

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**Toekomstig Ziekenhuislandschap Vlaanderen**

Pascal Van den Hoven

Lieven De Raedt

Prof. dr. Jan De Maeseneer

Prof. dr. Paul Gemmel



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
Kapucijnenvoer 35 – B-3000 Leuven  
Tel 0032 16 33 70 70 – Fax 0032 16 33 69 22  
E-mail: [swvg@med.kuleuven.be](mailto:swvg@med.kuleuven.be)  
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2008/03  
SWVG-Rapport 01

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
Ad-hocproject: Toekomstig landschap ziekenhuisvoorzieningen, in coherentie met de eerste lijnszorg, in Vlaanderen  
Eindrapport

Promotor: Prof. Dr. Jan De Maeseneer  
Copromotor: Prof. Dr. Paul Gemmel  
Onderzoekers: Lieven De Raedt en Pascal Van den Hoven  
Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Sabine Vanden Bossche, Lieve Van Cauwenberghe

Stuurgroep: Bart Vandaele (UZ Leuven), René Daemen (Heilig Hartziekenhuis Mol), Peter Degadt (VVI), Em. Jan Heyrman (K.U.Leuven), Bruno Holthof (ZNA), Prof. dr. Katrien Kesteloot, (K.U.Leuven), Prof. dr. Herman Nys (K.U.Leuven), Prof. dr. Walter Sermeus (K.U.Leuven), Prof. dr. Chantal Van Audenhove (K.U.Leuven), Dr. Patrick Waterbley (H. Hartziekenhuis Roeselare-Menen vzw), Magda Mignon (kabinet van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin)

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvuldigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



## **Promotoren en Partners van het Steunpunt**

### **K.U.Leuven**

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG  
Prof. Dr. Hans Grietens, Centrum voor Gezins- en orthopedagogiek  
Prof. Dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht  
Prof. Dr. Anja Declercq, Lucas

### **UGent**

Prof. Dr. Lea Maes, Vakgroep maatschappelijke gezondheidkunde  
Prof. Dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg  
Prof. Dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en sportwetenschappen  
Prof. Dr. Ann Buysse, Vakgroep Experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie

### **VUBrussel**

Prof. Dr. Johan Vanderfaeillie, Vakgroep Orthopsychologie

### **KHKempen**

Dr. Guido Cuyvers, Vlaams onderzoeks- en kenniscentrum derde leeftijd

## **Inhoudsopgave**

<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>Methodologische nota</b>	<b>9</b>
<b>Hoofdstuk 1: Evoluties in het Vlaamse zorglandschap</b>	<b>11</b>
<b>1 Voorgeschiedenis</b>	<b>11</b>
<b>2 Verwachte evolutie van het zorglandschap</b>	<b>13</b>
<b>3 Evoluties inzake gespecialiseerde ambulante zorg in Vlaanderen</b>	<b>13</b>
3.1 Welke zijn de belangrijkste evoluties in de tweedelijns ambulante zorg in Vlaanderen?	13
3.2 Mogelijke oorzaken voor de stijging in gespecialiseerde ambulante zorg:	14
3.3 Ambulante zorgcentra, what's in the name?	17
3.4 Typologie van gespecialiseerde ambulante zorgcentra	19
3.5 De Vlaamse ambulante zorgcentra uit de tweede lijn: het (chirurgisch) dagziekenhuis en de polikliniek	20
3.6 Tussentijdse conclusie: de belangrijkste trends	29
<b>4 Netwerken in Vlaanderen – Hoe en waarom?</b>	<b>30</b>
4.1 Inleiding	30
4.2 Literatuurstudie	31
4.3 Netwerken de Vlaamse gezondheidszorgsector	43
4.4 Bespreking: van een unitair naar een netwerkparadigma?	48
<b>Hoofdstuk 2: De impact van de vastgestelde evoluties op de zorgstrategische planning</b>	<b>53</b>
<b>1 De impact van de toegenomen tweedelijns ambulante zorg op de zorgstrategische planning</b>	<b>54</b>
1.1 De strategische waarde van de gespecialiseerde ambulante zorg voor de ziekenhuizen en het Vlaamse zorglandschap	54
1.2 Kwaliteit	56
1.3 Een evaluatie van de netwerkvorming in de gezondheidszorg	60
1.4 Naar een transmuraal zorgmodel?	62
1.5 Groeipijnen naar het transmuraal zorgmodel	64

<b>Hoofdstuk 3: Hoe gaat de Vlaamse overheid om met het 'toekomstig ziekenhuislandschap in Vlaanderen'?</b>	<b>67</b>
1.1 Bestuurskundige paradigma's	67
1.2 Hoe bestuurt men een organisatie/sector vanuit een CAS-perspectief?	69
1.3 De rol van de Vlaamse overheid in de transitie naar transmurale zorg	72
<b>Hoofdstuk 4: Conclusie en aanbevelingen</b>	<b>85</b>
<b>Bibliografie</b>	<b>93</b>
<b>Interviews</b>	<b>99</b>

## Inleiding

De laatste 10 tot 15 jaar was er een sterke reductie van het aantal acute ziekenhuizen in Vlaanderen en in België. Deze operatie werd in grote mate mede gestuurd door de Vlaamse overheid en VIPA, op basis van ingediende zorgstrategische plannen via het verstrekken van infrastructuursubsidies aan ziekenhuizen die naar één nieuwe campus verhuizen. Het begeleiden van deze fusiebeweging is zonder meer een van de grote verdiensten van de Vlaamse overheid, aangezien het aantal ziekenhuizen in België en Vlaanderen te hoog lag en de gemiddelde schaalgrootte te klein was om diverse medische ontwikkelingen te kunnen opvolgen. Volgens verschillende experts uit de gezondheidszorg in Vlaanderen kan dit aantal ziekenhuizen nog verder afnemen. Over het exacte eindcijfer is geen algemene consensus, maar vast staat wel dat binnen een aantal jaren het Vlaamse fusieverhaal zal afgelopen zijn.

Toch betekent dit niet dat de organisatorische ontwikkelingen in de gezondheidszorg tot stilstand komen. Inmiddels ontstonden spontaan nieuwe trends en daarom dient te worden nagedacht over de rol van de Vlaamse overheid in het toekomstige zorglandschap in Vlaanderen. Het is dan ook in de eerste plaats de betrachting te onderzoeken wat de "drivers" zijn van deze **trends** en wat zij zullen betekenen voor het toekomstige zorglandschap in Vlaanderen en voor het VIPA.

Vandaag worden zorgstrategische plannen die door de ziekenhuizen worden ingediend niet louter gebruikt om infrastructuursubsidies toe te kennen, maar ook om regelgeving vanuit de federale overheid beter te kunnen doorvertalen naar het Vlaamse niveau. Daarom is de tweede grote vraag hoe de vastgestelde ontwikkelingen de **zorgstrategische planning** zullen beïnvloeden. Tot nu toe moet een ziekenhuis in een ZSP antwoorden formuleren op de onderstaande vragen:

Vraag 1: Sluit de realisatie van dit zorgstrategisch plan aan bij de zorgbehoeften van de regio?

- 1.1. Is dit ziekenhuis belangrijk voor het voorzien in de zorgbehoeften van de regio?
- 1.2. Is dit ziekenhuis belangrijk voor het behoud van de geografische toegankelijkheid in de regio?
- 1.3. Is het zorgstrategisch plan afgestemd met de andere zorgverstrekkers in de regio?

Vraag 2: Is dit ziekenhuis goed geplaatst om in de geïdentificeerde zorgbehoeften te voorzien?

- 2.1. Is het goed gelegen?
- 2.2. Is het in staat kwalitatief hoogstaande zorg te bieden?
- 2.3. Is het financieel performant?

Deze vragen zullen dan ook als leidraad dienen om na te gaan wat de impact is van de recente ontwikkelingen op de zorgstrategische planning. In deze studie richten we vooral

de focus op **twee onderwerpen**: de ambulante zorg uit de tweede lijn en de mate van integratie van zorginstellingen. De keuze van deze twee onderwerpen wordt ingegeven door het belang ervan in de verwachte evolutie van het zorglandschap. Er zal worden nagegaan welke performantie-indicatoren relevant kunnen zijn om gespecialiseerde ambulante zorgcentra of de mate van integratie tussen zorginstellingen af te toetsen. Eveneens zal worden nagegaan in hoeverre ambulante zorgcentra en integratie tussen zorginstellingen een bijdrage kunnen leveren in de dekking van de zorgbehoeften in een regio. Grafisch kan dit als volgt worden weergegeven:

		Denkkader	
		Performantie-indicatoren	Dekking van zorgbehoeften in de regio
Evoluties in organisatie van de gezondheidszorg	Tweedelijns ambulante zorgcentra		
	Integratie van zorginstellingen		

In een derde en laatste deel van deze studie beschouwen we mogelijke antwoorden die Vlaanderen kan bieden op deze ontwikkelingen, gegeven hun impact op de zorgstrategische planning. Dient Vlaanderen bepaalde ontwikkelingen te ondersteunen, of dient zij eerder sommige trends af te remmen? Of moet Vlaanderen zelf nieuwe initiatieven opstarten om bepaalde noden op het terrein te lenigen?

Deze studie tracht daarom, kort samengevat, **drie deelvragen** te beantwoorden:

- Wat zijn de centrale trends in de organisatie van de Vlaamse gezondheidszorg en wat zijn hun drijfveren?
- Hoe kan dit de zorgstrategische planning beïnvloeden?
- Hoe moet Vlaanderen deze ontwikkelingen beantwoorden?

Om te vermijden dat deze studie te algemeen blijft, zullen deze deelvragen onderzocht worden in de context van de ambulante zorg en de integratie van zorginstellingen. Hierbij merken we op dat wanneer gesproken wordt over "ambulante zorg" dit betrekking heeft op de gespecialiseerde of tweedelijns ambulante zorg. Wanneer de ambulante zorg in de eerste lijn wordt bedoeld, wordt dit specifiek aangegeven.

Het centrale motief van deze drie onderzoeksvragen is gelegen in de '**organisatieverandering**' van de gezondheidszorg in Vlaanderen. Op een meer abstract niveau dienen wij daarom vragen te beantwoorden zoals: hoe en waarom ontstaat organisatieverandering? Hoe kan men er als overheid op inspelen? Kan men deze sturen en zo ja, hoe kan men dit sturen?

Theorieën rond organisatieverandering worden daarom de onderbouw van deze studie, hetgeen binnen het kennisgebied van onze vakgroep Management, innovatie en ondernemerschap (Faculteit Economie & Bedrijfskunde – UGent) valt.

Het is echter niet onze bedoeling om de lezer een exhaustief overzicht te bieden van theorieën rond 'organizational change', wel willen we antwoorden formuleren op de drie bovenstaande vragen. Daarom hanteren wij de theorie niet als een doel op zich, maar als een middel om de problematiek duidelijker in beeld te brengen.

Ten slotte wordt onze analyse ingebed in een aantal actuele ontwikkelingen die rechtstreeks te maken hebben met de evoluties binnen het zorglandschap: de samenwerking met en binnen de eerste lijn, de aansturing van patiëntenstromen ("echelonnering"), informatiebronnen en elektronisch medisch dossier, de zorgregio's,...





## **Methodologische nota**

Omdat dit project werd uitgevoerd met de middelen van 1 FTE gedurende 8 maanden, was een pragmatische instelling gewenst om binnen dit tijdsbestek tot een aanvaardbaar resultaat te komen. Hoewel wij garant willen staan voor de degelijkheid en de objectiviteit van de theoretische onderbouw en het denkkader, werd het empirische luik (de gezondheidszorg in Vlaanderen) veeleer pragmatisch ingevuld – bvb. op basis van expert interviews – dan wel op basis van onderzoek dat voldoet aan de methodologische normen van de sociale wetenschap.

Om meer zicht te krijgen op de situatie in Vlaanderen maakten wij gebruik van expertinterviews (voor een overzicht: zie bijlage), publicaties van reeds uitgevoerde studies en grijze literatuur (krantenartikels, tijdschriften...). Om het theoretische kader rond 'organisatieverandering' uit te werken en internationale trends in de organisatie van de gezondheidszorg te kunnen beschrijven, voerden wij een literatuurstudie uit op de verschillende (elektronische) databanken die de UGent terbeschikking stelt (het resultaat van deze literatuurstudie en de wijze waarop deze werd uitgevoerd, kan u in bijlage terugvinden).



# Hoofdstuk 1

## Evoluties in het Vlaamse zorglandschap

### 1 Voorgeschiedenis

Vermits men de geschiedenis niet kan herschrijven en over de historiek van het Belgische zorglandschap al heel wat is gezegd en geschreven, zullen we in deze studie ons beperken tot het louter benoemen van enkele belangrijke historische wendingen die het ziekenhuis- en zorglandschap maken tot wat het vandaag de dag is.

De versnippering in en de kleinschaligheid van het Belgische ziekenhuislandschap en het overaanbod aan ziekenhuisbedden in de jaren '70-'90 van de vorige eeuw is menigeen genoegzaam bekend. De maatregelen die de federale overheid, daartegen heeft genomen evenzeer. Zoals de beleidsnota reeds aangaf, zijn er traditioneel drie elementen waarmee het ziekenhuisbeleid kan worden gestuurd: de programmatie, de erkenning en de financiering (Ministerie van Volksgezondheid, 2001).

Wat de **erkenningnormen** betreft werd er door de overheid voor geopteerd deze voor de individuele ziekenhuizen te verscherpen. Dit met de bedoeling het overaanbod aan ziekenhuisbedden te elimineren, evenals het kwaliteitsniveau van de ziekenhuiszorg te verhogen (Cannoodt & Danneels, 2003). Dergelijke erkenningnormen evolueerden tevens van structurele eisen naar meer patiëntgerichte eisen (Ministerie van Volksgezondheid, 2001). Op deze manier kan ook de koppeling gemaakt worden met de zorgprogramma's. Het concept van het ziekenhuis diende m.a.w. te evolueren van structuurgeoriënteerd naar **procesgeoriënteerd** onder de vorm van functies en zorgprogramma's, waarin de patiënt centraal dient te worden gesteld. Hierover later meer.

Er werden tevens verschillende initiatieven genomen om de **samenwerking** tussen ziekenhuizen te bevorderen. Men denke hierbij aan de juridische formalisering van de ziekenhuisgroepering (K.B. van 30 januari 1989); de associatie (K.B. van 25 april 1997) en de fusie (K.B. 31 mei 1981). Vooral het fuseren van algemene ziekenhuizen werd van overheidswege gestimuleerd ter bestrijding van de kleinschaligheid in het Belgische ziekenhuislandschap. Dergelijke ziekenhuisfusies, en de schaalvergroting die daarmee gepaard gaat, hadden in eerste instantie tot doel dicht-bij-elkaar-gelegen instellingen met een overlappend zorgaanbod te integreren tot één entiteit om zodoende (1) kwaliteitsverhoging in de besluitvorming te realiseren, en (2) de doelmatigheid te verhogen door de versnippering van de ziekenhuiszorg in te dijken (Cannoodt & Danneels, 2003). Een belangrijk objectief in de beginfase van het fusiebeleid was te komen tot de **concentratie** van alle ziekenhuiszorg naar één vestigingsplaats per gefuseerd ziekenhuis. Later werd dit beleid tot verplichte concentratie op één locatie opgeheven, maar in een aantal lokale situaties verder aangemoedigd. Naast het reduceren van het aantal ziekenhuizen en ziekenhuiscampussen gold ook het reduceren van het aantal bedden als een objectief van het fusiebeleid. Aan ziekenhuisfusies werden namelijk voorwaarden voor **beddenreductie** gekoppeld. Deze beddenreductie werd overigens extra bewerkstelligd via een uit-

gebrede reconversiepolitiek van ziekenhuisbedden naar zogenaamde RVT<sup>1</sup>-bedden en Sp<sup>2</sup>-bedden voor o.a. chronische zorg.

Ook de regionale overheden hebben in het genoemde fusiebeleid een niet onbelangrijke rol gespeeld. Het afbouwen van het aantal ziekenhuizen en het concentreren van de ziekenhuisactiviteit op een kleiner aantal locaties stond (of beter: staat) daarbij sinds jaar en dag bovenaan de lijst van Vlaamse beleidsprioriteiten (Cannoodt & Danneels, 2003). Vooral via het in 1994 opgerichte Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (hierna VIPA genoemd) werden belangrijke initiatieven genomen om het Vlaamse zorglandschap te herstructureren en herorganiseren, in het bijzonder met betrekking tot het infrastructurele luik. Hierop komen we later uitgebreid terug.

Zodoende kan er sinds vele jaren een opmerkelijke **daling in het aantal algemene ziekenhuizen** in België worden vastgesteld. Voor <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers.asp> Vlaanderen staat hun aantal anno 2006 op 80.<sup>3</sup> Het aantal uitbatingplaatsen van algemene ziekenhuizen is over een periode van vijf jaar gedaald van 139 naar 126 in 2005 (Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid). Vooral wat betreft het aantal acute ziekenhuizen, is de neerwaartse trend overduidelijk. Zo daalde hun aantal in Vlaanderen van 102 in 1994 naar 66 in 2004 (Cannoodt, Gemmel, Rossi, & Tambeur, 2005). Op te merken valt ten slotte dat het "fuseren naar één locatie", toch de voornaamste betrachting, in Vlaanderen een betrekkelijk groot succes is gebleken. Van alle fusies van algemene ziekenhuizen die geregistreerd werden van begin 1988 tot einde 2006, blijkt dat in Vlaanderen van de 80 algemene ziekenhuizen er 57 gefuseerd zijn en er 50 op één campus gelokaliseerd zijn (F.O.D. Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2006).

De **beddenreductie** heeft zich procentueel dan weer minder sterk doorgezet dan de reductie van het aantal ziekenhuizen. Deze beide factoren in combinatie met de reconversie naar R.V.T.-bedden resulteert in een aanzienlijke stijging van de gemiddelde grootte van de algemene ziekenhuizen (uitgedrukt in het aantal erkende bedden) (Cannoodt & Danneels, 2003).

Echter, naast dit fusieverhaal kunnen nog andere belangrijke veranderingen in het ziekenhuislandschap worden vastgesteld. Zonder hierbij in detail te treden, verwijzen we naar de heroriëntering van een retrospectief naar een prospectief financieringssysteem, de introductie van pathologiefinanciering en budgetfinanciering, het nieuw ziekenhuisconcept, evenals de toenemende concurrentie, de grotere mondigheid van patiënten, enzovoorts (Gemmel, Parmentier & Michiels, 2003). Uiteraard worden deze laatste twee evoluties niet van overheidswege aangestuurd, maar deze hebben desalniettemin een belangrijke impact op de wijze waarop ziekenhuizen zich dienen te organiseren.

Wat er ook van zij, het staat vast dat de omgeving waarin ziekenhuizen opereren continu aan verandering onderhevig is. De bovengenoemde evoluties illustreren dan weer de bijzondere dynamiek waarmee ziekenhuizen met deze veranderingen trachten om te gaan. We brengen nu de verdere evoluties in het ziekenhuislandschap in kaart.

---

<sup>1</sup> Rust- en Verzorgingstehuizen

<sup>2</sup> Bedden in gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie.

<sup>3</sup> Ter illustratie: het aantal algemene ziekenhuizen in Vlaanderen bedroeg anno 1987 nog 207.

## 2 Verwachte evolutie van het zorglandschap

De centrale doelstelling van deze studie naar het toekomstig ziekenhuislandschap betreft het nagaan welke evoluties zich aandringen en hoe dit de organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen mogelijks zal beïnvloeden. Door dergelijke trends in kaart te brengen en van zo veel mogelijk wetenschappelijke en empirische onderbouwing te voorzien, wordt getracht de bevoegde overheden een gefundeerde en degelijke ondersteuning aan te reiken in het bepalen van een beleid ter zake.

Indien wij de vinger aan de pols van dit zorglandschap houden, merken we een aantal eerste tekenen van wat vermoedelijk belangrijke trends worden in de toekomst. Deels kan men deze beschouwen als een tegenreactie op de fusiegolf en het 'hospitalocentrisme' in Vlaanderen, deels vloeien deze ook voort uit algemene internationale trends zoals de vergrijzing en medisch-technologische evoluties. Deze belangrijke trends zijn als volgt samen te vatten:

- Een toenemend belang van de ambulante zorg ten opzichte van de klassieke, gehospitaliseerde zorg.
- Integratie tussen zorginstellingen in de horizontale en verticale richting.

## 3 Evoluties inzake gespecialiseerde ambulante zorg in Vlaanderen

### 3.1 Welke zijn de belangrijkste evoluties in de tweedelijns ambulante zorg in Vlaanderen?

Wat het toenemend belang van de tweedelijns ambulante zorg betreft, volstaat het in de eerste plaats te verwijzen naar enkele **cijfergegevens** afkomstig van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Zo is in de periode van 1999 tot 2004 voor de algemene ziekenhuizen het aandeel van de verblijven in daghospitalisatie gestegen van 34,01% tot 45,26 %. Deze stijging wordt vooral gedragen door de medische dagbehandelingen (+ 7,63%).

In de universitaire ziekenhuizen is de tendens naar daghospitalisaties nog iets prominenter aanwezig met een stijging van 32,24 % tot 45,65 %. Hier kent dan weer de chirurgische daghospitalisatie de belangrijkste stijging (+ 3,70 %).

In een studie uitgevoerd door de Christelijke Mutualiteit werd reeds in 2000 becijferd dat er voor het aantal prestaties in daghospitalisatie een gemiddelde jaarlijkse groei was van 15% (Massart, 2000). Dr. Wim Tambeur beaamt deze stijgende tendens voor het UZ Leuven: *"Waar zeven jaar geleden de daghospitalisatie nog minder frequent voorkwam dan de klassieke hospitalisatie, is de zorgvorm van daghospitalisatie gegroeid tot meer dan 100 000 activiteiten of opnames per jaar, dat is een verdubbeling en het dubbele van de gestagneerde klassieke hospitalisatie. Een spectaculaire groei."* (Politis, 2007, p.35). Nog een voorbeeld is het AZ Sint-Blasius Dendermonde dat in 2006 bijna de helft van de totale opnames in daghospitalisatie realiseerde (14.231 dagopnames op een totaal van 29.231) (Kerngegevens AZ Sint-Blasius).

Leest men er de **grijze literatuur** van de voorbije jaren op na, valt zonder meer op hoe zeer ziekenhuizen hun dag- en/of poliklinische activiteiten uitbreiden. Bijvoorbeeld: het

AZ Sint-Blasius dat gestart is (met de voorbereidingen voor) de bouw van een chirurgisch dagziekenhuis aan het algemeen ziekenhuis (Pdc, 2007); het Gentse algemeen ziekenhuis Sint-Lucas dat in Zelzate een polikliniek opricht (Zvd, 2006); de vernieuwde polikliniek van het ASZ campus Emmanuël te Wetteren (X, 2006), het AZ Waasland te Sint-Niklaas dat een nieuw kinderdagziekenhuis opricht (Sl., 2006), het Waregemse ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw van Lourdes dat in 2005 een nieuw dagziekenhuis in gebruik neemt (Hgw, 2005), enz.

Uiteraard is het toenemend belang van de ambulante zorg geen lokaal of puur Belgisch fenomeen. Er doet zich met name op **internationaal** niveau een gelijkaardige trend voor. Vooral wat betreft de dagchirurgie is de expansie in vele landen spectaculair te noemen. Zo stelt de *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS) dat, hoewel het niet altijd mogelijk of correct is cijfergegevens van landen te vergelijken en er veel diversiteit is tussen de landen, de trend niettemin duidelijk is: doorheen de jaren is er een gestage en continue stijging in het aantal chirurgische ingrepen uitgevoerd op dagbasis (Lemos, Jarret & Philip, 2006).

We kunnen concluderen dat de opgang van de tweedelijns ambulante zorg, ook in Vlaanderen en België, van dien aard is dat er sinds vele jaren van een spectaculaire groei kan worden gesproken. Vraag is dan ook welke de mogelijke oorzaken kunnen zijn van deze bijzondere evolutie in het zorglandschap.

### 3.2 Mogelijke oorzaken voor de stijging in gespecialiseerde ambulante zorg:

Organisaties zijn geen statische entiteiten die in een of ander vacuüm opereren. Ze staan integendeel constant onder invloed van evoluties in de omgeving en binnen de organisatie zelf doen zich ook voortdurend veranderingen voor. De wijze waarop organisaties met deze interne en externe evoluties trachten of wensen om te gaan, zal bepalend zijn voor de wijze waarop de organisatie zich zal organiseren en positioneren, welke strategische beslissingen ze zal maken, enzovoort.

Bekijkt men het zorglandschap waarin ziekenhuizen ageren, dan kunnen verschillende zogenaamde "**push- en pullfactoren**" gedetecteerd worden die ziekenhuizen er toe aanzetten zich meer richting daghospitalisatie en ambulante zorg te organiseren.

In de eerste plaats is er het gegeven dat ziekenhuizen volgens een verantwoord aantal ligdagen per pathologie worden gefinancierd en bij het overschrijden van deze termijn financieel gepenaliseerd worden. Deze financiële penalisatie trad tevens op al naargelang de substitutiegraad. Ziekenhuizen werden er namelijk toe aangezet ziekenhuisbedden om te zetten naar daghospitalisatiebedden. Dit alles zorgde voor een daling in de gemiddelde verblijfsduur en een reductie van het aantal acute bedden. Er bestond m.a.w. een belangrijke **economische incentive** voor de verschuiving naar daghospitalisatie.

Anderzijds kan een dergelijke verschuiving naar daghospitalisatie slechts gerealiseerd worden, wanneer hiervoor de nodige expertise voorhanden is. Zonder de **medisch-technologische vooruitgang**, die apparatuur of technieken mogelijk maakt waarmee ingrepen veel minder ingrijpend zijn voor de patiënt, zou een dergelijke expansie van daghospitalisatie zich uiteraard niet hebben voorgedaan. Men denke hierbij aan medisch-technologische evoluties, waardoor veel minder ingrepen invasief dienen te gebeuren; aan nieuwe methoden in de anesthesiologie, waardoor minder algemene narcose nodig is

en meer lokale anesthesie kan worden gebruikt; aan nieuwe inzichten in het beheersen van postoperatieve pijn, enzovoorts (Detmer & Gelijns, 1994; Jakobson, 2006; Qadir & Smith, 2007).

Een ander – vaak gehoord – argument pro daghospitalisatie betreft het **kostenbesparend effect** in vergelijking met klassieke hospitalisatie. Er zou m.a.w. een substitutie van klassieke hospitalisatie door daghospitalisatie bestaan. De overheid heeft deze substitutie bovendien gestimuleerd door van 1995 tot 2001 een substitutiegraad te hanteren voor een lijst van nomenclatuurprestaties waarvoor een maxiforfait of forfait A werd aangerekend (Sermeus, 2007). Op basis van een analyse van het RIZIV voor het jaar 2003 blijkt dat 41% van het totale budget wordt besteed voor gehospitaliseerde patiënten (Sermeus, 2007). Maar de besteding van de overige 59% van het budget aan ambulante patiënten vindt voor een groot deel plaats in ziekenhuizen.

Ten andere, een raming van de opsplitsing van de ambulante zorg in activiteiten die binnen of buiten de muren van het ziekenhuis plaatsvinden, brengt het ziekenhuisbudget op ongeveer 70% van het budget van de ziekteverzekering. Het bevestigt de vaststelling dat de gezondheidszorg nog sterk ziekenhuisgeoriënteerd is (Sermeus, 2007).

De **patiënt** doet voordeel bij de keuze voor daghospitalisatie: hij moet immers aanzienlijk minder betalen voor zowel het verblijf als de erelonen. Dit is te wijten aan de talrijke forfaits die men bij opname en verblijf in klassieke hospitalisatie moet betalen. Deze forfaits maken klassieke hospitalisatie duurder voor de patiënt in vergelijking met daghospitalisatie (Massart, 2000), al zijn sommige forfaitaire honoraria wél aanrekenbaar bij daghospitalisatie.

Ziekenhuizen hebben ook vanuit **strategisch oogpunt** belangrijke motieven om, al dan niet extern, een ambulante dag- of polikliniek op te richten (Bigelow, 1991; Zuckerman, 2005; Zuckerman, 2007). Het gaat hier meer concreet over het verbeteren van de dienstverlening aan de patiënt (of consument), mogelijke winstgevendheid, en verhoogde zichtbaarheid van het ziekenhuis in de regio. Daarenboven kunnen ziekenhuizen het aantal opnames in het algemeen (acuut) ziekenhuis verhogen door de patiënten door te verwijzen. Op deze manier verhogen ziekenhuizen meteen hun "marktaandeel" in de regio. Er is evenwel geen rechtstreeks verband tussen het oprichten van een ambulante centrum en het verhogen van het marktaandeel door het ziekenhuis (Bigelow, 1991). Op deze thematiek wordt in de discussie omtrent het al dan niet verzelfstandigen van dag- of poliklinieken uitgebreider teruggekomen.

Vanuit de zogenaamde "**resource dependency theory**" wordt gesteld dat organisaties zichzelf zo min mogelijk afhankelijk trachten te maken van belangrijke middelen of "resources" en de omgeving trachten te beïnvloeden om middelen beschikbaar te stellen (Daft, 2001; Shortell & Kaluzny, 2000). Vanuit de assumptie dat de personeelsvoorziening de komende jaren onder druk komt te staan, o.a. als gevolg van de vergrijzing en de dalende arbeidspopulatie, is het overschakelen op activiteiten die minder personeel vergen een bijzonder goede (strategische) keuze. Het gegeven dat daghospitalisatie een **lagere personeelsbezetting** behoeft, is derhalve een argument waarmee ziekenhuizen zeker rekening houden.

Deze lagere personeelslast in de ambulante zorg heeft verschillende **oorzaken**. De patiënten in daghospitalisatie zijn *minder zorgbehoevend* dan de chronische of acute patiën-

ten die voor lange tijd gehospitaliseerd zijn, waardoor men met een kleiner aantal verplegend en medisch personeel een groter aantal patiënten kan bijstaan en verzorgen.

Daghospitalisatie verloopt ook veel *plan- en procesmatiger*, wat meer efficiëntie en minder personeelsbelasting met zich meebrengt (Lemos, Jarret & Philip, 2006, p.25). Anderzijds zijn dagklinieken ook vaak enkel tijdens de "*kantooruren*" open, waardoor niet in nacht- en weekendpermanentie moet worden voorzien.

Op te merken valt wel dat ondanks technologische evoluties er altijd manuele arbeid nodig zal zijn, vermits men patiëntenzorg niet kan automatiseren. Bijgevolg zal de **loonkost** in de gezondheidszorg onvermijdelijk hoog blijven (De Boevere, 2008). Daarenboven dient het personeel voor daghospitalisatiediensten daartoe opgeleid zijn en voldoende geschoold zijn in de nieuwste technieken.

