiebureau helpt mensen met uiteenlopende vragen op weg. Je vindt er bijvoorbeeld informatie over de weg in het ziekenhuis, patiëntenverenigingen, administratieve en financiële aangelegenheden, ziektebeelden, onderzoeken en behandelingen, enzovoort. Een informatiebureau speelt ook

een belangrijke rol in de ondersteuning, begeleiding en deskundigheidsbevordering van alle ziekenhuismedewerkers. Het informatieaanbod, onder andere via het internet, is verre van overzichtelijk. Al snel rijzen bij patiënten de vragen: Waar beginnen? Welke bronnen zijn te vertrouwen? Het patiënteninformatiebureau kan een belangrijke rol spelen bij de begeleiding van patiënten in hun zoektocht naar betrouwbare informatie. Tegelijkertijd krijgt de patiënt er de gelegenheid om rustig zijn verhaal te doen.

Een patiënteninformatiebureau kan belangrijk zijn in het uitbouwen van contacten met patiëntenverenigingen. *Patiëntenverenigingen* krijgen er bijvoorbeeld ruimte om een spreekuur of inloopmiddag te organiseren.

De laagdrempeligheid kan ook betekenen dat patiënten hun onvrede over diensten en voorzieningen in het ziekenhuis gemakkelijker uitspreken, zonder dat er onmiddellijk sprake is van een klacht. Een *registratiesysteem van binnengekomen vragen en opmerkingen* biedt een overzicht van wat er leeft bij patiënten en levert een uitstekende basis voor het ontwikkelen van een patiëntgericht beleid.

De combinatie van voorlichting en klachtenbemiddeling binnen één en dezelfde functie is ten zeerste af te raden. Niettemin is het belangrijk dat er een zeer goede uitwisseling is van informatie tussen het patiënteninformatiebureau en de ombudsdienst. Beide diensten kunnen complementair werken.

3.3.2 Website-indicator

Communicatie met patiënten blijkt een essentiële rol te spelen in een goed opnamemanagement. De website van het ziekenhuis is een onderdeel van het communicatiebeleid in een ziekenhuis en patiënten verwachten hier dan ook heel wat informatie terug te vinden. Het Vlaams Indicatoren Project (VIP²), een initiatief van de Vlaamse Vereniging van Hoofdartsen, ICURO, Zorgnet Vlaanderen en de Vlaamse Overheid, in samenwerking met vele stakeholders waaronder het Vlaams Patiëntenplatform (VPP), heeft onder andere geresulteerd in de ontwikkeling van een indicator 'Patiëntgerichtheid van ziekenhuiswebsites'.

De indicator vertrekt vanuit het perspectief van de patiënt. Via deze indicator wordt nagegaan in welke mate ziekenhuiswebsites informatie aanbieden die relevant is voor patiënten en in welke mate die informatie toegankelijk, gebruiksvriendelijk en 'vindbaar' is. De validatie van dit meetinstrument werd in 2013 afgerond; in 2014 werd gestart met het testen van het meetprotocol. Meer dan 40 enthousiaste ziekenhuizen hebben hun medewerking reeds bevestigd.

Waarom is de indicator belangrijk?

De website van het ziekenhuis is een belangrijk instrument voor de patiënt om zijn opname voor te bereiden. Daarom is het goed dat websites van ziekenhuizen aan de hand van deze indicator gescreend worden en dat de ziekenhuizen tips krijgen over hoe zij hun website patiëntvriendelijk kunnen maken. Een degelijke, gebruiksvriendelijke ziekenhuiswebsite met kwaliteitsvolle, relevante informatie en toepassingen heeft voordelen voor zowel zorginstellingen als voor patiënten en hun omgeving. Goed geïnformeerde patiënten kunnen beter mee beslissingen nemen in de zorg, wat kan leiden tot positievere uitkomsten en een efficiënter beheer van middelen. Een goede website maakt dus ook onderdeel uit van een goed patiëntenvoorlichtingsbeleid.

Met deze indicator wil het project volgende doelstellingen bereiken:

- Ziekenhuizen stimuleren om transparant te zijn over de kwaliteit van zorg;

- Ziekenhuizen sensibiliseren voor de wensen van patiënten inzake transparantie en informatieverstrekking;
- Ziekenhuisorganisaties inzicht geven in de eigen 'webprestaties';
- Ziekenhuisorganisaties een referentiekader bieden waaraan zij de eigen webprestaties kunnen afmeten;
- Ziekenhuizen inspireren en motiveren om de kwaliteit van hun website steeds opnieuw te analyseren en te verbeteren.

Items van de vragenlijst

De vragenlijst is opgedeeld in verschillende blokken; in totaal worden er 54 items gecheckt:

- Gebruiksvriendelijkheid en toegankelijkheid
- Praktische informatie
- Visie en beleid van het ziekenhuis
- Zorgaanbod
- Informatie over de kostprijs
- Informatie over privacy en patiëntenrechten
- Patiënteninformatie en ervaringen
- Interactiemogelijkheden

Een website die een goed resultaat behaalt op deze indicator is zeker een meerwaarde voor een patiëntenvoorlichtingsbeleid. Patiënten zullen minder vragen stellen omdat ze de informatie op de website gemakkelijk hebben teruggevonden.

We houden wel steeds voor ogen dat alle middelen die voor de communicatie worden ingezet, complementair werken en elk afzonderlijk nodig zijn. Er zijn nog steeds heel wat patiënten die niet over internettoegang beschikken. Sommige vragen zijn ook heel privé en wil men graag in een persoonlijk gesprek bespreken. Geschreven informatie mag ook nooit de mondelinge informatie vervangen. Meer vragen over de website-indicator kan u richten aan het Vlaams Patiëntenplatform vzw.

4 Conclusie

De opname van een patiënt moet goed voorbereid worden om te komen tot kwaliteitsvolle zorg. Een goed patiëntenvoorlichtingsbeleid staat hierin centraal en kan bijdragen tot een goede patiëntenervaring waar zowel ziekenhuis als patiënt voordelen uit halen. Aan de hand van concrete instrumenten trachten we ziekenhuizen warm te maken om werk te maken van een patiëntenvoorlichtingsbeleid waarbij de opname van een patiënt de start is van een succesvolle communicatie.

4. Good practices

4.1 Vooropname: de patiënt tijdig en beter informeren

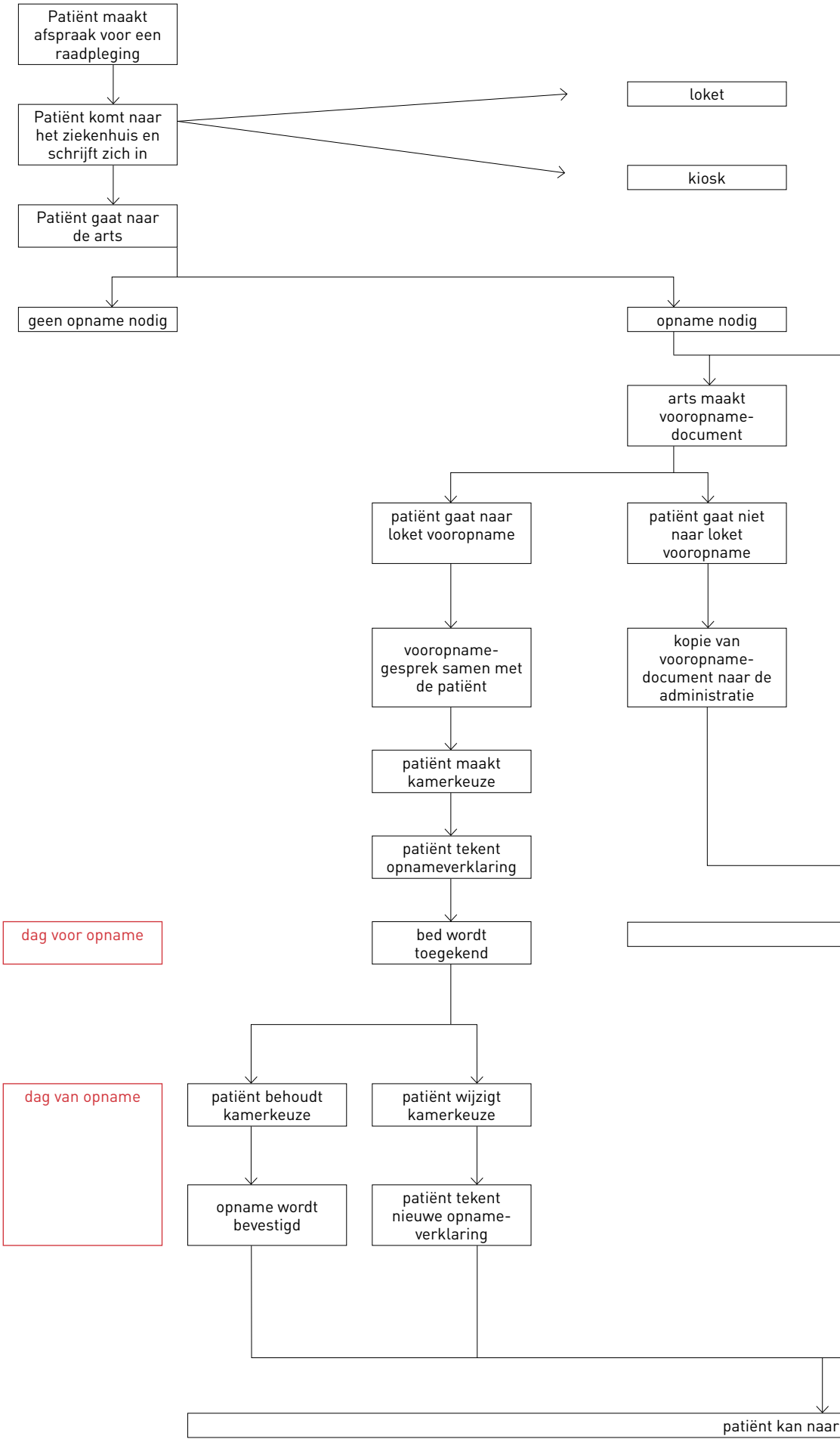
Katrien Bortels, diensthoofd patiëntenadministratie
Sonja Put, diensthoofd facturatie

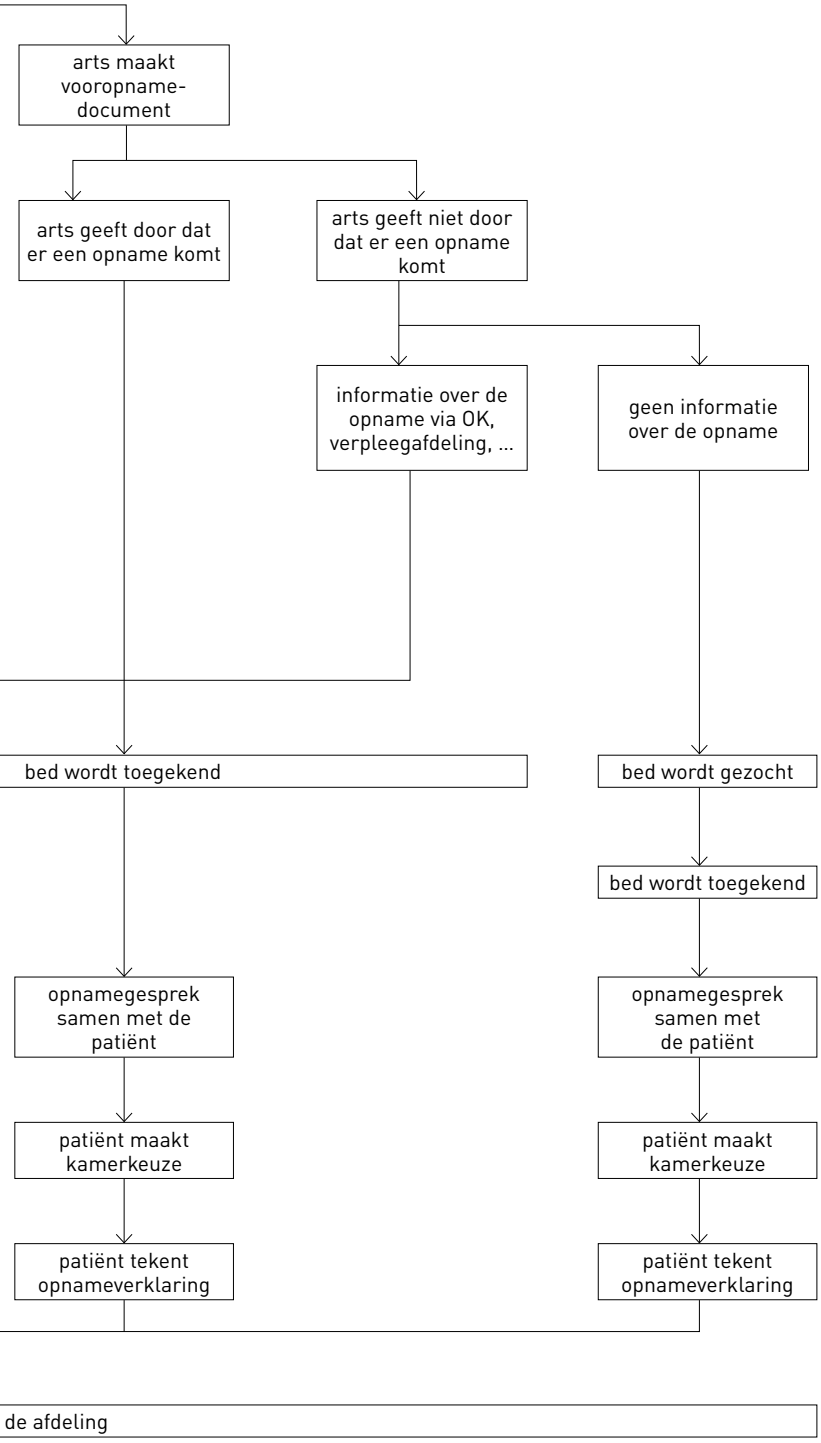
Een tiental jaren geleden startte het Ziekenhuis Oost-Limburg met het systeem van vooropnames. Aan alle artsen wordt gevraagd om de patiënten waarvoor tot een opname is beslist, zo snel mogelijk na deze beslissing naar het loket van de vooropname door te sturen. Voor patiënten die niet onmiddellijk naar het loket kunnen worden gestuurd (bv. omdat de arts de patiënt op een privé-raadpleging zag) wordt gevraagd om zo snel mogelijk de gegevens van de op te nemen patiënt door te geven aan de opnamedienst. Dit geldt zowel voor dagklinische- als voor meerdaagse opnames.

Wat verstaan we onder een vooropname?

Een vooropname betekent dat de opnameformaliteiten in de mate van het mogelijke en voor zover als mogelijk een aantal dagen vóór de opname in orde worden gebracht. Hiervoor wordt het vooropnamedocument ('opnamevoorstel', zie bijlage 1) gebruikt.

De figuur op de volgende bladzijde geeft weer hoe de flow van patiënten verloopt waarvan beslist wordt dat ze op een bepaald moment zullen worden opgenomen en hoe het systeem van de vooropname hierin past.