Vanuit de **theorie van de "focused factory"** (Skinner & Wickham, 1974) kunnen we stellen dat een zorginstelling meer marktgericht moet optreden. Een "focused factory" is een organisatie die een heel duidelijk marktsegment bedient en de volledige infrastructuur en werkwijze afstemt op dit segment. De basisprincipes van focused factory zijn gebaseerd op het feit dat "*simplicity and repetition breed competence*" en "*specialisation and repetition lead to improved performance*". Het idee van focused factory gaat dus volledig in tegen de visie dat cliënten met zeer uiteenlopende behoeften op een kosten-effectieve wijze kunnen bediend worden met één systeem van dienstverlening.

Als we de theorie van "focused factory" overplaatsen naar de omgeving van **dagcentra** stellen zich drie pertinente vragen:

1. Kunnen patiënten die naar een dagziekenhuis komen beschouwd worden als een "afzonderlijk" marktsegment met andere behoeften dan patiënten die in een beddenhuis terechtkomen?
2. Stelt het aanbieden van daghospitalisatie andere eisen aan het systeem van dienstverlening (in termen van competenties, infrastructuur, enz.) dan het aanbieden van hospitalisaties?
3. Is er een voldoende aantal patiënten (volume) om de investeringen te verantwoorden?

Wanneer het antwoord op deze drie vragen positief is, stelt de theorie van de "focused factory" dat het beter is om het **dagziekenhuis af te scheiden van het beddenhuis**. Dit komt zowel de kwaliteit van zorg als de werkingskosten ten goede. Er kan immers veel beter ingespeeld worden op de specifieke verwachtingen en behoeften van de doelgroep dagpatiënten met een infrastructuur en competenties die 'voldoende' zijn om een goede zorg te leveren aan een dergelijke populatie met minder ernstige pathologieën.

Maken we dit even concreter, dan kunnen we stellen dat daghospitalisatie beter tegemoet komt aan de specifieke **behoefte en verwachtingen van de patiënt** dan vaak bij hospitalisatie het geval is. Datum en tijdstip van de ingreep worden in overleg met de patiënt vastgelegd, normaliter wijzigt dit niet en diezelfde dag zal hij het dagziekenhuis nog verlaten. De patiënt heeft m.a.w. de mogelijkheid om de ingreep in het eigen schema in te plannen en er is een *minimale interferentie* met zijn dagdagelijks leven (Lemos, Jarret & Philip, 2006).

Daarenboven stijgt de *tevredenheid* aanzienlijk wanneer de patiënt op een vlotte manier toegang heeft tot de ambulante instelling en het daar te verkrijgen zorgtraject gemakke-



lijk kan doorlopen (Gershon *et al.*, 1995). De patiënt verwacht daarbij ook enige *luxe en privacy*, bijvoorbeeld onder de vorm van een eenpersoonskamer.

De patiënt is tevens gebaat met de *kortere wachttijden* en de *persoonlijke aandacht* die hij daar ontvangt. Immers, bij daghospitalisatie staat de patiënt werkelijk centraal en gaat alle aandacht naar hem (Lemos, Jarret & Philip, 2006).

Een laatste, allerm minst onbelangrijk argument is dat bij daghospitalisatie het **risico op besmetting** met bijvoorbeeld een ziekenhuisbacterie uiterst miniem is, vermits de dagpatiënt gescheiden wordt van de gehospitaliseerde patiënten, hij sowieso minder lang in het ziekenhuis verblijft, en hij in zijn thuisomgeving herstelt (Lemos, Jarret & Philip, 2006).

Ten slotte dient er op gewezen te worden dat daghospitalisatie geen onverdeeld positief verhaal is. Men denke hierbij aan het gegeven dat in daghospitalisatie vooral minder zorgbehoevende patiënten liggen en derhalve in het beddenhuis van het ziekenhuis de zware en zorgbehoevende patiënten achterblijven. Dit heeft ongetwijfeld belangrijke implicaties naar de **werkbelasting** voor het medische en verplegend personeel in het beddenhuis (Scott, 1992).

Nog een belangrijk element in de discussie is het huidige **financieringssysteem**, wat maakt dat vandaag de dag de zware pathologiën verliesposten zijn voor het ziekenhuis. Wanneer men dan de daghospitalisatie zou afscheiden van het ziekenhuis blijven deze laatste enkel achter met de kostelijke pathologiën en is het evenwicht in de financiering zoek.

### 3.3 Ambulante zorgcentra, what's in the name?

Doorheen de jaren hebben er zich heel wat verschillende types ambulante zorginstellingen ontwikkeld. Dit wordt zeker duidelijk wanneer men er de buitenlandse wetenschappelijke literatuur op naleest. De voorbeelden zijn legio: "ambulatory care centers", "day surgery centers", "office-based surgery", "freestanding ambulatory of surgery clinics", "walk-in clinics", "retail clinics", enzovoort.

Enkele definities ter illustratie:

**Ambulatory care centers (ACCs):** "freestanding facilities typically offering routine, non-emergency services during extended hours to walk-in, no-appointment customers" (Bigelow, 1991).

**Office-based surgery:** "operations or procedures carried out in medical practitioners' professional premises which provide appropriately designed, equipped and serviced rooms for their safe performance" (Toftgaard & Parmentier, 2006).

**Day surgery procedure:** "An operation or procedure which is not outpatient or office-based, where the patient is discharged on the same working day." (Toftgaard & Parmentier, 2006)

**Freestanding emergency center:** op zichzelf staande spoedafdeling, als satelliet voor het 'basisziekenhuis' (Zuckerman, 2007).

**Walk-in center:** "a facility that is physically separate from a hospital, has extended hours of service, and which accepts patients without an appointment or a referral". (Jones, 2000, p.928).

**Retail clinic:** "Most retail clinics are located near the prescription counter inside large grocery stores or pharmacies. They are open long hours seven days a week. They are staffed by nurse practitioners or physician assistants who diagnose and treat common illnesses, give immunizations, do physical examinations, and perform a limited number of procedures. Most are owned, not by doctors or hospitals, but by one of a dozen for-profit companies with up to 200 clinics each" (Kamerow, 2007).

Hiernaast is er natuurlijk nog de Belgische situatie, waarbij gesproken wordt over dagziekenhuizen, chirurgische dagziekenhuizen, poliklinieken, dagcentra, enzovoort. Daarenboven zijn sommige eerstelijnsvoorzieningen, terwijl andere eerder tot de tweede- of derdelijnszorg behoren. Het lijkt dan ook nuttig enige eenduidigheid in dit amalgaam van "ambulante zorgcentra" aan te brengen.

Anderzijds dient beklemtoond te worden dat een dergelijke oefening allerminst evident is en *in se* niet tot de doelstellingen van deze studie behoort. We willen immers niet verzanden in eindeloze discussies over definiëringen, welke diensten al dan niet aanwezig moeten zijn in de ene of gene zorginstelling, welke de onderscheidende kenmerken zijn, enz.

Het is met name onze opvatting dat gezien de evoluties van de voorbije jaren, en dan vooral de explosie in nieuwe technieken en modaliteiten, een duidelijke aflijning tussen de ambulante zorginstellingen héél moeilijk is geworden. Waarin onderscheiden bijvoorbeeld een polikliniek en een niet-chirurgisch dagziekenhuis zich nog van elkaar? Of nog, zou een door arts-specialisten extern opgericht centrum waar invasieve ingrepen kunnen gebeuren een polikliniek, dan wel een chirurgische dagkliniek zijn? Weze het uiteraard dat dergelijke verzelfstandiging vooralsnog onmogelijk is in België.

Wel menen we een mogelijkheid te zien in het afbakenen op grond van de historiciteit. **Dagziekenhuizen** liggen met name in het verlengde van de algemene ziekenhuizen en zijn er een uitloper van. Als gevolg van de stelselmatige beddenreductie en verkorting van de verblijfsduur enerzijds en de medische evoluties anderzijds, was het steeds meer mogelijk patiënten op één dag te behandelen zonder te hoeven hospitaliseren (cf. supra). De evolutie van acute ziekenhuisbedden naar dagziekenhuisbedden is m.a.w. historisch gegroeid en het dagziekenhuis vindt op deze manier zijn bestaansrecht in of naast het ziekenhuis.

De **polikliniek** wordt hoofdzakelijk geconcipeerd als een plaats waar de arts-specialist raadplegingen uitvoert, weze het binnen de muren van het ziekenhuis. In die zin is de polikliniek traditioneel verbonden met het ziekenhuis en dus de tweedelijnszorg (Gemmel & Mortier). De polikliniek vormt dan ook, samen met de spoedafdeling, de toegangspoort waarlangs patiënten het ziekenhuis betreden. Anders gezegd, de polikliniek is de belangrijkste bron van waaruit de "core-business" van het ziekenhuis wordt gevoed (Politis, 2007, p.35). De mogelijkheid bestaat evenwel dat poliklinieken opgericht worden door huisartsen, waardoor ze eerder tot de eerstelijnszorg behoren. Men denke hierbij aan huisartsenposten of "walk-in clinics". Ten gevolge van de toegenomen medische technologie en de steeds verder schrijdende subspecialisatie is de polikliniek doorheen de jaren uitgroeid tot een specialistisch centrum met vaak een multidisciplinaire werking.

Het belangrijkste onderscheidende element tussen de poliklinische activiteit en de dag-hospitalisatie is dat er bij opname in het dagziekenhuis steeds een zekere **plaatstoewijzing** gebeurt. De patiënt wordt tijdens het verblijf een kamer, bed of stoel toegewezen waar hij gedurende de opname kan "verblijven" (Gemmel & Mortier, 2006; cf. Erkenning-criteria "niet-chirurgische daghospitalisatie", infra). Dergelijke plaatstoewijzing is ongebruikelijk in de poliklinische activiteit.

Voor het verdere verloop van deze studie zal daarom worden uitgegaan van een **continuüm** aan ambulante zorginstellingen. Aan het ene uiterste plaatsen we de **ambulante zorg**, als zijnde alle raadplegingen van patiënten zonder dat zij dienen te worden opgenomen. Hierin kan m.a.w. de poliklinische activiteit geplaatst worden. Daarnaast is er de **daghospitalisatie**, waarbij de patiënt (normaliter) voor minder dan 24 uur wordt opgenomen. Het andere uiterste van het continuüm betreft dan de **hospitalisatie**, waarbij de patiënt voor langere tijd wordt opgenomen. Vermits gesproken wordt van een continuüm zijn hiertussen *gradaties*, bijvoorbeeld de patiënt die initieel in daghospitalisatie werd opgenomen, maar achteraf toch dient te worden gehospitaliseerd als gevolg van complicaties of andere factoren.

### 3.4 Typologie van gespecialiseerde ambulante zorgcentra

Niettemin blijft het nuttig een theoretisch raamwerk te creëren waaraan de ene of gene ambulante zorginstelling kan worden getoetst en een plaats kan worden gegeven. Onderstaande typologie is hiervan een betrachting (Gershon *et al.*, 1995).

De gespecialiseerde ambulante zorgcentra kunnen worden onderverdeeld in vijf modellen, gedifferentieerd op basis van:

- de locatie op of buiten de ziekenhuiscampus;
- de aggregatie, integratie of scheiding van de "inpatient" en "outpatient" zorg;
- de concentratie van verschillende diensten op een of meerdere locaties;
- de allesomvattende aard van de "off-site" (i.e. buiten-campus) instellingen.

Zodoende komt men tot een **vijfledige typologie**, met enerzijds drie "on-site" modellen en anderzijds twee "off-site" modellen:

*Op de ziekenhuiscampus:*

- *Ziekenhuis geïntegreerd*: de ambulante zorg en hospitalisatie worden tezamen aangeboden in één gebouw. De dienstverlening verloopt geïntegreerd in de organisatie. De dag- en gehospitaliseerde patiënten ontvangen zorg van hetzelfde personeel en via dezelfde middelen.
- *Ziekenhuis geaggregeerd*: de ambulante zorg wordt binnen het ziekenhuis verstrekt, maar is fysisch – en eventueel zelfs organisatorisch – gescheiden van de gehospitaliseerde zorg. Dergelijke zorg kan op een aparte verdieping of vleugel worden aangeboden. In de praktijk vloeien de ambulante en gehospitaliseerde zorg vaak in elkaar over.
- *Gescheiden van het ziekenhuis*: de ambulante zorg wordt in een gebouw vlakbij, maar fysisch gescheiden van het ziekenhuis aangeboden. Het dagziekenhuis kan al dan niet effectief verbonden zijn met het ziekenhuis.

*Buiten de ziekenhuiscampus:*

- *Ziekenhuis zonder bedden* ("satelliet"): de ambulante zorg wordt in een ambulant zorgcentrum verstrekt waar heel wat medische diensten kunnen worden aangeboden, behalve de hospitalisatiefunctie. Het ambulant zorgcentrum bevindt zich niet op de campus van het ziekenhuis.
- *Ziekenhuis zonder muren* ("satelliet"): de ambulante zorg wordt verstrekt op verschillende locaties buiten de campus. Elke locatie biedt slechts een bepaald aantal diensten specifiek voor de markt waartoe men zich richt, bv. urgentie, diagnostische beeldvorming, enzovoort.

Dergelijke typologie is gebaseerd op internationale literatuur en dus niet volledig te transfereren naar de Vlaamse of Belgische situatie. In een eerder uitgevoerd onderzoek werden a.d.h.v. deze typologie reeds de Vlaamse poliklinieken gecatalogeerd (Gemmel & Mortier, 2006). Ook inzake dagchirurgie vindt men een gelijkaardige typologie (Castoro *et al*, 2007; Jarret & Roberts, 2006).

### 3.5 De Vlaamse ambulante zorgcentra uit de tweede lijn: het (chirurgisch) dagziekenhuis en de polikliniek

Alvorens de meer inhoudelijke thema's aan te snijden, wordt eerst een overzicht gegeven van de belangrijkste ambulante zorgcentra in Vlaanderen. Zonder al te veel stil te staan bij het hoe en waarom van de definitie wensen we toch enige begripsafbakening voorop te stellen. Dit uiteraard binnen het overkoepelende kader van de "ambulante zorg".

#### 3.5.1 *Het dagziekenhuis*

Als dagziekenhuis wordt beschouwd *"een georganiseerde en geïntegreerde functie van dagbehandeling in de inrichting met vastgestelde procedures voor de selectie van de patiënten, de veiligheid, het kwalitatief toezicht, de continuïteit, de opstelling van verslagen en de samenwerking met de diverse medisch-technische diensten; wordt beschouwd als geïntegreerd in de inrichting, de functie van dagbehandeling geëxploiteerd door de inrichting en onder leiding van een geneesheer-specialist van de inrichting"* (art.2 Omzendingbrief 2007/10).

Sinds kort zijn er tevens wettelijke **erkenningnormen** met betrekking tot de ziekenhuisfunctie **"niet-chirurgische daghospitalisatie"** uitgevaardigd (K.B. 10 februari 2008). Deze betreffen o.a.:

- Niet-chirurgische daghospitalisatie wordt beschouwd als een ziekenhuisfunctie.
- De functie maakt organisatorisch en functioneel deel uit van een algemeen ziekenhuis en bevindt zich op dezelfde vestigingsplaats.
- De functie wordt uitgebaat door dezelfde inrichtende macht als het ziekenhuis op wiens vestigingsplaats ze zich bevindt.
- De functie verricht, gebruik makend van de infrastructuur van het algemeen ziekenhuis en met de inzet van medisch, verpleegkundig en/of paramedisch personeel van het ziekenhuis, geplande niet-heelkundige diagnostische en therapeutische handelin-

gen, zonder dat zulks aanleiding geeft tot een ziekenhuisverblijf met overnachting. Indien een overnachting is aangewezen dient hiervoor een procedure voorzien te zijn.

- De functie vormt één of meerdere herkenbare en aanwijsbare entiteiten.
- De functie dient over patiëntenkamers te beschikken in functie van de aard en het aantal verstrekkingen.
- De functie beschikt over schriftelijk vastgelegde selectiecriteria betreffende zowel de patiënten als de diagnostische en therapeutische handelingen die in daghospitalisatie verricht worden.
- De functie heeft gedurende de openingsuren een eigen verpleegkundige en verzorgende personeelsopstelling, te onderscheiden binnen de personeelsopstelling van het ziekenhuis.

Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen de 'gewone' (niet-)chirurgische dagziekenhuizen en de meer gespecialiseerde dagziekenhuizen. Vele dagziekenhuizen zijn dermate uitgebouwd dat ze over alle mogelijke specialismen (oncologie, urologie...) beschikken en de nodige onderzoeken, evenals veel voorkomende, kleine ingrepen kunnen uitvoeren. In die zin leveren deze **dagziekenhuizen** vandaag de dag een zekere '**basiszorg**'. Ook Lemos, Jarret & Philip (2006) stellen dat het dagziekenhuis in de toekomst, naast dagchirurgie, steeds meer **medische dagzorg**, zoals diabetesstabilisatie, grondige onderzoeken, chemotherapie, bloedtransfusie, enz. zal verstrekken (infra).

Anderzijds heeft men de **gespecialiseerde dagziekenhuizen**, ook wel 'zorgklinieken' genaamd, waar men zich toespitst op specifieke pathologiën of patiënten. Zo zijn er sinds 2007 in verschillende ziekenhuizen geriatrische dagziekenhuizen opgericht; bestaan er oncologische dagziekenhuizen (bv. de zogenaamde 'borstklinieken'), fertiliteitklinieken met een zorgprogramma 'reproductieve geneeskunde', enzovoort. Deze zijn derhalve gekoppeld aan **zorgprogramma's** in de ziekenhuizen en worden deels gestimuleerd door de overheid via subsidiëring. Dergelijke dagziekenhuizen werken daarbij in multidisciplinair verband. Het geriatrisch dagziekenhuis is bijvoorbeeld gericht op psychologische en cognitieve stoornissen, valproblematiek, revalidatie, enz. bij geriatrische patiënten.

Op te merken valt hierbij ten slotte dat gezien de koppeling aan het zorgprogramma van het ziekenhuis er minstens een *functioneel samenwerkingsverband* moet bestaan en er nooit sprake kan zijn van een volledige verzelfstandiging van het dagziekenhuis (cf. erkenningsnormen zorgprogramma's). In het geval van geriatrie kunnen er wel geïsoleerde geriatriediensten bestaan, maar dan enkel wanneer ze erkend zijn als zorgprogramma, dan wel een functioneel samenwerkingsverband hebben met een algemeen ziekenhuis dat over een dergelijk zorgprogramma beschikt (art.2 K.B. 29 januari 2007).

### 3.5.2 Het chirurgisch dagziekenhuis

#### *Begripsbepaling*

Een bijzondere vorm van specialisatie betreft het chirurgisch dagziekenhuis. Voor chirurgische dagziekenhuizen bestaan er wettelijk bepaalde **erkenningsnormen** (K.B. 25 november 1997), waaronder:

- De chirurgische daghospitalisatie wordt beschouwd als een ziekenhuisfunctie.

- Het chirurgisch dagziekenhuis maakt organisatorisch en architecturaal deel uit van een algemeen ziekenhuis en bevindt zich op dezelfde vestigingsplaats.
- Het wordt uitgebaat door dezelfde inrichtende macht als het ziekenhuis op wiens vestigingsplaats het zich bevindt.
- Er worden heelkundige ingrepen verricht in een operatiezaal die voldoet aan de desbetreffende normen van een erkende dienst voor diagnose en voor heelkundige behandeling (kenletter C).
- De ingrepen worden verricht zonder dat ze aanleiding geven tot een ziekenhuisverblijf met overnachting.

#### *Voordelen van dagchirurgie*

Op het vlak van dagchirurgie vervult België zeker nog geen voortrekkersrol. Gemiddeld gezien bedraagt in België het aantal ingrepen uitgevoerd in dagchirurgie 30 à 40% van het totaal aantal ingrepen. In het buitenland liggen deze gemiddeldes véél hoger, met als koplopers de V.S. en Canada met een gemiddelde van meer dan 80% (Toftgaard & Parmentier, 2006). Internationaal gezien heeft dagchirurgie nog niet het volledige potentieel bereikt (Roberts, 2006) en een verdere stijging lijkt dan ook onafwendbaar (Lemos, Jarret & Philip, 2006). Ook voor België kan – gezien het aanwezige groeipotentieel – de komende jaren nog een sterke toename worden verwacht.

De **voordelen** van dagchirurgie zijn dan ook legio, waaronder verhoogde doorstroming (“throughput”) van patiënten, verbeterde operatieplanning, verlaging van de personeelsbehoefte en van de kosten, stelselmatig inkorten van de wachtlijsten, hoge patiënttevredenheid, enz.

Vanuit **medisch oogpunt** kan worden gesteld dat dagchirurgie even veilig, zo niet veiliger is als chirurgie binnen het ziekenhuis. Zo is er een uiterst lage graad van ernstige morbiditeit en mortaliteit als direct gevolg van dagchirurgie (<1%), evenals een lage graad van onverwachte complicaties of (her)opnames (Castoro *et al.*, 2006; Lermite & Chung, 2005; Qadir & Smith, 2007). Een ander element van veiligheid is het risico op ziekenhuisinfecties, wat in daghospitalisatie veel lager is (Lemos, Jarret & Philip, 2006). Uiteraard geldt dit alles enkel wanneer rekening wordt gehouden met alle richtlijnen en organisatorische principes inzake dagchirurgie (cf. International Association for Ambulatory Surgery).

Daarenboven biedt dagchirurgie belangrijke **financiële voordelen**. In de eerste plaats wat de ziekenhuiskosten zelf betreft. Deze zijn namelijk 25-68 % lager voor een ingreep in dagchirurgie dan voor een gelijkaardige ingreep met verblijf in het ziekenhuis (Castoro *et al.*, 2006, p.8). Ook de patiënt zelf vaart er financieel wel bij, vermits hij minder lang dient te worden opgenomen en dus minder ziekenhuiskosten dient te betalen, evenals sneller terug aan het werk kan. Wel dient te worden opgemerkt dat de economische voordelen (voor het ziekenhuis) zich enkel voordoen wanneer de dagchirurgische opnames de ‘traditionele’, gehospitaliseerde opnames vervangen. Indien men m.a.w. de stijgende dagchirurgische activiteit niet compenseert met een gelijkaardige reductie in hospitalisatiebedden zullen de totale kosten voor het ziekenhuis stijgen (Castoro *et al.*, 2006, p.10).

De belangrijkste **sociale voordelen** betreffen dan weer de hoge patiënttevredenheid bij dagchirurgie. Dit is o.a. een gevolg van het feit dat patiënten meer persoonlijk aandacht

krijgen wanneer ze gescheiden liggen van de ernstig zieken die meer zorgbehoevend zijn (Castoro *et al.*, 2006, p.3; cf. "focused factory" theorie).

#### *Nadelen van dagchirurgie*

Hoewel dagchirurgie in veel disciplines veilig is, gaat het wel vaak gepaard met **kleine complicaties** zoals postoperatieve pijn, misselijkheid, hoofdpijn, slaperigheid, keelpijn, enz. (Lemos & Regalado, 2006). Dit kan de lengte van het verblijf beïnvloeden of kan ervoor zorgen dat het hervatten van de dagelijkse bezigheden bemoeilijkt wordt (Castoro *et al.*, 2006).

Het voorgaande impliceert tevens dat dagchirurgie bepaalde (pre- en postoperatieve) **zorgnoden** met zich meebrengt, die mogelijk doorgeschoven worden naar de eerstelijns- of mantelzorg. Op de rol die de eerstelijnszorg in deze kan spelen wordt ingegaan in het tweede deel van deze studie.

Ten slotte bestaat de mogelijkheid dat door dagchirurgie de meest zorgbehoevende patiënten in het ziekenhuis (lees: beddenhuis) achterblijven. Hierdoor zou de **werklast** voor het medische en verplegend personeel in het beddenhuis sterk kunnen toenemen (Scott, 1992). Ook hierop wordt in deel vijf teruggekomen.

#### *Verzelfstandigen van het chirurgisch dagziekenhuis*

Naar analogie met de bovenstaande typologie voor ambulante zorgcentra, kunnen verschillende **types** chirurgische dagziekenhuizen worden onderscheiden, zijnde de ziekenhuis geïntegreerde centra; de verzelfstandigde dagcentra op de ziekenhuiscampus ("self contained unit"); de verzelfstandigde dagcentra buiten de ziekenhuiscampus ("freestanding"); en de chirurgische specialistenpraktijk ("office-based") (Jarret & Roberts, 2006).

We haalden reeds aan dat vanuit de theorie van de "focused factory" gesteld wordt dat het beter is het dagziekenhuis gescheiden te houden van het beddenhuis en dat dit zowel de kwaliteit van zorg als de werkingskosten ten goede komt. Deze redenering is evenzeer van toepassing op het chirurgisch dagziekenhuis.

Chirurgische dagziekenhuizen waar de patiënten doorheen het (acute) ziekenhuis worden gespreid, worden als inefficiënt beschouwd vermits zo gebruik gemaakt wordt van dure acute bedden, materiaal en personeel (Roberts, 2006). Omgekeerd, **verzelfstandigde dagchirurgische entiteiten** zijn het meest patiënt- en kostenefficiënt, en het bouwen van een verzelfstandigde entiteit **op de ziekenhuiscampus** wordt daarbij als het beste model beschouwd (Castoro *et al.*, 2006; Lemos, Jarret & Philip, 2006; Roberts, 2006).

Het verzelfstandigen van een chirurgisch dagziekenhuis ("self containend unit") betekent dat het op één locatie staat; functioneel en structureel los van het "inpatient"-gebeuren; een eigen operatiekwartier, ziekenhuisafdeling, consultatieruimtes, wachtzalen, receptie, enz. heeft; en over eigen verplegend en medisch personeel en een eigen directie beschikt (Castoro *et al.*, 2006; Lemos, Jarret & Philip, 2006). Logischerwijze impliceert het feit dat al deze infrastructuur, materiaal en personeel apart voorzien moeten worden voor én het ziekenhuis én het dagziekenhuis een belangrijke meerkost.

Om zo **kostenefficiënt** te zijn, heeft men in dergelijke verzelfstandigde entiteiten oog voor verschillende aspecten (Bryant, 2006). Zo is er een efficiënt gebruik van de operatiekamer(s), d.w.z. een veel snellere turn-over van de operatiekamer en een zo hoog mogelijk bezetting ervan door nauwkeurige projectie van de duur van een bepaalde in-

greep (i.e. “**programmatie**”). Ook het **design** van het centrum speelt inzake efficiëntie een belangrijke rol. Het betreft hier dan een goede organisatie van de patiëntenstromen en een minimale vereiste voor personeelsverplaatsingen.

Door de grotere efficiëntie kunnen artsen ook sneller en meer ingrepen uitvoeren. Dit kan zowel voor de arts-specialist als voor het ziekenhuismanagement als een belangrijk pluspunt worden beschouwd. Het gegeven dat er mogelijk een tekort zal zijn aan bepaalde specialisten maakt dat deze chirurgische dagziekenhuizen – waar efficiënter gewerkt wordt en met minder artsen meer patiënten worden behandeld – des te noodzakelijk worden om te kunnen voldoen aan de **zorgnoden** (Bryant, 2006, p.295).

Zogenaamde “**freestanding**” **dagchirurgische ziekenhuizen** hebben enkele **voordelen** t.a.v. verzelfstandigde entiteiten op de ziekenhuiscampus. Zo is er een lager risico op ziekenhuisinfecties; een hogere turnaround van patiënten; en hogere patiënttevredenheid (Castoro *et al*, 2006). **Nadelen** t.a.v. entiteiten op de campus zijn dan weer de grotere nood aan opslagruimte; de nood aan eigen sterilisatie- en andere faciliteiten; evenals transport en toegang tot bedden in een ziekenhuis voor ernstig zieke patiënten; er dient ook een anesthesist aanwezig te zijn totdat de laatste patiënt ontslagen is (Castoro *et al*, 2006).

Het voorgaande betreffen bevindingen uit de internationale literatuur. Gezien de wettelijke normering waarbij chirurgische en niet-chirurgische daghospitalisatie functioneel en organisatorisch deel moeten uitmaken van een algemeen ziekenhuis en op dezelfde vestigingsplaats moeten gelegen zijn, is er op dit moment geen wettelijke mogelijkheid voor op zichzelf bestaande (niet-)chirurgische dagziekenhuizen buiten de ziekenhuiscampus. Via deze recente besluitvorming neemt de overheid dus een duidelijk standpunt in: volledig verzelfstandigde entiteiten voor daghospitalisatie, chirurgisch én niet-chirurgisch, buiten de ziekenhuiscampus zijn niet toegestaan in België. Dit neemt echter niet weg dat er geen ruimte is voor verzelfstandiging van het dagziekenhuis op de ziekenhuiscampus. Gelet op de genoemde inzichten uit de internationale literatuur menen we te mogen stellen dat er heel wat argumenten aan te reiken zijn om het (chirurgisch) dagziekenhuis af te splitsen van het algemeen ziekenhuis, waarbij het evenwel verbonden blijft met het algemeen ziekenhuis.

#### **Casus: Het chirurgisch dagziekenhuis van het AZ St.Blasius Dendermonde**

Het AZ St.Blasius te Dendermonde betreft een middelgroot ziekenhuis met 473 “verantwoorde bedden”. Opmerkelijk is dat anno 2006 reeds de helft van het totaal aantal ingrepen in daghospitalisatie gebeurt (Kerngegevens St.Blasius). Het uitbouwen van de gespecialiseerde ambulante zorg behoort dan ook tot één der strategische doelstellingen van het St.-Blasiusziekenhuis. Vanuit deze doelstelling enerzijds en het sterk toegenomen aantal daghospitalisaties (van 10 757 in 2002 naar 14 231 in 2006) anderzijds, werd het noodzakelijk de capaciteit van het dagziekenhuis uit te breiden (Pdc, 2007). Daarom werd enkele jaren terug een project opgestart voor de bouw van een nieuw chirurgisch dagziekenhuis. We bekijken dit even van naderbij.\*\*

De plannen voor een nieuw chirurgisch dagziekenhuis werden reeds een vijftal jaren geleden opgevat en het is de betrachting het complex in het najaar van 2010 volledig in gebruik te nemen. Zoals vermeld, zal het nieuwe complex enkel dagchirurgie bevatten. De andere disciplines, zoals oncologie, geriatrie, pediatrie, enz. vinden binnen het algemeen ziekenhuis (AZ) zelf plaats. Deze kennen immers een te kleine schaal om ze in een zelfstandige entiteit uit te oefenen.



Het nieuwe dagchirurgisch complex wordt als een vleugel aan het huidige ziekenhuis gebouwd. Hoewel het dagziekenhuis logistiek verbonden blijft met het AZ, is het de bedoeling dat het chirurgisch dagziekenhuis volledig op zichzelf kan bestaan en dus "verzelfstandigd" is. Zo is het bv. dat patiënten het AZ niet hoeven te betreden als ze naar het chirurgisch dagziekenhuis komen. Het chirurgisch dagziekenhuis wordt als een "ziekenhuisafdeling" beschouwd en staat onder leiding van de algemene directie. De dagelijkse leiding is wel in handen van een hoofdgeneesheer.