Patiënt maakt afspraak voor een raadpleging
Patiënt komt naar het ziekenhuis en schrijft zich in
loket
kiosk
Patiënt gaat naar de arts
geen opname nodig
opname nodig
arts maakt vooropname-document
patiënt gaat naar loket vooropname
patiënt gaat niet naar loket vooropname
vooropname-gesprek samen met de patiënt
kopie van vooropname-document naar de administratie
patiënt maakt kamerkeuze
patiënt tekent opnameverklaring
dag voor opname
bed wordt toegekend
dag van opname
patiënt behoudt kamerkeuze
patiënt wijzigt kamerkeuze
opname wordt bevestigd
patiënt tekent nieuwe opname-verklaring
patiënt kan naar


arts maakt vooropname-document
arts geeft door dat er een opname komt
arts geeft niet door dat er een opname komt
informatie over de opname via OK, verpleegafdeling, ...
geen informatie over de opname
bed wordt toegekend
bed wordt gezocht
bed wordt toegekend
opnamegesprek samen met de patiënt
opnamegesprek samen met de patiënt
patiënt maakt kamerkeuze
patiënt maakt kamerkeuze
patiënt tekent opnameverklaring
patiënt tekent opnameverklaring
de afdeling

Zoals uit de flowchart kan worden afgeleid, zijn er in het ZOL verschillende types van vooropname:

- **Vooropname 1** (vooropnamedocument en patiënt aan het loket): hierbij begeeft de patiënt zich fysiek naar het loket van de vooropname. De medewerker overloopt samen met de patiënt alle noodzakelijke documenten. De patiënt krijgt op die manier zo snel mogelijk alle financiële informatie die met de opname samenhangt. Ook andere administratieve informatie wordt onmiddellijk meegegeven. De arts vult hiervoor een vooropnamedocument (opnamevoorstel) in. Hierop wordt vermeld wanneer de opname zal plaatsvinden, de vermoedelijke duur van opname en de reden van opname. Dit document is een doordrukdocument bestaande uit vier delen: een exemplaar voor de patiënt, de arts, de opnamedienst en de afdeling waar de patiënt zal worden opgenomen.
- **Vooropname 2** (vooropnamedocument maar patiënt niet aan het loket): de arts heeft het document ingevuld maar de patiënt is uiteindelijk niet naar het loket gegaan. De opnamedienst ontvangt alsnog het document en kan op die manier de vooropname in het systeem ingeven. Er is op dat moment wel nog geen informatie doorgegeven aan de patiënt. Dit dient nog op de dag van opname te gebeuren. De opnamedienst is wel op de hoogte wanneer de patiënt zal worden opgenomen en kan hiermee rekening houden in de bedplanning.
- **Vooropname 3** (informatie via de arts): de arts geeft aan de opnamedienst door dat een patiënt zal worden opgenomen, maar dat gebeurt niet via het vooropnamedocument. De patiënt meldt zich ook niet aan het loket. Ook hier is er dus vooraf geen informatieoverdracht aan de patiënt. Dit dient nog op de dag van opname te gebeuren. De opnamedienst is wel op de hoogte wanneer de patiënt zal worden opgenomen en kan hiermee rekening houden in de bedplanning.
- **Vooropname 4** (via andere informatie): de opnamedienst verneemt sommige opnames veeleer op een toevallige wijze (bv. via de OK-planning). De opnamedienst probeert in elke geval via verschillende kanalen om de geplande opnames maximaal vooraf te detecteren. Die krijgen dan ook allemaal een vooropname toegekend, maar uiteraard ook zonder dat de patiënt aan het loket geweest is en toelichting heeft gekregen. We doen dit toch om onze bedplanning zo optimaal mogelijk te laten verlopen.

Waarom starten met vooropnames?

Er waren verschillende redenen om te starten met vooropnames, zowel vanuit het oogpunt van het ziekenhuis als vanuit het oogpunt van de patiënt.

>> Voor de patiënt:

We merkten dat patiënten vaak ongerust zijn over hun opname en graag op voorhand alles zoveel mogelijk regelen, zeker wanneer zij opteren voor een individuele kamer.
Bij toelichting op de dag van opname wordt veel uitleg gegeven aan de patiënt:

- Door de nervositeit die er bij de patiënten vaak heerst op de dag van de opname capteren ze vaak onvoldoende de informatie die er wordt gegeven over financiële aspecten. Daardoor maakt de patiënt niet altijd een even bewuste keuze.
- Patiënten vragen geregeld naar een prijsindicatie. Een aantal prijsindicaties zijn standaard via de website voorhanden. Andere dienen ad hoc te worden gemaakt. Dit laatste is moeilijk als we dit pas weten net voor de opname. Er is immers vaak input nodig van de arts om een juiste prijsindicatie te maken (bv. welk nomenclatuurnummer bij de behandeling hoort).

- Via de onthaalbrochure krijgt de patiënt informatie over de opname (bv. wat hij dient mee te brengen op dag van opname). Vaak is het meegeven van die informatie op de dag van opname te laat en is het beter dat deze informatie vooraf kan worden meegegeven.

>> Voor het ziekenhuis:

Vóór de invoering van het systeem van de vooropnames gebeurde het te vaak dat patiënten zich aanboden voor een opname zonder dat de opnamedienst of de dienst inschrijvingen hiervan op de hoogte was. Dat betekende dat er op dat moment nog naar een bed moest worden gezocht en er dus niet kon worden geanticipeerd op eventuele bedproblemen.

Starten met vooropnames had ook financiële consequenties. Het betekende dat er minstens één extra loket moest worden geopend. Puur vanuit financiële overwegingen lijkt het dus niet opportuun om dit te doen. Er dient immers extra bestaffing te worden ingezet. In het ZOL zijn we gestart met één aparte balie (apart van de andere inschrijfbalies), bestaft door verpleegkundigen die ook afsprakenbeheer en bedplanning deden. Die medewerkers behoorden tot de dienst opnameplanning/afsprakenbeheer. Door het feit dat dit een aparte, afgezonderde dienst en dus ook balie was, leidde dit op bepaalde momenten tot lange wachttijden. Aan deze balie kon men terecht voor het maken van afspraken en voor de vooropname. Bijkomend probleem was dat deze balie zo gelokaliseerd was dat er geen wachtruimte was, waardoor patiënten midden in de gang stonden te wachten. We raakten dus snel overtuigd van de noodzaak tot het openen van meerdere balies. Hun taak beperken tot vooropname en het maken van afspraken was echter financieel niet haalbaar. Daarenboven werden we bij de inschrijfbalies van de dienst patiëntenadministratie (die instaat voor de inschrijving van ambulante en gehospitaliseerde patiënten inclusief kassafunctie) geconfronteerd met een tekort aan balies op bepaalde momenten.

Daarom opteerden we ervoor beide elementen samen te leggen en de vooropnamebalie te integreren met de andere inschrijfbalies. Dit heeft ook geleid tot een vergaande samenwerking tussen de diensten patiëntenadministratie en opnameplanning/afsprakenbeheer. Patiënten moeten voor de functies inschrijving / vooropname / afspraken nu slechts op één plaats zijn, en zorgde zo voor meer duidelijkheid. Men kan er dus niet enkel terecht voor de gewone inschrijving voor een raadpleging of opname, maar ook voor een vooropname of het maken van afspraken. Daarom werden ook de administratieve medewerkers van de dienst patiëntenadministratie opgeleid om de taak van de vooropname te kunnen uitvoeren, evenals het maken van afspraken. Hiervoor voorzien we een opleiding, specifiek ook rond medische terminologie. Onze inschrijfbalies kunnen nu dus multifunctioneel ingezet worden. We werken hiervoor met een ticketsysteem.

Wie doet de vooropname?

De vooropname wordt praktisch afgewerkt door een medewerker van de dienst patiënten-administratie of opnameplanning. Deze medewerkers zitten samen aan dezelfde inschrijf-balies. Het zijn dus weliswaar nog twee aparte diensten, maar uit overwegingen inzake klantvriendelijkheid, duidelijkheid voor de patiënt en optimalisatie werken beide diensten zeer nauw samen. De medewerkers moeten over volgende achtergrondinformatie beschikken:

- Kennis van het vooropnamedocument;
- Kennis van de opnameverklaring en de toelichting die hierbij dient gegeven te worden;
- Kennis van de ziekenhuisartsen, medische disciplines, verpleegafdelingen;
- Kennis van de procedure van inschrijving in het informaticapakket (Wish);
- Kennis van de achterliggende diensten, waar men terecht kan voor specifieke informatie (bv. de ziekenfondsadministratie voor toelichting over verzekerbaarheid, de dienst facturatie voor toelichting over prijsindicaties, de factuur enz.)

Wat houdt de vooropname in?

Tijdens de vooropname wordt de opnameverklaring samen met de patiënt doorlopen. De patiënt krijgt tijdens de vooropname dus de noodzakelijke financiële informatie mee. Indien de patiënt een prijsindicatie wenst, wordt gekeken of die standaard op de website beschikbaar is. Indien niet, dan wordt de vraag doorgegeven aan de dienst facturatie, die binnen de drie dagen aan de patiënt de juiste prijsindicatie bezorgt.

In het kader van de invoering van de nieuwe opnameverklaring op 1 juli 2014 werd een script ingevoerd dat de medewerkers gebruiken. Op die manier proberen we ervoor te zorgen dat alle patiënten op dezelfde manier geïnformeerd worden. Als onderdeel van dit script hebben we ook een checklist toegevoegd met items die de medewerker kan afvinken, om er zeker van te zijn dat er geen nuttige informatie vergeten is. Deze informatie betreft zowel algemene informatie aan de patiënt als een aantal technische aspecten die uitgevoerd moeten worden bij de vooropname.

De vooropname is ook meer dan enkel het overbrengen van financiële informatie. De patiënt krijgt ook de onthaalbrochure mee. Op die manier kan de patiënt thuis alle informatie (financieel maar ook de andere informatie) nog eens rustig doornemen. Op de opnameverklaring staan het telefoonnummer en e-mailadres van de dienst facturatie vermeld. De patiënt weet op die manier waar hij/zij terechtkan voor bijkomende financiële informatie. Indien de patiënt beschikt over een hospitalisatieverzekering, wordt hem/haar het advies gegeven om zich goed te bevragen over de inhoud van de polis, zeker wanneer hij kiest voor een individuele kamer.

Wat gebeurt er nog op de dag van opname?

Op de dag van opname meldt de patiënt zich aan het opnameloket. Daags vóór de opname kent de opnamedienst de bedden toe aan de patiënten die zullen worden opgenomen. Van patiënten die reeds via de vooropname ingeschreven zijn, weet men of ze al dan niet een individuele kamer wensen. In de mate van het mogelijke (beschikbaarheid) wordt hiermee rekening gehouden bij de toekenning van het bed. De opname wordt in het systeem enkel nog bevestigd. Er dient geen uitgebreide uitleg meer gegeven te worden aan de patiënt omdat dit reeds bij de vooropname gebeurde. Indien de patiënt nog specifieke vragen heeft, wordt hier uiteraard op ingegaan. Tijdens de effectieve opname worden ook de formaliteiten met betrekking tot de hospitalisatieverzekering in orde gebracht.

Waarom de opname administratief regelen op een andere dag dan de opnamedag?

Uit onze ervaringen blijkt dat patiënten op de dag van opname met andere zaken bezig zijn dan met de administratieve, laat staan financiële consequenties van een opname; ze zijn dan vooral in beslag genomen door de ingreep of de onderzoeken die gaan gebeuren. Door de nervositeit die dat met zich meebrengt, heeft de patiënt minder aandacht voor andere zaken. Dat kan ertoe leiden dat de patiënt gehinderd wordt om een weloverwogen keuze te maken, bv. wat betreft de ziekenhuiskamer. Dit kan achteraf dan weer leiden tot onaangename verrassingen op het moment dat de patiënt zijn of haar factuur ontvangt. Door de opname pas effectief op de dag van opname administratief te regelen, is er voor de patiënt ook geen tijd meer om contact te nemen met de hospitalisatieverzekering, hetgeen serieuze gevolgen kan hebben voor de factuur, zeker in het geval van keuze voor een individuele kamer.

Zijn er nog andere voordelen verbonden aan de vooropname?

Tijdens de vooropname kan de administratief medewerker onmiddellijk eventuele verzekeringsproblemen (los van de hospitalisatieverzekering) detecteren. Doordat de effectieve opname pas enkele dagen later volgt, is er nog tijd om hier bij te sturen. Dergelijke dossiers worden in het ZOL doorgegeven aan de dienst ziekenfondsadministratie, die alle noodzakelijke stappen onderneemt om enerzijds de patiënt voor een zware factuur te behoeden, maar anderzijds ook om te vermijden dat het ziekenhuis met onbetaalde facturen geconfronteerd wordt. Gezien de ligging van ons ziekenhuis, met name in de grensregio Nederland-Duitsland, komen er ook heel wat buitenlandse patiënten over de vloer. Ook hier heeft de vooropname bij geplande ingrepen grote voordelen om onaangename financiële gevolgen achteraf te vermijden.

De patiënt krijgt heel wat informatie mee tijdens de vooropname, onder meer een duidelijk zicht op de financiële gevolgen van de kamerkeuze. Indien de patiënt opteert voor een individuele kamer kan dit financieel grote gevolgen hebben. Ook hier is er dan nog de nodige tijd om contact te nemen met de hospitalisatieverzekering.

Door het systeem van de vooropname kan de dienst opnameplanning een betere planning van de benodigde bedden maken. Men weet welke patiënten wanneer komen en voor welke arts. Daarenboven kan men ook al, in de mate van het mogelijke, rekening houden met de kamerkeuze van een patiënt.

Het lijkt alsof de vooropname een extra tijdsinvestering vraagt, maar indien we dit in zijn totaliteit bekijken, is dat niet zo. De effectieve opname verloopt immers veel sneller. Groot voordeel is dat er minder klachten of vragen achteraf komen aan de dienst facturatie omdat de patiënt op voorhand beter geïnformeerd was. Daar zit zeker een stuk tijdswinst in.

Door het systeem van de vooropnames proberen we de patiënt ook bewust te maken van het feit dat bepaalde vormen van informatie best op voorhand door de patiënt worden bekeken (informatie uit de onthaalbrochure, hospitalisatieverzekering ...). Op die manier wordt de patiënt een stuk mee verantwoordelijk voor het verkrijgen van de juiste informatie.

Wie is betrokken bij de vooropname?

- Arts: de arts is cruciaal om het systeem van de vooropnames te laten slagen. Het is uiteindelijk de arts die de patiënt een vooropnamedocument moet meegeven en aan de patiënt moet laten weten dat hij/zij best naar het vooropnameloket gaat.
- Patiënt: de patiënt weet door de vooropname welke informatie hij/zij zelf nog best

opvraagt (bv. met betrekking tot de hospitalisatieverzekering). Daarnaast kan de patiënt zich ook beter voorbereiden op de effectieve opname.