Het chirurgisch dagziekenhuis zal een bebouwde oppervlakte van ca.1000 m<sup>2</sup> beslaan en zal samengesteld zijn uit o.a. vier operatiekwartieren, vijf ziekenkamers, vijftien patiëntenboxen met brancards, een recoveryzaal met zes posities, een onthaalruimte, een sterilisatieruimte, enz. (vzw Onze-Lieve-Vrouw van Troost, 2006). Dit is ongetwijfeld een belangrijke implicatie van de keuze voor een verzelfstandigd dagziekenhuis, nl. de meerkost van het tweemaal moeten voorzien in apparatuur en infrastructuur voor zowel het dagziekenhuis als het algemeen ziekenhuis. De totale kostprijs van het bouwproject wordt overigens geraamd op ca. 3,7 miljoen euro.

Het chirurgisch dagziekenhuis zal een cyclische indeling kennen waarbij de patiënt centraal staat. Men spreekt ter zake ook over een "racetrack design" (Jarret & Roberts, 2006). Meer concreet zal de patiënt via een ondergrondse parking het complex binnen rijden en via de lift tot in het *onthaal* van het dagziekenhuis komen. Na de registratie zal de patiënt naar één van de vier *operatiekwartieren* worden gebracht, waar de ingreep plaatsvindt. Vervolgens schuift de patiënt door naar de *recovery room* om te herstellen. Ten slotte gaat de patiënt verder naar de *ontslagruimte*, waar hij bv. de nodige formulieren, informatie, enz. kan meekrijgen alvorens het chirurgisch dagziekenhuis te verlaten. Op deze manier is er dus geen enkele interferentie met het AZ en de gehospitaliseerde patiënten. Het omgekeerde is wel mogelijk, nl. dat gehospitaliseerde patiënten een ingreep ondergaan in het dagziekenhuis.

Vermits het chirurgisch dagziekenhuis architectonisch verbonden blijft met het AZ blijft het eveneens mogelijk patiënten met complicaties snel door te sturen naar het AZ. Op deze manier wordt de veiligheid van de patiënt steeds gegarandeerd, wat overigens een eis was van de geneesheren.

Wat het personeel betreft, werkt men met een vaste equipe chirurgen die zowel in het AZ als in het dagziekenhuis opereren. Er is dus enige flexibiliteit van de chirurgen nodig, vermits ze op twee plaatsen dienen te opereren. Voordeel hiervan is wel dat de in het ziekenhuis aanwezige expertise eveneens in het dagziekenhuis aanwezig is. De rest van het medisch personeel werkt enkel in het dagchirurgisch ziekenhuis.

Alles wat betreft design, infrastructuur, faciliteiten, enz. van het chirurgische dagziekenhuis werd gekozen vanuit één achterliggende doelstelling: de patiënt centraal stellen. Vooreerst is het de bedoeling dat alle patiënten die in aanmerking komen voor een ingreep van algemene aard zonder nachtverblijf, behandeld zullen worden in het chirurgisch dagziekenhuis. Daarnaast tracht men tegemoet te komen aan de gewijzigde verwachtingen van de patiënt. Ongeacht de zwaarte van de ingreep, wenst deze bovenal luxe en comfort voor, tijdens en na de ingreep. Het betreft hier dan goed eten, tv op de kamer, enz. maar eveneens een snelle behandeling en niet het gevoel hebben dat men in een ziekenhuis verblijft. Dit laatste werkt ook voordelig voor het dagziekenhuis, vermits de zorgbehoefte en dus de personeelsbelasting kleiner wordt naarmate de patiënt langer zelfredzaam blijft.

Ten slotte nog kort over de financiering van dit bouwproject. Het hele project zal worden gerealiseerd binnen de vigerende VIPA-reglementering, maar wanneer het verkrijgen van infrastructuursubsidies te lang op zich zou laten wachten, zal het AZ St.Blasius de nieuwbouw met eigen middelen financieren.

\*\* Interview met dhr. Hugo Casteleyn, algemeen directeur van het AZ St.-Blasius, Dendermonde, 01 april 2008.

### 3.5.3 De polikliniek

Ook voor wat de polikliniek betreft, lijkt het nuttig eerst nader te omschrijven wat eronder wordt verstaan. Let wel, het betreft hier een academisch-wetenschappelijke definitie en géén wettelijke definitie. Deze laatste is tot op heden afwezig. Onder "polikliniek" wordt verstaan "*het geheel van voorzieningen (ruimtelijk, personeel en instrumenteel) dat in stand wordt gehouden teneinde de ambulante patiënt, die één of meerdere arts of specialiteit wenst te raadplegen op te vangen en te accommoderen ten behoeve van onderzoek en behandeling, zonder opname of verblijf*" (Gemmel & Mortier, 2006, p.14).

Zoals reeds werd aangegeven, zijn er binnen de poliklinieken belangrijke evoluties waar te nemen, die er toe bijdragen dat de afbakening van wat allemaal onder de "poliklinische activiteit" valt, moeilijker te maken is.

Vooreerst dient er op gewezen dat er, net als voor de daghospitalisatie, de afgelopen 5 à 10 jaren in de meeste ziekenhuizen een belangrijke **toename** van de poliklinische activiteit vast te stellen is (Gemmel & Mortier, 2006).

Een andere tendens is de voortschrijdende specialisatie binnen de gezondheidszorg, wat zich eveneens weerspiegelt in de poliklinische activiteit. Er ontwikkelen zich m.a.w. steeds meer vormen van **subspecialisatie** in de poliklinieken (Gemmel & Mortier, 2006).

Een laatste, voor deze studie uiterst relevante tendens, is deze van het extern oprichten van poliklinieken. Het gaat hier dan om **verzelfstandigde "satellietpoliklinieken"** weg van de ziekenhuiscampus. Deze trend bekijken we even van naderbij.

#### *Verzelfstandigen van de polikliniek*

Voor het extern oprichten van poliklinieken is het belangrijk een onderscheid te maken tussen wie de **oprichter** is van deze polikliniek, m.n. het ziekenhuismanagement dan wel (een groep van) arts-specialisten of huisartsen (Gemmel & Mortier, 2006).

We haalden reeds aan dat de polikliniek, samen met de spoedafdeling, traditioneel de toegangspoort is waarlangs de patiënten het ziekenhuis betreden. In die zin heeft de polikliniek een belangrijke **strategische waarde** voor het ziekenhuis, vermits langs deze weg de instroom van patiënten kan worden verzekerd. Hoewel dit laatste niet meteen vanuit een commerciële invalshoek dient te worden bekeken, is het nu eenmaal een realiteit dat ziekenhuizen en artsen voor hun inkomen afhankelijk zijn van een bepaalde patiëntenstroom (Gemmel & Mortier, 2006).

Een manier om deze instroom te verhogen, is het oprichten van een polikliniek buiten de ziekenhuiscampus. Via een dergelijke satellietpolikliniek vergroot het ziekenhuis zijn **marktaandeel** in de regio en kan het nieuwe patiënten weten aan te trekken (Bigelow, 1991; Zuckerman, 2005; Zuckerman, 2007). Gezien de van overheidswege opgelegde schaalgroottes voor bepaalde behandelingen (cf. borstklinieken, aantal pediaters, enz.) is het uitbreiden van "het marktgebied" een logische en vooral strategische keuze door het ziekenhuismanagement. Men dient er evenwel voor beducht te zijn op deze manier het marktgebied van andere ziekenhuizen niet te penetreren. Hierdoor zou er namelijk concurrentie ontstaan en dit wordt als vijandig of deontologisch onverantwoord gedrag beschouwd (Vdr, 2004). Hierbij dringt zich onzes inziens opnieuw een **belangrijke vraag** op, met name in hoeverre de overheid hiertegen dient op te treden? En zo ja, hoe zij dit

zal doen, namelijk regulerend (bv. via het instellen van zorggebieden of zorgregio's) en sanctionerend, dan wel door een zekere "marktwerking" toe te laten, waarbij de ziekenhuizen zelf initiatieven ontwikkelen.

Een ander motief voor het oprichten van een externe polikliniek betreft het verhogen van de **toegankelijkheid** voor de patiënt, bijvoorbeeld wanneer het ziekenhuis vanuit een bepaalde regio moeilijker te bereiken is. Door een externe polikliniek dient deze patiënt immers niet meteen naar het ziekenhuis af te zakken. Wanneer verdere behandeling toch nodig blijkt, kan de patiënt worden doorverwezen. Op deze manier verhoogt het (acuut) ziekenhuis uiteraard ook het aantal opnames. Dergelijke polikliniek kan tevens een belangrijk argument zijn in de chronische zorg (bv. nierdialyse), vermits chronische patiënten frequent het ziekenhuis dienen te bezoeken en een dichtbij gelegen polikliniek ongetwijfeld de toegankelijkheid verhoogt.

Ten slotte is er het gegeven dat veel ziekenhuizen de voorbije jaren geconfronteerd zijn met fusies en overnames. Dit houdt in dat er architectonisch soms **verschillende locaties** zijn waar de poliklinische activiteiten worden aangeboden. Deze zijn gelokaliseerd op verschillende campussen in de regio en zijn wederom van strategisch groot belang, o.a. inzake het aantrekken van patiënten (Gemmel & Mortier, 2006). Nog een voordeel is dat men op een dergelijke satellietcampus disciplines kan aanbieden die belangrijk zijn in de regio en dat schaalvoordelen per discipline kunnen worden aangewend. Nadelen zijn evenwel dat patiënten zich soms verder moeten verplaatsen, artsen op verschillende plaatsen dienen te werken en dat diensten en materiaal dubbel aangeboden en aangekocht dienen te worden (Gemmel & Mortier, 2006).

#### Casus: Polikliniek Zelzate

Een case die in de Gentse regio interessant is van naderbij te bekijken, is de poliklinische activiteit die door de vzw AZ St- Lucas & Volkskliniek in Zelzate wordt ontplooid.\* Vanuit historisch perspectief behoorde de polikliniek in Zelzate oorspronkelijk tot AZ Volkskliniek, en deze werd mee opgenomen in de structuur van de vzw wanneer het AZ St.-Lucas en AZ Volkskliniek in 2004 fuseerden.

In de polikliniek Zelzate kon men terecht voor chirurgische specialismen als algemene heelkunde, orthopedie, urologie, gynaecologie, oogziekten, neus-keel-oor en huidziekten, en voor interne specialismen als gastro-enterologie, cardiologie, pneumologie en zenuwziekten (Focus, 2006). Verder zijn er consultaties plastische chirurgie en is er een laboratorium-prikcentrum. Hiernaast opende AZ Sint-Lucas in 2001, eveneens in Zelzate, een low-care hemodialyse-centrum, waar nierpatiënten terecht kunnen voor een nierdialyse.

Gezien de sterke toename in de activiteiten van de polikliniek werd het plan opgevat een nieuwe polikliniek te bouwen (X, 2005). Dit blijkt geen foutieve beslissing, want het aantal consultaties blijft jaar na jaar stijgen: van ca. 5000 in 2004 naar ca. 7000 consultaties in 2007. Voor de bouw van de nieuwe polikliniek werd samengewerkt met het OCMW Zelzate, dat o.a. de nodige gronden ter beschikking stelde. Belangrijk is dat dit nieuwe gebouw, naast de reeds bestaande poliklinische activiteiten, eveneens het low-care hemodialyse-centrum en een uitgebreide medische beeldvormingsafdeling zal herbergen. Men gaat dus over tot de integratie van verschillende disciplines binnen de polikliniek. Het "Medisch centrum Zelzate" wordt verwacht medio 2008 haar deuren te openen.

Bekijken we het financiële plaatje, stellen we vast dat er voor dit nieuwbouwproject géén beroep wordt gedaan op subsidiëring van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aange-

legenheden (VIPA). Vzw AZ St- Lucas & Volkskliniek financiert de nieuwbouw m.a.w. met eigen middelen. Ook de huidige polikliniek is zelfbedruipend. De arts-specialisten huren de nodige faciliteiten van het ziekenhuis, maar staan verder zelf in voor de financiering van de polikliniek (Interview dhr. Vandenberghé).

Wanneer de polikliniek geen "inkomsten" genereert voor het ziekenhuis dringt zich de vraag op welk belang het ziekenhuis heeft bij deze polikliniek? Uiteraard betreft het hier een belangrijke strategische waarde, namelijk het verzekeren van patiëntenstromen. Arts-specialisten verwijzen immers patiënten door naar het ziekenhuis wanneer verdere onderzoeken of opname vereist is. Over welke "capaciteitsuitbreiding" hiermee voor AZ St. Lucas werd gerealiseerd, bestaan echter geen gegevens.

Naast de strategische waarde voor het ziekenhuis dient ook het belang voor de patiënt, en bij uitbreiding voor de vervulling van de zorgbehoeften in de regio, in beschouwing te worden genomen. Hierin stellen we vast dat deze externe polikliniek relevante zorgnoden vervult in de regio. Voor het noordelijke deel van Oost-Vlaanderen is het AZ St.-Lucas het dichtstbijzijnde ziekenhuis en patiënten uit bv. Evergem, Lochristi en Zelzate dienen dan ook af te zakken naar het Gentse stadscentrum. In die zin kan er toch van een zeker toegankelijkheidsprobleem worden gesproken en is het voordelig een polikliniek dichterbij te hebben. Daarenboven bestond de polikliniek reeds en is het m.a.w. een historisch gegeven.

Dit laatste heeft er ongetwijfeld toe bijgedragen dat er minder contestatie was vanwege de huisartsen op deze "nieuwe polikliniek".\*\* Zij werden ook steevast betrokken in het project via informatiecampagnes ed.

\* Interview met dhr. Vandenberghé, Algemeen directeur AZ Sint-Lucas Gent,

\*\* Noot: Op basis van interview Dhr. Vandenberghé. Dit werd niet nader onderzocht door de onderzoeksequipe.

**Arts-specialisten** hebben dan weer andere motieven om zich buiten het ziekenhuis te vestigen. In de eerste plaats winnen ze op deze manier **autonomie** op management vlak, zoals de keuze in personeel waarmee ze wensen te werken, welk materiaal ze aankopen, enz. De mogelijke **financiële voordelen** van een eigen praktijk zijn ongetwijfeld evenzeer belangrijk. De arts-specialist dient m.n. op zijn activiteiten binnen het ziekenhuis een bepaald percentage te betalen aan het ziekenhuis. Het betreft hier een vergoeding voor het gebruik van materiaal, personeel, infrastructuur, enz. Dit maakt dat het voor sommige specialisten interessanter kan zijn buiten het ziekenhuis te werken (Politis, 2007). Zij kunnen dan een eigen praktijk opstarten, al dan niet met enkele collega's om de kosten te spreiden. Hierbij dient te worden opgemerkt dat dit niet per se als concurrentie voor het ziekenhuis hoeft te worden beschouwd. Er kan immers ook een **samenwerkingsverband** zijn met het ziekenhuis, waardoor doorverwijzing nog steeds mogelijk is. Is een dergelijk samenwerkingsverband afwezig, zijn ziekenhuizen afwijzend tegenover deze privé- en groepspraktijken, o.a. omdat zij er geen enkele controle op hebben (Gemmel & Mortier, 2006).

Ten slotte dient er op gewezen dat de vestiging van artsen vrij is. Er is dus wettelijk gezien geen enkel probleem met het oprichten van een eigen (groeps)praktijk door arts-specialisten in gelijk welke regio. Daarenboven bestaat de mogelijkheid dat het ziekenhuis, via de Algemene Regeling, arts-specialisten in de mogelijkheid stelt externe activiteiten uit te oefenen (Gemmel & Mortier, 2006).

Worden in dergelijke groepspraktijken heelkundige ingrepen uitgevoerd, bevindt men zich in het segment van de zgn. **“office-based”** of **“back-office” surgery**. Net als verzelfstandigde dagziekenhuizen buiten de campus, vallen ook deze centra buiten de ziekenhuiswet. Ze genieten geen enkele vorm van financiering, behalve dan deze voorzien in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen (Politis, 2007). Dergelijke private zorgcentra of privépraktijken zijn echter een realiteit en kennen zelfs de afgelopen jaren een opmerkelijke opgang. Esthetische chirurgieklinieken (“wellness-klinieken”) en oftalmologieklinieken zijn ongetwijfeld de gekendste voorbeelden, maar ook disciplines als orthodontie, neus-keel en oor, enz. vinden steeds vaker buiten het ziekenhuis plaats.<sup>4</sup>

Het uitgangspunt van back-office surgery is dat vele (kleine) ingrepen buiten het ziekenhuis kunnen worden uitgevoerd.<sup>5</sup> Als **voordelen** van dergelijke specialistenpraktijken kunnen de meeste voordelen van dagchirurgie worden genoemd, aangevuld met een vlottere dienstverlening met meer comfort en persoonlijke aandacht dan in een (dag)ziekenhuis; mits goed management kunnen de kosten nog extra gedrukt worden en gezien de kleinere grootte hebben ze ook minder volume nodig om rendabel te zijn; artsen zijn als eigenaars volledig autonoom, het is gemakkelijk en hun tijd wordt efficiënter gebruikt (Bartholomeusz, 2006).

De **patiëntveiligheid** dient wel een belangrijk aandachtspunt te zijn, vermits men niet van de infrastructuur van het ziekenhuis kan gebruik maken. Dergelijke centra dienen dan ook aan striktere normering te worden onderworpen (Qadir & Smith, 2007). Wanneer aan alle kwaliteits- en accrediteringsvoorwaarden wordt voldaan, kunnen deze specialistenpraktijken voor welbepaalde ingrepen perfect patiëntveilig zijn (Roberts, 2006; Bartholomeusz, 2006).

Op de mogelijke voor- en nadelen van dergelijke verzelfstandigde centra en de impact daarvan op het vervullen van de zorgbehoeften in een bepaalde regio wordt dieper ingegaan in deel vijf. We kunnen alvast stellen dat het belangrijk wordt **“de juiste zorg, op de juiste plaats”** aan te bieden en dat hierbij rekening dient gehouden te worden met welke doelstellingen en performantie-indicatoren men wenst na te streven.

### 3.6 Tussentijdse conclusie: de belangrijkste trends

Resumerend zetten we kort de volgens ons belangrijkste trends inzake de gespecialiseerde ambulante zorg op een rijtje:

- De spectaculaire groei van de ambulante zorg in de tweede lijn zet zich verder door.
- Veel ziekenhuizen breiden hun dagziekenhuis uit of bouwen aan het ziekenhuis een nieuw complex.
- Een verdere uitbreiding van de poliklinische activiteit, met een sterke (sub)specialisatie.

<sup>4</sup> Noot: dit werd ons medegedeeld in verschillende expert-interviews. We beschikken helaas niet over cijfermateriaal om deze stelling te staven.

<sup>5</sup> Op de medische achtergrond hiervoor wordt niet dieper ingegaan, maar wordt verwezen naar o.a. Politis, 2007; Bartholomeusz, 2006; Jakobson, 2006. We menen wel dat dergelijke discussie belangrijk is en dient gevoerd te worden, opdat kan worden bepaald onder welke voorwaarden bepaalde ingrepen buiten het ziekenhuis kunnen worden uitgevoerd.

- Soomige ziekenhuizen zien opportuniteiten in het extern oprichten van een polikliniek, andere zien dit als een bedreiging (nl. concurrentie).
- Arts-specialisten zien opportuniteiten in het oprichten van een eigen praktijk, ziekenhuizen beschouwen dit als een bedreiging wanneer er geen samenwerkingsverband en dus geen doorverwijzing is.
- Een sterke opkomst van zgn. zorgklinieken: inzake oncologie, geriatrie, enz., multidisciplinair ingevuld en gekoppeld aan zorgprogramma's.
- Een sterke opkomst van private ambulante zorgcentra (cf. "wellness"-klinieken voor esthetische chirurgie; oogklinieken; enz.)

Ten slotte wensen we op te merken dat deze laatste tendens niet nader wordt uitgewerkt. Hoewel de opkomst van private ambulante zorgcentra ontegensprekelijk aan de orde is, en dit een belangrijk aandachtspunt dient te zijn voor de overheid, zullen we deze topic niet ten gronde uitwerken. In de eerste plaats omdat we er van uitgaan dat deze centra geen bijdrage leveren aan de realisatie van een zorgcontinuüm voor de patiënt en dergelijke private centra weinig relevantie hebben in een publiek gestuurd gezondheidszorgsysteem. Anderzijds beschikken we niet over voldoende empirisch en statistisch materiaal om een oplijsting te maken van welke en hoeveel van dergelijke centra thans in België bestaan.

Het strekt echter tot aanbeveling dat de bevoegde overheden zo spoedig mogelijk in een uitgebreid debat criteria en regelgeving ontwikkelen, o.a. wat betreft kwaliteit en patiëntveiligheid, waaraan de genoemde centra worden onderworpen. Worden private zorgcentra en privépraktijken inderdaad aan dezelfde criteria onderworpen als andere zorginstellingen, zou dit kunnen impliceren dat zij ook op dezelfde financiering moeten kunnen rekenen. Dit impliceert op zijn beurt dat dergelijke privé-initiatieven door de overheid worden erkend en goedgekeurd. Wat er ook van zij, de tijd lijkt aangebroken hieromtrent een uitgebreid debat te voeren.

## **4 Netwerken in Vlaanderen – Hoe en waarom?**

### 4.1 Inleiding

De jongste jaren opereerden Vlaamse ziekenhuizen in een turbulente omgeving: schaalvergrotingen, de toenemende concurrentie, de toegenomen mondigheid van patiënten, de introductie van pathologiefinanciering en budgetfinanciering getuigen van de dynamiek in de omgeving.

Tegenover deze dynamiek moeten we echter vaststellen dat de organisatie van de gezondheidszorg (op micro- en macroniveau) gedurende tientallen jaren weinig of niet veranderde. Op microniveau bleven de ziekenhuizen bijvoorbeeld functioneel gestructureerd. Op sectorniveau zien we dat ziekenhuizen gedurende een lange tijd autonoom functioneerden waarbij elk ziekenhuis het volledige spectrum aan zorgverlening trachtte te realiseren. Verder bestond er weinig aandacht voor het proces dat de patiënt doorliep voor en na de acute fase van opname in het ziekenhuis. De integratie op basis van de patiëntenbehoeften stopte als het ware aan de muren van het ziekenhuis.

Het ziekenhuismanagement beseftte echter in toenemende mate dat de huidige wijze van organisatie steeds minder geschikt was om tegemoet te komen aan de veranderende eisen van de omgeving (Van Buren & Vissers, 1991). Sinds enige jaren merken we echter wereldwijd een toenemende interesse in de mogelijkheden die samenwerking biedt tussen zorginstellingen. In België tracht de federale overheid de samenwerking te stimuleren via zorgprogramma's, in het V.K. toont de NHS veel aandacht voor klinische netwerken die zich concentreren op samenwerking tussen eerste, tweede en derdelijnsgezondheidszorg en in Schotland ziet men 'managed clinical networks' ontstaan rond specialisten en specifieke pathologieën (Woods, 2001). Vervolgens stellen McKee & Healy (2002) dat ziekenhuizen in heel Europa zich in toenemende mate specialiseren als gevolg van deze onderlinge samenwerking. Het gevolg is dat de notie van één ziekenhuis dat alle zorg verstrekt niet langer houdbaar is. (Baker & Lorimer, 2000).

Volgens Goodwin *et al.* (2004, p. 309-311) is de vorming van (klinische) netwerken daarom een geprefereerd alternatief. Zo stellen Goodwin *et al.* (2004, p. 309-311) bijvoorbeeld dat het Calman-Hine (1995) rapport een mijlpaal vormt door te argumenteren dat kankerbehandelingen georganiseerd moesten worden rond professionals via netwerken, i.p.v. denken in termen van gebouwen en infrastructuur. Vanuit een organisatiethoretisch perspectief stelt Roose (2002, p. 13-21) vervolgens dat snelle omgevingsveranderingen opgevangen kunnen worden door een horizontaal organisatiedesign op basis van netwerken.

Dat de vorming van 'netwerken' tussen Vlaamse zorginstellingen niet louter een theoretische optie is, maar reeds in de praktijk in de laatste jaren een sterke groei kende, bleek duidelijk uit onze verkennende interviews. Omdat deze trend volgens ons cruciaal wordt om een inschatting te kunnen maken van het toekomstige ziekenhuislandschap in Vlaanderen, willen wij in deze paragraaf dan ook dieper ingaan op de thematiek van 'netwerken' tussen zorginstellingen en dit vanuit een organisatiethoretisch standpunt.

Dit gedeelte is opgebouwd uit drie delen: het eerste deel bestaat uit een literatuurstudie rond netwerken waarin een algemene definitie, twee typologieën en een theoretisch kader worden besproken. Vervolgens wordt de Vlaamse context beschouwd via diepte-interviews en twee case studies. Als laatste bespreken wij de theoretische inzichten en het empirische materiaal in het licht van de onderzoeksvraag van dit project.

## 4.2 Literatuurstudie

### 4.2.1 Definitie

Een korte en algemene definiëring van het begrip 'netwerken' moet een basis verschaffen om vervolgens een taxonomie en theoretisch kader op uit te bouwen (Goodwin *et al.*, 2004, p. 21): *'Any moderately stable pattern of ties or links between organisations or between organisations and individuals, where those ties represent some form of recognisable accountability (however weak and however often overridden), whether formal or informal in character, whether weak or strong, loose or tight, bounded or unbounded'*.

In deze, maar ook in vele andere definities van 'netwerken', komen volgens ons steeds de volgende elementen terug: het betreft een verzameling van onafhankelijke organisaties/teams/individuen die onderling stabiele relaties onderhouden die gekenmerkt worden door coöperatie, collaboratie en het delen van informatie.

4.2.2 Een typologie van netwerken

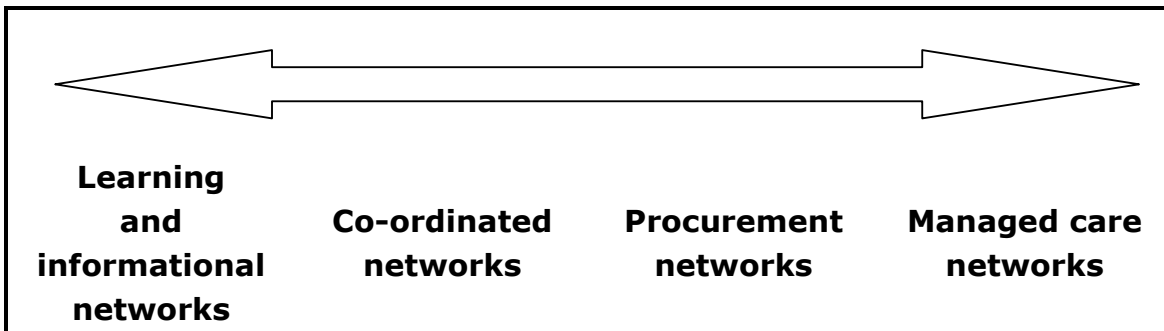
De bovenbeschreven definitie is bewust breed gehouden en brengt bvb. geen onderscheid aan in vormen van netwerken of patronen van relaties. Dit moet ons toelaten om op basis hiervan een typologie op te stellen die ons meer inzicht kan verschaffen in de brede en complexe waaier van netwerken die voorkomen in de Vlaamse zorgsector.

Een eerste onderscheid en afbakening die we nu reeds aanbrengen in dit rapport is tussen netwerken m.b.t. ondersteunende processen (bvb. een netwerk voor de gezamenlijke aankoop van farmaceutische producten) en netwerken m.b.t. de 'kernprocessen' in de gezondheidszorg: de diagnose en behandeling van patiënten. In dit rapport ligt de focus op de netwerken in gezondheidszorg rond dit 'kernproces'.

*Een netwerktypologie volgens Goodwin (2004)*

Goodwin *et al.* (2004) onderzochten een grote hoeveelheid onderzoek rond typologieën van netwerken en synthetiseerden hieruit vervolgens een continuüm van vier netwerkvormen in de gezondheidszorg dat is gebaseerd op de mate van integratie tussen organisaties. Toenemende integratie gaat volgens Goodwin *et al.* (2004) samen met een toename van gedefinieerde structuren die het netwerk doen functioneren op een geïntegreerde manier, een toenemende impact op de autonomie van de organisatie en een toenemende mate van centrale aansturing in het netwerk. Gaande van een lage tot een hoge graad van integratie, identificeerde Goodwin *et al.* (2004) 'learning & informational networks', 'co-ordinated networks', 'procurement networks' en 'managed care networks'.<sup>6</sup>

*Figuur 1. Een continuüm van netwerken volgens Goodwin (2004, p. 317).*



- Learning and informational networks

Informatienetwerken zijn de meest voorkomende vorm van netwerken in gezondheidszorg en hebben tot doel om zorgverstrekkers samen te brengen om informatie en 'best practices' te delen m.b.t. zorgverlening. Dit netwerktype komt dan ook tegemoet aan de belangrijke behoefte in de zorgsector aan kennis om voor specifieke en complexe problemen een oplossing te kunnen uitwerken.

Een sleutelement in de ontwikkeling van informatienetwerken is informatietechnologie: IT-toepassingen zoals e-mail, videoconferenties of een uniform Elektronisch Medisch

<sup>6</sup> Er zijn echter vele andere netwerktypologieën denkbaar: volgens de interne structuur, de inhoud van de relaties, de mate van symmetrie, per functie (in welke mate ondernemen de verschillende partners gezamenlijk activiteiten), enz. We zijn echter van mening dat een exhaustieve weergave van deze typologieën binnen dit rapport minder relevant is en verkiezen daarom om de twee meest relevante indelingen weer te geven.



Dossier (EMD) laten zorgverstrekkers toe om gebruik te maken van geografisch gespreide expertise die voorheen moeilijk toegankelijk was.

- Co-ordinated networks

Gecoördineerde netwerken integreren zorgprofessionals en/of zorgorganisaties via de toepassing specifieke procestechnieken zoals klinische paden. De financiële en klinische verantwoordelijkheid van de betrokken partijen blijven echter gescheiden en het netwerk niet het onderwerp is van een bindend contract. De aantrekkingskracht van dit type netwerken is vaak gebaseerd op het geloof dat deze zowel in staat zijn om kosten te reduceren als de kwaliteit te verbeteren (Robinson & Casalino, 1996). Deze schijnbare voordelen moeten volgens Provan & Milward (2001) echter nog bewezen worden, aangezien er weinig studies bestaan die de resultaten van dit type netwerken bevestigen.

Binnen de categorie 'gecoördineerde netwerken' onderscheidt men 'hospital networks' en 'clinical networks'. '**Hospital networks**' hebben betrekking op netwerken op organisatieniveau tussen zorginstellingen en worden opgericht om meerdere redenen:

1. de toenemende specialisatie in de gezondheidszorg;
2. toegankelijkheid van de zorg waarborgen voor iedereen en het verkrijgen van consistentie in de verstrekte behandelingen;
3. risico's en kosten delen tussen zorginstellingen wegens toenemende financiële druk.

Vooraf het derde argument blijkt belangrijk en meerdere auteurs stellen daarom dat 'hospital networks' vooral ontstaan om meer efficiëntie te verkrijgen. M.b.t. publiek gefinancierde systemen stellen Perri 6 *et al.* (2006) dat de grootste drijvende kracht in de vorming van dit type netwerken ligt in de mogelijkheid die het kleine ziekenhuizen verschaft om financieel het hoofd boven water te kunnen houden.

'**Clinical networks**' zijn gebaseerd op de zorgverleners en worden vaak gepromoot als een manier om een betere coördinatie tussen de eerste, tweede en derde lijnszorg te verkrijgen omdat de zorgprofessionals van verschillende instellingen protocollen overeenkomen voor een specifieke patiënten- of pathologiegroep (bvb. kanker, diabetes of palliatieve zorgen (Frater & Gill, 2002). Een voorbeeld hiervan is een initiatief van de Nederlandse overheid rond de ontwikkeling van netwerken rond geriatrische zorg (geïllustreerd met een casus uit Perri 6 *et al.* (2006)):

De Nederlandse overheid nam in 1995 het initiatief om in Nederland 27 netwerken te organiseren voor geriatrische zorg. De redenering was dat dit type zorg, die doorgaans complex van aard is, het beste via 'clinical networks' kon worden georganiseerd. Geriatrische afdelingen moesten geïntegreerd worden in een network met andere ziekenhuizen, verpleeghuizen, rusthuizen, thuiszorgorganisaties, huisartsen en psychiatrische zorg om op die manier optimale zorgpaden te organiseren. Dit moest toelaten om het aantal foutieve doorverwijzingen en communicatiefouten te reduceren. De eerste stap in dit initiatief was de oprichting van vier pilootprojecten die duurden van 1996 tot 1999 en vervolgens door een onafhankelijke instantie werden geëvalueerd.

Hieruit bleek dat het voor de netwerkleden relatief eenvoudig was om consensus te bereiken om de missie, de objectieven en de prioriteiten, maar eens het aankwam op de implementatie van nieuwe structuren, projecten of innovatieve diensten, werden de beslissingen uitgesteld of slechts uitgevoerd na aanzienlijke vertragingen.

Twee barrières werden duidelijk: Vooreerst hadden netwerken die opstartten vanuit een brede basisdefinitie van hun doelgroep, problemen om een effectieve besluitvorming te ontwikkelen. Ten tweede bleek dat de participerende zorgprofessionals vaak verschillende prioriteiten hadden die moeilijk met elkaar te rijmen vielen. De compatibiliteit van belangen had dan ook een belangrijke impact op de productiviteit van het netwerk en de sociale banden tussen zorgverstrekkers waren vaak zeer zwak als een gevolg van een spanning tussen autonomie enerzijds en onderlinge afhankelijkheid anderzijds. Toen de financiering van de pilootprojecten werd stopgezet, was het dan ook geen verassing dat weinig relaties en structuren van het initiële netwerk bleven bestaan.

*(Perri 6 et al., 2006)*

Perri 6 *et al.* (2006) trekken uit deze case study twee belangrijke besluiten: ten eerste blijkt het moeilijk om centraal gedefinieerde doelstellingen te implementeren in een netwerk indien niemand de verantwoordelijk is voor het netwerk. Een tweede conclusie is dat netwerken die door de overheid worden opgelegd en sterk gereguleerd worden, moeite hebben om artsen effectief te betrekken. Artsen zijn veeleer geneigd om binnen een enclavestructuur te werken (zie verder – neo-durkheimiaanse typologie) en laten zich niet graag 'vangen' binnen hiërarchische netwerken.

#### *- Procurement networks in health care*

Via deze vorm van netwerken tracht men zowel het hele continuüm van zorg ('inpatient' en 'outpatient care' en chronische zorg) en de zorgverzekering binnen één keten onder te brengen. De verwachte voordelen van deze netwerken zijn verhoogde kwaliteit, verbeterde toegankelijkheid, een verbeterde relatie met de klant/patiënt, verhoogde efficiëntie en verlaagde kosten (Perri 6 *et al.*, 2006).

Wij gaan echter niet dieper in op dit type, aangezien het specifiek is voor het private gezondheidszorgsysteem in de Verenigde Staten. Gelijkaardige netwerkvormen bestaan echter ook voor publieke gezondheidszorgsystemen, zoals de Zweedse 'Chains of care' (Goodwin *et al.*, 2004). Het uitgangspunt is dat de Zweedse overheid de zorgverstrekkers betaalt voor het collectieve pakket aan geboden gezondheidszorg. Dit zou de zorgverstrekkers er vervolgens toe moeten aanzetten om onderling contracten af te sluiten, duplicatie van onderzoeken tegen te gaan en risico's te delen.

De resultaten van dit initiatief zijn volgens Goodwin *et al.* (2004, p. 341) echter veeleer beperkt: zo moet men vooreerst vaststellen dat de ontwikkeling van 'Chains of care' be-

perkt bleef tot chronische ziekten zoals rheuma, diabetes en dementie (Ahgren, 2001, 2003). Verder ziet men dat, hoewel de zorgprofessionals de algemene doelstellingen van dit initiatief ondersteunen, de operationele integratie niet volgt. Belangrijke obstakels hierin waren de 'departementalisering' van het Zweedse zorgsysteem en het weerwerk dat ziekenhuismanagers boden uit schrik voor de weerslag van deze netwerken op hun zorginstelling (in het bijzonder waar een samenwerking kon leiden tot een verzwakking van de macht die zij in het huidige systeem genieten (Goodwin *et al.*, 2004, p. 341).

- *Managed care networks*

'Managed care networks' zijn de sterkst geïntegreerde vorm van netwerken en hebben volgens Goodwin *et al.* (2004) de volgende karakteristieken.

1. Een duidelijk afgebakende populatie op basis van inschrijving.
2. Een verantwoordelijkheid t.a.v. de patient op basis van een contract voor een duidelijk gedefinieerd pakket van zorgvoorzieningen.
3. Gefinancierd op basis van verschillende financieringsstromen, maar zelf financieel verantwoordelijk voor al de kosten.
4. Een 'gesloten netwerk' (een specifieke groep van gecontracteerde of gesalarieerde zorgverstrekkers).
5. Nadruk op eerstelijnszorg.
6. Toepassing van micromanagement technieken om zowel een goede kwaliteit te kunnen bieden als kosten te kunnen beheersen.
7. Multidisciplinaire professionele teams die samenwerken in een netwerkverband en een gezamenlijke klinische verantwoordelijkheid dragen voor hun outcomes (Goodwin *et al.*, 2004, p. 354).

Goodwin et al. (2004, p. 355) illustreren dit netwerktype met het voorbeeld van de 'Social Health Maintenance Organisations (HMOs)'. Deze projecten combineren zowel gezondheids- als sociale zorg, acute en chronische zorg, in één 'managed care delivery system' wat in principe een hiërarchisch netwerk is. Momenteel bestaan er drie 'Social HMOs' in de V.S. (Medicare Plus II, Elderplan en SCAN Health Plan).

Deze 'Social HMOs' zijn open voor alle Medicare leden ouder dan 65. Het basis Medicare-pakket bestaat voornamelijk uit acute medische zorg, hospitalisatie, psychiatrische zorg, opvang in verpleeghuizen en thuiszorg voor de korte termijn post-acute zorg. Een 'social HMO' breidt dit pakket vervolgens uit met lange termijn verzorging voor chronische ziekten, rusthuizen, geneesmiddelen, brillen, voetzorg, medisch vervoer, persoonlijke bijstand, revalidatietherapie, maaltijden.

De grote uitdaging in dit complexe netwerk met een ruime variatie aan zorgverstrekkers was om deze op elkaar af te stemmen en te coördineren. Hiervoor werden dan ook meerdere management technieken toegepast om informatie te kunnen delen, gezamenlijk discussies te kunnen voeren en beslissingen te kunnen nemen.

Deze Social HMOs werden vervolgens intensief geëvalueerd. Goodwin et al. (2004, p. 355) vatten deze samen als volgt:

Hoewel er een duidelijke organisatiestructuur en allocatie van resources bestond, vertaalde dit zich niet in een integratie op het klinische niveau. Zo bleven de contacten tussen artsen en zorgmanagers beperkt en de artsen werden niet betrokken in de lange termijnplanning.

De thuiszorg en 'community care' werden goed gecoördineerd, maar de positieve effecten van een 'social HMO' op de hospitalisatieafdelingen bleef achterwege: zo stegen bvb. de gemiddelde ligduur en het aantal opnames.

Men zag geen significante kostenbesparingen in deze 'managed networks' t.o.v. de klassieke organisaties.

Anderzijds waren de patiënten en personeel in dit systeem meer tevreden dan acuut georiënteerde HMOs voor Medicare patiënten.

Deze 'social HMOs' boden kortom niet de voordelen die men aanvankelijk verwachtte en als antwoord op deze evaluaties heeft men meer aandacht geschonken aan protocollen en geïntegreerde zorg.

### *Een neo-durkheimiaanse typologie*

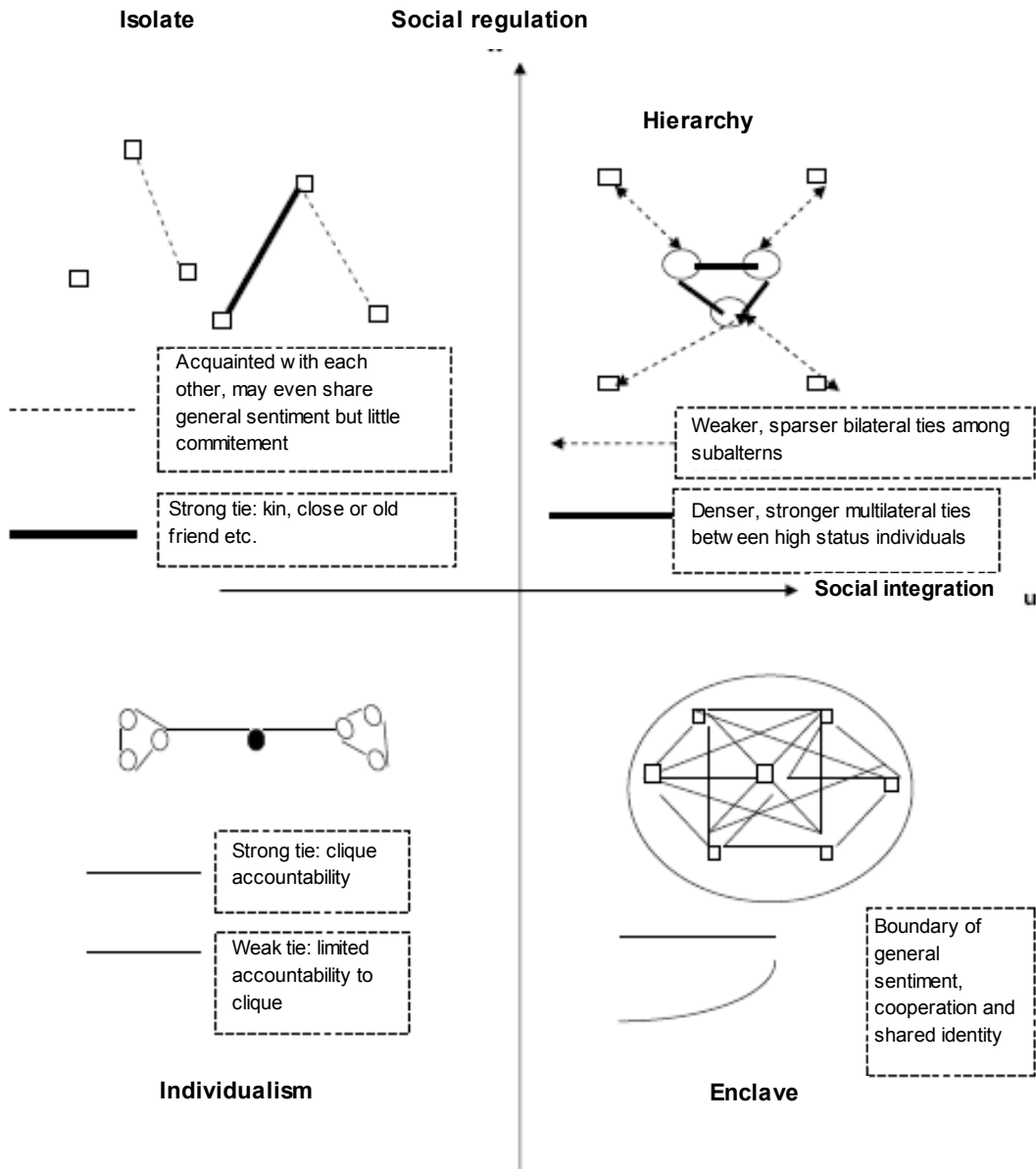
Een tweede typologie wordt gegeven door Perri 6 *et al.* (2006) en wordt opgebouwd vanuit een neo-Durkheimiaanse benadering waarin organisaties worden beschouwt als instituties die ingebed zijn in verscheidene dieper liggende sociale structuren. Vanuit dit perspectief onderscheidt men twee institutionele dimensies van een organisatie:

1. **Sociale regulering:** de mate waarin het sociale leven wordt gestuurd door en reken-schap moet afleggen aan andere personen of groepen.
2. **Sociale integratie:** de mate waarin het sociale leven van een individu gebonden is aan anderen (in het bijzonder aan 'peers').

Indien beide dimensies in een kwadrant worden geplaatst, krijgen we vier basistypen van sociale organisaties (zie Figuur 2).

1. **Hiërarchie:** een streng gereguleerde en geïntegreerde vorm van een netwerk. In dit netwerk is er een kern die autoriteit heeft over de periferie en een duidelijk afgebakende grens, zodat dit netwerk een hiërarchische vorm krijgt.
2. **Enclave:** een zwak gereguleerde maar sterk geïntegreerde vorm van een netwerk die geen kern of periferie bezit. In de plaats hiervan toont deze een intern patroon waarbij de *agents* in een gelijkwaardige relatie tot elkaar staan binnen een grens die afgebakend wordt door de onderlinge integratie. De kans is groot dat dit netwerk naar buiten toe gesloten is aangezien er een sterke ongelijkheid is tussen leden en niet-leden, maar slechts weinig ongelijkheid tussen de leden onderling.
3. **Individualisme:** dit zwak geïntegreerd en zwak gereguleerd netwerk vertoont geen grens zoals bij de vorige twee vormen en is ook zeer individualistisch. Individuen (of organisaties) zoeken hier naar 'tertiaire posities' die enclaves en hiërarchische netwerken aan elkaar verbinden. Op deze manier willen zij hun macht maximaliseren door controle uit te oefenen op de stroom van *resources* tussen deze netwerken.
4. **Isolatie:** is een sterk sociaal gereguleerd maar zwak sociaal geïntegreerd netwerk dat een periferie heeft maar geen kern, of ten minste geen kern die binnen het netwerk functioneert, aangezien de kern die regulering oplegt buiten dit netwerk ligt. Hierdoor blijft er slechts een zwak gebonden individu over dat misschien andere leden kent maar slechts weinig binding voelt met deze andere leden.

Figuur 2. Neo-Durkheimiaanse typologie van netwerken.



Bron: 6, P., Goodwin, N., Peck, E. & Freeman, T. (2006). *Managing Networks of Twenty-First Century Organisations*. Palgrave Macmillan, p. 47.

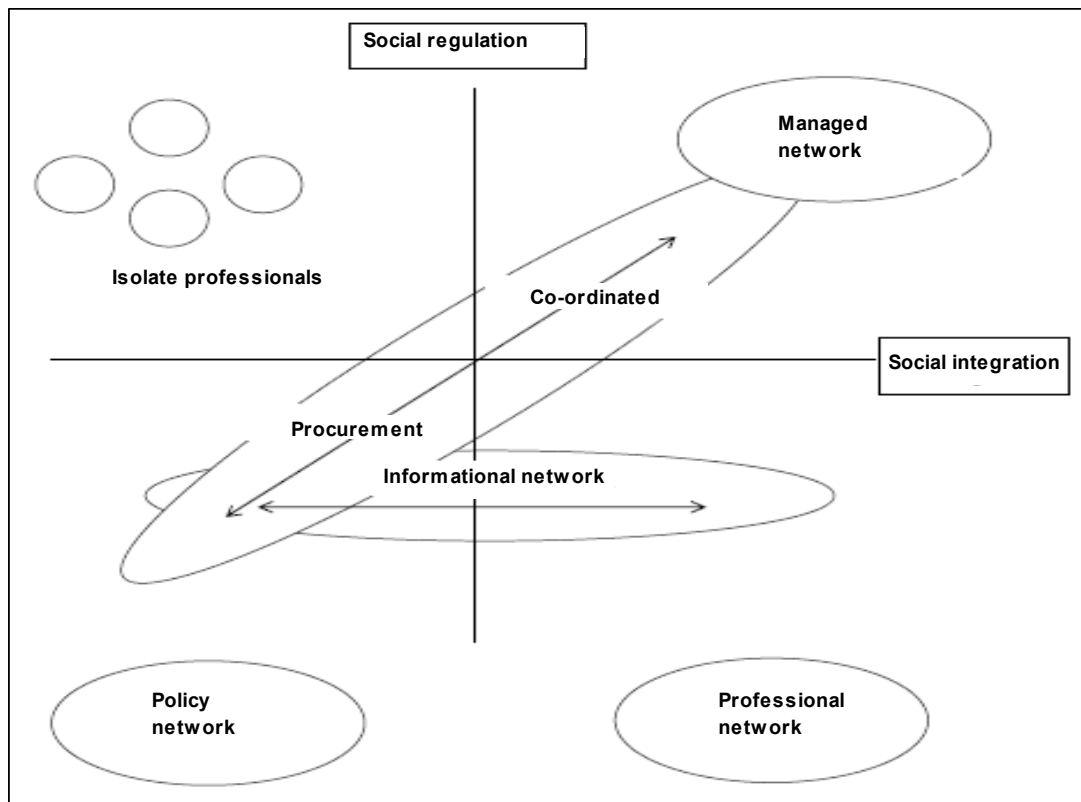
De vier categorieën die eerder werden beschreven, kunnen we vervolgens een plaats geven in deze typologie.

- **Informatienetwerken** worden vaak gedreven vanuit de inbreng van de verschillende leden en zijn dikwijls relatief zwak gereguleerd. Sommige informatienetwerken lijken dan ook eerder te functioneren als een enclave, terwijl anderen gecoördineerd worden door een centrale instantie en zijn daarom eerder een hiërarchisch netwerk.
- **Gecoördineerde en gemanagede netwerken** omvatten doorgaans een grotere administratieve kern en zijn daarom in de eerste plaats individualistisch en/of hiër-

chisch. Verschillende kankernetwerken (gecoördineerde netwerken) in het Verenigd Koninkrijk functioneren in de praktijk bijvoorbeeld als hiërarchische netwerken, hoewel de NHS vaak verkondigt dat deze 'enclaves' vormen. Het gevaar van deze hiërarchische netwerken is dat deze te bureaucratisch kunnen worden en hierdoor de betrokkenheid van artsen in de weg staan.

- **Procurement networks** liggen in het verlengde van de gecoördineerde netwerken en zijn doorgaans een mengvorm van hiërarchische en individualistische netwerkvormen. Ze zijn individualistisch in die zin dat zij innovatief en flexibel zijn. Zo is het lidmaatschap eerder vluchtig aangezien de netwerkleden doorheen de tijd vrij vlot kunnen wisselen van één strategische alliantie naar een andere. Anderzijds zijn deze ook hiërarchisch aangezien ze gestructureerd zijn via contracten en er financiële incentives bestaan om een goede verticale integratie van klinische paden te bewerkstelligen (Goodwin *et al.*, 2004, p. 366-368).

Figuur 3. Een typologie van netwerkvormen in de gezondheidszorg



Goodwin, N., 6, P., Peck, E., & Freeman, T. (2004). *Managing across diverse networks: lessons from other sectors*, Service Development and Organisational Programme of the NHS Research and Development Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London. p. 368.

#### 4.2.3 *Theoretisch kader: waarom ontstaan netwerken?*

##### *Inleiding*

Vervolgens willen wij, door dieper in te gaan op organisatietheorie rond de vorming van netwerken, meer inzicht krijgen in de 'gedragingen' van netwerken: waarom ontstaan zij en waarom veranderen zij doorheen de tijd?

##### *'Transaction costs'*

Aan de basis van de 'transaction cost theory' ligt het idee dat organisaties hun *resources* via markttransacties kunnen verkrijgen: diverse organisaties bezitten diverse soorten resources die zij vervolgens aan elkaar kunnen verkopen of van elkaar kopen. De prijs van het goed is de belangrijkste determinant voor de vraag en aanbod, maar naast de prijs van elk goed bestaat er ook een transactiekost om de koop of verkoop te laten voltrekken. Deze transactiekosten ontstaan indien (1) de partijen worden gedreven door eigenbelang en (2) er onzekerheid is over de kwaliteit, de betrouwbaarheid en de beschikbaarheid op lange termijn van dit goed.

Indien alle organisaties (als verkopers) door eigenbelang worden gedreven, kan men als koper niet rekenen op de *goodwill* van andere organisaties dat het goed betrouwbaar en kwalitatief in orde is. Daarom moet men als koper contracten afsluiten om zich ervan te verzekeren dat alle partijen die in de transactie betrokken worden hun verplichtingen nakomen. Dit onderhandelen en opstellen van contracten is echter vaak een kostelijk proces. Als antwoord om deze kosten te reduceren kan een organisatie daarom besluiten om zelf deze goederen (of diensten) te produceren (of de bedrijven op te kopen die deze goederen/diensten produceren). Dit is met andere woorden een alternatief voor de markt, en eens de activiteiten door het bedrijf werden opgekocht, worden de markttransacties vervangen door bevelslijnen ('hiërarchie').

Een eenvoudig voorbeeld is de relatie tussen een ziekenhuis en een onderhoudsbedrijf. Een ziekenhuis kan altijd opnieuw een ander onderhoudsbedrijf contacteren om werkzaamheden aan hun infrastructuur uit te voeren. Indien dit echter vaak gebeurt, worden ook de transactiekosten hoger (de zoektocht naar een bedrijf, onderhandelen over de offerte...). Daarom kan dit ziekenhuis zelf beslissen om een onderhoudsdienst op te richten en hier personeel voor aan te nemen. Op deze manier evolueert men m.a.w. van 'markt' naar 'hiërarchie'. De uitbesteding van diensten moet dan gezien worden als een evolutie van "hiërarchie" naar "markt" (Jaffee, 2000, p.246).

Naast 'hiërarchie' en 'markt' erkent de 'transaction cost theory' het 'netwerk' als een derde beheersstructuur. Een 'netwerk' kan men relatief duidelijk onderscheiden van een 'markt' in de context van uitwisseling van goederen tussen volledig gescheiden entiteiten. In netwerken wordt daarentegen meer aandacht besteed aan het creëren van diepgang en vertrouwen op lange termijn (Powell, 1991, p. 270). Het onderscheid tussen hiërarchieën en netwerken is echter minder eenvoudig omdat sommige kenmerken van hiërarchieën ook in netwerken kunnen voorkomen. We kunnen bvb. verwijzen naar het onderscheid tussen een 'hiërarchie' en een 'hiërarchisch netwerk' zoals eerder beschreven (zie de neo-durkheimiaanse typologie).

Elke beheersstructuur heeft specifieke voor- en nadelen: De sterkte van 'hiërarchie' is zijn betrouwbaarheid en geschiktheid om hoge volumes van goederen of diensten te produceren tegen een hoge snelheid. Deze sterktes veranderen echter in zwaktes indien hië-



rarchieën worden geconfronteerd met fluctuaties in de vraag en ongeanticipeerde veranderingen. Netwerken daarentegen zijn meer 'responsief' dan hiërarchieën. Ze verbeteren de mogelijkheid om kennis over te brengen, nieuwe vaardigheden te ontwikkelen en zijn daarom geschikt voor omstandigheden waar er een nood is aan betrouwbare informatie. Powell (1990, p. 303) stelt: '*Networks are "lighter on their feet" than hierarchies. In networks modes of resource allocation, transactions occur neither through discrete exchanges nor by administrative fiat, but through networks of individuals engaged in reciprocal, preferential, mutually supportive actions. Networks can be complex: they involve neither the explicit criteria of the market, nor the familiar paternalism of the hierarchy.*'

#### 'Technological economies'

Een tweede theoretische benadering heeft betrekking op het vraagstuk van de optimale schaalgrootte voor productie- of dienstenprocessen. Het werken op een grotere schaal - en dus integratie van processen - kan bijvoorbeeld kostenbesparend zijn t.o.v. onafhankelijke processen en kleine schalen. Deze 'economies of scale and scope' kunnen geanalyseerd worden vanuit een perspectief van kostenbesparingen en kwaliteitsverbetering. 'Economies of scale' verwijzen naar de afnemende gemiddelde kost indien men meer patiënten zal behandelen en kunnen daarom een positieve impact hebben op kwaliteit vanuit het idee dat hogere volumes aan zorg ook zullen leiden tot een betere kwaliteit van de zorg. 'Economies of scope' wijzen op kostenvoordelen die men kan verkrijgen indien het gezamenlijk presteren van diensten goedkoper uitvalt dan deze apart te voorzien (Simoens & Scott, 1999).

#### 'Resource dependency theory'

De 'resource dependency theory' zal netwerkvorming verklaren vanuit de hoeveelheid *resources* waarover een organisatie beschikt. *Resources* is een ruim begrip en kan zowel refereren naar financiële en fysieke eigendommen, technologie, menselijk kapitaal, competenties, kennis of reputatie. Een belangrijke eigenschap is dat *resources* niet gemakkelijk aangekocht kunnen worden, maar veel tijd nodig hebben om zich binnen een organisatie te ontwikkelen en juist daarom hangt een organisatie sterk af van deze *resources* om haar continuïteit te garanderen. Vanuit deze gedachte zullen organisaties die behoefte hebben aan bepaalde *resources* deze integratie aanwenden als middel om deze *resources* te verkrijgen van organisaties die deze wel hebben (Simoens & Scott, 1999).

#### 'Institutional theory'

De 'institutional theory' stelt dat sociale interacties en conformisme bepalen of een organisatie al dan niet zal integreren met andere organisaties. 'Isomorphism' (het overnemen van gedragingen of kenmerken van anderen) met de omgeving (dat in dit geval leidt tot druk om te integreren) leidt ertoe dat de organisaties de nodige legitimiteit verwerven binnen hun omgeving (bvb. bij huisartsen, bij andere ziekenhuizen of bij de overheid). De 'institutional theory' onderscheidt vervolgens twee soorten omgevingsdruk die kan leiden tot organisatieverandering: institutionele en technische. Technische druk uit de omgeving omvat technologische vooruitgang en socio-demografische trends (bvb. de toenemende specialisatie bij artsen en vergrijzing van de bevolking). Toenemende specialisatie kan er bijvoorbeeld toe leiden dat artsen in toenemende mate met elkaar moeten samenwerken. Institutionele druk staat voor het overheersende betoog in een sociale omgeving rond bepaalde kwesties. Via sociale druk zal dit verhoogd ertoe leiden dat indivi-

duele organisaties zich naar dit overheersende betoog voegen (conformereren) teneinde hun legitimiteit te vrijwaren.

Hoewel de 'institutional theory' het belang van deze technologische ontwikkelingen erkent, is haar centrale stelling m.b.t. integratie dat vele samenwerkingsvormen worden ontwikkeld als antwoord op deze sociale druk. Dit staat in scherp contrast met het ontwikkelen van samenwerkingsvormen gebaseerd op 'rationele' argumenten zoals efficiëntievoordelen (Simoens & Scott, 1999).

#### 'Complex adaptive systems'

De theorie van 'complex adaptive systems' trachten wij te verduidelijken door eerst twee basisvisies op een organisatie met elkaar vergelijken. Eerst bekijken we de Tayloristische visie op een organisatie die een organisatie beschouwde als een fijn afgesteld uurwerk. Zo stelt Buelens (2000, p. 15) dat Taylor één van de eersten was " *die 'organisatie' als een aparte productiefactor identificeerde. Wat baat het te beschikken over 'kapitaal', 'mensen', 'land' en 'machines', als je ze niet georganiseerd krijgt? De volgorde van operaties werd beschreven, overtollige bewegingen of stappen werden geschrapt, en voor elke tussenstap werd de snelste oplossing geïdentificeerd. Vervolgens moest elke arbeider de gehele taak vervullen binnen de optimale tijd, rekening houdend met voldoende rustpauzes. Bij deze manier van organiseren is er een 'one best way': voor elke taak is er één en slechts één juiste manier om ze te optimaliseren – voor iedereen.*"

In een productieomgeving met gestandaardiseerde producten kan deze aanpak tot grote efficiëntie en kwaliteit van productie kan leiden. Het wordt echter moeilijk wanneer men deze werkwijze wil generaliseren naar sectoren waar men niet te maken heeft met eenduidige, gestandaardiseerde, productieprocessen: " *In verschillende dienstensectoren heeft men bijvoorbeeld niet te maken met een gestandaardiseerd proces, maar met creatieve antwoorden op een variatie van vragen van de klant. In deze omgeving is er helemaal geen 'one best way', maar er is een adequaat antwoord op de vraag van de klant de norm* (Roose, 2002, p. 17)." In het verlengde van deze Tayloristische visie op organisatie werden echter ook zorgorganisaties traditioneel beschouwd als professionele bureaucratieën waar de kerntaken bij het klinisch personeel liggen en waar er nood is aan een brede administratieve staf om de infrastructuur te kunnen beheren. Het mentale model van een organisatie bij velen is dan ook deze van een (goed geliede) machine. Anderson & McDaniel (2000) zijn echter van mening dat managers in de gezondheidszorg zich een nieuw mentaal organisatiemodel moeten aanmeten voor een goed bestuur van hun instellingen. Hun voorstel is daarom om de gezondheidszorg te beschouwen als een 'complex adaptive system' (CAS).

Een CAS wordt gekarakteriseerd door een aantal *agents* die interageren in een dynamische, niet-lineaire wijze (dit betekent dat een kleine oorzaak kan grote gevolgen hebben en vice versa). Er doen zich vele interacties voor met vele feedback loops, wat maakt dat de voorgeschiedenis van het CAS een belangrijke rol speelt. Wat zich vandaag in een CAS afspeelt wordt dan ook voor een groot deel bepaald met wat er zich voorheen heeft afgespeeld. De regels waaronder *agents* binnen het CAS opereren, kunnen vervolgens ook veranderen doorheen de tijd naarmate zij meer ervaring krijgen met hun omgeving en met elkaar (Anderson & McDaniel, 2000).

CASs hebben specifieke eigenschappen die hen onderscheiden van mechanistische systemen:

Ten eerste wordt een CAS gedefinieerd in termen van verbanden en patronen van relaties tussen *agents* die vooral bestaan tussen *agents* die in elkaars nabijheid opereren. Bovendien zijn individuele *agents* niet op de hoogte van het gedrag van het systeem in zijn geheel en in principe weet niemand binnen het systeem wat er zich binnen dit systeem allemaal afspeelt. De kwaliteit van een CAS wordt daarom vooral bepaald door de kwaliteit van de interactie tussen de individuele agenten. Bijvoorbeeld, de relatie 'klant-arts' is anders dan de relatie 'patiënt-arts'. De aard van een zorgsysteem verandert m.a.w. grondig indien de aard van de relatie patiënt-arts evolueert naar een relatie klant-arts. Men kan m.a.w. een CAS niet onderzoeken door de agenten individueel te onderzoeken; men moet het netwerk als één geheel onderzoeken (Anderson & McDaniel, 2000).