- Administratief medewerker *front office*: deze medewerker is ervoor verantwoordelijk dat de patiënt de juiste informatie krijgt. Bij gedetailleerde financiële vragen of vragen naar prijsindicaties wordt er contact opgenomen met de dienst facturatie.
- Administratief medewerker *back office*:
  - » Bedplanning: dankzij het systeem van de vooropname slagen de medewerkers van deze dienst er beter in om een correcte bedplanning te maken. Zij kunnen ook anticiperen op mogelijke bedproblemen.
  - » Facturatie (prijsindicatie): de dienst facturatie is verantwoordelijk voor het onderhouden van de standaard prijsindicaties die beschikbaar zijn op de website. Daarnaast maken zij ad hoc en op vraag van de patiënt extra prijsindicaties.
  - » Ziekenfondsadministratie: indien men bij de vooropname vaststelt dat er mogelijks een verzekeringsprobleem is voor de patiënt, dan wordt de dienst ziekenfondsadministratie gecontacteerd. In overleg met de patiënt proberen de medewerkers van deze dienst deze problemen vooraf op te lossen. Op die manier vermijdt men dat een patiënt met een verzekeringsprobleem op de dag van opname moet wachten tot de problemen zijn opgelost.
  - » Dienst afsprakenbeheer.

Evaluatie van het systeem

De invoering van het vooropnamesysteem verliep met vallen en opstaan.

>> Sleutelrol van de arts

Een belangrijke bondgenoot om dit optimaal te laten verlopen is de arts. De arts dient het vooropnamedocument in te vullen en de patiënt te vragen zich aan te bieden aan het vooropnameloket. Een goede medewerking van de arts is dus essentieel. In ons ziekenhuis constateren we een zeer grote diversiteit tussen de medische diensten. Er zijn diensten die aan quasi 100% geraken; daarnaast zijn er diensten die amper patiënten doorsturen naar de vooropname. Cijfers hierover worden op regelmatige basis aan de artsen bezorgd. Deze cijfers betreffen enkel de geplande opnames (en dus niet de opnames die via de spoedgevallen of het verloskwartier verlopen).

>> Rol van de patiënt

Niet alle patiënten gaan ook effectief naar het vooropnameloket, ondanks de vraag van de arts. Dit kan diverse redenen hebben (patiënt is gehaast enz.) Indien de patiënt langskwam aan de vooropname, verwachten we dat hij/zij ook effectief iets doet met de verkregen informatie:

- Indien nodig zich bevragen bij mutualiteit / hospitalisatieverzekering;
- Onthaalbrochure met algemene informatie lezen.

>> Rol van het ziekenhuis

De medewerkers die instaan voor de vooropname moeten voldoende achtergrond hebben. Hiervoor zijn specifieke opleidingen voorzien, onder meer m.b.t. de opnameverklaring en medische terminologie. We voorzien in een later stadium ook nog een meer inhoudelijke opleiding over de ziekenhuisfactuur. We hechten er immers veel belang aan dat medewerkers die de patiënt moeten informeren, zelf ook goed geïnformeerd zijn. Er moet een goede samenwerking zijn tussen de diensten patiëntenadministratie (verantwoordelijk voor de inschrijving / (voor-) opname), de dienst bedplanning, de dienst facturatie en de dienst ziekenfondsadministratie.

Wat zijn de knelpunten die we nog ervaren?

- We stellen vast dat het niet evident is om - ondanks alle campagnes die we hierover organiseerden - de artsen volledig te motiveren om hun patiënten naar de vooropname te sturen. We proberen de artsen te mobiliseren vanuit het gegeven dat het belangrijk is om de patiënt vooraf (en dus niet pas op de dag van opname) goed te kunnen informeren. Tot op heden hebben we in het ziekenhuis de artsen vooral als groep geïnformeerd (op een medische directie, medisch diensthoofdenoverleg, managementcomité ...). In de toekomst zullen we meer nadruk leggen op het individueel informeren van artsen op basis van hun resultaten (het aantal van hun patiënten dat effectief naar de vooropname wordt gestuurd).
- Sommige patiënten krijgen een vooropnamedocument mee, maar komen toch niet langs het vooropnameloket.
- Patiënten die op een privéraadpleging gezien worden, komen ook niet meer apart naar het vooropnameloket.
- Sommige patiënten beseffen te weinig dat het qua tijdsinvestering gelijk is of men de uitleg vooraf dan wel op de dag van opname krijgt. Dat leidt ertoe dat zij niet naar de vooropname komen, omdat ze het gevoel hebben dat ze dan weer ergens in het ziekenhuis zullen moeten wachten.

Waar op letten bij het invoeren van een vooropnamesysteem?

Heel wat ziekenhuizen werken reeds met een systeem van vooropname. Een ziekenhuis dat hier nog niet mee werkt en dit toch zou willen invoeren, kunnen we volgende adviezen meegeven:

- Zorg voor een goede communicatie naar de artsen toe. Zij zijn de eerste gesprekspartner om patiënten naar het vooropnameloket te krijgen. Medewerking van de artsen is essentieel om het systeem te laten slagen.
- Zorg voor een vlotte toegankelijkheid van het vooropnameloket. De patiënt heeft, vooraleer hij aan dit loket komt, waarschijnlijk al enkele keren moeten wachten: aan de inschrijvingen, bij de arts, bij een onderzoek...
- Een goede samenwerking met de dienst facturatie (in het kader van prijsindicaties) is belangrijk.
- Samenwerking met de dienst ziekenfondsadministratie is essentieel: indien er bij de vooropname verzekeringsproblemen worden vastgesteld, wordt deze dienst best zo snel mogelijk gecontacteerd zodat dit tijdig kan worden opgelost.
- Het betrokken personeel moet goed opgeleid worden. In het ZOL hebben wij goede ervaringen met het werken met een script en een checklist. Op die manier proberen we ervoor te zorgen dat alle patiënten dezelfde, juiste informatie krijgen.

De toekomst?

Door het systeem van de vooropnames weten we perfect welke patiënten op welke dag zullen opgenomen worden. Voor de dagklinische opnames werken we momenteel al met een gespreid opnameschema: de patiënten worden een dag voor hun dagklinische opname gecontacteerd met de vermelding van het juiste uur dat zij in het ziekenhuis verwacht worden. Voor meerdaagse opnames zijn we gestart met een proefproject met twee medische diensten om dit ook in te voeren. De vooropnames spelen een belangrijke rol om dit te laten slagen. Op dit moment komen patiënten immers vaak nog op eenzelfde uur naar het ziekenhuis, omdat er te weinig rekening gehouden wordt met de spreiding in bv. het OK-programma. Door de patiënten een meer gedifferentieerd opname-uur toe te kennen, zal de patiënt nog

sneller kunnen worden geholpen en nog sneller naar de afdeling kunnen of minder lang op een ingreep of onderzoek moeten wachten. Net zoals bij de dagklinische opnames worden de patiënten een dag op voorhand verwittigd. De patiënt heeft ook de mogelijkheid om zelf met het ziekenhuis contact op te nemen. Het plan is om de telefonische verwittiging uit te breiden met een melding via SMS....

Daarnaast willen we in het algemeen nog meer inzetten op de nieuwe media: we denken hier bv. aan het ontwikkelen van een app die per individuele patiënt zeer specifieke informatie kan meegeven. Via deze weg zouden we de patiënt ook reeds een virtuele rondleiding kunnen geven op de afdeling waar hij/zij zal terechtkomen. De uiteindelijke doelstelling is ook om zoveel mogelijk formulieren (opnameverklaring, factuur...) te digitaliseren. Uiteraard beseffen we dat een aantal van deze zaken zeker en vast nog toekomstmuziek zijn, maar we zijn hier al mee bezig. Met als enige doelstelling: de patiënt nog beter te informeren!

Ziekenhuis Oost-Limburg

Opnamevoorstel

Dienst opnameplanning & afsprakenbeheer

ETIKET MET PATIËNTENGEGEVENS

Datum van aanvraag: .....

Tel. / gsm patiënt: .....

Opnamegegevens

Aanvragend geneesheer: .....

Datum van opname: .....

Uur van opname: .....

Datum van ingreep: .....

Te verwachten verblijfsduur: .....

Kamerkeuze: D gemeenschappelijke kamer
D privaatkamer

Patiënt wordt opgenomen in campus:

D André Dumont D Sint-Barbara D Sint-Jan

Verpleegafdeling: .....

Dagziekenhuis heelkunde: D Sint-Barbara D Sint-Jan

Dagziekenhuis inwendige: .....

Dagziekenhuis geriatrie: .....

Pre-operatieve onderzoeken af te spreken:

Raadpleging bij dr.: .....

Uit te voeren onderzoeken: .....

.....

Nuchter Ja / Neen

Diabetes Ja / Neen

Anticoagulantia Ja / Neen

NIET TE ONDERBREKEN MEDICATIE: .....

.....

.....

Preoperatieve voorbereiding Ja / Neen zo ja, welke: .....

.....

Reden van opname/ingreep: .....

.....

.....

Handtekening aanvrager

BELANGRIJKE INFORMATIE VOOR DE PATIËNT: Nuchter wil zeggen: niet eten, niet drinken én niet roken 8u voor de opname in het ziekenhuis.
Indien uw medicatie niet onderbroken mag worden, neem deze dan in met één slok water.

Bij opname in het dagziekenhuis heelkunde: neem daags voor de ingreep contact met het dagziekenhuis heelkunde tussen 13u30 en 15u.
Er wordt u dan meegedeeld op welk tijdstip u verwacht wordt. Is de ingreep gepland op maandag, neem dan 's vrijdags contact op.

Dagziekenhuis heelkunde campus Sint-Jan Genk (089 32 52 70) **Dagziekenhuis heelkunde campus Sint-Barbara Lanaken (089 32 51 12)**

(ex. opnamebeleid/afsprakenbeheer) *Dienst opnameplanning is bereikbaar op weekdagen tussen 7u en 20u, zondag tussen 15u30 en 19u30. Tel. 089 32 15 52 - Fax 089 32 79 19* MB 0679

4.2 Kostprijsramingen: een instrument om patiëntgericht te informeren

Gerd Callewaert, financieel en administratief directeur

De uitspraak "koken kost geld" is ook van toepassing in de gezondheidzorg. Nog te vaak gaan patiënten ervan uit dat de gezondheidszorg in België bijna volledig gratis is of dat zou moeten zijn. Dat is echter geenszins het geval. Ook al wordt bij de administratieve voorinschrijving veel toelichting gegeven, toch blijkt dat veel patiënten zich moeilijk een idee kunnen vormen over de kostprijs van een (dag)ziekenhuisopname. De ziekenhuiswetgeving steekt immers heel ingewikkeld in elkaar. De kost voor gezondheidszorg kan een hele hap uit het gezinsbudget nemen, die meestal niet voorzien is. Patiënten schrikken dan weleens als ze hun ziekenhuisfactuur ontvangen, zeker wanneer ze geen hospitalisatieverzekering hebben. En dan regent het telefoontjes.

© Ruben Gringhuis - Hoezo thermometer?

Waarom kostprijsramingen?

Het kan ook anders! Het AZ Sint-Lucas Brugge ontwikkelde een instrument om patiënten financiële informatie te geven over de kostprijs van een (dag)ziekenhuisopname: **de kostprijsramingen**. Diverse artsen in het AZ Sint-Lucas Brugge hadden reeds gevraagd om een zicht te krijgen op de gemiddelde factuur voor bepaalde ingrepen. Zij weten wel hoeveel hun eigen honorarium bedraagt, maar kennen niet altijd dat van collega's. Ze hebben ook geen overzicht van de kosten die voor rekening van het ziekenhuis gemaakt worden: persoonlijke aandelen in de verpleegdagprijs, diverse forfaits, leveringen vanuit de ziekenhuisapotheek enz. De artsen waren dus niet in de mogelijkheid hun patiënten volledige financiële informatie te verstrekken. Bovendien voorziet de Wet betreffende de Rechten van de Patiënt van 22 augustus 2002 het recht op "informatie" en "geïnformeerde toestemming". Daarbij wordt

niet alleen toestemming voor het medisch handelen bedoeld, maar evenzeer informatie over het prijskaartje. De Wet van 23 mei 2013 tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet-heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heelkunde uit te voeren, heeft voor het eerst dit recht zeer scherp gesteld. Er wordt letterlijk aangegeven dat de patiënt een gedetailleerde raming van de kosten moet krijgen (op schrift gesteld), indien het bedrag van de ingreep op meer dan 1.000 € wordt geraamd.

Ten slotte mag niet worden vergeten dat de externe organisaties in het kader van het accreditatietraject dat diverse ziekenhuizen doorlopen, sterk focussen op patiëntgerichtheid. En dan mag een dergelijk instrument natuurlijk niet ontbreken.

Wat moeten we ons voorstellen bij kostprijsramingen?

De kostprijsramingen slaan enkel op het gedeelte van de ziekenhuisfactuur dat de patiënten zelf moeten betalen. Het deel dat vergoed wordt via het ziekenfonds verloopt immers via de regeling betalende derde.

Twee medewerkers van de dienst beleidsinformatie hebben voor meer dan 100 vaak voorkomende onderzoeken of ingrepen de reële facturen in het datawarehouse bijeengebracht. De "afwijkende facturen" (de zogenaamde *outliers*, bv. wegens complicaties) werden uitgefilterd, zodat ze over vergelijkbare gegevens konden beschikken. De teruggevonden bedragen werden vervolgens netjes onderverdeeld in de volgende vaste rubrieken:

- Verblijfskost
- Kamersupplement
- Geneesmiddelen
- Implantaten en medische hulpmiddelen
- Honoraria
- Honorariumsupplement
- Diverse kosten
- TOTAAL

In de plaats van met een gemiddelde te werken, zoals andere ziekenhuizen soms doen, wordt met een vork gewerkt die gaat van de laagste teruggevonden factuur tot de hoogste teruggevonden factuur. Ook het aantal teruggevonden facturen wordt vermeld. Tevens wordt de mediaan vermeld, zodat de patiënt op basis van dit richtbedrag weet dat er evenveel facturen waren met een bedrag dat lager was als dat er facturen waren met een bedrag dat hoger was.

Voor elk onderzoek of elke ingreep werden er drie varianten gemaakt, al naargelang het statuut van de patiënt bij zijn ziekenfonds: gewoon verzekerde, verzekerde met de verhoogde tegemoetkoming en verzekerde zonder ziekenfonds (zie bijlage 1, 2 en 3). Dit statuut bepaalt immers voor een groot deel het bedrag dat de patiënt zelf moet betalen. Daarnaast bepaalt het kamertype of er al dan niet honorariumsupplementen door de artsen en kamersupplementen door het ziekenhuis mogen worden aangerekend.

Is de patiënt dan zeker dat geen hoger bedrag aangerekend zal worden?

Het kan niet voldoende benadrukt worden dat het niet om een bindend bestek gaat, maar wel om een raming die de patiënt een idee moet geven van de te verwachten factuur. Dat staat ook duidelijk op de kostprijsramingen vermeld. Net daarom werken we niet met een gemiddelde; dat is niet alleen weinigzeggend, maar kan risico's inhouden omdat de patiënt zich op dat bedrag kan vastpinnen. De patiënt kan op basis van de ontvangen informatie

- indien hij/zij een hospitalisatieverzekering heeft - ook bij zijn verzekeringsmaatschappij nagaan of deze kost gedekt zal worden. Het is belangrijk dat alle artsen en medewerkers zich ervoor hoeden uitspraken te doen over het al dan niet ten laste nemen van de ziekenhuisfactuur door een hospitalisatieverzekering. Een hospitalisatieverzekering is een contract tussen de patiënt en diens verzekeringsmaatschappij, waarbij het ziekenhuis geen rechtstreekse betrokken partij is. Er bestaan bovendien zodanig veel verschillende polissen (zelfs bij dezelfde verzekeringsmaatschappij) dat men daar geen zicht op kan hebben. Veeleer verdient het aanbeveling de patiënt steeds te verwijzen naar zijn makelaar voor het inwinnen van verdere informatie.

Wie heeft toegang tot dit instrument?

De kostprijsramingen werden opgeslagen in een beveiligde bibliotheek in het documentbeheerssysteem (Sharepoint-technologie). In een eerste fase hebben enkel de directieleden, artsen en medewerkers die vaak met vragen over ziekenhuisfacturen geconfronteerd worden toegang tot dit instrument. Het is de bedoeling dat de artsen zelf de patiënten informeren over de geraamde kostprijs van een (dag)ziekenhuisopname. Zij zijn immers het best geplaatst om op basis van hun inzicht in de medische problematiek te beoordelen welke behandeling ingesteld zal worden. We raden elke medewerker aan om te verwijzen naar de behandelende arts voor het inwinnen van financiële informatie.

Momenteel wordt de ziekenhuiswebsite volledig herwerkt. Het is de bedoeling dat in de toekomst de kostprijsramingen op de website zullen worden gepubliceerd, samen met de contactgegevens van de dienst waar meer uitleg kan worden verkregen. We hebben bewust gewacht met de publicatie op de website tot het instrument voldoende ingeburgerd was.

Is er schroom om over centen te praten?

Wanneer patiënten een arts opzoeken, zijn zij in de eerste plaats bekommerd om hun gezondheid. Omdat gezondheid eigenlijk ons hoogste goed is, wordt het kostenplaatje meestal vergeten. Het moet ook gezegd dat sommige patiënten wel vragen over de kostprijs zouden willen stellen maar dat eigenlijk niet goed durven. Niettemin worden patiënten steeds mondiger. In de media verschijnen steeds meer artikels over de kost van de gezondheidszorg voor de patiënt. Dat zet patiënten ertoe aan om zich beter te informeren. Open communicatie over de kostprijs voor de patiënt van behandelingen helpt iedereen vooruit. En daar is niets mis mee.

Zijn er naast voordelen voor de patiënt ook voordelen voor de arts aan dit instrument verbonden?

Zeker! We stellen vast dat steeds meer patiënten proberen te ontsnappen aan de betaling van de ziekenhuisfactuur of zelfs niet in staat zijn die te betalen. Dat valt af te leiden uit het stijgende aantal collectieve schuldenregelingen en afbetalingsplannen. De heersende economische crisis zal daar ongetwijfeld mee te maken hebben. Vroeger werden we echter ook heel vaak geconfronteerd met patiënten die meedeelden dat ze niet geïnformeerd waren, waarna er moeilijke discussies ontstonden. Wanneer patiënten een inzicht krijgen in de vermoedelijke kostprijs, dan kunnen ze beter inschatten of ze die zullen kunnen betalen. Bij verschillende alternatieve behandelingswijzen kunnen ze dan eventueel kiezen voor de "goedkoopste" oplossing. Ze kunnen ook een kamertype kiezen waarbij er geen supplementen aangerekend worden. Als patiënten goed geïnformeerd zijn, is de kans dat de ziekenhuisfactuur - met inbegrip van het honorarium(supplement) voor de artsen - betaald wordt, meteen

veel groter. Zijn er alsnog discussies over de hoogte van de ziekenhuisfactuur, dan kan er aangetoond worden dat de patiënt wel degelijk geïnformeerd was. Bovendien wordt van de artsen verwacht dat zij voor niet door de ziekteverzekering terugbetaalde behandelingen of materialen een *informed consent* document laten ondertekenen waarbij de patiënt zich akkoord verklaart over de in te stellen behandelingswijze en de kostprijs ervan.

Wat is de eerste evaluatie van het gebruik van kostprijsramingen?

Het instrument wordt duidelijk positief onthaald door de patiënten. Het geeft hen een idee van de te verwachten kosten. Tevens biedt het hen concreet materiaal om inlichtingen in te winnen bij een eventuele verzekeraar. Vooral het transparante verschil tussen de verschillende kamertypes wordt gewaardeerd.

Af en toe is er een vraag naar een exacter bedrag. Als dan uitgelegd wordt waarom we liever een vork aangeven, is er meestal begrip. We mogen ook niet aan het feit voorbijgaan dat er behoorlijk veel patiënten zijn die weinig of geen interesse hebben in veel toelichting "omdat ze toch goed verzekerd zijn" of dat althans menen te zijn.

Sommige disciplines en artsen maken vaak en dankbaar gebruik van de databank met kostprijsramingen. Zij stimuleren de dienst beleidsinformatie ook om bijkomende ramingen op te maken. Anderen maken er nog weinig gebruik van. De redenen hiervoor zijn divers: sommigen voelen het niet als hun taak om te informeren over de kostprijs van een ziekenhuisopname. Ze beschouwen deze opdracht als de zoveelste administratieve belasting. Anderen geven aan dat in een gesprek tussen arts en patiënt heel veel informatie gegeven wordt. Een deel van die informatie gaat verloren wegens de informatiekloof, en des te meer bij slechtnieuwsgesprekken. Hun argument is dat de informatie toch niet blijft hangen. En in sommige gevallen zou het niet zo kies zijn om over "centen" te praten. Nog anderen blijven schroom hebben om met patiënten over het financiële plaatje te spreken. Dit betekent dat er nog vaak doorverwezen wordt naar de dienst facturatie.

Voor diverse onderzoeken en behandelingen die geen chirurgische ingreep zijn, is het vrij moeilijk om kostprijsramingen te maken. Denken we maar aan vele disciplines in de inwendige geneeskunde. Hun activiteit is veeleer "exploratief " van aard om een gezondheidsproblematiek te ontdekken. Afhankelijk van wat ze gaandeweg ontdekken, worden deze of gene technieken ingezet. De combinaties zijn dus vrij uitgebreid, en dat maakt het moeilijk om ramingen te maken. We proberen dan naar best vermogen op aangeven van de arts een kostprijsraming ad hoc op te stellen. Dat geldt evenzeer voor opnames "ter observatie en/of behandeling" in de verpleegeenheden pediatrie en kinder- en jeugdpsychiatrie. Daar hebben we de gekende kosten, zoals verblijfskosten, forfaitaire honoraria, remgelden inzake toezichtshonoraria voor een opname van respectievelijk 5 en 42 dagen gedefinieerd. Die kostprijsraming wordt dan als een minimaal te verwachten kostprijs meegedeeld aan de ouders van deze patiënten. Op die manier kan toch een eerste indicatie gegeven worden.
Ondertussen heeft een van onze hoofdverpleegkundigen, die een bijkomende masteropleiding volgt, aangegeven dat zij graag een bevraging wil organiseren over het gebruik en de perceptie van de kostprijsramingen om nadien nog verbetervoorstellen te formuleren. Uiteraard grijpen wij deze kans met beide handen!

Hoe zal dit instrument verder evolueren?

Voor sommige ingrepen die helemaal niet door de ziekteverzekering worden terugbetaald, worden gaandeweg kostprijsramingen opgesteld in onderlinge afspraak met de betrokken artsen. Meestal kan dan wel een vrij exact bedrag bepaald worden. Worden artsen gecon-

fronteerd met een vraag naar een kostprijsraming die nog niet beschikbaar is, dan zal die aangemaakt worden en ook in de bibliotheek met kostprijsramingen opgeslagen worden. Op termijn zullen er aldus voor de meeste onderzoeken en ingrepen in het AZ Sint-Lucas Brugge kostprijsramingen beschikbaar zijn. Het is echter een illusie te denken dat er voor elke mogelijke ingreep en behandeling of combinatie van ingrepen en behandelingen een kant-en-klare kostprijsraming zal bestaan. Een ad hoc inschatting zal soms nodig blijven (bv. bij het gebruik van uitzonderlijk materiaal).

Het instrument behoudt natuurlijk enkel zijn waarde als het permanent geactualiseerd wordt. Daarom wordt jaarlijks in de maand juni een update voorzien van de kostprijsramingen. Dan zijn de sinds de jaarwisseling geïndexeerde tarieven reeds in voldoende mate gefactureerd om te kunnen beschikken over een representatief staal. Mochten er zich voor bepaalde behandelingen nieuwe evoluties voordoen (bv. sterke verhoging van het remgeld voor bepaalde materialen), dan worden er tussentijds ook aanpassingen doorgevoerd.

Tips & tricks om aan de slag te gaan

>> Zorg eerst en vooral voor een draagvlak bij alle stakeholders

Het is belangrijk om een instrument en communicatiestrategie te ontwikkelen waarin de raad van bestuur, de medische raad en het voltallige artsenkorps zich kunnen terugvinden. Zorg er eveneens voor dat medewerkers van de ombudsdienst, de dienst debiteurenbeheer en alle anderen die vaak met vragen of klachten over financiële informatie geconfronteerd worden, betrokken zijn. Vanuit hun ervaring kunnen ze meedelen naar welke informatie patiënten op zoek zijn en of hetgeen je zal voorzien aan de verwachtingen zal voldoen. Eventueel kun je het in een patiëntenforum voorleggen.

>> Kies voor een bepaalde logica en een bepaalde tool

Kostprijsramingen kunnen op verschillende manieren worden opgebouwd. Je kan vertrekken van historische data en dan hetzij gemiddelden berekenen hetzij met een vork werken en de mediaan aangeven. Je kan ook kostprijsramingen opbouwen door de standaard logischerwijs te verwachten elementen die op een factuur voorkomen op te tellen en daar de regels inzake supplementen op toe te passen. Dat is een omgekeerde manier van werken. Je kan beide zelfs combineren door het ene toe te passen voor een bepaalde rubriek en het andere voor een andere rubriek.

Bij de presentatie van de gegevens kan je ervoor kiezen enkel een totaalbedrag te geven per rubriek of een opsplitsing voor remgelden en supplementen. Om patiënten bewust te maken van de kost die de gemeenschap draagt, kan je ook het gedeelte vermelden dat rechtstreeks met het ziekenfonds afgerekend wordt. Tevens kan je ervoor kiezen dat een patiënt enkel de raming krijgt voor het type kamer dat hij kiest, of je kan meteen de verschillende opties naast elkaar plaatsen. In het laatste geval is het echt meteen "kijken en vergelijken".

Eigenlijk bestaat er geen goede of slechte aanpak, zolang je de patiënt maar een correct antwoord op zijn vraag kan bieden dat de realiteit bij voorkeur zo dicht mogelijk benadert en een prijsindicatie geeft.

De softwareleveranciers voor ziekenhuisfacturatie hebben allemaal wel een tool in huis om kostprijsramingen te maken op basis van historische gegevens. De ene tool is al uitgebreider dan de andere. Je kan er ook voor kiezen om gegevens uit het datawarehouse te extraheren. Hoe je de gegevens wil voorstellen, kan je zelf bepalen. Het verdient aanbeveling de nodige verwantschap met de ziekenhuisfactuur te voorzien.

>> Investeer in een methodologie en knowhow bij de betrokken medewerkers

Het lijkt allemaal vrij eenvoudig, maar dat is het niet altijd. Medewerkers van een dienst facturatie kennen doorgaans wel de opbouw van (een gedeelte van) de factuur. Medewerkers van een dienst beleidsinformatie zijn vaak sterke statistici en cijferaars, maar hebben minder kaas gegeten van nomenclatuur en facturatieprincipes. Het is belangrijk om beide soorten kennis bijeen te brengen. Samen kunnen zij een methodologie vastleggen. Het is immers zeer belangrijk om te bepalen welke gegevens meegenomen worden in de berekening en welke niet, wat - in facturatietermen - als een *outlier* beschouwd wordt en wat niet, hoeveel facturen voor een bepaalde casus vereist zijn om op een betrouwbare manier een kostprijsraming op te bouwen. Het consequent toepassen van die afspraken zorgt ervoor dat de kostprijsramingen vrij betrouwbaar zijn.

>> Pak het aan als een project

Bepaal je doelstelling, wat je wil opleveren, je projectteam en de doorlooptijd. Bezin eer je begint, want het vraagt behoorlijk wat tijd om alles op punt te zetten en om de geselecteerde data te beoordelen. Eens het mechanisme gevalideerd is, kan je vrij snel bijkomende kostprijsramingen opbouwen. Vraag in eerste instantie aan de artsen voor welke ingrepen ze een kostprijsraming nodig achten. Maak een aantal oefeningen en bespreek die ook met de betrokken artsen. Indien je de mogelijkheid hebt, kan je het concept ook aftoetsen binnen een patiëntenforum.

>> Zorg voor een communicatiestrategie

Het is belangrijk dat degenen van wie je verwacht dat ze met kostprijsramingen aan de slag gaan, goed geïnformeerd zijn. Voorzie desnoods een handleiding over de manier waarop men de kostprijsraming best toelicht. Afhankelijk van de cultuur van het ziekenhuis, kies je best voor een stapsgewijze aanpak, gaande van interne communicatie (alle medewerkers horen te weten dat kostprijsramingen bestaan zodat ze gericht kunnen doorverwijzen) tot externe communicatie (op de website). Vergeet hierbij niet dat artsen zich niet altijd even comfortabel voelen bij een al te gedetailleerde vermelding van het honorarium per discipline. De manier van voorstellen moet daarom goed overwogen worden.

>> Checken en dubbelchecken

Voor het effectief lanceren van het gebruik van de kostprijsramingen werd feedback gevraagd aan de medische diensthoofden om zeker te zijn dat niets over het hoofd werd gezien. Het AZ Sint-Lucas Brugge is geen pionier inzake kostprijsramingen. Een aantal ziekenhuizen zijn er reeds langer mee bezig. Daarom werden de eigen berekende kostprijsramingen vergeleken met die van andere ziekenhuizen om te zien of, rekening houdend met de eigen realiteit van kamer- en honorariumsupplementen, men tot vergelijkbare kostprijsramingen kwam. Als er voldoende grote afwijkingen waren, werd alles nog eens grondig nagekeken. Er werd gezocht naar de oorzaak van verschillen. Die waren soms eenvoudig te verklaren door bv. het gebruik van ander materiaal of andere technieken. Ook de zogenaamde "barometers" van de ziekenfondsen werden gebruikt om na te gaan of er geen vergissingen in de berekeningen waren geslopen.