Ten tweede vertoont de ontwikkeling van een CAS doorheen de tijd een synergie, wat betekent dat in CASs het geheel méér is dan de som van de delen. Er kan daarom orde ontstaan zonder dat er behoefte is aan hiërarchische controle. De organisatie van een CAS ontstaat als het resultaat van interacties tussen verschillende elementen binnen het systeem, wat een CAS in principe zelforganiserend maakt. Onafhankelijk van de plannen van managers van zorginstellingen zullen er hiërarchieën in status ontstaan, en artsen zullen zich uit eigen beweging vormen rond groepen van pathologieën of patiëntengroepen (Anderson & McDaniel, 2000).

Een derde kenmerk van CASs is dat de toekomst van een systeem fundamenteel onkenbaar is. Binnen een klassieke mechanistische visie is men geneigd om te geloven dat, indien er voldoende informatie beschikbaar is, de toekomst van een systeem voorspelbaar wordt. Vanuit de visie van CASs moet men echter vaststellen dat de toekomst van deze systemen fundamenteel onkenbaar is. Niet vanuit de tekortkomingen van de waarnemer/onderzoeker maar omwille van de karakteristieken van het systeem zelf: de grote afhankelijkheid van de initiële conditie van een CAS die wordt bepaald door de relatie en interacties tussen de verschillende agenten en het principe van niet-lineariteit zorgen hier voor (Anderson & McDaniel, 2000).

Verscheidene auteurs wijzen op de sterke gelijkenissen tussen de aard van een CAS en de wijze waarop ziekenhuizen en de gezondheidszorg in zijn geheel functioneert (zie bvb. Ashmos *et al.*, 2000; Tan *et al.*, 2005). De kennis met betrekking tot CASs is daarom zeer geschikt voor omgevingen met een grote mate van onzekerheid en een hoge graad van professionele werknemers: zo ziet een ziekenhuis zich bijvoorbeeld intern geconfronteerd met een groot aantal van interagerende componenten op een zeer complexe wijze, zoals bvb. een groot aantal hoog opgeleide en autonoom functionerende artsen. Daarom vraagt de complexe aard van ziekenhuizen een flexibele strategie en mogelijkheden voor zelforganisatie om op deze manier met onzekere situaties om te kunnen gaan zoals bvb. in het geval van noodgevallen of rampen (Tan *et al.*, 2005).

### 4.3 Netwerken de Vlaamse gezondheidszorgsector

#### 4.3.1 Inleiding

Zoals beschreven in de methodologische nota, menen wij - op basis van verkennende interviews - dat 'netwerken' een belangrijk thema vormen voor het toekomstige Vlaamse ziekenhuislandschap: nieuwe netwerken werden opgericht en bestaande netwerken wer-

den uitgebreid en/of uitgediept. Hoewel dit vermoeden werd bevestigd door verschillende stuurgroepleden van dit project, konden wij voor Vlaanderen geen studies vinden die deze evolutie in kaart brachten. Het is dan moeilijk om empirisch aan te tonen of men kan spreken van een trend of niet.

D.m.v. het bestuderen van drie cases trachtten wij echter hieraan tegemoet te komen en meer inzicht te verwerven in de bijzonderheden van zorgnetwerken in Vlaanderen. De eerste casus is het 'Vlaams ziekenhuisnetwerk K.U. Leuven', de tweede behandelt de netwerkvorming tussen ziekenhuizen in de provincie Limburg en de derde gaat in op het diabetesproject van het OLV Aalst.

### **Vlaams ziekenhuisnetwerk K.U.Leuven**

#### *Algemeen*

Het Vlaams Ziekenhuisnetwerk K.U. Leuven ging op 19 maart 2002 officieel van start en omvatte toen negen regionale ziekenhuizen. In 2008 zijn er reeds 18 ziekenhuizen aangesloten bij dit netwerk en omvatten een capaciteit van 10.000 bedden, wat 1/3<sup>e</sup> van de Vlaamse beddencapaciteit uitmaakt. Het samenwerkingsprotocol van het Vlaams Ziekenhuisnetwerk K.U. Leuven stelt als algemene doelstelling van het netwerk voorop:

- 'Een wezenlijke bijdrage te leveren tot de realisatie van een toegankelijk en hoogkwalitatief aanbod van patiëntenzorg in Vlaanderen, volgens de principes van multidisciplinaire, transmurale samenwerking en van onderlinge taakafspraken;
- De creatie van een platform voor hoogkwalitatieve opleiding van studenten en geneesheerassistenten in opleiding, en voor postgraduate vorming;
- De verdere uitbouw van internationaal gewaardeerd wetenschappelijk onderzoek door een doorgedreven integratie tussen fundamenteel en toegepast onderzoek en een samenwerking tussen de UZ Leuven en de regionale ziekenhuizen, partij bij dit protocol;
- De benutting van opportuniteiten voor samenwerking op het vlak van administratielogistiek management;
- Een bijdrage te leveren tot de ontwikkeling van een integrale en innovatieve visie op de structurering en financiering van de gezondheidszorg (Samenwerkingsprotocol Vlaams Ziekenhuisnetwerk K.U.Leuven).'

Centraal in deze samenwerking staat het formaliseren van doorverwijzingen van patiënten voor topspecialistische zorg naar het U.Z. Leuven en het bevorderen van kennisuitwisseling. Het einddoel is de verbetering van kwaliteit- en efficiëntie van de ziekenhuizen m.b.t. patiëntenzorg, opleiding en wetenschappelijk onderzoek (Knack, 2005).

De netwerkcoördinator nuanceert echter tegelijk ook de impact van de formalisering van dit netwerk op kennisuitwisseling en doorverwijzingen: relaties tussen artsen, ziekenhuizen en de K.U.Leuven zijn een historisch gegeven, ontstaan vanuit de opleiding geneeskunde. Ook de doorverwijzingpatronen van patiënten naar de K.U.Leuven moet men apart zien van dit netwerk aangezien het ook zonder een formeel netwerk zou voorkomen.

#### *Ontstaansgeschiedenis*

Het Vlaams Ziekenhuisnetwerk Leuven is begonnen in haar eerste fase als een formeel directienetwerk, wat onder meer inhield dat de K.U. Leuven vertegenwoordigd werd in de raden van bestuur van de participerende ziekenhuizen. Omgekeerd hebben deze ziekenhuizen samen recht op één zetel in de raad van bestuur van de K.U.Leuven. In dit kader werden een aantal werkgroepen

opgericht rond centrale diensten binnen de ziekenhuizen, zo ontstonden bijvoorbeeld werkgroepen (rond personeel, informatica en de technische diensten).

In 2007 werd echter een tweede belangrijke stap en uitdieping genomen in de uitdieping van dit netwerk, waarbij men de betrokkenheid van artsen binnen dit netwerk tracht uit te bouwen. Dit wil men verwezenlijken via een nieuw luik in de samenwerkingsovereenkomst rond kwaliteitsindicatoren: via éénzelfde werkgroepensysteem - waarin artsenspecialisten van de diverse ziekenhuizen zetelen - wil dit netwerk een set van medische kwaliteitsindicatoren ontwikkelen. Prof. K. Vermeyen stelt dat dit vandaag in vele landen afwezig is en dus vervult het Vlaams Ziekenhuisnetwerk K.U.Leuven op dit terrein m.a.w. een voortrekkersrol. Aangezien deze uitdieping van dit netwerk nog maar enkele maanden geleden werd beslist, is het niet mogelijk om hier reeds een evaluatie van te maken (Persmededeling oprichting Vlaams Ziekenhuisnetwerk Leuven, 19 maart 2002).<sup>7</sup>

#### *Bespreking*

Een artikel in Knack (24 augustus 2005) wekt de indruk dat de voornaamste doelstelling van dit netwerk is om op een vrij agressieve manier haar positie in het Vlaamse ziekenhuislandschap te consolideren. Zo zou men patiënten geprefereerd naar het U.Z. Leuven doorverwijzen, stageplaatsen bij voorrang vrijhouden voor studenten van de K.U.L., het U.Z.Leuven geeft advies bij de benoeming van een medisch stafid en het U.Z.Leuven zou participeren in interne selectiecommissies van netwerkleden.

Hoe dit vandaag in de praktijk verloopt, laten wij in het midden, maar Prof. K. Vermeyen, de netwerkcoördinator, merkt bijvoorbeeld op dat doorverwijspatronen zich niet gemakkelijk later vervormen en evenmin gehoorzamen aan de regels van een formeel netwerk. Zo ontwikkelden vele regionale ziekenhuizen zelf expertise in subspecialisaties en daarom is de groep patiënten die effectief naar de K.U.Leuven wordt doorverwezen, relatief beperkt. Voorzichtig zouden we dan ook concluderen dat de functie van dit geformaliseerde netwerk m.b.t. het consolideren van de positie van de K.U.Leuven eerder beperkt is.

M.b.t. de ontwikkeling van medische kwaliteitsindicatoren lijkt het daarentegen wel een veelbelovend instrument om de betrokkenheid van artsen te genereren. Tot op vandaag gaat de aandacht in de literatuur m.b.t. kwaliteitsindicatoren voornamelijk uit naar verpleegkundige kwaliteitsindicatoren, die volgens Prof. K. Vermeyen zich eenvoudiger laten opstellen gezien de duidelijke homogene en hiërarchische structuur van verpleegkundige departementen binnen ziekenhuizen. Medische kwaliteitsindicatoren moeten echter ontwikkeld worden door een meer complexe en heterogene groep van artsen, en dit proces zou beter verlopen binnen de werkgroepstructuur van het Vlaams Ziekenhuisnetwerk Leuven. Dit blijft echter een voorlopige conclusie, gezien deze werkgroepen rond medische kwaliteitsindicatoren slecht enkele maanden geleden opgericht werden.

### **Netwerkvorming in de provincie Limburg**

De netwerken tussen ziekenhuizen in Limburg lijken ervoor te zorgen dat Limburg wordt opgesplitst in twee informele zorgregio's als gevolg van een 'Pax Hospitalia': rond het Virga Jesse Ziekenhuis (VJZ) ontstond een tiental jaren geleden nauwe samenwerking tussen met de drie ziekenhuizen van Zuidwest Limburg (Diest, Tongeren en Sint-Truiden). Het Ziekenhuis Oost Limburg (ZOL) werkt nauw samen met drie regionale ziekenhuizen van Noordoost Limburg. Dit resulteerde in een 'Pax Hospitalia' tussen het VJZ en het ZOL waarbij de provincie op een spontane wijze werd onderverdeeld in twee informele zorgregio's.

<sup>7</sup> <http://www.vznkul.be/root/index.html>

Het VJZ en het ZOL hebben elk afspraken met regionale ziekenhuizen om eenvoudige operaties in de kleinere ziekenhuizen te laten gebeuren. Zwaardere chirurgie komt naar de supraregionale ziekenhuizen en nazorg gaat terug naar de regionale ziekenhuizen. Hierdoor kan het supraregionaal karakter van het VJZ en het ZOL versterkt worden. Deze samenwerking is 10 jaar geleden ontstaan en het netwerk krijgt steeds meer en meer diepte.

In het ZOL houdt deze samenwerking ook in dat dit ziekenhuis vertegenwoordigd wordt in de Raden van Bestuur van de omliggende regionale ziekenhuizen.

Sinds vijf jaren kregen deze samenwerkingsverbanden echter een nieuwe dimensie die het Pax Hospitalia begon te doorkruisen. Zo ontstonden:

- **Het kinderspsychiatrisch centrum (KPC):** een vzw die ontstond uit een samenwerkingsverband tussen vijf Limburgse ziekenhuizen (Maaseik-Bree, Overpelt, OPZ Rekem, ZOL en Sint-Truiden (origineel uit het 'Virga Jesse gebied'. Hierbij stond elk ziekenhuis een aantal pediatriebedden af waarop één gemeenschappelijk kinderspsychiatrisch centrum werd opgericht. Dit staat fysiek op de campus van het ZOL, maar is volledig autonoom en kon evenzeer op de campus van een ander ziekenhuis worden geplaatst.
- **Het Limburgs PET Centrum (LPC):** Alle Limburgse ziekenhuizen richtten gezamenlijk één PET-centrum op om gezamenlijk aan de programmatiënormen te kunnen voldoen.
- **Het Limburgs Oncologisch Centrum (LOC):** Dit centrum voor radiotherapie is volgens dr. Vandeputte - de hoofdgeneesheer van het ZOL - het beste voorbeeld van wat er uit een samenwerking tussen ziekenhuizen kan voortkomen en is een unicum in België. Het LOC is een aparte vzw die in 2001 werd opgericht vanuit drie ziekenhuizen (het ZOL, het VJZ en het Salvatorziekenhuis) via een wettelijk geregeld samenwerkingsverband en is fysiek verdeeld over twee ziekenhuiscampussen. Vandaag is men bezig om andere Limburgse ziekenhuizen mee in dit project te betrekken.

Volgens dhr. Johan Hellings (algemeen directeur ZOL) moet men het denken binnen de klassieke geografische context onderscheiden van deze jongere samenwerkingsvormen die het aspect van geografische nabijheid overstijgen. Verschillende van de bovenvernoemde samenwerkingsvormen kan men niet langer in een strak geografisch kader plaatsen.

Een interessante bemerking bij het beschouwen van dit Limburgse lappendeken in samenwerkingsverbanden, is de afwezigheid van een groot Limburgs universitair ziekenhuis. In andere regio's zullen ziekenhuizen in de eerste plaats samenwerkingsverbanden aangaan met dit universitaire ziekenhuis, terwijl Limburgse ziekenhuizen meer 'op zichzelf zijn aangewezen'.

Dit is echter geen exhaustieve weergave van de recente samenwerkingsverbanden tussen Limburgse ziekenhuizen. Wel menen wij hiermee de drie belangrijkste te hebben vermeld.

Terwijl de netwerkvorming in de provincie Limburg zich vandaag reeds in een gevorderd stadium bevindt, ziet men hoe dit proces in de aangrenzende regio Noorderkempen veel trager verloopt. Hier spelen meerdere elementen in mee, maar één centrale oorzaak was het aanslepende proces van fusieonderhandelingen tussen het Sint-Elisabeth Ziekenhuis (Turnhout) en het Sint-Jozef Ziekenhuis (Turnhout). Op 5 september 2007 werd de intentieverklaring tot fusie echter ondertekend en de directie verwacht dat eens deze fusie is afgerond, de netwerkvorming in de regio zich zal vervoltrekken.

Een eerste belangrijke reden voor het VJZ en het ZOL om dit netwerk te ontwikkelen is de zorg om hoge kwaliteit te blijven afleveren. Hiervoor is het nodig dat men topspecialisten kan aantrekken en deze de zekerheid krijgen van een voldoende grote patiëntenstroom. Hiervoor zijn regionale netwerken zeer nuttig. Verder zijn ook efficiëntieverbeteringen en uitwisseling van kennis belangrijke argumenten om in een netwerk te stappen. Ook de schaarste aan artsen heeft hier een impact op. Het VJZ vindt nog vlot artsen, maar regionale ziekenhuizen krijgen het soms al

moeilijker. Daarom bestaan er afspraken waarbij één arts halftijds bij het VJZ werkt en halftijds in een kleiner ziekenhuis.

Naast het verbeteren van kwaliteit en efficiëntie, haalt men zowel in het ZOL als in het VJZ als derde hoofdreden het halen van federale erkenningsnormen aan. Zo gelooft men dat het verstrengen van de erkenningsnormen voor pediatrie ertoe zal leiden dat kleinere ziekenhuizen niet langer aan deze normen kunnen voldoen. Een uitweg voor de kleinere ziekenhuizen is het oprichten van samenwerkingsverbanden rond pediatrie waardoor in de toekomst in Limburg vermoedelijk nog slechts twee pediatriediensten zullen overblijven.

### **Diabetesproject O.L.V. Aalst**

Gezien de gestage toename van chronische ziekten worden mondiaal initiatieven ontwikkeld om de zorg voor deze aandoeningen beter te organiseren. Dergelijke initiatieven kaderen veelal binnen het internationaal gehanteerde 'Chronic Care Model' (Sunaert et al., 2008). Met deze casus wensen we het DiabetesProject Aalst (DPA)\*, een Belgisch initiatief, van naderbij te bekijken,

Het DPA is een dubbelproject (Universiteit Gent, Universiteit Antwerpen en K.U.Leuven) gefinancierd door het RIZIV, met als doel de zorg voor patiënten met diabetes mellitus type-2 (DM2) te verbeteren binnen een afgebakende regio. Centraal hierin staat de realisatie van een multidisciplinaire samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnszorg via een bottom-upbenadering. Vooral dit totstandkomingsproces maakt het DPA tot een vernieuwend project in de zorgsector.

Voor dit project werd de geografische afbakening gebaseerd op de SIT-regio, met een populatie van ca. 76000 inwoners waarvan ca. 2300 DM2-patiënten. Verder werd één zorgcoördinator en twee diabeteseducatoren aangeworven. De zorgcoördinator staat in voor de organisatorische aspecten van het project (o.a. zorgnetwerk uitbouwen, bevestigingen organiseren, werkgroepen opstarten...), terwijl de educatoren met de patiënten zelf werken. Een lokale stuurgroep, later geëvolueerd naar een 'coördinatiecel diabetes' stond in voor de dagelijkse leiding van het project.

Het project nam een aanvang met een bevestiging van alle zorgverstrekkers in de Aalsterse regio: huisartsen, diëtisten, podologen, apothekers, endocrinologen, verpleegkundigen, oogartsen en verzorgenden. Op deze manier verkregen we inzicht in de taakopvattingen, noden en knelpunten in de diabeteszorg. Vervolgens werd de participerende huisartsen gevraagd hun DM2-patiënten te registreren, om inzicht in de kwaliteit van de verstrekte zorg te verkrijgen. Deze gegevens vormden ook de aanzet voor een regionale databank.

Om interdisciplinaire taak- en werkafspraken te maken werden door de zorgcoördinator intra- en interdisciplinaire werkgroepen opgezet, van waaruit vervolgens een interdisciplinair zorgprotocol werd opgesteld. Hierin werden afspraken opgenomen rond preventie, educatie, verwijscriteria, enz.

Uitgangspunt van het project is de centrale, coördinerende rol van de huisarts inzake diabeteszorg. De huisarts stelt de diagnose en verwijst naar het DPA. In samenwerking met de huisartsen werd tevens een regionaal educatieprogramma uitgewerkt, waarin het bevorderen van de zelfzorg centraal staat. Deze taak wordt opgenomen door de 2 diabeteseducatoren. Ook de zorgverstrekkers zelf krijgen ondersteuning, o.a. door deskundigheidsbevordering via infosessies, documenten, website, enz. Er werd tevens een 'diabetes wijzer' voor hen opgesteld. In samenwerking met de tweede lijn werd ook nog een programma uitgewerkt voor de opstart van insulinetherapie in de eerste lijn. Op deze manier wordt ook de verwijzing naar het ziekenhuis verzekerd.

De resultaten van het DPA zijn ronduit positief. Er is zowel verbetering op medische einddoelen (bv. daling bloeddruk, meer consultaties oogarts of voetonderzoek, ed.) als wat betreft de tevredenheid van alle participerende patiënten en zorgverstrekkers. Als belangrijkste pluspunten worden naar voor geschoven: de multidisciplinaire aanpak; de deskundigheid van alle partners werd

"gerespecteerd" (cf. duidelijke taakafspraken) waardoor er complementariteit i.p.v. concurrentie ontstond; alle disciplines hadden inspraak op alle niveaus (dus niet top-down opgelegd); patiënten en zorgverstrekkers werden met "raad en daad" bijgestaan; enz.

Het DPA kon echter slechts bestaan met behulp van RIZIV-financiering, doch deze is eindig. Om de continuïteit van de diabeteszorg te kunnen garanderen werden daarom privé-sponsors gezocht voor de nodige (maar tijdelijke) fondsen. Er werd tevens een nieuwe vzw "Zorgtrajecten Aalst" opgericht die alle activiteiten van DPA overneemt en de betrachting heeft in de toekomst uit te breiden naar andere actoren en specialismen in de regio. Naar de toekomst toe zal het echter in de eerste plaats zaak zijn voldoende (financiële) overheidsondersteuning te krijgen, zodat deze en andere projecten de nodige bestaansmogelijkheden hebben.

*\* Bronnen: Interview met Dr. Frank Nobels, diabetoloog OLV-ziekenhuis Aalst, 24-04-2008. Zie ook Sunaert et al., 2005, Sunaert et al., 2008 en [www.zorgtrajectenaalst.be](http://www.zorgtrajectenaalst.be)*

Uit deze cases leren we volgende zaken:

1. Verschillende personen stellen dat een opgelegd samenwerkingsverband in de praktijk nooit goed kan werken en vanuit de basis tot stand moet komen.
2. Cruciaal is dat de artsen betrokken zijn en voordelen zien in het nieuwe samenwerkingsverband. Dit is echter ook één van de grootste moeilijkheden om samenwerkingsverbanden uit te bouwen: het liniëren van de belangen van artsen en ziekenhuizen. De ziekenhuisfinanciering werkt dit volgens dhr. Johan Hellings echter niet in de hand: de zelfstandige basis waarop artsen werken, zorgt dat de eerste reactie bij het aangaan van een samenwerkingsverband is of zij geen patiënten zullen verliezen aan andere ziekenhuizen/artsen binnen dit verband. Vervolgens zou ook de financiering van ziekenhuizen eerder concurrentie dan coöperatie in de hand werken.
3. Een uniform elektronisch medisch dossier zou een grote vooruitgang betekenen in het ontwikkelen en uitbouwen van samenwerkingsvormen. Zo zorgde het ZOL dat het gelieerde ziekenhuis Bree-Maaseik met éénzelfde patiëntendossier begon te werken in de hoop dat men in de toekomst deze systemen op elkaar kan afstemmen.

#### 4.4 Bespreking: van een unitair naar een netwerkparadigma?

In het vorige deel trachtten we met een reeks voorbeelden uit de Vlaamse context te argumenteren dat netwerken een belangrijk gegeven vormen voor de toekomst van het Vlaamse zorglandschap. De groei van het aantal netwerken in de Vlaamse gezondheidszorg zou men daarom - vanuit een organisatiethoretisch perspectief - kunnen omschrijven als een evolutie van een unitaire naar een netwerkparadigma ('paradigma' heeft hier betrekking op een aantal algemeen aanvaarde ideeën over hoe men zorg dient te organiseren. Binnen deze paradigma's ontwikkelen zich vervolgens verschillende nieuwe organisatievormen). Binnen het unitaire paradigma staan organisaties op zichzelf en het voornaamste vraagstuk waar zij voor staan, is hoe zij binnen hun grenzen de verschillende activiteiten optimaal kunnen organiseren. De functionele organisatiestructuur die in vele ziekenhuizen aanwezig is, is kenmerkend voor dit paradigma.

In een netwerkparadigma daarentegen is de centrale vraag hoe men de relatie tussen ondernemingen beter kan organiseren. In tegenstelling tot het unitaire paradigma wor-



den organisaties niet meer ingedeeld in afdelingen, die elk een compleet pakket aan competenties in huis hebben, maar wordt de nadruk gelegd op de samenwerking tussen afdelingen binnen en buiten een organisatie, die elk een deel van de competenties in huis hebben die nodig zijn om een bepaalde dienst te verstrekken (de Man, 1997). In de onderstaande tabel worden de belangrijkste kenmerken van beide paradigma's met elkaar vergeleken:

	<b>Unitair</b>	<b>Netwerk</b>
<b>Kenmerken</b>	Grootschaligheid gescheiden functionele afdelingen, alle competenties in één hand coördinatie door hiërarchie	Kleinschaligheid binnen groot verband samenwerken tussen partijen met elk een beperkt aantal competenties, zowel binnen als buiten de onderneming coördinatie door horizontale mechanismen
<b>Concurrentiekrachtig</b>	In massamarkten met een beperkte productdifferentiatie in nationale markten wanneer schaalvoordelen moeten worden benut	in sterk gedifferentieerde markten geografisch gefragmenteerde markten wanneer kennisvorming en benutting op organisatieniveau belangrijk is
<b>Voorbeelden</b>	- functionele vorm - divisievorm	- netwerkorganisatie - ketens

*Bron: de Man, A.-P. (1997). De traditionele vernieuwing van organisatievormen. Nijenrode Management Review, mrt apr 1997(3), p. 64.*

Tegelijkertijd willen we het belang van dit 'netwerkparadigma' echter nuanceren om twee redenen: Vooreerst is het niet zo dat het netwerkparadigma het unitaire volledig vervangt: volgens de Man (1997) kunnen beide paradigma's naast elkaar bestaan. De ervaring leert namelijk dat populariserende managementliteratuur één organisatievorm nogal snel durft 'doodverklaren' ten voordele van een nieuwe organisatievorm. In de realiteit blijkt echter dat, ondanks de aantrekkingskracht van een 'nieuw paradigma', er ook heel veel continuïteit in de ontwikkeling van deze organisatievormen zit. Onderzoek rond de 'institutionele theory' (zie boven) leert bovendien dat de gezondheidszorg zeer gevoelig is voor institutionele begrippen zoals 'sociale druk' en 'legitimiteit' (Lega & DePietro, 1983): dit impliceert dat een ziekenhuis geneigd kan zijn om naar buiten toe te tonen dat men 'netwerkt' - indien dit het nieuwe paradigma is - zonder dat men dit doet uit efficiëntieoverwegingen en in de praktijk verandert er dan ook zelden veel.

Ten tweede willen wij de stelling poneren dat netwerken altijd al bestaan hebben in de gezondheidszorg en zelfs dat gezondheidszorg in hoge mate een netwerk is (in tegenstelling tot een hiërarchie of een markt). De complexe samenwerking tussen de eerste, tweede en derdelijnszorg, en tussen psychiatrische, chronische en acute zorg laten zich veel beter vatten als een 'netwerk' dan als een 'markt' of een 'hiërarchie'. Vervolgens zijn ook begrippen als 'vertrouwen' en 'coöperatie' cruciaal voor een goede werking van elk netwerk en dit geldt evenzeer voor de gezondheidszorg: vertrouwen en samenwerking tussen de huisarts en de patiënt, tussen de huisarts en de specialist, tussen de specialist en de ziekenhuismanager, enz. Deze vaststelling heeft natuurlijk belangrijke implicaties voor de wijze waarop de gezondheidszorg door de overheid moet worden aangestuurd indien zij vorm wil geven aan het gezondheidszorglandschap van de toekomst. Op deze thematiek komen wij in Deel III uitgebreid terug.

Toch kan men meerdere redenen noemen waarom het aantal netwerken in Vlaanderen in de afgelopen jaren sterk leek toe te nemen. Op basis van theoretische inzichten en steunend op expertinterviews identificeerden wij er vijf:

#### 1. Ziekenhuisfinanciering

Waar men ziekenhuizen twee decennia geleden kon omschrijven als zuivere 'social profit' instellingen, wordt vandaag financiële performantie meer en meer belangrijk om continuïteit te garanderen. Het wijzigende financieringssysteem van ziekenhuizen is daarom een belangrijke factor die ziekenhuizen aanzet tot netwerkvorming. Toch werkt deze niet eenduidig: enerzijds toonde het theoretische kader hoe 'schaarste' organisaties kan aanzetten tot samenwerking om schaalvoordelen te behalen en de steeds krappere wordende ziekenhuisfinanciering is natuurlijk een belangrijke oorzaak van 'schaarste'. Anderzijds bootst de financiering ook steeds meer een marktwerking na waardoor competitie tussen ziekenhuizen toeneemt. Hetzelfde financieringssysteem kan m.a.w. zowel aanzetten tot samenwerking als tot concurrentie.

#### 2. Zorgprogramma's

De zorgprogramma's die de federale overheid vastlegt, geven direct en indirect aanleiding tot samenwerking tussen ziekenhuizen: directe aanleiding is er omdat diverse programma's expliciet vragen om samenwerkingsverbanden te organiseren (bvb. zorgprogramma oncologie). Hierbij kan men bovendien een evolutie vaststellen van de federale overheid waarbij men dit element in toenemende mate inbouwt in de nieuwe zorgprogramma's.

Ook indirect geven zorgprogramma's aanleiding tot samenwerking: zo leerden expertinterviews ons dat regionale ziekenhuizen rondom de supraregionale een zekere vrees hebben om hun basisactiviteit te verliezen doordat de nieuwe zorgprogramma's zware voorwaarden stellen waar zij alleen moeilijk aan kunnen voldoen. Daarom zijn zij geneigd om zich te koppelen aan een groter ziekenhuis.

Laten wij als voorbeeld het zorgprogramma oncologie nader bekijken (K.B. 21 maart 2003 'Zorgprogramma oncologie'). Om als ziekenhuis erkend te worden en erkend te blijven voor oncologische behandelingen, moeten ziekenhuizen samenwerkingsverbanden hebben met andere ziekenhuizen die beschikken over hetzelfde zorgprogramma voor oncologische basiszorg. "*Samenwerkingsverbanden die niet resulteren in effectieve doorverwijzingen en terugverwijzingen zoals bepaald in het multidisciplinair oncologisch handboek zoals bepaald in artikel 21 e.v. worden als niet bestaande beschouwd.*" Vanuit

deze zorgprogramma's ontstond bijvoorbeeld het Iridium Kankernetwerk voor patiënten uit de regio Groot Antwerpen en Waasland, waarin het AZ Klina Brasschaat, AZ Sint-Augustinus, Sint-Vincentiusziekenhuis, Monica te Deurne en het AZ Maria Middelaers zijn betrokken.

### 3. Medische staf

Het wordt moeilijk voor regionale ziekenhuizen om nog langer een complete medische staf aan te bieden. Deels valt dit te verklaren door de toenemende specialisatie als gevolg van medische ontwikkelingen, het tekort aan artsen voor sommige specialismen en de erkenningsnormen die de federale overheid oplegt maar waar kleine ziekenhuizen niet altijd aan kunnen voldoen (bvb. pediatrie). Dit probleem kunnen ziekenhuizen echter verhelpen door op een grotere schaalgrootte te werken en onderling artsen te 'delen'; via fusies, maar ook via netwerkvorming kan men aan dit probleem tegemoet komen.

Supraregionale ziekenhuizen trachten anderzijds om ook topspecialisten aan te trekken/te houden. Om dit te doen, moeten men als ziekenhuis zijn artsen/topspecialisten kunnen verzekeren van een voldoende patiëntenstroom, en hiervoor zijn regionale netwerken cruciaal.