>> Voorzie een disclaimer om discussies te vermijden

Kostprijsramingen van een ziekenhuisopname zijn geen bestek zoals je dat krijgt van een loodgieter of een schilder. Mensen zijn immers geen machines. Om misverstanden of niet in te lossen verwachtingen te vermijden, is het raadzaam patiënten erop te wijzen dat de kostprijsraming geen absolute waarborg is van het uiteindelijk te betalen bedrag. Dat kan hoger maar ook lager liggen.

>> Zorg voor continuïteit

Zoals vaak het geval is, sterven prachtige initiatieven een stille dood omdat ze een volgehouden inspanning vergen. Bij het vergelijken met de tarieven van andere ziekenhuizen, hebben we dat meermaals vastgesteld. Dat is jammer. Maak daarom duidelijke afspraken wie wanneer voor het actualiseren zal instaan en wie bijkomende ontwikkelingen zal voorzien als daar vraag naar is. Dat zal een blijvende tijdsinvestering vergen.

>> Stuur bij waar nodig

Bevraag patiënten of ze wisten dat ze een kostprijsraming konden krijgen... en of ze die ook gekregen hebben. Als je vaststelt dat bepaalde financiële discussies voor bepaalde disciplines vaak terugkomen, kan je de artsen hiervoor sensibiliseren. De ombudsdienst en dienst debiteurenbeheer kunnen gemakkelijk de vinger op de wonde leggen. En vergeet het pedagogisch principe niet dat "de herhaling wonderen doet". Op tijd en stond even het belang van goed geïnformeerde patiënten herhalen bij artsen en ziekenhuismedewerkers zorgt ervoor dat de aandacht niet verslapt.

az sint-lucas
BRUGGE

KOSTPRIJSRAMING (= bedragen ten laste van de patiënt bij een ziekenhuisopname)

Ingreep: Artroplastie van de heup met totale prothese (acetabulum en femur)

Prestatienummer: 289085

Gemiddelde ligduur[1]: 7 ligdag(en)

Versiedatum: 08-07-2014

Gewoon verzekerden		
	Gemeenschappelijke kamer en tweepatiëntenkamer	**Individuele kamer**
Verblijfskost	€ 135	€ 135
Kamersupplement	n.v.t.	€ 266
Geneesmiddelen	van € 20 tot € 107 (mediaan € 59)	van € 20 tot € 107 (mediaan € 59)
Implantaten & medische hulpmiddelen	van € 201 tot € 753 (mediaan € 636)	van € 201 tot € 753 (mediaan € 636)
Remgeld honoraria	van € 51 tot € 215 (mediaan € 77)	van € 51 tot € 215 (mediaan € 77)
Honorariumsupplement[2]	n.v.t.	van € 1.433 tot € 2.388 (mediaan € 1.730)
Diverse kosten[3]	volgens gebruik	volgens gebruik
Totaal[4]	van € 407 tot € 1.210 (mediaan € 907)	van € 2.106 tot € 3.864 (mediaan € 2.903)
Patiënten die over een hospitalisatieverzekering beschikken, wordt aangeraden zich vooraf te informeren over de tussenkomst van deze verzekering.		

[1] De gemiddelde ligduur hangt af van een aantal factoren en wordt in factureerbare ligdagen uitgedrukt. Voor sommige patiënten zal die ligduur korter zijn, voor andere langer, wat ook een weerslag zal hebben op de totale kostprijs ten laste van de patiënt.

[2] Voor een verblijf in een gemeenschappelijke kamer en een tweepatiëntenkamer worden nooit honorariumsupplementen aangerekend. Bij een verblijf in een individuele kamer kan een verbonden arts maximaal 100 % honorariumsupplementen aanrekenen en een niet-verbonden arts maximaal 300 % honorariumsupplementen.

[3] Diverse kosten zijn de kosten van goederen en diensten die aan de patiënt geleverd worden. Het betreft o.a. de kosten voor het gebruik van een telefoon, de kapper, het verblijf van een persoon die de patiënt vergezelt enz.. De prijzen hiervoor kan elke patiënt op eenvoudige vraag bekomen en zijn op de website van het ziekenhuis vermeld.

[4] De prijsramingen geven steeds een vork weer waarbij het laagste bedrag overeenstemt met het bedrag van de **laagste teruggevonden factuur** voor de bedoelde behandeling en het hoogste bedrag overeenstemt met het bedrag van de **hoogste teruggevonden factuur** voor de bedoelde behandeling. De prijsramingen bevatten enkel de kosten van de (dag)opname tijdens dewelke de behandeling plaatsvindt. De kosten van pre-operatieve onderzoeken en post-operatieve controleraadplegingen en/of onderzoeken zijn hierin niet vervat.

Mediaan: midden, evenveel facturen met bedrag lager dan de mediaan als hoger dan de mediaan

Deze prijsraming, die gebaseerd is op 176 recente patiëntenfacturen, wordt aan de patiënt enkel ter informatie meegedeeld en is in geen geval bindend. Deze prijsraming creëert op generlei wijze een verbintenis in hoofde van het ziekenhuis. De uiteindelijke werkelijke kostprijs kan m.a.w. variëren. De complexe en snel evoluerende wetgeving inzake de ziekteverzekering maken het immers niet mogelijk om exacte prijsberekeningen te maken. De uiteindelijke werkelijke kostprijs zal bovendien mee bepaald worden door een aantal variabele factoren, die niet in de prijsramingen voorzien kunnen worden, zoals de algemene toestand van de patiënt, bepaalde bijkomende medicatie en materialen (implantaten), eventuele extra onderzoeken en/of ingrepen, complicaties enz..

az sint-lucas
BRUGGE

KOSTPRIJSRAMING (= bedragen ten laste van de patiënt bij een ziekenhuisopname)

Ingreep: Artroplastie van de heup met totale prothese (acetabulum en femur)

Prestatienummer: 289085

Gemiddelde ligduur[1]: 7 ligdag(en)

Versiedatum: 08-07-2014

Verzekerden met de verhoogde tegemoetkoming		
	Gemeenschappelijke kamer en tweepatiëntenkamer	**Individuele kamer**
Verblijfskost	€ 38	€ 38
Kamersupplement	n.v.t.	€ 266
Geneesmiddelen	van € 20 tot € 107 (mediaan € 59)	van € 20 tot € 107 (mediaan € 59)
Implantaten & medische hulpmiddelen	van € 201 tot € 753 (mediaan € 636)	van € 201 tot € 753 (mediaan € 636)
Remgeld honoraria	van € 9 tot € 50 (mediaan € 18)	van € 9 tot € 50 (mediaan € 18)
Honorariumsupplement[2]	n.v.t.	van € 1.433 tot € 2.388 (mediaan € 1.730)
Diverse kosten[3]	volgens gebruik	volgens gebruik
Totaal[4]	van € 268 tot € 948 (mediaan € 751)	van € 1.967 tot € 3.602 (mediaan € 2.747)
Patiënten die over een hospitalisatieverzekering beschikken, wordt aangeraden zich vooraf te informeren over de tussenkomst van deze verzekering.		

[1] De gemiddelde ligduur hangt af van een aantal factoren en wordt in factureerbare ligdagen uitgedrukt. Voor sommige patiënten zal die ligduur korter zijn, voor andere langer, wat ook een weerslag zal hebben op de totale kostprijs ten laste van de patiënt.

[2] Voor een verblijf in een gemeenschappelijke kamer en een tweepatiëntenkamer worden nooit honorariumsupplementen aangerekend. Bij een verblijf in een individuele kamer kan een verbonden arts maximaal 100 % honorariumsupplementen aanrekenen en een niet-verbonden arts maximaal 300 % honorariumsupplementen.

[3] Diverse kosten zijn de kosten van goederen en diensten die aan de patiënt geleverd worden. Het betreft o.a. de kosten voor het gebruik van een telefoon, de kapper, het verblijf van een persoon die de patiënt vergezelt enz.. De prijzen hiervoor kan elke patiënt op eenvoudige vraag bekomen en zijn op de website van het ziekenhuis vermeld.

[4] De prijsramingen geven steeds een vork weer waarbij het laagste bedrag overeenstemt met het bedrag van de **laagste teruggevonden factuur** voor de bedoelde behandeling en het hoogste bedrag overeenstemt met het bedrag van de **hoogste teruggevonden factuur** voor de bedoelde behandeling. De prijsramingen bevatten enkel de kosten van de (dag)opname tijdens dewelke de behandeling plaatsvindt. De kosten van pre-operatieve onderzoeken en post-operatieve controleraadplegingen en/of onderzoeken zijn hierin niet vervat.

Mediaan: midden, evenveel facturen met bedrag lager dan de mediaan als hoger dan de mediaan

Deze prijsraming, die gebaseerd is op 56 recente patiëntenfacturen, wordt aan de patiënt enkel ter informatie meegedeeld en is in geen geval bindend. Deze prijsraming creëert op generlei wijze een verbintenis in hoofde van het ziekenhuis. De uiteindelijke werkelijke kostprijs kan m.a.w. variëren. De complexe en snel evoluerende wetgeving inzake de ziekteverzekering maken het immers niet mogelijk om exacte prijsberekeningen te maken. De uiteindelijke werkelijke kostprijs zal bovendien mee bepaald worden door een aantal variabele factoren, die niet in de prijsramingen voorzien kunnen worden, zoals de algemene toestand van de patiënt, bepaalde bijkomende medicatie en materialen (implantaten), eventuele extra onderzoeken en/of ingrepen, complicaties enz..

az sint-lucas
BRUGGE

KOSTPRIJSRAMING (= bedragen ten laste van de patiënt bij een ziekenhuisopname)

Ingreep: Artroplastie van de heup met totale prothese (acetabulum en femur)

Prestatienummer: 289085

Gemiddelde ligduur[1]: 7 ligdag(en)

Versiedatum: 08-07-2014

Verzekerden zonder ziekenfonds (o.a. buitenlandse patiënten)		
	Gemeenschappelijke kamer en tweepatiëntenkamer	**Individuele kamer**
Verblijfskost	€ 2.592	€ 2.592
Kamersupplement	n.v.t.	€ 266
Geneesmiddelen	van € 60 tot € 235 (mediaan € 141)	van € 60 tot € 235 (mediaan € 141)
Implantaten & medische hulpmiddelen	van € 2.312 tot € 3.370 (mediaan € 2.574)	van € 2.312 tot € 3.370 (mediaan € 2.574)
Honoraria	van € 1.617 tot € 3.945 (mediaan € 2.002)	van € 1.617 tot € 3.945 (mediaan € 2.002)
Honorariumsupplement[2]	n.v.t.	van € 1.433 tot € 2.388 (mediaan € 1.730)
Diverse kosten[3]	volgens gebruik	volgens gebruik
Totaal[4]	van € 6.581 tot € 10.142 (mediaan € 7.309)	van € 8.280 tot € 12.796 (mediaan € 9.305)
Patiënten die over een hospitalisatieverzekering beschikken, wordt aangeraden zich vooraf te informeren over de tussenkomst van deze verzekering.		

[1] De gemiddelde ligduur hangt af van een aantal factoren en wordt in factureerbare ligdagen uitgedrukt. Voor sommige patiënten zal die ligduur korter zijn, voor andere langer, wat ook een weerslag zal hebben op de totale kostprijs ten laste van de patiënt.

[2] Voor een verblijf in een gemeenschappelijke kamer en een tweepatiëntenkamer worden nooit honorariumsupplementen aangerekend. Bij een verblijf in een individuele kamer kan een verbonden arts maximaal 100 % honorariumsupplementen aanrekenen en een niet-verbonden arts maximaal 300 % honorariumsupplementen.

[3] Diverse kosten zijn de kosten van goederen en diensten die aan de patiënt geleverd worden. Het betreft o.a. de kosten voor het gebruik van een telefoon, de kapper, het verblijf van een persoon die de patiënt vergezelt enz.. De prijzen hiervoor kan elke patiënt op eenvoudige vraag bekomen en zijn op de website van het ziekenhuis vermeld.

[4] De prijsramingen geven steeds een vork weer waarbij het laagste bedrag overeenstemt met het bedrag van de **laagste teruggevonden factuur** voor de bedoelde behandeling en het hoogste bedrag overeenstemt met het bedrag van de **hoogste teruggevonden factuur** voor de bedoelde behandeling. De prijsramingen bevatten enkel de kosten van de (dag)opname tijdens dewelke de behandeling plaatsvindt. De kosten van pre-operatieve onderzoeken en post-operatieve controleraadplegingen en/of onderzoeken zijn hierin niet vervat.

Mediaan: midden, evenveel facturen met bedrag lager dan de mediaan als hoger dan de mediaan

Deze prijsraming, die gebaseerd is op 232 recente patiëntenfacturen, wordt aan de patiënt enkel ter informatie meegedeeld en is in geen geval bindend. Deze prijsraming creëert op generlei wijze een verbintenis in hoofde van het ziekenhuis. De uiteindelijke werkelijke kostprijs kan m.a.w. variëren. De complexe en snel evoluerende wetgeving inzake de ziekteverzekering maken het immers niet mogelijk om exacte prijsberekeningen te maken. De uiteindelijke werkelijke kostprijs zal bovendien mee bepaald worden door een aantal variabele factoren, die niet in de prijsramingen voorzien kunnen worden, zoals de algemene toestand van de patiënt, bepaalde bijkomende medicatie en materialen (implantaten), eventuele extra onderzoeken en/of ingrepen, complicaties enz..

4.3 www.jessazh.be: een transparante informatiesnelweg voor de patiënt

Piet Vandamme, administratief directeur

Zo'n tien jaar geleden trokken we met het Jessa Ziekenhuis resoluut de kaart om aan de patiënten transparante informatie via de website aan te bieden. Aanleiding was de verplichting voor de ziekenhuizen om bij opname duidelijkheid te verschaffen over o.a. de prijs van de kamers en de artsenhonoraria. De fundamenten voor de prijsramingen en de prijslijn werden toen al gelegd.

Vijf jaar geleden vond de fusie tussen het Salvator-St.Ursula en het Virga Jesse Ziekenhuis plaats. Van die gelegenheid maakten we gebruik om een grondige opsmuk van de website door te voeren. Het codewoord daarbij was integratie van processen. Beide websites werden kritisch vergeleken, de informatie gecentraliseerd en vooral door de ogen van de patiëntenbril opnieuw samengesteld.

Een gezamenlijk initiatief

Het initiatief lag op het moment van de fusie in velerlei handen. In de eerste plaats de algemene directie die de beste behandeling en zorg wil bieden met patiëntvriendelijkheid en veiligheid als centrale waarden. Patiëntvriendelijkheid niet enkel beschouwd als bejegening in de enge zin, maar ook als 'vriendelijk' informatiehulpmiddel waarbij de patiënt bij de hand wordt genomen doorheen de website.