### 4. Fusiegolf van de jaren '80 – '90

Hoewel we in Vlaanderen 'informational networks' en 'co-ordinated networks' aantreffen (bijvoorbeeld het Vlaams Ziekenhuisnetwerk K.U.Leuven en de netwerkvorming rond het ZOL), leerden expertinterviews dat er vandaag in Vlaanderen geen netwerken bestaan die verder geïntegreerd zijn dan de 'co-ordinated network' (bvb. het 'managed care network'). De meest voor de hand liggende verklaring is dat men in Vlaanderen onmiddellijk van een 'co-ordinated network' overging naar een fusie, waarbij een hiërarchie ontstaat en men niet langer kan spreken van een netwerk. Gezien de mogelijkheden die een fusie in het verleden aan ziekenhuizen bood, was er vermoedelijk ook weinig behoefte om sterker geïntegreerde netwerkvormen te ontwikkelen. Het is echter mogelijk dat in de toekomst deze netwerkvormen wel voordelen bieden, indien bvb. de ziekenhuizen een dusdanige schaalgrootte bereiken dat een extra fusie meer nadelen (coördinatieproblemen) dan voordelen (schaalgrootte) zou opleveren. Netwerkvorming vormt m.a.w. deels een vervolg op fusies, en de kans is reëel dat ziekenhuizen in de toekomst met een breder palet aan netwerkvormen zullen experimenteren dan zij vandaag doen.

Anderzijds stellen sommige experts dat 'netwerken' deels ook een tegenreactie vormen op de fusiegolf. Sommige regionale ziekenhuizen waken bijvoorbeeld sterk over hun autonomie, terwijl in de omgeving (financiering, wetgeving, technologische evoluties) de druk verhoogt om te fuseren met andere ziekenhuizen. Om toch financieel het hoofd boven water te kunnen houden en mee te kunnen met de wetenschappelijke ontwikkelingen, sluiten kleinere ziekenhuizen samenwerkingsovereenkomsten af met andere ziekenhuizen.

### 5. Proces- en patiëntgerichte zorg

Vervolgens is er in de zorgsector een toenemende aandacht voor processen en patiënt-gestuurde zorg (bvb. de implementatie van klinische paden) die impliceert dat men sneller zal nadenken over het zorgproces van de patiënt over de muren van een zorginstelling heen. Een voorbeeld in dit kader is het 'Netwerk voor Liesbreuken': een initiatief dat onder meer aanwezig is in het H. Hartziekenhuis Mol en het Stedelijk Ziekenhuis Roesela-

re. Centraal in dit netwerk staat de afstemming tussen de huisarts en het chirurgisch team in het ziekenhuis, waarbij onder andere wordt bepaald welke preoperatieve onderzoeken door de huisarts uitgevoerd moeten worden en wanneer dit dient te gebeuren.

## Hoofdstuk 2

### De impact van de vastgestelde evoluties op de zorgstrategische planning

De methodiek rond zorgstrategische plannen werd aanvankelijk uitgetekend om VIPA toe te laten op een objectieve wijze investeringssubsidies toe te kennen (Arthur D'Little, 1997). De vraag vanuit het kabinet van Vlaams minister Steven Vanackere (Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin) was echter expliciet om belangrijke evoluties in het Vlaamse ziekenhuislandschap te evalueren in het kader van de zorgstrategische planning en niet uitsluitend in het kader van VIPA.

Omdat deze procedure aanvankelijk werd opgesteld om subsidieaanvragen voor infrastructuur te evalueren, is het volgens ons noodzakelijk om terug te keren naar de filosofie die aan de zorgstrategische planning ten grondslag ligt.

De VIPA-procedure streeft dus een objectieve evaluatie na, maar dit betekent niet dat het de bedoeling is om: *“een mathematisch beslissingsmodel uit te werken waaruit louter deductief beslissingen af te leiden zijn. Wel wordt gestreefd bakens uit te zetten, die de overheid kunnen gidsen bij de beslissingsname. Deze bakens zijn:*

- **Opportuniteit:** Is het opportuun in dit ziekenhuis te investeren, rekening houdend met de visie over het toekomstige ziekenhuislandschap?
- **Concept:** Beantwoordt het voorgestelde concept aan de visie over kwalitatief hoogstaande zorg tegen een verantwoorde kost?
- **Resultaat/Garanties:** Wat is de te verwachten impact van deze investering op de kwaliteit en de kosten van de zorgverstrekking? Welke garanties kan de overheid hiervoor krijgen?” (Arthur D'Little, 1997).

Wanneer een ziekenhuis een investeringsdossier indient bij het VIPA moet zij op onderstaande vragen een antwoord formuleren:

*Vraag 1. Sluit de realisatie van dit zorgstrategisch plan aan bij de zorgbehoeften van de regio?*

- 1.1. Is dit ziekenhuis belangrijk voor het voorzien in de zorgbehoeften van de regio?
- 1.2. Is dit ziekenhuis belangrijk voor het behoud van de geografische toegankelijkheid in de regio?
- 1.3. Is het zorgstrategisch plan afgestemd met de andere zorgverstrekkers in de regio?

*Vraag 2. Is dit ziekenhuis goed geplaatst om in de geïdentificeerde zorgbehoeften te voorzien?*

- 2.1. Is het goed gelegen?
- 2.2. Is het in staat kwalitatief hoogstaande zorg te bieden?
- 2.3. Is het financieel performant?

In essentie vraagt men volgens ons **of het gezondheidszorgsysteem tegemoet komt aan de zorgvraag en of zij dit doet op een kwalitatieve en financieel verantwoorde wijze**. Daarom trachten wij in dit deel te beschrijven hoe de stijging inzake gespecialiseerde ambulante zorg en de netwerkvorming een invloed heeft op:

- het tegemoet komen aan de zorgvraag
- de kwaliteit van de zorg
- de financiële performantie van de zorginstellingen

## **1 De impact van de toegenomen tweedelijns ambulante zorg op de zorgstrategische planning**

Het gegeven dat patiënten in daghospitalisatie minder lang in het ziekenhuis dienen te worden opgenomen en de financiële, sociale, medische, ... voordelen die daarmee worden gerealiseerd, werden reeds aangehaald in het eerste deel. Daghospitalisatie lijkt derhalve een uitermate positief verhaal. Rekening houdend met de nog te verwachten medische vooruitgang lijkt hieraan de komende jaren zelfs geen einde te komen en lijkt het verder specialiseren en uitbouwen van deze ambulante zorg(centra) dé te bewandelen weg doorheen het toekomstig ziekenhuislandschap. In hoeverre dit bewaarheid wordt, zal onderzocht worden in het navolgende deel.

Het is eerst en vooral noodzakelijk na te gaan wat de belangrijkste voor- en nadelen zijn van de toegenomen gespecialiseerde ambulante zorg, zoals beschreven in het eerste deel. Anders gezegd, wat is de **strategische waarde** van de gespecialiseerde ambulante zorg (i.e. de (chirurgische) daghospitalisatie en de poliklinische activiteit) voor de ziekenhuizen en het Vlaamse zorglandschap in zijn geheel. Om deze afweging te maken baseren we ons in de eerste plaats op de principes zoals voorgesteld in de *Nota van de Vlaamse Gezondheidsraad (2006)*.

### **1.1 De strategische waarde van de gespecialiseerde ambulante zorg voor de ziekenhuizen en het Vlaamse zorglandschap**

Het overkoepelend doel van een Vlaams gezondheidsbeleid dient erin te bestaan om, binnen het kader van de ter beschikking gestelde middelen, de gezondheidsstatus en de functionele toestand van de ganse bevolking te optimaliseren (Nota VGR, 2006). Dit betekent dat men een aantal **waarden en principes** moet nastreven en hanteren, zijnde relevantie, toegankelijkheid en solidariteit, kwaliteit, en effectiviteit en –efficiëntie. Aan de hand van deze principes kan men eveneens de afweging maken welke functie de tweedelijns ambulante zorg kan vervullen voor het ziekenhuis en voor het Vlaamse zorglandschap.

#### *Relevantie*

Uitgangspunt bij elke doelstelling, actieplan en elke vorm van dagdagelijkse zorgverstrekking, vormt de vraag of hier een relevant probleem wordt aangepakt, waarvan de oplossing eveneens relevant is en bijdraagt tot het bevorderen, bewaken, behoeden of herstellen van de gezondheid. Aansluitend moet telkens de vraag worden gesteld of de

overheid hiervoor zelf de financiële lasten moet dragen. Relevantie kan ten slotte evenmin los van ethische keuzen worden bekeken, bv. wat zijn grondrechten, enz.

Het al dan niet vervullen van het relevantieprincipe door "de ambulante zorg" lijkt positief. Daghospitalisatie, al dan niet chirurgisch, vervult duidelijke **zorgbehoeften** zowel ten aanzien van de patiënt, het ziekenhuis als de overheid. Enkele van deze behoeften werden reeds aangehaald bij de bespreking van de voordelen van ambulante zorg. Eén der belangrijkste is ongetwijfeld dat door de beperktere financiële mogelijkheden van de overheid de uitgaven van ziekenhuizen dienden te worden verminderd. Belangrijk onderdeel hierin hadden de vermindering van de ligduur en de reductie van het aantal bedden. De gespecialiseerde ambulante zorg heeft een dergelijke transitie mede mogelijk gemaakt. Ook voor de komende jaren wordt verwacht dat de ligduur nog verder kan dalen en (chirurgische) daghospitalisatie een nog hogere vlucht zal nemen (o.a. Castoro *et al.*, 2006; Lemos, Jarret & Philip, 2006)

Anderzijds bieden de ambulante zorgcentra zeker ook **relevante zorg** aan. Het *dagziekenhuis* levert waar mogelijk alle zorgen die ook voor gehospitaliseerde patiënten worden aangeboden en vervult in die zin een zekere functie als 'basisziekenhuis', weze het zonder opname. Het dagziekenhuis is dan ook niet louter chirurgisch, maar zal ook steeds meer **medische dagzorg** verstrekken, zoals diabetes stabilisatie, grondige onderzoeken, chemotherapie, bloedtransfusie, enz. (Lemos, Jarret & Philip, 2006). Door de technologische ontwikkelingen zal het immers mogelijk worden bepaalde pathologiën te behandelen zónder chirurgie. Op deze manier kunnen ingrepen vroeger uitgevoerd in dagchirurgie doorgeschoven worden naar het "outpatient" gebeuren. Dagchirurgie zal dus medische procedures winnen van het "inpatient" deel en zal er verliezen aan het "outpatient" deel (Lemos, Jarret & Philip, 2006). Voor dit laatste vinden we evidentie in de evolutie van de poliklinische activiteit.

De *poliklinieken* bieden namelijk een zeer gespecialiseerde zorg aan. De afgelopen jaren werd immers een aanzienlijke mate van **subspecialisatie** ontwikkeld, wat zich ook weerspiegelt in de poliklinische activiteit. De specialismen die in de polikliniek aangeboden worden zijn veelal een weerspiegeling van de specialismen waarin de hospitalisatie-activiteiten uitblinken (Gemmel & Mortier, 2006).

Heeft men het over de relevantie van een bepaalde zorgverstrekking dan dient men tevens rekening te houden met de **schaalgrootte** waarop die zorg wordt verstrekt. Iedere vorm van zorgverstrekking heeft immers nood aan een bepaalde kritische massa om 'rendabel' te zijn. Voor ambulante zorgcentra binnen het ziekenhuis betreft dit meestal geen probleem, o.a. omdat deze gebruik kunnen maken van de stroom gehospitaliseerde patiënten. Vaak worden poliklinische activiteiten eveneens gebruikt door gehospitaliseerde patiënten en dit hoofdzakelijk omwille van de kosteneffectiviteit (Gemmel & Mortier, 2006).

Tweedelijns ambulante zorgcentra die op zichzelf bestaan en geen banden hebben met een ziekenhuis, hebben deze stroom uiteraard niet en moeten zelf voldoende patiënten weten aan te trekken. Dergelijke centra hebben vaak slechts een beperkte schaalgrootte. Echter, hoe kleiner de schaalgrootte, hoe groter de 'productiviteit' zal moeten zijn. Dientengevolge bestaat het risico dat deze ambulante zorgcentra enkel de **meest lucratieve zorgverstrekking** zouden aanbieden (Guterman, 2006; Bian & Morrissey, 2006; Shactman, 2005). Deze zal veelal weinig technologische en specialistische infrastructuur of apparatuur vereisen, evenals weinig gecompliceerde ingrepen of behandelingen met een

laag risico op complicaties betreffen. Men dreigt m.a.w. de meest "gezonde" patiënten te selecteren (Guterman, 2006; Stensland & Winter, 2006; Greenwald *et al.*, 2006). Zo werd vastgesteld dat cardiologiepraktijken die door arts-specialisten worden gerund hogere volumes "winstgevende" DRG's, minder ernstige pathologiën en beter verzekerde patiënten behandelden (Mitchell, 2005).

Op deze manier komt men uiteraard niet tegemoet aan het relevantiecriteria én benaudeelt men de ziekenhuizen. Deze blijven immers achter met die pathologiën of te verstrekken zorgen die wel gecompliceerd en multi-dimensioneel zijn, wel gespecialiseerde kennis en dito personeel vereisen, wel hoogtechnologische apparatuur vereisen, enz. Bijgevolg dienen ziekenhuizen meer kosten te maken en genereren ze minder "inkomsten" (Winter, 2003).

Ten andere, komt hierdoor tevens de **kwaliteit** van de zorg in het gedrang, o.a. omdat deze centra slechts een heel beperkte specialiteit ("service") aanbieden (Casalino, Devers, & Brewster, 2003; Mitchell & Sass, 1995) en omdat ziekenhuizen niet alle zorgen meer zullen kunnen (of willen) aanbieden.

Het aanbieden van (sub)specialistische zorg om bepaalde patiënten aan te trekken, heeft ook te maken met het **imago** van het ziekenhuis of bepaalde artsen, en is in die zin weinig "relevant". Het is immers een publiek geheim dat patiënten o.b.v. de naam en faam van een bepaald ziekenhuis of arts prefereren daar in behandeling te gaan, ook al is dit verder gelegen en zijn er ziekenhuizen in de buurt met gelijkaardige faciliteiten (Roh & Moon, 2005).

### 1.2 Kwaliteit

Kwaliteit van de zorg kan worden omschreven als "*de mate waarin gezondheidszorgvoorzieningen op het niveau van individu en populatie de kans op de verlangde gezondheidsuitkomsten doet toenemen en dit in overeenstemming met de actuele professionele kennis*" (Nota VGR, 2006, p.14). Kwaliteit maakt deel uit van het totale beleid van een organisatie en is nooit absoluut, maar steeds relatief en dynamisch (men tracht steeds te verbeteren). Kwaliteit verbeteren en verzekeren is dan ook een cyclisch gebeuren met voortdurende toetsing en bijsturing.

De teneur waarbij ambulante zorg als minderwaardige zorg wordt beschouwd, ligt steeds verder achter ons. De medisch-technologische evoluties hebben er voor gezorgd dat ingrepen mogelijk zijn op een manier dat de patiënt een minimum aan hinder ondervindt en op enkele uren tot één dag het ziekenhuis reeds kan verlaten (o.a. Lemos, Jarret & Philip, 2006)

Kwaliteit kent echter meerdere geledingen. Beschouwt men als kwalitatief hoogstaande zorg die zorg waarbij de patiënt "in de watten wordt gelegd", dan scoort de ambulante zorg ongetwijfeld minder goed. Een ingreep in dag- of polikliniek betekent immers een grotere belasting voor de patiënt, doordat de behandeling pre- en postingreep grotendeels voor eigen rekening vallen. Hiertegenover staat dan weer dat het "**hotelaspect**" van ziekenhuizen al langer aangevochten wordt, o.a. via ligduurbepanking en dus niet als een kwaliteitscriterium mag worden beschouwd. Dergelijke hotelfunctie dient hier te worden begrepen als zijnde het feit dat patiënten te lang in het ziekenhuis bleven liggen. In daghospitalisatie is er bv. wel een plaatstoewijzing, krijgt de patiënt soms eten, enz.



De kwaliteit, in de vorm van **veiligheid** en *de facto* verstrekte zorg, kan in het gedrang komen wanneer een ambulant zorgcentrum waar chirurgische ingrepen gebeuren niet langer verbonden is met een ziekenhuis. Het gaat hier derhalve over verzelfstandigde centra buiten de ziekenhuiscampus. Vooral in het geval van comorbiditeit kunnen er complicaties optreden die moeilijker te voorzien en te behandelen zijn binnen een chirurgische entiteit buiten de ziekenhuiscampus, waardoor het aan te raden is dergelijke centra aan striktere normering te onderwerpen (Qadir & Smith, 2007). Dit is meteen één van de belangrijkste redenen waarom dergelijke centra in België thans niet toegelaten worden. De teneur is evenwel duidelijk: het uitvoeren van een ingreep, bv. onder volledige narcose, is slechts mogelijk in een poliklinische setting wanneer daarvoor dezelfde veiligheidsmaatregelen voorzien zijn als in een ziekenhuissetting (Politis, 2007, p.91). Het verder optimaliseren van de kwaliteit van de anesthesiologie is zodoende ook van groot belang (Jakobson, 2006).

Ook het gegeven dat verschillende van de ambulante zorgcentra veel **minder** onder **controle en toezicht** staan dan ziekenhuizen kan een risico inhouden voor de kwaliteit. Het betreft hier dan in hoofdzaak de zorgcentra die in eigen beheer (dus privaat, bijvoorbeeld als b.v.b.a. of n.v.) worden opgericht, zoals zogenaamde "wellness-klinieken" voor esthetische chirurgie.

Het dient evenwel gezegd dat inzake chirurgische daghospitalisatie heel strikte normering geldt (K.B. 25 november 1997). Ook dagziekenhuizen zijn aan normering gebonden, vermits ze onder de toepassing van de ziekenhuiswet vallen en het aanbieden van een bepaald zorgprogramma aan heel wat wettelijke criteria en erkenningsnormen is onderworpen (bv. K.B. 21 maart 2003; K.B. 29 januari 2007). Daarenboven werden erkenningsnormen niet-chirurgische daghospitalisatie uitgevaardigd (K.B. 10 februari 2008).

Vermits men prat gaat op de "**evidence-based medicine**" is het noodzakelijk er op te wijzen dat er tot op heden heel wat wetenschappelijk bewijs is verzameld dat aantoonde dat dagchirurgie hetzij veiliger, hetzij even veilig is als in het ziekenhuis (Castoro *et al.*, 2006, p.7-10). Dergelijke bevindingen bevestigen de idee van de "focused factory" en het belang van specialisatie en volume, vermits het aantal keren dat een ingreep wordt uitgevoerd aanleiding geeft tot méér kwaliteit. Op de belangrijkste voordelen van dagchirurgie, zowel vanuit medisch, sociaal als economisch oogpunt, werd reeds ingegaan (*supra*).

#### – **Toegankelijkheid & solidariteit ("equity")**

Toegankelijkheid en solidariteit verwijzen naar 'verticale' en 'horizontale rechtvaardigheid'. *Verticale rechtvaardigheid* slaat op het principe dat personen met meer middelen ook proportioneel meer bijdragen tot het gezondheidszorgsysteem. *Horizontale rechtvaardigheid* houdt in dat personen met gelijke noden ook toegang tot gelijke behandelingen dienen te krijgen. Ook geografische, administratieve, psychosociale en culturele aspecten van toegankelijkheid zijn van belang. Dit principe kan ook niet los gezien worden van kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie. Het beleid moet zich er vooral over bekommeren dat iedereen toegang heeft tot kwaliteitsvolle, effectieve en efficiënte zorg.

Wat dit criterium betreft, bevindt de gespecialiseerde ambulante zorg zich in een bijzondere situatie. Terwijl ziekenhuizen erop voorzien moeten zijn zo veel mogelijk types patiënten te kunnen opvangen, is gespecialiseerde ambulante zorg slechts van toepassing op

welbepaalde types patiënten. Niet iedereen is namelijk geschikt voor daghospitalisatie en er dient een zekere selectie te gebeuren. Door de verder schrijdende medische vooruitgang wordt daghospitalisatie, en dagchirurgie in het bijzonder, wel voor steeds meer mensen toegankelijk. Dagchirurgie wordt m.a.w. steeds meer de standaardprocedure, ten nadele van hospitalisatie (Castoro *et al.*, 2006; Lermite & Chung, 2005; Qadir & Smith, 2007).

Zonder voorbij te gaan aan de keuzevrijheid van de patiënt, dient deze patiëntselectie in de eerste plaats o.b.v. **medische criteria** te gebeuren. Er zou moeten worden uitgegaan van de algemene fysieke conditie van de patiënt, zonder daarbij te veel rekening te houden met leeftijd, gewicht of ASA<sup>8</sup>-schaal (Castoro *et al.*, 2006, p.6; Lermite & Chung, 2005; Qadir & Smith, 2007). Vooral dient men de vraag te stellen of het resultaat van de behandeling beter zou zijn mits pre- of postoperatieve hospitalisatie. Zo niet, dient men over te gaan tot dagopname.

Anderzijds zijn ook **sociale selectiecriteria** van toepassing bij dagpatiënten. Een dergelijke behandeling impliceert immers dat de patiënt een zekere nazorg nodig heeft. Hij dient daarbij op de steun van een 'verzorger' te kunnen rekenen, bijvoorbeeld om in het vervoer te voorzien en postoperatief toezicht uit te oefenen. Niet iedereen beschikt echter over een dergelijk sociaal netwerk. Hierin liggen ongetwijfeld opportuniteiten naar de toekomst, door te voorzien in **tussenstadia** in het zorgcontinuüm. Men denke hierbij aan een "zorghotel", "dagcentrum", "extended recovery center", "step-down unit", "limited care accommodation", enzovoort. Hierover later meer (infra).

Heeft men het over toegankelijkheid van zorg, dan heeft dit in belangrijke mate betrekking op de **geografische toegankelijkheid** of nog, het vlot bereikbaar zijn voor de patiënt. Voor ambulante zorgcentra die op dezelfde site als het ziekenhuis zijn gelegen, is dit logischerwijze geen onderscheidend criterium.

In de discussie over het extern oprichten en verzelfstandigen van ambulante zorgcentra is dit criterium des te relevanter. Voorstanders van dag- en/of poliklinieken buiten de ziekenhuis-campus halen aan dat op deze manier de toegankelijkheid van de zorg wordt bevorderd. Arts-specialisten die zich buiten het ziekenhuis vestigen, vormen volgens Dr. Politis zelfs "een zeer toegankelijke vorm van gespecialiseerde geneeskunde, met een vlotte samenwerking met de huisarts en doorgaans financieel interessant voor patiënt en maatschappij" (Politis, 2007, p.71).

Tegenstanders weerleggen dan weer het argument van de toegankelijkheid, door te stellen dat het extern oprichten van een dag- of polikliniek louter een middel is om het **marktaandeel** van het ziekenhuis in de regio te vergroten. Een dergelijke toegankelijkheidsprobleem wordt overigens niet erkend, gezien de beperkte afstanden (althans in kilometers) die in België moeten worden afgelegd. De door het OCMW opgerichte polikliniek in Essen (Lke, 2008) en deze in Zelzate (supra) tonen echter aan dat de voorgaande stelling niet altijd opgaat.

Deze tegenstanders worden tevens gesterkt in hun overtuiging door de vaststelling dat dergelijke externe ambulante centra vaak binnen enkele kilometers van het oorspronkelijke ziekenhuis worden gevestigd.

---

<sup>8</sup> American Society of Anaesthesiologists

Ziekenhuizen bieden ook **zoveel mogelijk specialisaties** aan, omdat zij in hun missie toegankelijkheid nastreven (Gemmel & Mortier, 2006, p.23). Het gevolg daarvan kan zijn dat er weinig afstemming is tussen vraag en aanbod, waardoor bepaalde specialismen onder- of overbezet zijn. Dit heeft tevens een negatieve impact op de effectiviteit en efficiëntie in zorgverstrekking.

– **Kosteneffectiviteit & -efficiëntie**

Een beleid moet bovendien expliciet rekening houden met doeltreffendheid (effectiviteit) en doelmatigheid (efficiëntie) van preventieve maatregelen en zorgverstrekking. Eerder werd al gesteld dat het overkoepelend doel van een gezondheidsbeleid de optimale realisatie van gezondheidswinst is. De realisatie van deze doelstelling wordt bereikt door het beleid in al zijn facetten zoveel mogelijk op kennis inzake effectiviteit en efficiëntie te baseren.

Een optimale inzet van middelen (doelmatigheid) betekent bovendien dat het zorgaanbod goed georganiseerd is, dat mensen en middelen adequaat worden ingezet en dat de genomen maatregelen, toegepaste technologieën en uitgevoerde acties kosteneffectief zijn. Een goede kosteneffectiviteit binnen het beleid houdt in dat de middelen zodanig worden toegewezen dat zij per geïnvesteerde euro het meeste gezondheid opleveren voor zoveel mogelijk mensen.

Gespecialiseerde ambulante zorg is zeker **kostenefficiënter** dan een gelijkaardige behandeling in hospitalisatie, doordat de verblijfstijd in het ziekenhuis veel lager is, het "hotelaspect" grotendeels verdwijnt, resources als personeel en materiaal intensiever en efficiënter worden gebruikt, en er geen nood is aan nacht- of weekendpersoneel (Lemos, Jarret & Philip, 2006, p.26). Daarenboven daalt de **eenheidskost** van een ingreep, wanneer men zich beperkt tot een bepaalde chirurgische ingreep en dit op een efficiënte wijze uitvoert (Herzlinger, 2004).

In de huidige constellatie, waarbij de poliklinische activiteit grotendeels binnen het ziekenhuis wordt uitgevoerd, ontstaat er echter wel **inefficiëntie**. Het kostenbesparend effect gaat verloren door de zeer hoge vast kosten in een ziekenhuisomgeving (Politis, 2007, p.38). Hiertegenover staat dan weer dat het **kosteneffectiever** is poliklinische activiteiten ook te laten gebruiken door gehospitaliseerde patiënten, omdat men op deze manier geen dubbele kosten moet maken inzake apparatuur en men deze ook op grotere schaal kan gebruiken (Gemmel & Mortier, 2006, p.25).

Ten slotte ontstaat er **inefficiëntie** wanneer de patiënt een beroep doet of tracht te doen op de arts-specialist, terwijl dit in principe niet nodig is en een bezoek aan de huisarts reeds had volstaan. De patiënt neemt immers zijn eigen zorgtraject steeds meer in handen en heeft daarbij ook de vrije keuze uiteraard. Verschillende ziekenhuizen trachten dit op te lossen door voor raadplegingen in bepaalde zorg- of poliklinieken verplicht een verwijzing van de huisarts te hebben (Gemmel & Mortier, 2006). Dit is echter niet altijd het geval.

### 1.3 Een evaluatie van de netwerkvorming in de gezondheidszorg

In het onderstaande deel gaan we na op welke manier netwerkvorming in de gezondheidszorg een invloed heeft op haar outcomes. Dit zal gebeuren aan de hand van de literatuurstudie en de netwerktypologie van Goodwin et al. (2004).

#### 1.3.1 Evaluatie volgens de typologie van Goodwin

##### *Learning and informational networks*

Goodwin et al. (2004) gebruikten het voorbeeld van het netwerk Klinische Paden (K.U.Leuven) als 'Learning and informational network'. Sermeus et al. (2001) maakten een evaluatie van dit netwerk en de voordelen: deze wees uit dat een aantal elementen cruciaal waren voor het welslagen hiervan:

(1) Het netwerk moest 'benefit rich' zijn in die zin dat haar missie relevant was voor de ziekenhuizen die participeerden in dit netwerk.

(2) Vervolgens was het 'coöperatieve' en 'op ontwikkeling gerichte' karakter van dit netwerk van groot belang eerder dan dat men Klinische Paden zou ontwikkelen buiten de dagdagelijkse praktijk binnen het ziekenhuis en men oplossingen voor specifieke problemen 'van buitenaf' zou opleggen.

(3) Ten derde was de 'responsiveness', de duidelijkheid van structuur en de goede ondersteuning van het netwerk ook van belang voor de leden van dit netwerk (Goodwin et al., 2004).

Binnen de ziekenhuizen was de bewustwording van de artsen en verpleegkundigen en hun kennis van het concept van klinische paden een essentieel element voor dit zorginstrument om meer krediet te verkrijgen. De acceptatie van zorgprofessionals was verder ook noodzakelijk voor de succesvolle implementatie van klinische paden en dit hing nauw samen met een opleidingstraject om zodoende de gebruikelijke praktijken in vraag te stellen en te wijzigen. Perri 6 et al. (2006) wijzen er tevens op dat dit laatste element ook het klassieke zwakke punt is van alle informatienetwerken om zorgpraktijken te kunnen wijzigen. Een informatienetwerk geeft dus misschien geen garantie voor succes, maar het kan hiervoor wel een solide basis verschaffen (Perri 6 et al., 2006).

##### *Co-ordinated networks*

De aantrekkingskracht van gecoördineerde netwerken ligt in het geloof dat deze zou leiden tot zowel een vermindering van kosten als een verbetering van de kwaliteit. Perri 6 et al. (2006) stellen echter dat de effectiviteit - in termen van kosten en kwaliteit - nog bewezen moet worden, omdat literatuur weinig evidentie verschaft over de effectiviteit van dit type netwerken en deze studies in het algemeen beperkt blijven tot case studies (Provan & Milward, 2001).

##### *Procurement networks (Zie beschrijving typologie volgens Goodwin)*

##### *Managed care networks*

Het voorbeeld van een 'managed care network' - de drie 'Social Health Maintenance Organisations' (zie boven) - werden een aantal jaren terug grondig geëvalueerd en het besluit was dat dit type van netwerkmodel niet helemaal tegemoet kwam aan de verwach-

tingen. De evaluatie wees uit dat het doenbaar was om verantwoordelijkheden te delen (financieel en m.b.t. de zorg), maar dat men in de praktijk faalde om klinische integratie te verwezenlijken, om een verhoogde kosteneffectiviteit tot stand te brengen en om significante wijzigingen aan te brengen in de operationele activiteiten (Kodner & Kyriacou, 2000).

### 1.3.2 Bespreking

Goodwin *et al.* (2004) stellen dat het ontstaan van verschillende vormen van netwerken in de gezondheidszorg in een belangrijke mate gebaseerd zijn op een reeks van verwachte voordelen eerder dan op basis van bewezen resultaten. Verwachte resultaten van netwerken zijn bvb. het efficiënter gebruik van personeel, het uitwisselen van 'good practices', de patiënt centraal plaatsen in het zorgproces en/of toegang tot de zorg te verbeteren. Vervolgens wordt verondersteld dat netwerkvorming hiertoe kunnen bijdragen door bvb.:

1. het gemeenschappelijk voorzien of aankopen van diensten;
2. transactiekosten reduceren tussen leveranciers en zorginstellingen en zorginstellingen onderling;
3. versterken van macht en het delen van risico's via toeleverings- of aankoopnetwerken;
4. schaarse capaciteit delen tussen ziekenhuizen om te zorgen dat er een kritische massa aanwezig is.
5. het delen van kennis, ontwikkeling van ideeën en om innovatie te promoten en (Goodwin *et al.*, 2004).