Daarnaast *de dienst opname/onthaal* die zich elke dag met ongeruste patiënten - in een voor hen niet vertrouwde ziekenhuisomgeving - doorheen de wettelijke informatie dient te worstelen. Persoonlijk aandeel, RIZIV-bedragen, opnameforfaits, kamer- en ereloonsupplementen, hospitalisatie en dagopname, factuur- en betalingsvoorwaarden, rooming-in... Het zijn allemaal termen en begrippen waarmee heel wat patiënten bij hun aanmelding of inschrijving voor de eerste keer in contact komen. Het juiste evenwicht zoeken tussen het beperken van wachttijden, het vriendelijk bejegenen van de patiënten en hen correcte en duidelijke informatie verstrekken blijft een niet te onderschatten opdracht. Het is belangrijk dat de patiënt zich via de website vooraf kan informeren. Hij kan er in alle rust zowel zijn ziektebeeld als het inschrijvingstraject en kostprijzen doornemen. Daardoor kan hij gerustgesteld in de wachtzaal plaatsnemen wanneer hij zijn ticket via de kiosk aangeboden krijgt.

Ook de *dienst facturatie* lag mee aan de basis van het initiatief. De dienst facturatie is verantwoordelijk voor de uitbouw en update van de website rond kostprijzen en prijsramingen. Die moet de patiënt een houvast geven om enerzijds bewust te kiezen voor het Jessa Ziekenhuis en anderzijds voor comfort met de noodzakelijke financiële gevolgen.

Het ganse traject werd ten slotte in goede banen geleid door *de dienst communicatie en een externe internetpartner.* De opdracht was een gebruiksvriendelijke en intuïtieve website te creëren die de patiënt meeneemt in zijn kennisbehoefte en waar hij via verschillende invalshoeken dezelfde informatie terugvindt.

Voor de integratie van de kostprijzen en prijsramingen in de website van het ziekenhuis zijn we vanaf 2004 gefaseerd tewerk gegaan. Schoorvoetend maar vastbesloten deze weg van transparantie in te slaan, verschenen de eerste prijsramingen van een aantal *klassieke behandelingen*, zoals bevallingen, knie- en heupprotheses, liesbreuken... online. De onderverdeling van deze ingrepen naar *de verschillende statuten van verzekering* - gewoon verzekerd, WIGW en zonder tussenkomst ziekenfonds - werd onmiddellijk mee opgenomen. Vervolgens werd de nodige *publicitaire aandacht* aan deze functionaliteiten besteed. Enerzijds intern (het ganse artsenkorps), maar anderzijds nog veel belangrijker extern via krant en TV. Een *rechtstreeks telefoonnummer* waar de patiënt of de arts terechtkan voor alle vragen rond prijsberekeningen was een noodzakelijke volgende fase.

Intussen staan een *vijftigtal prijsramingen* voor diverse specialismen online, onderverdeeld volgens verzekeringsstatuut. Bij iedere prijsraming is de gemiddelde verblijfsduur vermeld, het betreffende nomenclatuurnummer van de hoofdingreep of behandeling, of het een hospitalisatie, daghospitalisatie of ambulante behandeling betreft, evenals de onderverdeling naar type kamer met repercussie op de supplementen. Dit project is na tien jaar nog altijd voor verbetering en uitbreiding vatbaar. Daarom wordt er begin september nog een mooie nieuwe *feature* toegevoegd.

Meerwaarde

In welke mate je er als ziekenhuis meetbaar (SMART) beter van wordt, is voor een groot deel van de website niet zo gemakkelijk in kaart te brengen. Dat de patiënt geruster, beter geïnformeerd en meer participerend het proces kan doorlopen is een meerwaarde die zich niet gemakkelijk in cijfers laat vatten. Of het aantal klachten van bejegening nu gedaald is dankzij de informatiedoorstroming van de website, of veeleer gestegen wegens het veranderende maatschappijbeeld waardoor de patiënt mondiger is geworden en kritisch de geleverde service evalueert, laten we hier bewust in het midden. Het feit dat we de kaart van vooropname actief trekken waar de patiënt in alle rust de informatie kan doornemen, zowel in het ziekenhuis als op de website, blijft voor het Jessa Ziekenhuis een duidelijke meerwaarde. Het is de bedoeling de kostprijzen en prijsramingen elke maand met een aantal frequent voorkomende ingrepen aan te vullen en up to date te houden. Een driemaandelijkse evaluatie met behulp van een performant datawarehouse is een absoluut minimum.

Actualisatie

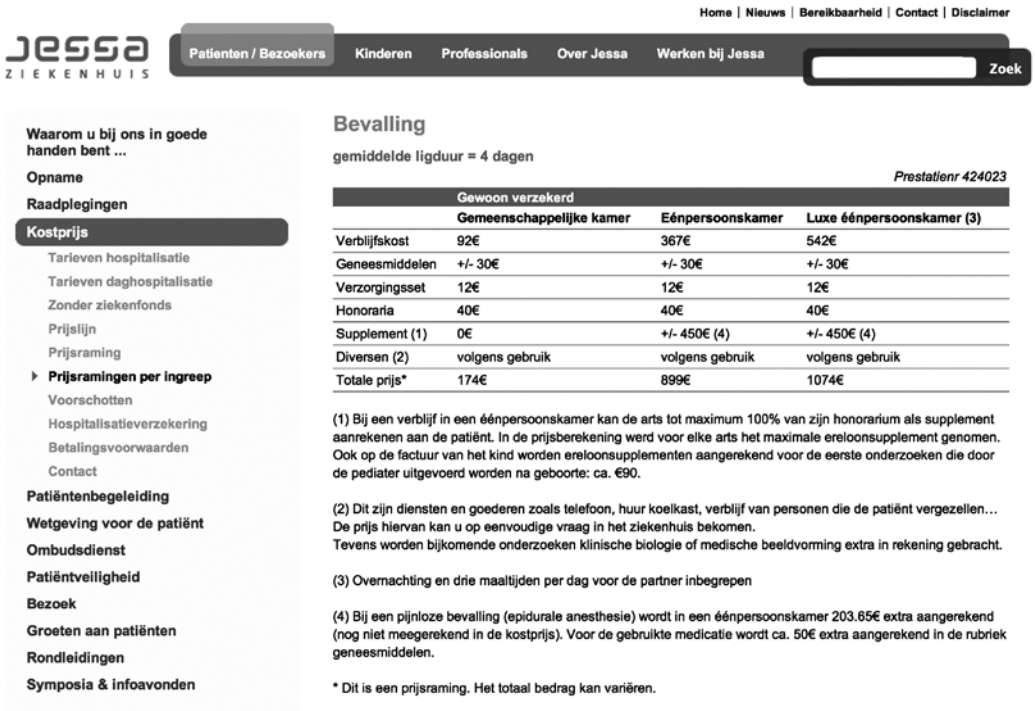
Om de totaliteit van de website up to date te houden is zowat elke dienst in ons ziekenhuis betrokken. De dienst communicatie, die hierin een coördinerende en uitvoerende rol speelt, is immers afhankelijk van de informatiedoorstroming vanuit alle geledingen van het ziekenhuis. Dit heeft geleid tot heel wat deelwebsites waar de patiënt gericht informatie kan opzoeken over bepaalde specialismen en aandoeningen (neurochirurgie, cardiologie, niercentrum, obesitas, kinderwebsite, oogkliniek enz.). Het mondde eveneens uit in deelwebsites over externe verantwoording zoals kwaliteit, het on-line beschikbaar stellen van het jaarverslag, het Jessa Fonds...). Wat de online modules kostprijzen en prijsramingen betreft, spelen de *diensten beleidsinformatie* (beschikbaar stellen van rapporten) en *facturatie* een cruciale rol. Als we de patiënt correct willen blijven informeren, dan is het onderhouden van de prijsramingen *een continue taak*. De dienst facturatie staat onder aanhoudende druk van wetswijzigingen, prijsaanpassingen, interne afstemming van medische materialen, verdere forfaitarisering van apotheek.... Dat vergt de nodige alertheid en inspanningen van de medewerkers. Gelukkig worden ze ondersteund door een *datawarehouse* waar eigen rapporten de gemiddelde prijzen van gevraagde ingrepen totaliseren. Regelmatig dient er gewerkt te worden met prijsvorken en te allen tijde staat vermeld dat het een *prijsraming* betreft. De uiteindelijke

prijs op de factuur kan immers variëren naargelang de gemiddelde verblijfsduur is overschreden, er complicaties zijn opgetreden, er bijkomende ingrepen werden aangerekend enz. Het ganse concept vergt eveneens een *vlotte samenwerking* met de artsen. De geneesheer dient in eerste instantie de correcte informatie over te maken van de behandeling zoals het nomenclatuurnummer en de eventuele materialen (bv. protheses orthopedie).

Positieve balans

Het Jessa Ziekenhuis mag na tien jaar terecht trots zijn op de geboekte resultaten. Waar we als *voortrekker* willen fungeren in het kader van de financiële transparantie, zullen deze functionaliteiten anno 2014 en later wellicht nog meer een algemene ingang vinden in de Belgische ziekenhuizen, desnoods met een spreekwoordelijke (en hopelijk ook financiële) duw in de rug van de desbetreffende overheden. De website telt jaarlijks gemiddeld *50.000 hits* op de pagina's van de kostprijzen en ramingen. Dit is meer dan het aantal hospitalisaties dat het ziekenhuis per jaar opneemt. Ook extern werd onze website meermaals onder de loep genomen. In het voorjaar van 2013 heeft de CM *meer dan honderd websites onderzocht* in het kader van financiële informatie en toegankelijkheid. Het Jessa Ziekenhuis kreeg een zeer goed rapport (top 5) met specifieke vermelding dat de website duidelijk en overzichtelijk was opgebouwd. De informatie over kostprijs van ingrepen werd in het onderzoek ervaren als een duidelijke meerwaarde en *eyecatcher*.

Voorbeeld van een kostprijsraming op www.jessazh.be



Home | Nieuws | Bereikbaarheid | Contact | Disclaimer

Jessa ZIEKENHUIS

Patienten / Bezoekers | Kinderen | Professionals | Over Jessa | Werken bij Jessa | Zoek

- Waarom u bij ons in goede handen bent ...
- Opname
- Raadplegingen
- Kostprijs
  - Tarieven hospitalisatie
  - Tarieven daghospitalisatie
  - Zonder ziekenfonds
  - Prijslijn
  - Prijsraming
  - Prijsramingen per ingreep
  - Voorschotten
  - Hospitalisatieverzekering
  - Betalingsvoorwaarden
  - Contact
- Patiëntenbegeleiding
- Wetgeving voor de patiënt
- Ombudsdienst
- Patiëntveiligheid
- Bezoek
- Groeten aan patiënten
- Rondleidingen
- Symposia & infoavonden

Bevalling

gemiddelde ligduur = 4 dagen

Prestatienr 424023

	Gewoon verzekerd		
	Gemeenschappelijke kamer	Eénpersoonskamer	Luxe éénpersoonskamer (3)
Verblijfskost	92€	367€	542€
Geneesmiddelen	+/- 30€	+/- 30€	+/- 30€
Verzorgingsset	12€	12€	12€
Honoraria	40€	40€	40€
Supplement (1)	0€	+/- 450€ (4)	+/- 450€ (4)
Diversen (2)	volgens gebruik	volgens gebruik	volgens gebruik
Totale prijs*	174€	899€	1074€

(1) Bij een verblijf in een éénpersoonskamer kan de arts tot maximum 100% van zijn honorarium als supplement aanrekenen aan de patiënt. In de prijsberekening werd voor elke arts het maximale ereloonsupplement genomen. Ook op de factuur van het kind worden ereloonsupplementen aangerekend voor de eerste onderzoeken die door de pediater uitgevoerd worden na geboorte: ca. €90.

(2) Dit zijn diensten en goederen zoals telefoon, huur koelkast, verblijf van personen die de patiënt vergezellen… De prijs hiervan kan u op eenvoudige vraag in het ziekenhuis bekomen.
Tevens worden bijkomende onderzoeken klinische biologie of medische beeldvorming extra in rekening gebracht.

(3) Overnachting en drie maaltijden per dag voor de partner inbegrepen

(4) Bij een pijnloze bevalling (epidurale anesthesie) wordt in een éénpersoonskamer 203.65€ extra aangerekend (nog niet meegerekend in de kostprijs). Voor de gebruikte medicatie wordt ca. 50€ extra aangerekend in de rubriek geneesmiddelen.

* Dit is een prijsraming. Het totaal bedrag kan variëren.

4.4 Tevredenheidsonderzoek patiëntenfactuur

Az Damiaan
Dicht bij het leven

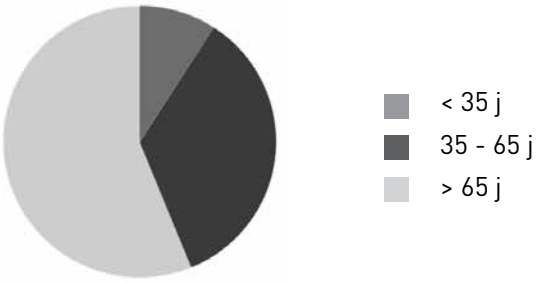
Laure Konings, stafmedewerker nomenclatuurbeheer

In 2013-2014 voerde Az Damiaan een tevredenheidsonderzoek met als thema "de patiëntenfactuur". Aan de hand van een schriftelijke vragenlijst werd bij patiënten gepeild naar de tevredenheid over de factuur en het facturatieproces, de financiële informatie die men vóór de opname had gekregen, de begrijpbaarheid van de factuur en de toekomstwensen (bv. interesse in elektronische facturatie).

Gedurende een periode van een zestal maanden werd bij elke inschrijving aan de patiënt gevraagd of hij/zij wenste deel te nemen aan een tevredenheidsonderzoek m.b.t. de ziekenhuisfactuur. Indien de patiënt toestemde, ontving hij een vragenlijst bijgevoegd bij de ziekenhuisfactuur. Een tijdje na ontvangst van de factuur werd de patiënt opgebeld om te herinneren aan de vragenlijst.

De patiënten konden bij inschrijving zelf kiezen of ze zouden deelnemen aan het onderzoek, wat leidde tot een gevarieerde steekproef. 187 ingevulde vragenlijsten werden terugbezorgd aan het ziekenhuis. Verschillende leeftijdscategorieën waren vertegenwoordigd in deze steekproef (zie grafiek).

Leeftijdsverdeling



Om de patiënten te stimuleren om aan het onderzoek deel te nemen maakte elke deelnemer kans op het winnen van een prijs: elke 50ste respondent werd beloond met een cadeaubon. Deze prijsuitreiking werd gekoppeld aan de voorstelling van de resultaten aan de lokale pers.

Doelstellingen

Een van de acties in beleidsplan van Az Damiaan is "een gepaste dienstverlening bieden aan de patiënt". Naar aanleiding hiervan werd onder meer de dienstverlening m.b.t. de facturatie onder de loep genomen. Een van de onderzochte thema's was "de kloof tussen de verwachte en de reële kostprijs". Het is belangrijk dat de patiënt de kostprijs van zijn opname correct kan inschatten en a.d.h.v. dit onderzoek kon een beeld gevormd worden van deze kloof.