Goodwin *et al.* (2004) stellen echter dat er weinig wetenschappelijk bewijs is voor de vermeende effectiviteit van het netwerkmodel in de gezondheidszorg. Literatuur beperkt zich volgens hen tot opiniemakers en theoretische discussies over de groei en ontwikkeling van netwerken in de gezondheidszorg (bij wijze van voorbeeld halen Goodwin *et al.* (2004) artikels aan van Calvin (1998); Collins (2000); Kunkler (2000); Baker (2001); Cropper *et al.* (2002); Edwards (2002); Frater & Gill (2002) en Thomas (2003)). Verder bestaan er verscheidene case studies over netwerken in een vroeg stadium van ontwikkeling (zie bijvoorbeeld Sardell (1996); Mundt (1997); Moir *et al.* (2001) en Tait & Baxter (2002)) en er is aanzienlijke aandacht voor de ondersteuning van netwerken d.m.v. klinische informaticasystemen (zie bijvoorbeeld Teich (1998); Tanriverdi & Venkatraman (1999); Snyder *et al.* (2000)). Enkel wordt duidelijk dat sterk geïntegreerde netwerken nuttig zijn bij een beperkte groep van chronisch zieke patiënten die in een onstabiele conditie verkeren die vaak heropgenomen dienen te worden. Helaas is volgens Goodwin *et al.* (2004) het overgrote deel van de literatuur over netwerken niet gebaseerd op studies die een wetenschappelijk verantwoorde evaluatie opmaken van deze netwerken.

In het vorige hoofdstuk werd besproken hoe netwerken kunnen evolueren op een continuüm van meer of minder integratie als antwoord op bepaalde noden uit de omgeving. Lange tijd leefde echter de veronderstelling dat sterkst geïntegreerde netwerken ook de meest effectieve netwerken zijn. Een studie van Dubbs *et al.* (2004) toonde echter dat

het aantal sterk geïntegreerde netwerken in de V.S. afnam in de jaren '90 zodat de individuele organisaties meer autonomie verkregen die hen toeliet om vlotter in te spelen op marktbehoeften. Met deze studie werd daarom ook de impliciete veronderstelling ondergraven dat volledig geïntegreerde netwerken het ideale eindpunt zijn van netwerkvorming (Goodwin *et al.*, 2004).

Ook vanuit de neo-durkheimiaanse perspectief mag het duidelijk zijn dat er geen ideale vorm bestaat van een netwerk. De minder gereguleerde 'enclaves' lijken op hun plaats indien de vrijwillige participatie en de hoge betrokkenheid van de professionals en/of organisaties vereist is, maar deze netwerken zijn eerder moeilijk om aan te sturen in de richting van een specifieke vorm van zorgvoorziening. Indien een gecontroleerde vorm van integratie voor een duidelijk afgebakende zorg vereist is, dan zijn hiërarchische netwerken meer op hun plaats. Er is echter bewijs dat deze netwerkvorm slecht is om betrokkenheid van artsen te genereren aangezien zij de professionele vrijheid deels inperken. Kodner & Kyriacou (2000) argumenteren dat de aanwezigheid van een organisatorische kern die verantwoordelijk is voor het netwerk niet volstaat om een efficiënte werking te garanderen. Hiervoor dient men de professionele betrokkenheid bij netwerken te stimuleren, en dan kunnen individualistische benaderingen een uitweg bieden aangezien zij de creativiteit en betrokkenheid van medewerkers ondersteunen.

Daarom geloven we dat het beter is om aan te nemen dat er geen ideale vorm van netwerken bestaat: afhankelijk van de doelstelling van het netwerk – bijvoorbeeld informatie-uitwisseling of coördinatie van chronisch zieke patiënten – en de context waarbinnen zij opereren, kan men respectievelijk beter een enclave, een individualistisch of een hiërarchisch netwerk uitbouwen (Perri 6, 2006, p. 243). Volgens Goodwin *et al.* (2004) pleit de afwezigheid van eenduidig wetenschappelijk bewijs m.b.t. de efficiëntie van netwerken in de gezondheidszorg dan ook voor een hybride vorm van netwerken waarbij de relatieve performantie van het netwerk en andere interne dilemma's voor elke netwerktype een 'trade off' vormen en aangepast kunnen worden doorheen de tijd: zo moet men bvb. vermijden dat men te veel 'centraliteit' creëert, waarbij het centrum controle heeft over nagenoeg al de *resources*, als dat men moet vermijden dat artsen/teams/organisaties te veel evolueren naar een geïsoleerde positie. Vervolgens willen wij ook herhalen dat netwerken zowel kunnen evolueren in een continuüm naar meer of minder wederzijdse integratie.

Hoewel de verschillende expertinterviews ons m.a.w. leerden dat netwerkvorming tussen zorginstellingen een belangrijke trend is van de toekomst, mag men er daarom niet van uitgaan dat er één ideaal eindpunt is; een 'verkaveld' (d.i. sterk geïntegreerd) ziekenhuislandschap behoort volgens sommige experts tot de mogelijkheden, maar dit is geen zekerheid.

### 1.4 Naar een transmuraal zorgmodel?

#### 1.4.1 *Van een hospitalocentrisme naar transmurale zorg: bedenkingen over een nieuw ziekenhuis- of zorgmodel*

Het verhaal dat ziekenhuizen te veel de centrale as zijn waarrond het gezondheidszorgsysteem draait, is genoegzaam bekend. Zeker vanuit overheidswege wordt reeds jaar en dag beklemtoond dat niet ziekenhuizen, maar huisartsen en de eerstelijnszorg de sturen-

de rol dienen op te nemen en het vertrekpunt van zorg voor de patiënt dienen te zijn. Ziekenhuizen dienden zich ook bewust te zijn van het feit dat zij niet de enige 'spelers' zijn in het gezondheidszorgsysteem, maar veeleer één onderdeel binnen het **zorgcontinuüm**.

Allerlei ingrepen van overheidswege en inspanningen van de ziekenhuissector zélf enerzijds en medisch-technologische, demografische, sociale, ed. evoluties anderzijds hebben er toe geleid dat inderdaad de zorgorganisatie in ziekenhuizen verandert. Het **transmuraal zorgmodel** wint aan belang ten koste van het aloude hospitalocentristisch denken (De Boevere, 2008).

Gelet op de in het vorige deel (supra, 4.3 en 4.4) beschreven evoluties in het Vlaamse zorglandschap is het duidelijk dat dient nagedacht te worden over hoe een dergelijk transmuraal zorgmodel er dan wel dient uit te zien. Een visionaire tekst die de beschreven evoluties en de huidige situatie treffend weergeeft, vindt men in het artikel "La place de l'hôpital dans le système de santé au 21ème siècle" (Jolly, 1991). De auteur stelt:

*«L'hôpital d'aigus au 21e siècle ne sera plus fait de bâtiments d'hospitalisation auprès desquels il y a la radio, les laboratoires et les consultations, mais l'inverse: son noyau dur sera un grand plateau technique avec de grands départements d'imagerie diagnostique et thérapeutique comportant des machines très perfectionnées, proches des urgences et du bloc opératoire. Autour de ce plateau technique, il y de grandes polycliniques de consultations spécialisées: des lits de jour où les malades ne restent qu'une journée, des secteurs importants d'unités lourdes de réanimation et seulement quelques lits traditionnels pour certaines maladies chroniques ou invalidantes et la fin de la vie.»*

Dit is zonder meer een interessante hypothese : het ziekenhuis als een platform waar de hoogtechnologische apparatuur en infrastructuur is gevestigd (en waarvoor voldoende schaalgrootte nodig is), met daarrond een netwerk van (gespecialiseerde) dag- en/of poliklinieken, enkele beddenhuizen, enz. Dergelijke structuur lijkt ons anno 2008 uiterst realistisch.

Daar waar vroeger het merendeel van de ingrepen gepaard ging met hospitalisatie en ziekenhuizen dus vooral grote beddenhuizen dienden te hebben, zitten we anno 2008 in een situatie waarbij ca. **40%** van de ingrepen in **daghospitalisatie** wordt uitgevoerd. Gelet op de continue medische evoluties is het plausibel te veronderstellen dat dit de komende jaren verder stijgt naar 60% of meer (cf. 80% in het buitenland). Dit impliceert dat het dagziekenhuis in capaciteit zal toenemen en het beddenhuis in capaciteit verder zal afnemen. Belangrijk hierbij is evenwel dat ook de **activiteit** zal wijzigen. Naast een steeds verder uitbreidend scala ingrepen uitvoerbaar in dagchirurgie zal het dagziekenhuis ook medische dagzorg verstrekken (Lemos, Jarret & Philip, 2006). Het ziekenhuis dreigt daardoor achter te blijven met die pathologiën die te complex zijn voor dagopname. Dit maakt dat het beddenhuis een kleinere, doch meer complexe en vooral **meer zorgbehoevende populatie** zal bevatten (Scott, 1992).

Ook het hele gebeuren van **netwerken** tussen ziekenhuizen en tussen ziekenhuizen en andere zorginstellingen illustreert perfect de evolutie van het ziekenhuisconcept. Het ziekenhuis krijgt een functionele i.p.v. een structurele invulling. Niet de bedden, apparaten, ed. zijn van belang, wel de zorg die wordt aangeboden. De fysieke structuur verliest dus relatief aan belang, ten voordele van de functioneel-organisatorische omkadering. Con-

cepten als 'zorgprogramma's', 'klinische paden' en 'zorgcircuits' passen in dit nieuwe model. Men spreekt in deze van de trend naar het 'virtuele ziekenhuis'.<sup>9</sup>

### 1.5 Groeipijnen naar het transmuraal zorgmodel

In het laatste deel van het tweede hoofdstuk wensen wij de aandacht te vestigen op een aantal knelpunten binnen de Vlaamse gezondheidszorg. We bespraken reeds algemeen de impact van de twee belangrijke trends op de zorgstrategische planning in Vlaanderen. Tijdens het afnemen van interviews met personen uit de gezondheidszorgsector, kwamen steeds opnieuw een aantal knelpunten naar voor die volgens de geïnterviewden bij de belangrijkste uitdagingen voor de komende jaren behoren (binnen deze sector). Hierbij bestaan er tevens diverse raakvlakken met de twee centrale thema's, ambulante tweede lijnszorg en netwerken.

Verder willen wij benadrukken dat dit een analyse is die gemaakt werd op basis van expertinterviews en niet onderbouwd wordt met wetenschappelijk onderzoek.

De knelpunten kunnen worden samengevat in **aansluitings- en doorstromingsproblemen** tussen de tweede- en derdelijnsgezondheidszorg enerzijds en de RVTs, rusthuizen en chronische zorg anderzijds. Een tweede knelpunt betreft de aansluiting van de eerste- met de tweedelijnsgezondheidszorg.

#### 1.5.1 Problematieken m.b.t. instroom van acute ziekenhuizen

Prof. Dr. De Maeseneer geeft onzes inziens een goede synthese van de vraagstukken waar de eerstelijnsgezondheidszorg in België zich mee geconfronteerd ziet. Kort samengevat komt deze erop neer dat *'het in België nog steeds aan een structurele omkadering van de positie van de huisartsengeneeskunde en de eerstelijnsgezondheidszorg' ontbreekt* (De Maeseneer *et al.*, 2008). Dit is het gevolg van een afwezigheid van een politiek-maatschappelijk en een inhoudelijk debat over "Keuzen in de gezondheidszorg".

*"Zowel onder de CVP-ministers van Sociale Zaken als onder de PS-ministers, werd in de voorbije 20 jaar uitvoerig lippendienst bewezen aan de ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg, maar op het terrein werd nauwelijks iets gerealiseerd."*

Anderzijds ontwikkelde de tweedelijnsgezondheidszorg steeds verder, en als gevolg van de vele fusies kan men stellen dat deze veel macht verwierven t.o.v. de eerstelijnszorg. In dit rapport werd reeds besproken hoe de gespecialiseerde ambulante gezondheidszorg sterk groeide en meer en meer opschuift in de richting van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Hoewel de overheid in het officiële discours steeds de eerstelijnsgezondheidszorg, in hoofde van de huisarts, de rol van **eerste aanspreekpunt** toekent, lijkt in de praktijk via een eigen dynamiek binnen de tweedelijnsgezondheidszorg om te schuiven in de richting van de eerste lijn. Het is daarom belangrijk deze **eerste lijn te versterken** (De Maeseneer *et al.*, 2007). Hierbij kan worden gedacht aan het verstevigen van de positie van de huisarts; het stimuleren van interprofessionele samenwerking binnen de eerste

---

<sup>9</sup> [www.vznkcul.be](http://www.vznkcul.be)



lijn met een adequaat gebruik van het subsidiariteitsprincipe; en het beter ondersteunen van netwerking, groepspraktijken en wijkgezondheidscentra.

Aansluitend bij dit laatste is het evenzeer belangrijk dat de eerstelijns zélf initiatieven ter zake neemt. Het lijkt er steeds meer op dat de eerstelijnszorg zich, weze het met enige jaren achterstand, steeds meer begint te organiseren en structureren (Heyrman, 2005). Zo werden initiatieven gelanceerd waarbij men enerzijds een **categorale versterking** nastreeft (huisartsorganisatie, thuisverplegingsorganisatie, thuiszorgorganisatie, welzijnzorg) en anderzijds een **horizontale integratie** (zoals de SIT/GDT, huisartsenkringen, huisartsgroepspraktijken enz.).

Een vraag voor de toekomst is hoe deze nieuwe structuren binnen de eerstelijnsgezondheidszorg zullen samenwerken met de tweedelijnsgezondheidszorg. In een toenemende concurrentie binnen de tweedelijnsgezondheidszorg kan een goede afstemming van het ziekenhuis met de eerstelijnsgezondheidszorg een strategisch voordeel betekenen. Hiermee willen we aangeven dat de **afstemming van de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg** een belangrijk verhaal wordt voor de komende jaren. De vraag is wie welke rol zal spelen in dit verhaal: de Vlaamse overheid, de ziekenhuizen of de eerste lijn zelf?

#### *1.5.2 Problematieken m.b.t. uitstroom van acute ziekenhuizen*

Vervolgens argumenteren verscheidene experts dat er in Vlaanderen doorstromingsproblemen zijn van de tweedelijnsgezondheidszorg (en de derde) naar RVTs en chronische zorginstellingen. De druk om patiënten vlug het ziekenhuis te laten verlaten wordt steeds groter, maar dit betekent niet dat patiënten ook meteen zelfstandig thuis kunnen zijn of naar een RVT kunnen verhuizen.

Waar we in de relatie tussen de eerste en de tweede lijn organisatorische problemen zien (wie binnen de eerste lijn is het aanspreekpunt voor ziekenhuizen?), lijken de problemen tussen de tweede lijn en de RVTs eerder gekenmerkt door een capaciteitstekort en kennis binnen de vierdelijnsgezondheidszorg om met bepaalde zwaardere patiëntengroepen om te gaan. Er bestaan meerdere geformaliseerde samenwerkingsverbanden, met kleine ziekenhuizen en RVTs, maar dit betekent niet dat er mogelijkheid is om door te verwijzen.

Zo kunnen de zwaar behoeftige patiënten vanuit een acuut ziekenhuis niet altijd onmiddellijk naar een Sp-dienst of een RVT verhuizen. Bovendien zijn de RVTs ook niet altijd even goed uitgerust om de zwaardere patiënten uit acute ziekenhuizen op te vangen (Interview Prof. Dr. Colardyn). Dat deze capaciteitstekorten in de toekomst nog urgenter worden, lijkt in het licht van de vergrijzing en toegenomen morbiditeit gedurende de laatste levensjaren zeer aannemelijk en impliceert dat de behoeften naar woongelegenheden voor ouderen in de toekomst aanzienlijk zullen toenemen (Daue & Crainich, 2007).



## Hoofdstuk 3

### Hoe gaat de Vlaamse overheid om met het 'toekomstig ziekenhuis-landschap in Vlaanderen'?

*'When the world is predictable you need smart people, but when the world is unpredictable you need adaptable people.'*

Henry Mintzberg

Vanuit de conclusies uit hoofdstukken 1 en 2 willen we nadenken over de wijze waarop de overheid in de komende jaren met de Vlaamse gezondheidszorg moet omgaan en dit in een kader te plaatsen. De achterliggende vragen hierbij zijn: hoe gaat de overheid om met onzekerheid en in welke mate is de toekomst van de gezondheidszorg 'maakbaar'?

Het belang van deze vragen illustreren wij eerst door vier verschillende bestuurskundige paradigma's van de NHS – in chronologische volgorde - naast elkaar te plaatsen. Zo beschrijft David Kernick in zijn boek 'Complexity and Healthcare Organization' (2004) hoe de NHS in Engeland op zoek ging naar een goed organisatorisch model om hun gezondheidszorg aan te sturen. De mate van 'kenbaarheid van de toekomst' en 'onzekerheid' vormen hierbij centrale factoren die aan de basis liggen van deze paradigma's.

#### 1.1 Bestuurskundige paradigma's

##### 1.1.1 'Managerial command'

Kernick (2004, p.96) stelt dat in de eerste 25 jaren dat de NHS bestond, er nog geen sprake was van 'management'. De focus lag toen op het belang van klinische vrijheid en management bestond voornamelijk uit diplomatie om de verschillende partijen in de gezondheidszorgsector tevreden te houden.

In het begin van de jaren '80 vond er echter een fundamentele shift plaats waarbij de NHS de gezondheidszorg op een klassieke tayloristische wijze ging aansturen en er een nadruk kwam op concepten als 'hiërarchie' en 'controle'. Zo werden managementwerkwijzen geïntroduceerd zoals 'management by objectives' en 'performance measurement'. De dominante metafoor was deze van gezondheidszorg als een machine.

##### 1.1.2 Marktwerking

Vervolgens komt er een evolutie naar aansturing van zorg op basis van een marktmodel. Binnen dit paradigma begint de NHS meer nadruk te leggen op het 'contracteren van zorg' en het aanwakkeren van competitie tussen zorginstellingen. Kernick (2004, p.97) stelt echter dat de introductie van 'managed competition' uiteindelijk leidde tot meer regulering dan het vorige systeem, terwijl de (meetbare) veranderingen in resultaten veeleer klein bleven.

### 1.1.3 Integratie van co-operatie en competitie

Tegen het einde van de jaren '90 ontstond er een politieke consensus die erkende dat bepaalde essentiële karakteristieken van 'managed competition' behouden konden blijven, maar dat ook het ontwikkelen van coöperatie aandacht verdiende. Dit nieuwe model is beter bekend als de 'derde weg' en promoot een synergie tussen de publieke en de private sector waarbij 'de dynamiek van de markt' werd aangewend met het publieke belang in het achterhoofd. De kernelementen van deze pragmatische aanpak worden door Kernick (2004, p.97) als volgt samengevat:

1. het vinden van een evenwicht tussen centrale aansturing en lokale autonomie
2. het erkennen van competitie als een hefboom om *resources* efficiënt aan te wenden
3. de nadruk op samenwerking op lange termijn
4. een shift naar een managementstijl afkomstig uit de privésector en weg van de 'ethiek van publieke dienstverlening'
5. de nadruk op 'performance measurement' en 'output measurement'
6. de nadruk op de betrokkenheid van de patiënt
7. de nadruk op een nationaal kader van zorgverlening en een aangepaste monitoring

De nieuwe mantra was 'de patiënt als consument', die in het hart van de zorgvoorziening werd geplaatst. Deze benadering hield vervolgens een sterk reductionistische benadering in m.b.t. beleidsvoering, waarbij men het systeem zou 'engineeren' naar een op voorhand vastgestelde toekomst. Helaas waren de resultaten van deze benadering volgens Kernick eerder bedroevend: artsen waren meer ontevreden dan ooit tevoren, de impact van grootschalige programma's bleef klein, de capaciteit van zorgorganisaties om hun 'outcomes' te beïnvloeden bleef laag, etc. Kortom, '*the system does not seem to want to do as it is told*' (Kernick, 2004 p.98)'.

### 1.1.4 Complex Adaptive Systems

De vierde zienswijze, ook weleens omschreven als de 'postnormale' weg, die pas vandaag langzaam ingang begint te vinden, is gezondheidszorg beschouwen als een complex adaptief systeem (CAS). Omdat dit paradigma in vorige hoofdstukken reeds werd besproken, gaan wij er hier niet dieper op in. We wensen hier wel te benadrukken dat dit nieuwe paradigma niet beschouwd dient te worden als het enige goede model. Het is onze opvatting dat het CAS-paradigma nieuwe inzichten levert omtrent de wijze waarop een sector of organisatie kan worden aangestuurd en het daardoor een belangrijke meerwaarde kan bieden op vlakken waar andere modellen hebben gefaald. Dit neemt echter niet weg dat (aspecten van) de vorige paradigma's vandaag de dag nog steeds doorwerken en daarbij evenzeer weerwaarde creëren.

Een fundamenteel verschil is dat de eerste drie paradigma's veronderstellen dat de toekomst kenbaar is, op voorwaarde dat men voldoende studies uitvoert, en waaruit volgt dat gezondheidszorg 'wetenschappelijk' aangestuurd kan worden zodat zij perfect op de toekomstige zorgbehoeften aansluit. Complexiteitstheorie veronderstelt echter dat de toekomst fundamenteel onkenbaar is, en op basis van dit uitgangspunt geeft het andere 'managementrichtlijnen' om met deze onzekerheid om te gaan.

1.2 Hoe bestuurt men een organisatie/sector vanuit een CAS-perspectief?

Onderstaande figuur werd opgesteld door Anderson & McDaniel (2000) en identificeert 8 leiderschapstaken die toepasselijk zijn voor een professionele bureaucratie en een professioneel complex adaptief systeem en contrasteert deze met elkaar. Hoewel deze taken werden opgesteld als mentaal kader voor een ziekenhuismanager, zijn deze ook transponeerbaar naar het beleidsniveau.

Anderson & McDaniel (2000) stellen vervolgens dat men al deze beschreven activiteiten in ziekenhuizen kan aantreffen, ongeacht het mentale model waarop de ziekenhuismanager zijn activiteiten baseert. Volgens deze auteurs is de vraag daarom niet welke van deze taken geëlimineerd moeten worden, maar eerder welke taak van relatief groter belang is?

<b>Key leadership tasks<sup>10</sup></b>	
<b>Professional Complex Adaptive System</b>	<b>Professional Bureaucracy</b>
1. Relationship building	Role defining
2. Loose coupling	Tight structuring
3. Complicating	Simplifying
4. Diversifying	Socializing
5. Sense making	Decision making
6. Learning	Knowing
7. Improvising	Controlling
8. Thinking about the future	Planning based on forecasting

1. Vooreerst stellen Anderson & McDaniel (2000) dat managers in professionele CASs meer moeten focussen op het bouwen van relaties en minder op het definiëren van rollen. In traditionele bureaucratische benaderingen over management wordt een organisatie vaak beschouwd als een verzameling rollen/functies. Er wordt dan ook aanzienlijk veel aandacht geschonken aan taakbeschrijvingen, taakanalyses en 're-engineering' als een strategie om efficiëntie en effectiviteit te verbeteren. Complex adaptieve systemen worden echter niet beschouwd als een verzameling van rollen, maar als een verzameling van interdependenties tussen agenten.

In gezondheidszorgsystemen kunnen gedeelde waardesystemen en gedeelde expertises de ontwikkeling van waardesystemen faciliteren, in het bijzonder binnen elke professionele groep. Verschillen in waarden tussen verschillende professionele groepen kunnen moeilijkheden opleveren om deze relaties te managen.

In bureaucratieën kunnen de verschillen tussen waardesystemen van verschillende groepen worden opgeheven door aan de ruimere organisatiewaarden en visie te appelleren.

<sup>10</sup> Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science

Deze tactiek is echter minder toepasbaar in de gezondheidszorg omdat de fundamentele verbondenheid tussen personen van eenzelfde beroepsgroep groter is dan deze met de organisatie. Indien managers deze potentiële spanning erkennen, zullen ze meer belang hechten aan het creëren van een constructieve dialoog tussen de verschillende groepen. Focussen op rollen zou daarentegen geen goede optie zijn om mensen te laten samenwerken, indien zij sterk verschillende waarden hebben.

2. Een volgende aandachtspunt is volgens Anderson & McDaniel (2000) het verschil tussen 'loose coupling' en 'tight structuring'. Als traditionele indicator van goed beleid wordt weleens de metafoor "*she runs a tight ship*" gebruikt. Als we echter erkennen dat gezondheidszorg eerder functioneert als een CAS dan als een traditionele bureaucratie, zou men eerder voordelen halen uit 'loose coupling' en 'weak ties' als een strategie om te kunnen omgaan met de dynamische en niet-lineaire aard van het systeem. Zo zou op ziekenhuisniveau volgens Anderson & McDaniel (2000) te veel supervisie van de professionele staf leiden tot een lagere kwaliteit. 'Loose coupling' ondersteunt en versterkt daarentegen de 'adaptability' van het systeem (als ziekenhuis of als gezondheidszorg) omdat zij meer vrijheid toelaat bij de basis. Anderson & McDaniel (2000) stellen daarom dat, in plaats van te vertrouwen op een strakke hiërarchische structuur, het beter is om meer onderlinge coördinatie te verkrijgen door zich te baseren op de expertise en waardesystemen van de 'professional community' en hier vervolgens mogelijkheden tot zelforganisatie aan vast te koppelen.

3. Een derde algemeen aanvaarde waarheid die Anderson & McDaniel (2000) ontcrachten vanuit een CAS-visie, is het klassieke 'kiss'-principe ("*keep it simple and stupid*"). De niet-lineaire dynamieken in een ziekenhuis vragen volgens beide auteurs namelijk om exact de tegenovergestelde tactiek. Brown & Eisenhardt stelden bijvoorbeeld vast in hun onderzoek over organisaties in volatiele omgevingen dat de meest succesvolle organisaties een strategie hanteerden die "*diverse, emergent, and complicated*" was.

Markten, technologieën en sociale behoeften rondom zorgorganisaties wijzigen snel, en trachten om als antwoord de "enige juiste manier" te vinden en hier strikt aan vast te houden, is volgens hen een recept voor mislukking. Professionele CASs moeten verschillende opties tegelijkertijd kunnen openhouden. Simplificatie daarentegen zou de reële complexiteit uit de omgeving maskeren. Terwijl managers van een zorgorganisatie ertoe verleid kunnen worden om te focussen op een unieke bedrijfsstrategie en een gemeenschappelijke visie en missie uitwerken als 'stabilisatoren', kan men vanuit een CAS-perspectief beter de bestaande professionele waardesystemen gebruiken als stabilisatoren.

4. McDaniel & Anderson (2000) stellen dat diversiteit een sterkte is om orde te verkrijgen door middel van zelforganiserende processen. Adaptieve systemen hebben diversiteit binnen hun populatie van *agents* nodig en vervolgens ook diversiteit in interacties tussen agenten. Afhankelijk van de problematieken waar men voor staat, zullen de interacties een andere vorm aan nemen tussen wisselende *agents*.

In klassieke bureaucratische organisaties wordt veel moeite genomen om personeel te socialiseren zodat iedereen hetzelfde 'organisatieverhaal' kent en weet hoe de zaken lopen. Wanneer de complexiteit echter verhoogt, hebben managers behoefte aan veel verschillende gezichtspunten op eenzelfde problematiek. Alleen, indien alle *agents* binnen een organisatie hetzelfde kennen, is de meerwaarde van diversiteit in interacties klein. Managers moeten de diversiteit van deze expertises beschouwen als een sterkte en niet

als een zwakte. Omdat socialisatie in de gezondheidszorg sowieso al gebeurt via de beroepsgroepen, is het voor een organisatie niet echt nuttig dat zij hier veel tijd in investeert. Het is veeleer aangewezen dat men als manager nagaat hoe men van deze diversiteit gebruik kan maken.

5. Indien het traject en de ontwikkelingen van een CAS onkenbaar zijn, wordt 'zingeving' ('*sense making*') belangrijker dan 'besluitvorming' ('*decision making*'). Het probleem is hier niet de 'bounded rationality' waar de besluitvormers voor staan, maar de fundamentele onvoorspelbaarheid van CASs. 'Sense making' wordt daarom een strategie voor organisaties en hun *agents* om betekenissen te creëren van wat er gebeurt rondom organisaties, wat vervolgens de functies zijn van deze organisaties? ed.

Deze vragen zijn niet eenvoudig om te beantwoorden in de context van gezondheidszorg en dit zijn vragen over 'zin' en 'betekenis', niet over 'keuze'. 'Zingeving' is daarom een sociale activiteit die interactie en de ontwikkeling van een collectief geheugen vergt. In organisaties die volgens het bureaucratisch model werken, spendeert men veel tijd aan de ontwikkeling van een besluitvormingsproces. Indien men echter zorgorganisaties als CASs gaat beschouwen, zal men eveneens focussen op strategieën van zingeving.

Zo moet men voorzichtig zijn om kwantitatieve maatstaven te gebruiken om de prestatie van CAS zoals gezondheidszorg te meten. Zachte, kwalitatieve informatie kan een belangrijke rol spelen, waarbij harde informatie eerder als veiligheidsknipperlicht fungeert (Kernick, 2004, p. 99).

6. In een klassieke professionele bureaucratie is het de opdracht van het management om te weten wat er gaande is en vervolgens het personeel te zeggen wat zij moet doen. De fundamentele onkenbaarheid van het systeem maakt dit echter een zinloze doelstelling, en daarom wordt het de taak van een manager om een lerende organisatie te ontwikkelen. Anderson & McDaniel (2000) stellen dat leren in professionele organisaties moeilijk is, en soms vergt het zelfs aanzienlijke moed, aangezien men als hoogopgeleide professional/manager moet erkennen dat men niet alles weet. "*To become a learner is to become vulnerable. The dilemma is painful.*"

Daarom is de rol van de manager in het creëren van een lerende organisatie van groot belang. Gelukkig wordt hij ondersteund door de professionele normen van artsen die voortdurende bijscholing vereisen. Traditioneel werd status in de gezondheidszorg bepaald door wat men wist over een bepaald onderwerp. Vanuit een complexiteitsperspectief wordt status echter bepaald door wat men kan leren over de omgeving en hoe je deze kennis positief kan aanwenden.

7. Indien wij geloven dat systemen lineair zijn in hun ontwikkeling en dat hun basiskarakteristiek stabiliteit is, dan trachten we deze te controleren via een waaier aan structurele strategieën. Een goede manager kan je vervolgens herkennen aan het feit dat hij alles onder controle heeft. Dit is echter een ineffektieve strategie in CASs. Indien we gezondheidszorg echter beschouwen als een CAS, dan wint 'improvisatietalent' aan belang. In een CAS gebeurt de actie namelijk op het moment zelf i.p.v. gepland in de toekomst, men hanteert intuïtie i.p.v. te vertrouwen op gedetailleerde analyses en routinematig handelen. Improvisatietalent is daarom een noodzakelijke vereiste indien de omgeving van de organisatie onzeker is en men het vermogen moet hebben om op onverwachte gebeurtenissen een antwoord te kunnen bieden. Improvisatie is ook niet tegenstrijdig

met het opbouwen van expertise, aangezien expertise juist essentieel is om tot goede improvisatie te komen.

Volgens Anderson & McDaniel (2000) wordt de taak van managers daarom om deze capaciteiten te helpen ontwikkelen in plaats van ze af te remmen. Dit kan verwezenlijkt worden door sociale interactie te stimuleren tussen professionals en wederzijds vertrouwen op te bouwen. Indien managers daarentegen de professionals isoleren d.m.v. strikte regels, zal het improvisatievermogen afnemen en protectionisme worden bevorderd.