Met de input van het tevredenheidsonderzoek kan Az Damiaan het facturatieproces, de financiële transparantie en de dienstverlening naar de patiënt toe verder optimaliseren.

Fasering en timing van het project

De vragenlijsten werden onder de patiënten verspreid gedurende zes maanden. De input van resultaten in een centrale database gebeurde continu, naargelang er ingevulde vragenlijsten terugbezorgd werden aan het ziekenhuis. In maand zeven werden de resultaten verwerkt, en in maand acht stond de communicatie van de resultaten (interne rapportering, perscommunicatie, feedback naar de deelnemers en prijsuitreiking) gepland. Het is de bedoeling dat dergelijk onderzoek in de toekomst regelmatig wordt herhaald.

Betrokken personeelsleden

Verschillende ziekenhuisdiensten werkten mee aan dit onderzoek. De dienst tarificatie en facturatie stond in voor de conceptuele uitwerking en de verwerking van de resultaten. De dienst inschrijvingen zorgde ervoor dat ervoor dat de vragenlijsten meegegeven werden met de patiënten, en voor het maximaliseren van de respons (o.a. patiënten opbellen om te herinneren aan de vragenlijst). Het departement administratie en financiën ten slotte stond in voor de administratieve ondersteuning.

Hindernissen en valkuilen

Het medium "vragenlijst" zorgt voor veel kwantitatieve informatie, maar is minder geschikt voor het verzamelen van kwalitatieve informatie. Daarnaast weerspiegelde de steekproef in dit onderzoek de reële patiëntenpopulatie van Az Damiaan niet volledig. De respons kwam bijvoorbeeld in de eerste plaats van patiënten in een oudere leeftijdscategorie (bijna 60% ouder dan 65 jaar).

Resultaten en evaluatie

In de vragenlijst werd gepeild naar de tevredenheid m.b.t. de ziekenhuisfactuur (o.a. snelheid van ontvangst, betalingstermijn), maar ook naar de mening m.b.t. bijkomende facturen, hulp bij betalingsmoeilijkheden, beschikbaarheid en transparantie van kostprijsinformatie en begrijpelijkheid van de factuur. Ten slotte werd ook gepeild naar de interesse in het ontvangen van elektronische facturen.

Uit het onderzoek bleek dat de doorsnee patiënt erg tevreden is met de facturatie bij Az Damiaan. Toch geeft een deel van de patiënten aan dat ze de factuur liever sneller zouden ontvangen en dat ze bijkomende facturen storend vinden. De ondervraagde patiënten geven aan dat medische kosten moeilijk in te schatten zijn en stellen het dan ook op prijs dat er voldoende en duidelijke prijsinformatie beschikbaar is, en dat er hulp geboden wordt bij betalingsmoeilijkheden. Een moeilijkheid blijkt de begrijpelijkheid van de gebruikte termen, codes en afkortingen op de factuur. De ondervraagde patiënten gaven aan dat ze niet steeds alles begrijpen wat op hun ziekenhuisfactuur staat, maar dat ze dit ook niet verwachten gezien de ingewikkelde materie. Een positieve bevinding is dat er geen grote kloof tussen de verwachte en de reële kost blijkt te zijn: vaak schatten de patiënten hun opname zelfs duurder in dan dat ze uiteindelijk blijkt te zijn.

Ten slotte wilde Az Damiaan ook bekijken of de patiënten openstaan voor elektronische facturen. Uit de vragenlijst blijkt dat 80% van de ondervraagde patiënten hier (nog) niet voor te vinden is. De resultaten bevestigden echter echter ook dat de interesse voor de elektronische factuur sterk leeftijdsgebonden is: oudere patiënten geven, een stuk meer dan jongere patiënten, de voorkeur aan een papieren factuur.

De onderstaande afbeelding geeft de belangrijkste resultaten van het tevredenheidsonderzoek weer.

Resultaten:

- Tevredenheid met facturatiesnelheid: 87%
- Tevredenheid met betalingstermijn: 96%
- Vinden bijkomende facturen storend: 64%

- Werkelijke = verwachte kost: 83%
- Werkelijke < verwachte kost: 10%
- Werkelijke > verwachte kost: 7%

Factuur = voldoende duidelijk: 86%
Moeite met:

- Termen, codes, afkortingen: 13%
- Terugvinden details: 8%
- Bedragen en (sub-)totalen: 5%

- Voldoende financiële info gekregen bij inschrijving: 71%
- Hulp nodig wegens betalingsmoeilijkheden: 21%
  → ¾ hiervan vindt dat het ziekenhuis voldoende ondersteuning biedt.

- Interesse in elektronische factuur: 19% (bij voorkeur via e-mail)
- 75% verkiest papieren toelichting bij factuur (boven website/e-mail)

Met de talrijke opmerkingen en tips van de ondervraagde patiënten zal in de toekomst rekening gehouden worden om het facturatieproces zo vlot mogelijk te laten verlopen, om zo de dienstverlening naar de patiënt toe verder te verbeteren. In het verleden heeft Az Damiaan al verschillende initiatieven genomen om de patiënt meer prijsinformatie te bezorgen, o.a. door het ontwikkelen van een prijssimulator voor een groot aantal standaardingrepen, en door het beschikbaar stellen van prijsinformatie op de website. In de toekomst zal Az Damiaan in de eerste plaats meer aandacht besteden aan de transparantie van kostprijsinformatie, o.a. door vaker prijssimulaties aan te bieden en door het verlagen van de drempel om info te bekomen over de kostprijs en over hulp bij betalingsmoeilijkheden (o.a. via website). Daarnaast zal, ondanks de terughoudendheid van de gemiddelde patiënt, de piste van het elektronisch factureren alvast verkend worden. Ten slotte zal Az Damiaan acties ondernemen om de factuur sneller bij de patiënt te krijgen, en om het aantal bijkomende facturen te verminderen.

4.5 De Zorgtrajectplanner

Niki Plettinckx, verantwoordelijke datalijnmanagement en correcties

Transparantie, zekerheid, duidelijkheid en vertrouwen zijn begrippen die binnen ZNA gelijkstaan met de zorgtrajectplanner. Een zorgtrajectplanner, het woord verraadt het al, is iemand die letterlijk het traject van de zorgen opvolgt. Dit gebeurt in samenspraak met de patiënt zodat die nauw betrokken wordt bij het ganse proces.

Wanneer de beslissing valt dat de patiënt zal moeten worden opgenomen, wordt hij door de behandelende arts steeds doorverwezen naar de zorgtrajectplanner. Dit gebeurt bij de zgn. vooropname. Wij adviseren de patiënt om dit onmiddellijk te doen, na de consultatie waar hij door de arts in kennis werd gesteld van zijn opname. De patiënt kan ook vragen om zijn vooropname telefonisch te regelen. Indien het dossier telefonisch kan worden verwerkt, bestaat de mogelijkheid om bepaalde formulieren, zoals de medische vragenlijst die in zes talen beschikbaar is, online in te vullen.

De zorgtrajectplanner begeleidt de patiënt bij zijn bedreservatie, geeft uitleg over de kamerkeuze en de daaraan verbonden voorwaarden. Hij laat het kamerkeuzedocument ondertekenen. Bij de zorgtrajectplanner kan de patiënt een kostprijsraming verkrijgen. Ook op medisch vlak biedt de zorgtrajectplanner ondersteuning: coördinatie en opvolging van voorbereidende onderzoeken, praktische richtlijnen voor de ingreep, de behandeling of het onderzoek, invullen van de medische vragenlijst. Een vooropnamegesprek bij de zorgtrajectplanner neemt ongeveer een half uur in beslag.

Na een vooropname bij de zorgtrajectplanner verloopt de dag van de opname vlot en hoeft de patiënt zich niet bezig te houden met de administratieve rompslomp op een moment dat de prioriteiten elders liggen. De zorgtrajectplanner is de tussenpersoon die de kloof tussen patiënt en arts/administratieve diensten tot een minimum tracht te herleiden. Zo worden veel misverstanden vermeden en bovendien winnen alle partijen erbij. De patiënt kan namelijk zeker zijn dat zijn opname vlot zal verlopen. Bovendien is de arts zeker dat de patiënt goed voorbereid op de afspraak zal verschijnen en voorafgaand duidelijk geïnformeerd werd.

Vragenlijst die de zorgtrajectplanner overloopt met de patiënt

Algemene richtlijnen heelkundige ingreep - onderzoek - behandeling

Informatie voor de patiënt

ZORGTRAJECTPLANNER

Geachte mijnheer, mevrouw,

Om uw opname vlot te laten verlopen vragen wij u volgende zaken in acht te nemen en voor te bereiden. De medewerker van de dienst Zorgtrajectplanning zal onderstaande met u overlopen en aanduiden wat voor u van toepassing is.

THUIS: voor de ingreep:

1. Nuchter: Voor de operatie mag u (**of uw kind**) niet meer eten, drinken, snoepen, roken (of borstvoeding) vanaf:

- ☐ 24 uur
- ☐ ontbijt
- ☐ ..... uur voor de ingreep
- ☐ niet van toepassing

2. Breng mee:

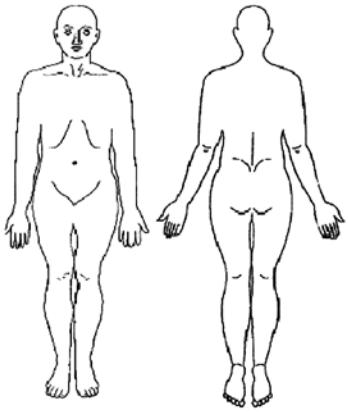
- ☐ uw dagelijkse medicatie (in originele verpakking!)
- ☐ anti trombose kousen
- ☐ pyjama of nachtkleed
- ☐ waslinnen
- ☐ uw bloedgroepkaartje
- ☐ SIS- en identiteitskaart
- ☐ recente radiografieën (RX,CT, MRI)
- ☐ eventueel: medische verslagen
- ☐ eventueel: verzekeringsdocumenten /-kaarten
- ☐ eventueel: documenten werkonbekwaamheid
- ☐ eventueel: documenten mutualiteit

•Bij **kinderen**: voorzie **extra**:

- ☐ iets vertrouwd (knuffel, fopspeen, speeltje, spel console, ...)
- ☐ vaccinatiekaart
- ☐ boekje Kind en Gezin

3. Gelieve uw **medicatie:** .....
te stoppen ..... dagen voor de ingreep

4. Indien van toepassing: (meer info bij zorgtrajectplanner) gelieve zo kort mogelijk voor de ingreep, de plaats van de ingreep te **scheren** zoals aangegeven op figuur (belangrijk: scheren met tondeuse of clipper)



5. Hygiëne: Gelieve de avond en de ochtend voor de ingreep een douche te nemen met Iso-Betadine douchezeep (zie folder), met extra aandacht voor intieme verzorging, navel-, voet- en tandhygiëne. Draag nadien propere kledij aub.

6. Verwijder **make-up**, nagellak, gelnagels, juwelen en piercings.

7. Indien de **opname niet kan doorgaan**: (bv. koorts kind) verwittig steeds het ziekenhuis op telefoonnummer centrale melding (zie achterzijde)

8. Eventueel: o**pname-uur**: navragen een werkdag voor de geplande opname: vanaf : _____ u. tot _____

contactgegevens: zie achterzijde

ZIEKENHUIS

- **Inschrijving** volgens het opgegeven uur: afhankelijk van de ingreep: bij opnamedienst of balie chirurgisch dagziekenhuis

VERPLEEGAFDELING/DAGZIEKENHUIS:

- **Verwijder** voor u naar de operatiekamer gaat: bril, tandprothese, hoorapparaat, contactlenzen, haarspelden, juwelen, piercings, enz.
- Verwijder alle kledingstukken (afhankelijk van de ingreep mag u uw slip aanhouden: informeer bij de verpleegkundige). U krijgt speciale operatiekleding aan. Kinderen: mogen soms hun eigen pyjama of nachtkleed aanhouden. Voor u naar de operatiekamer wordt gebracht, krijgt u meestal medicatie van de verpleegkundige, volgens voorschrift van de arts. Dit is reeds een voorbereiding op de verdoving en u zal meer ontspannen zijn.

OPERATIEZAAL:

- De chirurg, anesthesist en verpleegkundige (en nodige apparatuur) zullen tijdens de ingreep over u waken.
- **Bij kinderen in daghospitalisatie**: de ouder blijft op de kamer wachten en verblijft de ganse opname van het kind in het ziekenhuis.

ONTWAAKRUIMTE (recovery):

- Na de ingreep blijft u voor korte duur in de ontwaakzaal onder de verantwoordelijkheid van de anesthesist en onder toezicht van de recoveryverpleegkundige tot u wakker bent.

VERPLEEGAFDELING/DAGZIEKENHUIS:

- Daarna wordt u naar uw kamer gebracht. Afhankelijk van de ingreep kan opvolging op een intensieve eenheid noodzakelijk zijn. U zal nog wat slaperig zijn. Pijnklachten of andere problemen meldt u onmiddellijk aan de verpleegkundige. Hij/zij zal ook bij u komen voor controle bloeddruk, pols, infuus, …

SPECIFIEK DAGHOSPITALISATIE

- **Drinken**, eventueel **voeding** voor patiënt , kan voorzien zijn in het dagziekenhuis (indien toelating anesthesie). Begeleiding mag voor zichzelf (en evt. voor patiënt, indien toelating anesthesie) voeding meebrengen en nuttigen in de daartoe voorziene ruimte (vraag dit na bij de verpleging).
- **Ontslag**: na goedkeuring arts en anesthesist
- U dient begeleiding te voorzien voor het vervoer naar huis, **u mag zelf geen voertuig besturen**.
- **Bij kinderen:** naast de chauffeur van het voertuig, dient er nog iemand anders het kind te begeleiden.

We wensen u een aangenaam verblijf toe !

4.6 De sociaal administratief bemiddelaar: begeleiding op maat van de patiënt

Kristien Buelens, adjunct-dienstverantwoordelijke sociale dienst
Karen Vereycken, sociaal administratief bemiddelaar

De GasthuisZusters Antwerpen hebben een lange traditie in het werken met mensen aan de rand van de samenleving. Vanuit deze traditie bouwen we al jaren aan een sociale dienst dicht bij de patiënt. Sinds enkele jaren koos GZA ervoor nog een stap verder te gaan. Met de sociaal administratief bemiddelaars willen we nog meer aanwezig zijn bij de patiënten.

Sociale dienst

Voor de medewerkers van de sociale dienst is patiëntgerichte communicatie zeer belangrijk. In eerste instantie werken de sociaal werkers vraaggericht: dat wil zeggen dat patiënten met al hun vragen bij hen terechtkunnen. Daarnaast proberen ze ook aanbodgericht te werken, door bijvoorbeeld het verspreiden van informatiebrochures. Op die manier trachten zij ook die patiënten te bereiken die niet zelf hun vraag (durven) komen stellen. Een derde manier om in contact te komen met een sociaal werker is via doorverwijzing. Regelmatig worden kwetsbare patiënten doorverwezen door derden zoals artsen, onthaalmedewerkers of externe organisaties zoals Kind en Gezin.

In GZA bestaat een sterke samenwerking met de opnamedienst, de consultaties enz. Al deze diensten kennen de sociale dienst en kunnen een patiënt doorverwijzen als dit wenselijk blijkt. Het is zeer belangrijk dat patiënten tijdig, liefst nog voor het ziekenhuisbezoek, al de nodige informatie krijgen. Zo kunnen ze hun vragen op voorhand beantwoorden en eventuele problemen proactief aanpakken.

Tijdens eventuele contacten vóór een ziekenhuisbezoek, maar ook wanneer de patiënt reeds in het ziekenhuis is, staat de sociale dienst klaar om de patiënt bij te staan en te antwoorden op allerlei vragen. Naast de algemene vragen en psychosociale begeleiding, wordt er ook specifiek gecommuniceerd over facturen, kamerkeuzes, mutualiteiten en verzekeringen, kostendekkende voorschotten, doorverwijzingen naar OCMW's, mogelijke tegemoetkomingen enz.

Vertrouwen en zelfredzaamheid

Het is zeer belangrijk om het vertrouwen van patiënten te winnen door uit te leggen dat de sociaal werkers beroepsgeheim hebben. De sociaal werkers maken duidelijk dat ze enkel datgene zullen doen dat werd besproken binnen de relatie tussen de patiënt enerzijds en de sociaal werker als professionele hulpverlener anderzijds. Communicatie hierrond blijft belangrijk. Er wordt dan aan de slag gegaan met de concrete hulpvraag, maar indien wenselijk voor de patiënt en indien mogelijk kijkt men daarnaast ook naar het bredere kader, zodat er naar een structurele oplossing kan worden gezocht. Overleg met de patiënt is, zoals reeds aangegeven, zeer belangrijk. In de eerste plaats blijft de verantwoordelijkheid immers bij de patiënt, als hij sterk genoeg is om die te dragen.

Het bevorderen van de zelfredzaamheid van een patiënt is dan ook een prioriteit. Door hier aan te werken, kunnen we vooral inzetten op ondersteuning en begeleiding met informatie en advies. Bij patiënten met een kleine zelfredzaamheid neemt de sociaal werker meestal de situatie bij aanvang over, zet de patiënt op goede weg en geeft de verantwoordelijkheid dan opnieuw aan de patiënt, zodat de zelfredzaamheid kan groeien.

Samenwerking

Binnen het ziekenhuis werd een goede samenwerking uitgebouwd tussen verschillende pijlers: opnamedienst, facturatiedienst, debiteuren, ombudsdienst en sociale dienst. Regelmatig vindt er een overleg plaats tussen de verschillende partijen, om samen patiëntendossiers op te volgen en structurele problemen aan te pakken.

Vooral de patiënt in armoede staat centraal binnen dit overleg. Er wordt stilgestaan bij hoe de medewerkers van het ziekenhuis ervoor kunnen zorgen dat een gepaste begeleiding kan worden aangeboden. Omdat we het belangrijk vinden om voldoende informatie te verspreiden vóór het ziekenhuisbezoek, wordt er momenteel binnen deze verschillende diensten gewerkt aan een computerprogramma waar patiënten op eenvoudige wijze informatie kunnen vinden over de kostprijs van hun behandeling. Op die manier krijgen de patiënten geen tegenstrijdige informatie van de medewerkers van al deze verschillende diensten, maar kunnen eenduidige, duidelijke boodschappen verspreid worden. In de eerste plaats wordt dit opgemaakt voor de patiënten die financiële moeilijkheden ondervinden, maar uiteraard zullen alle patiënten van dit systeem de vruchten plukken.

Verklein de kloof

Een ander aandachtspunt dat hoog op de agenda staat, is de huidige ongelijkheid in het al dan niet betalen van voorschotten. De medewerker van de sociale dienst gaat hierin discreet bemiddelen. Zo wordt dit onderwerp steeds in een kantoor besproken en niet in de gang. Onder andere door contact te nemen met schuldbemiddelaars of budgetbeheerders kan er op maat van de individuele patiënt gewerkt worden. Discretie is in al deze situaties dan ook van het allergrootste belang. Zo krijgt de patiënt vertrouwen in de dienstverlener, maar ook in de instelling. Daarnaast is het belangrijk om het recht op privacy ook voor mensen in armoede toe te passen.

We willen nogmaals beklemtonen dat het niet is omdat iemand in financiële moeilijkheden zit, dat die geen recht heeft op volwaardige hulpverlening en medische behandeling. Onze sociale dienst ziet het als haar taak om te proberen de kloof tussen de patiënt in armoede en de medische wereld of instelling te verkleinen.

Preventieve communicatie

Zoveel mogelijk preventief werken is belangrijk, omdat al die zaken veel tijd vragen en niet meteen in orde kunnen worden gebracht. Vooral voor de patiënt is het veel aangenamer als alles geregeld is bij opname of vóór de consultatie. Zo kan de patiënt op een rustige en ontspannen manier naar het ziekenhuis komen en wordt hij niet aangesproken over bijvoorbeeld openstaande schulden. Op die manier vermijden we onaangename conversaties in een overvolle wachtzaal.

Sociaal administratief bemiddelaars

In de GZA-ziekenhuizen werden middelen vrijgemaakt om een aparte functie binnen het departement van de sociale dienst te creëren. De sociaal administratief bemiddelaar (SAB) heeft hetzelfde diploma als de andere sociaal werkers, namelijk minimum bachelor verpleging keuzetraject sociale of bachelor maatschappelijk assistent, maar hij heeft een ander, specifiek takenpakket. Concreet zijn er drie medewerkers (SAB's), één per campus, die gespecialiseerd zijn om kwetsbare patiënten te begeleiden binnen de ziekenhuiscontext. Onder kwetsbare patiënten begrijpen we hier mensen in armoede, mensen zonder papieren, mensen zonder mutualiteit of verzekering. Het doel is om een professionele, administratieve en sociale begeleiding te organiseren voor maatschappelijk kwetsbare patiënten en hun ruime omgeving, en er zodoende voor te zorgen dat patiënten de medische zorgen krijgen die ze nodig hebben en waarop ze recht hebben.

Doelgroep

>> Mensen met onwettig verblijf

Voor vreemdelingen die onwettig in het rijk verblijven bestaat het KB van 12.12.1996 betreffende de dringende medische hulp. De artsen zorgen ervoor dat de patiënten de nodige medische hulp krijgen. De taak van de sociaal administratief bemiddelaar bestaat erin de patiënt te begeleiden en de nodige aanvragen in te dienen bij het OCMW, dat verantwoordelijk is voor de financiering. Het OCMW zal op zijn beurt de onkosten inbrengen bij de POD maatschappelijke integratie. Dringende medische hulp is geen financiële hulp die rechtstreeks aan de patiënt wordt uitgekeerd, maar wordt betaald aan de gezondheidsinstelling waar de illegale patiënt zijn medische zorgen heeft ontvangen (ziekenhuis, arts, apotheker...).

Uit de term dringende medische hulp kan men verkeerdelijk begrijpen dat het enkel een spoedopname betreft, maar niets is minder waar. Dringende medische hulp kan ook betrekking hebben op een kinesitherapiebehandeling, een bezoek aan de huisarts of andere preventieve medische zorgen. De dringende noodzakelijkheid van de medische hulpverlening wordt uitsluitend bepaald door een arts, niet door de patiënt of het OCMW. Het is de belangrijke taak van de SAB om artsen en patiënten hierover te informeren.

>> Mensen in asielprocedure / nieuwkomers

Niet EU-burgers die naar België komen en verblijfsrechten aanvragen om onder andere medische, humanitaire, politieke redenen vallen onder de bevoegdheid van Fedasil zolang hun procedure lopende is. Voor deze patiënten wordt contact gelegd met de medische cel van Fedasil om na te vragen of zij de medische kosten ten laste nemen. Indien dit niet het geval is, wordt er doorverwezen naar de bevoegde instantie (plaatselijk OCMW). Als de patiënt niet kan worden geholpen door deze organisaties, moet hij zelf de medische kosten dragen. Dan kan de sociaal administratieve bemiddelaar op psychosociaal gebied ondersteuning bieden en intern - binnen het ziekenhuis - bemiddelen.

>> EU-burgers

EU-burgers die naar België komen om te werken en nood hebben aan medische zorgen worden ook professioneel begeleid door de SAB. Het is van groot belang dat hun kosten gedekt worden, zodat de medische zorg niet hoeft te worden uitgesteld. Het is zeer belangrijk dat iedere mens de zorg krijgt waarop hij recht heeft en waaraan hij nood heeft. Het is hierin van groot belang dat de SAB voldoende op de hoogte is van de huidige internationale en Europese ziektewetgeving. Hierbij zijn externe contacten met onder andere de hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, buitenlandse zorgverzekeraars en andere verzekeringen belangrijk.

>> Belgische patiënten zonder mutualiteit

Belgische patiënten die niet (meer) in regel zijn bij een mutualiteit, bijvoorbeeld na ambtelijke schrapping, bij niet betaling van bijdragen of om nog andere redenen, kunnen terecht bij de sociaal administratief bemiddelaar. Die treedt dan op als tussenpersoon om samen met de patiënt de oorzaken te onderzoeken en oplossingen te zoeken. Voor deze patiënten wordt onder andere contact gelegd met districtshuizen, sociale centra, en een sociale verzekeringskas indien het gaat om zelfstandigen en mutualiteiten.

Proactief werken

Proactief werken is een must. De sociaal administratief bemiddelaar is gekend bij de artsen en er werden duidelijke doorverwijsafspraken gemaakt. Zo kan een arts zijn patiënt die binnen deze doelgroep valt doorverwijzen. Liefst gebeurt dit vóór de ziekenhuisopname, als dit enigszins mogelijk is. Dit gebeurt bijvoorbeeld zo bij een zwangerschap. Door de vroegtijdige doorverwijzing, wordt er voldoende tijd en ruimte gecreëerd om oplossingen te zoeken. Daarnaast worden ook de patiënten die bijvoorbeeld via de spoedgevallendienst worden opgenomen deskundig begeleid door de SAB. Dat is ook het geval voor patiënten die voor de eerste keer op raadpleging komen of die een eerste keer worden opgenomen in het ziekenhuis en die binnen de doelgroep van de SAB vallen.

Rol

De sociaal administratief bemiddelaar heeft enerzijds vooral een adviserende en informerende rol, zodat vanuit emancipatorisch oogpunt de patiënt zelf stappen kan ondernemen. Anderzijds ondersteunt en begeleidt hij vrij intensief de meest kwetsbare patiënten die niet zelfredzaam zijn.

In de eerste plaats wordt informatie gegeven aan de patiënt over wat hij moet doen en welke documenten nodig zijn om in orde te zijn voor een ziekenhuisbezoek. Soms is het niet mogelijk om in regel te geraken en dan gaan ze samen op weg naar de meest wenselijke situatie, voor zowel de patiënt als voor de organisatie.

De SAB ondersteunt en begeleidt de patiënt en volgt de situatie verder op. Deze patiënten worden meestal niet alleen tijdens een ziekenhuisbezoek begeleid, maar ook ervoor en erna. De begeleiding stopt niet als de patiënt het ziekenhuis heeft verlaten, net omdat het vaak om structurele moeilijkheden gaat, die zich op verschillende levensdomeinen bevinden.

Ondersteuning in een specifieke situatie

De begeleiding gaat dikwijls verder dan administratieve bemiddeling en ondersteuning. Ook psychosociaal volgen de sociaal administratief bemiddelaars de patiënt verder op. Deze psychosociale ondersteuning houdt in dat er niet enkel geluisterd wordt naar de patiënt, maar dat er door middel van de juiste – niet veroordelende – houding, begrip wordt getoond voor de situatie. Ze reiken handvaten aan zodat de patiënten zich beter kunnen handhaven in hun moeilijk medische situatie en in de maatschappij in het algemeen.

Het doel van de sociaal administratief bemiddelaar is niet enkel om mensen "in regel" of "in orde" te krijgen, maar vooral ook om hen in hun specifieke situatie te ondersteunen en ervoor te zorgen dat ze op een betere manier verder kunnen. Ze bekijken de patiënt hierin als een uniek persoon die het recht heeft om zijn eigenwaarde te behouden. De patiënt staat centraal in de begeleiding.

Spijtig genoeg is het niet altijd mogelijk om alle financiële en administratieve problemen op te lossen. Wel kan steeds het gesprek aangegaan worden en wordt de patiënt als mens behandeld, zodat hij weet dat er diensten zijn die voor hem klaarstaan om mee naar mogelijke oplossingen te zoeken. Het is dus belangrijk om de patiënt in zijn geheel te zien als mens en niet als een "onbetaald dossier" of "een financieel moeilijk geval".

Menselijk en bereikbaar

De sociale dienst en de sociaal administratief bemiddelaar werken complementair met de facturatie- en de opnamedienst. Die laatste focussen vooral het op administratieve en minder op het sociale. In dialoog gaan en op een menselijke, correcte manier communiceren blijkt echter keer op keer een goede begeleidingsmethode te zijn.

De medewerkers van de sociale dienst en de sociaal administratief bemiddelaar zijn iedere werkdag bereikbaar tijdens de kantooruren. Het doel is om de toegangsdrempel zo laag mogelijk te houden. Daarom wordt er zo flexibel mogelijk gewerkt, volgens de noden en mogelijkheden van de patiënt. Het is dus niet altijd nodig om afspraken te maken, de deur staat altijd open om vragen te stellen en hulp of informatie te vragen.

Sandwich

We willen ook de aandacht vestigen op de sandwichpositie van de sociaal administratief medewerker. Enerzijds verwacht het ziekenhuis, als een economische organisatie, dat de facturen betaald worden. Anderzijds is er de patiënt met al zijn problemen, die door ons geholpen moet worden. Voldoende afstand bewaren, maar tegelijkertijd voldoende nabij zijn om de patiënt te ondersteunen is steeds een moeilijke evenwichtsoefening. Overleg, supervisie en intervisie zijn belangrijke methoden om de sociaal werker hierbij te helpen. Het doel blijft immers om voor elk probleem een oplossing te vinden die voor beide partijen aanvaardbaar is.

Elke sociaal werker werkzaam op de sociale dienst van de GZA-ziekenhuizen heeft voldoende kennis om patiënten in een emotioneel en medisch zware situatie te begeleiden en te ondersteunen. De meerwaarde van de SAB is echter dat zij ook gespecialiseerd zijn in hun eigen, specifieke deelgebied, waardoor zij voldoende kennis hebben om in deze complexe materie (statuten, wetgeving, documenten, verzekeringen...) een grote verscheidenheid aan patiënten (illegalen, EU-burgers, daklozen, mensen uit oorlogsgebieden, medische toeristen, gezinshereniging...) op een kordate en efficiënte manier te begeleiden en te helpen.

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

zorgnet
VLAANDEREN