8. Bureaucratische benaderingen benadrukken het belang van formele planning in het succes van organisaties. 'Catch phrases' zoals "*How can you get anywhere if you don't know where you're going,*" duiden de onderliggende normen van dit managementparadigma. Omdat het traject onkenbaar is, wordt formele planning met een nadruk op voorspellingen en een duidelijk begrip van oorzaak-gevolgrelaties minder bruikbaar. Dit betekent echter niet dat managers niet langer over de toekomst moeten nadenken. Zo helpt scenarioplanning organisaties om met verrassingen om te gaan en geeft professionele expertise een zinvol kader om met nieuwe en onverwachte scenario's om te gaan.

Het ontwikkelen van vaardigheden in 'bricoleren' (iets oplossen op het moment dat dit nodig is en met middelen die op dat moment beschikbaar zijn), is een andere manier om met een onzekere toekomst om te gaan. 'Bricolage' vereist echter dat mensen hun bestaande instrumenten door en door kennen zodat zij nieuwe en creatieve manieren kunnen bedenken om deze instrumenten goed aan te wenden in verwarrende complexe situaties. Dit maakt dat professionals goede kandidaten zijn om 'bricoleurs' te worden en managers kunnen 'bricolage' bevorderen door een klimaat te creëren waarin mensen nadenken over wat zij kunnen doen met de beschikbare middelen, eerder dan wat ze zouden kunnen als zij iets extra hadden.

### 1.3 De rol van de Vlaamse overheid in de transitie naar transmurale zorg

Het bovenbeschreven theoretische kader, dat is gebaseerd op het onderscheid tussen een organisatie als 'professionele bureaucratie' en als 'professioneel CAS', heeft zijn bruikbaarheid al bewezen binnen ziekenhuizen, maar is eveneens toepasbaar op thema's die in dit rapport aan bod kwamen. Zoals eerder werd beschreven, menen wij een evolutie waar te nemen in het Vlaamse zorglandschap naar meer transmurale zorg. Daarom willen wij, vanuit dit kader en bouwend op voorgaande hoofdstukken, een aantal bedenkingen formuleren bij de rol van de Vlaamse overheid in de transitie van de gezondheidszorg naar een transmurale zorg.

#### 1.3.1 Zorgstrategische planning

Tijdens het schrijven van dit rapport werd door de Vlaamse overheid het initiatief genomen het ZSP los te koppelen van VIPA en het infrastructuurgebeuren door het ZSP voortaan onder te brengen bij het Agentschap Zorg & Gezondheid. Op deze manier hoopt men de ZSP tot een breder beleidsinstrument om te vormen dan louter infrastructuursubsidies. Dit is een uitgelezen kans om de ZSP te beschouwen vanuit het bovenbeschreven theoretisch kader en een nieuwe invalshoek te suggereren om deze problematiek te bekijken.



Initieel was de ZSP bedoeld als een instrument dat de Vlaamse overheid (in het bijzonder VIPA) moet toelaten om de bouwsubsidieaanvraag van een ziekenhuis te evalueren: komt dit ziekenhuis tegemoet aan de toekomstige zorgbehoeften uit de regio en is het bouwproject hierin noodzakelijk? In de eerste plaats is een ZSP dus een plan waarbij een ziekenhuis aantoont dat het in de toekomst een relevante positie behoudt in het zorglandschap.

De Vlaamse overheid wil m.a.w. weten dat het ZSP van een ziekenhuis een 'goede strategie' is en dat haar subsidies aan het ziekenhuis in kwestie goed aangewend zullen worden. Zo stelde de dossiermanager van VIPA in een toespraak: '*Vanuit de overheid is het een vraag naar opportuniteit van investering. Vanuit de voorziening verandert die opportuniteit in een overlevingsvraag.*

- Hoe kan ik mijn organisatie aanpassen aan de uitdagingen van de toekomst?
- Welke inhoudelijke of infrastructurele aanpassingen moet ik doorvoeren om op termijn nog te blijven bestaan? (...)

*Het is niet in eerste instantie een **vraag naar de kwaliteit**: ben ik goed bezig of niet? De strategische vraag is evenwel een **vraag naar de relevantie** van het aanbod voor de toekomstige generatie: is onze manier van werken ook in de toekomst nog relevant en kwaliteitsvol (Studiedag van zorgvisie naar bouwontwerp, 9 december 2004)?*

De moeilijkheid die hieruit voortkomt, is volgens ons in essentie hoe men als Vlaamse overheid moet beoordelen wat een 'goed' ZSP is? In het verleden was dit veeleer eenvoudig, aangezien de ZSP in de eerste plaats dienden om bouwplannen te evalueren, en de beleidslijn m.b.t. bouwplannen was eenduidig: schaalvergroting van ziekenhuizen. Vandaag zijn diverse ziekenhuizen echter op een punt gekomen waar verdere schaalvergroting niet langer wenselijk is en door ZSP als instrument van VIPA los te koppelen en de benutting te verbreden, wordt deze vraag belangrijker: hoe beoordeelt men wat een goed ZSP is?

Op deze vraag hopen wij vanuit dit theoretisch kader een antwoord te kunnen bieden. Het is daarom belangrijk te beseffen dat evaluatiemaatstaven voor een strategisch plan stoelen op een theoretisch kader afkomstig uit organisatietheorie. In een volgende stap willen wij voorzichtig de stelling poneren dat de huidige maatstaven te sterk zijn gebaseerd op een bureaucratische visie op organisaties en te weinig op een CAS-perspectief. Hierbij wensen we nu reeds te benadrukken dat de zorgstrategische planning als instrument onzes inziens uiterst nuttig is en dus zeker dient behouden te worden. We wensen alleen een andere invulling ervan te opperen. Aangezien de projectduur te kort was om ons grondig te informeren over de werking van de ZSP, beperken we ons tot algemene bemerkingsen zonder in detail te treden.

#### *Missie – Visie – Strategie*

Als basisstructuur voor het opstellen van een strategisch plan stelt VIPA voor om te vertrekken vanuit het klassieke 'Missie – Visie – Strategie' concept. De **missie** stelt de vraag 'Waar ben ik mee bezig?' en 'Wat is mijn opdracht/rol als initiatiefnemer in het toekomstige zorglandschap?' De **visie** zoekt vervolgens een antwoord op de vraag 'Wie is mijn cliënt?' en 'Wat is mijn cliëntbeeld?'. De **strategie** vraagt uiteindelijk 'Hoe ga ik dat

doen?', afhankelijk van verschillende omgevingsfactoren (overheid, tendensen, grondprijzen...).

Vanuit een CAS-perspectief wordt het belang van missies en visies om verschillende groepen binnen de organisatie aan de ruimere organisatiewaarden te appelleren, sterk genuanceerd. Het CAS-perspectief stelt dat de fundamentele verbondenheid tussen personen van eenzelfde beroepsgroep groter is dan deze met de organisatie. Als antwoord stelt men dat het creëren van een constructieve dialoog tussen de beroepsgroepen aan relatief belang wint. Indien wij dit in ZSP-termen vertalen, verdient een evaluatie van de relatie tussen artsen, managers en verpleegkundigen veel aandacht. Aandacht voor 'missie' en 'visie' verschuift dan meer naar de achtergrond.

### *Planning*

Een tweede centrale pijler in het ZSP die sterk steunt op een bureaucratische visie, is het belang dat men hecht aan planning en toekomstvoorspellingen. De centrale – en volgens ons terechte vraag – is '*Sluit de realisatie van dit ZSP aan bij de toekomstige zorgbehoeften van de regio* (Rapport Arthur D'Little)?'

Op deze vraag kan men op verschillende manieren een antwoord bieden. De ZSP-methodiek verkiest hier duidelijk een methode van plannen en toekomstvoorspellingen, zoals de toekomstige evolutie van het bedbezettingspercentage. Vanuit een CAS-perspectief stelt men echter dat toekomstige evoluties in principe '**onkenbaar**' zijn en het 'plannen' van de toekomst is daarom – zeker in complexe omgevingen zoals gezondheidszorg – een gevaarlijke bezigheid. In Nederland kon men bijvoorbeeld vaststellen dat de wachtlijsten in de gezondheidszorg deels ontstonden als gevolg van jarenlange strikte plannings die geen of weinig voeling hielden met reële ontwikkelingen.

Een tweede bekend voorbeeld zijn de talrijke studies over de impact van de vergrijzing op de toekomstige zorgbehoeften. Zo stelt Prof. dr. P. Gemmel – die in 2005 een studie uitvoerde rond de toekomstige behoefte aan acute ziekenhuisvoorzieningen – dat het een zeer moeilijke opgave was om deze behoefte te voorspellen, aangezien details die over het hoofd werden gezien in de toekomst echter grote verschillen kunnen geven (Cannoodt, Gemmel, Rossi, & Tambeur, 2005). De relevantie van deze oefeningen kan daarom in vraag worden gesteld.

Blind vertrouwen op achterhaalde 'toekomstvoorspellingen' – en ondertussen blind zijn voor niet voorspelde trends – is dan ook een klassiek gevaar van het bureaucratische planningselement. Zo merkten verschillende ziekenhuisdirecteuren tijdens interviews op dat de ZSP bovendien door de overheid zeer **rigide** wordt aangewend, terwijl ziekenhuisdirecteuren soms goede redenen kunnen hebben om op bepaalde punten af te wijken van het vooropgestelde zorgstrategische plan. Wanneer vastgesteld wordt dat de looptijd van een ZSP (dit is de tijd tussen de aanvraag tot en met de vrijmaking van budgetten) al snel 4 à 5 jaar bedraagt, zou het mogelijk moeten zijn om aanpassingen te maken in het ZSP, zodanig dat het up-to-date is wanneer het bouwproject effectief start.

Dit betekent echter niet dat ziekenhuizen (via hun ZSP) en de overheid niet langer over de toekomst moeten nadenken. Zo helpt **scenarioplanning** organisaties om te gaan met verrassingen en geeft de ontwikkeling van professionele **expertise** een zinvol kader om met nieuwe en onverwachte scenario's om te gaan.

Daarenboven willen wij niet zo ver gaan om te stellen dat elke vorm van planning zinloos wordt. Wel moet men – beschouwd vanuit dit complexiteitsperspectief – meer belang gaan hechten aan concepten zoals de 'lerende organisatie', improvisatietalent en 'bricoleren'. Zo wordt het creëren van een **lerende organisatie** belangrijk – en zowel ziekenhuismanagement als de overheid heeft hier een belangrijke rol in te spelen – aangezien het in de toekomst belangrijker wordt om snel te kunnen leren van een omgeving en deze kennis vervolgens positief aan te wenden. In het traditionele bureaucratische model volstond het daarentegen om veel te weten over een bepaald onderwerp.

Ook '**improvisatietalent**' wint aan belang: in een CAS gebeurt de actie namelijk op het moment zelf i.p.v. gepland in de toekomst. Intuïtie komt boven het vertrouwen op gedetailleerde analyses. De overheid zou vanuit dit perspectief ziekenhuismanagers die vragen om flexibiliteit m.b.t. de ZSP niet moeten afremmen, maar daarentegen alle ziekenhuismanagers aanmoedigen om te blijven nadenken over het ZSP, improvisatietalent te blijven ontwikkelen, en dit document m.a.w. te beschouwen als een 'levend' document.

Het ontwikkelen van vaardigheden in '**bricoleren**' is een derde manier om met een onzekere toekomst om te gaan. 'Bricoleren' dient hierbij niet beschouwd te worden als het eigengereid en via een kortetermijnvisie handelen, doch net vanuit een professionele expertise weloverwogen strategische beslissingen te nemen dewelke bijdragen aan de realisatie van de langetermijndoelstellingen van de organisatie. Zo kan de overheid de houding van ziekenhuizen helpen evolueren naar meer 'bricolage' door een klimaat te creëren waarin ziekenhuizen nadenken over wat zij kunnen doen met de beschikbare middelen, eerder dan wat ze zouden kunnen als zij bijkomende middelen kregen van de subsidiërende overheid.

#### *Samenwerking*

Anderzijds willen wij met deze opmerkingen niet de indruk wekken dat de huidige ZSP-procedure volledig op achterhaalde principes rust; ze heeft ook zeker haar verdiensten. Zo vormt de **vrijheid van initiatief** van de aanvrager – vanuit ons theoretisch raamwerk – een prijzenswaardig basisbeginsel.

Daarnaast betreft ook het verzoek van de Vlaamse overheid, dat het ZSP wordt afgestemd met zorgverstrekkers uit de regio, een belangrijke meerwaarde van het ZSP-instrument. Aangezien wij denken dat de Vlaamse gezondheidszorg in de toekomst meer en meer transmuraal zal worden, lijkt het nuttig om deze '**afstemming**' verder uit te diepen en van een ad hoc-basis (indienen als er zich een bouwproject aandient) te evolueren naar permanente contacten met andere zorgverstrekkers. Deze afstemming zou zich daarbij niet enkel mogen beperken tot acute ziekenhuizen; ook andere zorgvormen en de eerstelijnszorg dient meer betrokken te worden. Het voorgaande impliceert eveneens dat ZSP een continu proces is en dus periodiek (jaarlijks, vijfjaarlijks, ...) dient te worden opgesteld.

#### *Schaalgrootte*

Een volgende opmerking, die niet voortkomt vanuit het theoretische kader maar vanuit expertinterviews, is dat een deel van de kwalitatieve en kwantitatieve (**omgevings**)analyses die elk ziekenhuis vandaag voor zijn ZSP dient op te stellen, gemakkelijk naar een hoger niveau kan gebracht worden en zo aan individuele ziekenhuizen veel werk kan uitsparen. Vermits het aanwezige zorgaanbod, de demografische evoluties, de

sociaaleconomische kenmerken, ed. binnen een bepaalde regio voor iedereen dezelfde zijn, kan het nuttig zijn dergelijke analyses samen op te stellen i.p.v. ziekenhuizen individueel gelijkaardige analyses te laten maken. Het betreffen hier ten andere objectieve criteria en cijfergegevens die in verschillende databanken (bv. Provincie) vrij beschikbaar zijn.

Een mooie illustratie van een dergelijke methodiek is het 'Koepelplan Zorgstrategische Planning Ouderenzorg Limburg'<sup>11</sup> (2006), waar alle actoren uit de Limburgse ouderenzorg, in samenwerking met de Vlaamse overheid en VIPA, een koepelplan hebben geschreven dat lokale initiatiefnemers uit de ouderenzorgsector moet toelaten om vraag 1 van een ZSP met minimale inspanningen te beantwoorden. Hieraan werd tevens een provinciale (toekomst)visie op wonen en zorg in Limburg gekoppeld.

#### *VIPA-budget en criteria*

Hoewel de zorgstrategische planning onlangs werd losgekoppeld van VIPA om dit beleidsinstrument zodoende een ruimere invulling te geven, blijft het centraal staan als instrument om het VIPA-budget te verdelen in de zorgsector. In dit kader deelden verschillende experts uit het werkveld ons mee dat vele Vlaamse ziekenhuizen voor de uitdaging staan om hun gebouweninfrastructuur te vernieuwen. De huidige infrastructuur van veel ziekenhuizen (ontstaan en groeiperiode kort na Wereldoorlog II) voldoet immers niet meer aan de verwachtingen van de bevolking, aan de ergonomievereisten van het personeel noch aan alle vereisten van de sterk evoluerende technologie.

Deze ziekenhuizen kunnen echter enkel aan deze uitdaging voldoen indien zij de middelen krijgen om de nodige investeringen in infrastructuur te doen. In 1999 besliste Vlaams Minister Vogels echter tot een sterke afbouw van het **VIPA-budget** voor ziekenhuizen: dit leidde ertoe dat in 2006 het Vlaams budget in reële termen van "bouwkoopkracht" nog 40% is van het budget van het jaar 2000 (zie jaarverslag VIPA – begroting 2000-2006), terwijl de evolutie in de bouwkosten voor ziekenhuizen – o.a. omwille van nieuwe regelgeving – sterk toenam.

Een tweede aandachtspunt om volgens deze experts aan deze uitdaging – de vernieuwing van de Vlaamse ziekenhuisinfrastructuur – te voldoen, betreft de federale ministeriele besluiten van september 1978 m.b.t. **subsidiëring** van bouwinfrastructuur van ziekenhuizen. De ziekenhuissector bleek namelijk tevreden te zijn over het initiatief van de federale regering om de criteria van 1978 qua oppervlakte en subsidiëring te herzien. De ontgoocheling omwille van de intentie van de Vlaamse overheid om blijvend de normen van 1978 te hanteren, is dan ook groot. De vraag om deze normen te herzien, is een logisch gevolg.

#### *1.3.2 Het uniform elektronisch medisch dossier*

De distributie, aansturing en controle van informatie is een centraal vraagstuk binnen het netwerkmanagement (Roose, 2002). Ook binnen de gezondheidszorg is dit het geval, vermits het essentieel is dat zorgverstrekkers zo spoedig mogelijk over de meest actuele medische informatie van de patiënt kunnen beschikken. Beschouwd vanuit het theoretisch kader, waarbij we de gezondheidszorgsector bekijken als een CAS, kan men eerder

---

<sup>11</sup> Deze publicatie is te bekijken via: <http://www.limburg.be/eCache/INT/18/463.html>

voordelen halen uit 'loose coupling' en 'weak ties' als een strategie om te kunnen omgaan met de dynamische aard van deze sector. 'Loose coupling' ondersteunt en versterkt de 'adaptability' van de gezondheidszorg doordat zij vrijheid toelaat bij de basis. Onderlinge coördinatie wordt verkregen d.m.v. de aanwezige professionele expertise en hier vervolgens mogelijkheden tot zelforganisatie aan vast te koppelen.

Men verwacht dat het uniform elektronisch medisch dossier (EMD) hierin een sleutelrol kan spelen, aangezien zij toelaat dat zorgverstrekkers gemakkelijk de nodige patiëntinformatie kunnen uitwisselen. Daarom verwacht men dat het uniform EMD – op een hoger niveau – ook een cruciaal element wordt in de oplossing voor aansluitingsproblemen tussen de verschillende 'lijnen' van de gezondheidszorg en verschillende instellingen.

Eén der functionaliteiten die het uniform EMD wordt toegekend betreft namelijk *"de synthese functie in een integrale en probleemgerichte patiëntenbenadering: door de integratie en de convergentie van alle persoonsgegevens i.v.m. de gezondheidstoestand vanuit de verschillende niveaus van de gezondheidszorg kan een synthese ontstaan van bestaande gezondheidsproblemen. Deze functie laat toe de zorgverlening probleemgericht en integraal (rekening houdend met alle aspecten van het leven) te benaderen"*.<sup>12</sup> Deze synthese ontstaat echter niet spontaan en er dient afgesproken wie deze verantwoordelijkheid opneemt (b.v. de huisarts?). Verder heeft het EMD een geheugenondersteunende functie en laat het toe informatie te raadplegen en te toetsen. Daarnaast voorziet het in de integratie, continuïteit, overzichtelijkheid en transporteerbaarheid van gegevens (Verdonck *et al.*, 2004).

Gezien de beperkte tijdspanne waarin dit project dient afgerond te worden, is het niet mogelijk om aan alle relevante '**randvoorwaarden**' bij de ontwikkeling van een uniform EMD aandacht te schenken. Zo zijn relevante vraagstukken wie het uniform EMD zal beheren (de patiënt; de huisarts...), hoe men de privacy kan garanderen, de technische haalbaarheid, standaarden voor datatransmissie, enz. Wel wensen we, in het kader van dit project, op een aantal trends te wijzen m.b.t. de rol van de overheid in de ontwikkeling van het EMD: dient zij het voortouw te nemen, het initiatief aan de sector te laten en slechts beperkte ondersteuning bieden, of helemaal niet te interveniëren? Beperkt het EMD zich tot informatieverzameling of wordt het - o.a. via ingebouwde expertsystemen - een element van kwaliteitszorg?

Men verwacht dat grootschalige initiatieven van de federale overheid, zoals het eHealth-platform, op termijn moeten leiden tot een uniform EMD. De bovenbeschreven '**randvoorwaarden**' (Wie is de beheerder van het EMD?...), vertegenwoordigen echter fundamentele vraagstukken over het gezondheidszorgsysteem waar wij naartoe willen (stuurt de patiënt 'zijn' gezondheidszorg aan, of doet de huisarts dit, of het ziekenhuis?). Hoe kan dit bijdragen tot kosten-effectieve zorg en wat zijn hiervoor randvoorwaarden (b.v. de inschrijving van de patiënt bij een huisartspraktijk)? Hieraan kan eveneens de communautaire bevoegdheidsverdeling worden gekoppeld. Welke aspecten van de elektronische gezondheidszorg zullen worden gerealiseerd door de federale overheid en welke door de regionale overheden, en misschien vooral: waarin vinden ze elkaar? Daarom wordt de ontwikkeling van één uniform EMD op federaal niveau via een 'officiële weg' vermoedelijk nog niet voor meteen geacht.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Bron: <http://www.health.fgov.be/EMDMI/nl/teksten/consensus/fetmeddoss.htm>

<sup>13</sup> Voor meer info: <http://www.health.fgov.be/EMDMI/>

We bemerken echter andere, meer 'organische' en 'bottom-up' **initiatieven** in de **sector**: zo stellen we bijvoorbeeld vast dat verschillende ziekenhuizen niet op de overheid wachten en zelf initiatieven hebben opgestart. Zo werkt men binnen het Gents Ziekenhuisoverleg aan een gemeenschappelijke portaalsite voor de vier Gentse ziekenhuizen waarop het gemeenschappelijke EMD wordt geplaatst en waar ook huisartsen op kunnen inloggen. In het Ziekenhuis Oost-Limburg zoekt men naar meer regionale afstemming doordat zij de naburige ziekenhuizen aanspoort om hetzelfde EMD te gebruiken, in de verwachting dat onderlinge communicatie in de toekomst vlotter gemaakt wordt. Dit is een voorbeeld van 'bricolage' (supra), waarbij ziekenhuizen met de middelen die zij hebben zelf oplossingen trachten te ontwikkelen i.p.v. te wachten op initiatieven van de overheid, maar het impliceert tegelijkertijd dat de ontwikkeling van het 'uniform EMD' op deze wijze beperkt blijft op een regionaal niveau.

De rol van de **overheid**, indien we stellen dat ziekenhuizen zelf een 'uniform EMD' moeten 'bricoleren' (vanuit een CAS-perspectief), krijgt vervolgens een heel specifieke invulling. Zij zal zich meer moeten richten op ondersteuning van goed werkende initiatieven en vervolgens de 'best practices' consolideren en helpen te verspreiden. Een illustratie hiervan betreft het initiatief rond elektronische zorgplannen in de provincie Vlaams-Brabant waar, gezien de goede werking, gezocht wordt naar een uitbreiding naar andere provincies.<sup>14</sup>

### 1.3.3 Creëren van "tussenstadia" in de zorg

In het vorige hoofdstuk werd aangegeven dat er doorstromingsproblemen zijn van de tweedelijnszorg naar RVTs en andere chronische zorginstellingen. Inzake geriatrie (en bvb. ook psychiatrie) zal het vooral zaak zijn een **groter aanbod** woongelegenheden voor ouderen te creëren. Hiernaast lijkt een versterking van de **thuiszorg** eveneens een belangrijk element in de oplossing van het doorstromingsprobleem. Immers, zowel vanuit de geriatrische diensten als de persoonlijke wensen van ouderen dient het de betrachting te zijn ouderen zo lang mogelijk in hun thuissetting te laten blijven.

Dit neemt echter niet weg dat het eveneens belangrijk wordt **extra mogelijkheden** te voorzien voor patiënten die medisch uitbehandeld zijn (en dus niet langer in het ziekenhuis hoeven te verblijven), maar niet zelfstandig genoeg zijn om terug naar huis te keren. Dit was een belangrijke bekommernis van verschillende experts uit het werkveld. De Vlaamse overheid (en VIPA) heeft in deze een belangrijke verantwoordelijkheid.

Het creëren van alternatieve opvangfaciliteiten is evenzeer relevant voor de verdere ontwikkeling van dagchirurgie. Opdat dagchirurgie zijn maximale potentieel kan bereiken, zal het namelijk noodzakelijk zijn **andere zorgstadia**, zoals "extended (overnight) recovery"<sup>15</sup> of "limited care accommodation facilities"<sup>16</sup>, te koppelen aan dagchirurgische entiteiten (Roberts, 2006). Enerzijds kan men op deze manier zwaardere ingrepen uitvoeren, anderzijds wordt dagchirurgie toegankelijk voor patiënten die anders gehospitaliseerd dienden te worden, zoals ouderen, mindervaliden, mensen zonder sociaal netwerk,

---

<sup>14</sup> Verdere informatie rond het project via <http://www.vlaamsbrabant.be/welzijn-gezondheid/voor-organsiaties-en-professionelen/thuiszorg/elektronisch-zorgenplan/index.jsp>

<sup>15</sup> "Extended recovery" betreft een opname van 23 uur of een dagchirurgische ingreep met één overnachting

<sup>16</sup> "Limited care facilities" (ook wel "hospital hotel" genoemd) betreffen faciliteiten waarin patiënten na dagchirurgische ingreep nog enkele dagen kunnen verblijven.

enz. Voor de standaarden waaraan dergelijke faciliteiten dienen te voldoen verwijzen we naar Lemos, Jarret & Philip (2006, p.82-83).

Het zou echter onvoldoende zijn het creëren van nieuwe zorgvormen louter vanuit gezondheidszorgperspectief te bekijken. Het kan namelijk een belangrijke meerwaarde betekenen wanneer in deze problematiek eveneens de sector van de **welzijnszorg** wordt betrokken.

Het initiatief van de Vlaamse overheid om een kader te creëren waarmee de steden en gemeenten een "Lokaal Sociaal Beleid" kunnen voeren, kan hiervoor een nuttig vertrekpunt betekenen. Het is immers de betrachting van een dergelijk Lokaal Sociaal Beleid een integratie mogelijk te maken tussen een welzijns-, gezondheids- en gelijke kansenbeleid (De Maeseneer *et al.*, 2007). Centraal hierin staan het realiseren van laagdrempelige, voor iedereen toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg; goede huisvesting; het versterken van de sociale cohesie; enz.

Koppelt men dit aan het geschetste tekort aan 'tussenstadia' in de zorg, dan is het duidelijk dat via een aangepast woonbeleid op stedelijk of gemeentelijk niveau reeds belangrijke inspanningen kunnen worden geleverd. Een dergelijk woonbeleid kan extra aandacht besteden aan ouderen- en chronische zorgvoorzieningen door bijvoorbeeld het bouwen van rusthuizen, serviceflats, ed.; het inplannen van woonzorgzones in ruimtelijke structuurplannen; het stimuleren van woningaanpassingen; enz. Op deze manier zorgt men er tevens voor dat lokale autoriteiten een eigen beleid kunnen voeren afgestemd op de noden en opportuniteiten in de omgeving en realiseert men eerder een bottom-up beleid i.p.v. een top-downbeleid.

#### 1.3.4 De rol van SITs, GDT's en SEL's?

##### *Samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging*

Om kwaliteitsvolle verzorging en de samenwerking tussen de hulpverleners in de thuiszorg te verzekeren, werden in het begin van de jaren '90 **samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging** (SIT's) erkend en gesubsidieerd door de Vlaamse overheid. Een SIT is een samenwerkingsverband in een bepaalde regio tussen vertegenwoordigers van huisartsenkringen, erkende teams thuisverpleging, diensten gezins- en bejaardenhulp, centra voor algemeen welzijnswerk, enz. Hieruit valt meteen de belangrijkste doelstelling en taak te distilleren, namelijk het stimuleren van de samenwerking tussen de verschillende diensten actief in de thuiszorgsector en dit 'over de zuilen heen'.

Een SIT werkt hierbij niet rechtstreeks met patiënten/cliënten, doch fungeert als overlegplatform waarbinnen alle relevante actoren uit het werkveld vertegenwoordigd zijn. Naast de functie als overlegplatform staat een SIT tevens in voor het organiseren van infomomenten en projecten (voor o.a. thuiszorgdiensten); het verspreiden van informatie over bv. nieuwe wetgeving of evoluties; het behartigen van de belangen van thuiszorgdiensten in federale, Vlaamse, provinciale, e.a. fora; het in kaart brengen van (lokale) knelpunten en via overleg tot een gezamenlijke remediëring van het probleem te komen; het promoten van de thuiszorgdossiers en zorgplannen in de regio; enzovoort.

Er bestaan momenteel in Vlaanderen zo'n 21 erkende SIT's. De structuur hiervan kan echter per provincie verschillen.

*Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging*

Naast dit Vlaamse initiatief werd door de federale overheid, eveneens voor de thuiszorgsector, een soortgelijke structuur opgezet, zijnde de **Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging** (GDT). De GDT is de gezondheidszorgvoorziening die, per zorgzone, het geheel van de patiëntenzorg versterkt onder meer via praktische organisatie en ondersteuning van verstrekkingen in het kader van de thuisverzorging, waarbij de tussenkomst van beroepsbeoefenaars van verschillende disciplines vereist is (K.B. 8 juli 2002). Met het oog op een coherent, toegankelijk en een aan de patiënt aangepast zorgaanbod, heeft de GDT de algemene opdracht te waken over de opvolging van de informatie en ondersteuning doorheen het ganse zorgproces en dit zowel ten opzichte van de zorgverstreker als ten opzichte van de patiënt.

Net als de SIT's zijn de GDT's dus overlegstructuren die multidisciplinaire samenwerking en overleg binnen de thuiszorgsector dienen te faciliteren en te stimuleren. Vandaar dat SIT's en GDT's geografisch samen vallen.

*Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg*

Een derde, meer recent initiatief vanwege de Vlaamse overheid betreft de creatie van **Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg** (SEL) (Decreet 3 maart 2004). De (toekomstige) oprichting van de SEL's dient te worden gekaderd binnen de pogingen van de Vlaamse overheid om de eerstelijnsgezondheidszorg beter te structureren (cf. Protocol van 25 juli 2001 met betrekking tot de eerstelijnszorg).

Dit geeft meteen aan dat met de SEL's een ruimer 'actieterrein' zal worden bewandeld dan met de SIT's en GDT's. De SEL's zijn namelijk gericht op het optimaliseren van de zorg. Ze fungeren als aanspreekpunt voor de verschillende zorgaanbieders in de eerste lijn, de overheid, de hulpverleners in de tweede lijn en de burgers (Decreet 3 maart 2004(b)).

De SEL's zullen dus een overlegstructuur vormen voor (medische) gezondheidszorgvoorzieningen én welzijnszorgvoorzieningen binnen de eerstelijnszorg. Overigens, om de structuren niet nog moeilijker te maken, zullen de opdrachten van de SIT's en GDT's worden opgenomen in de SEL's.

Ook wat betreft de samenstelling van de SEL's wordt de multidisciplinariteit ten volle beoogd. Elke SEL zal minstens vertegenwoordigers van diensten voor gezinszorg, huisartsen, lokale dienstencentra, OCMW's, rusthuizen (ROB – RVT), verpleegkundigen en vroedvrouwen en ziekenfondsdiensten voor maatschappelijk werk en woonondersteuning uit de regio bevatten. Rond de implementatie heerst bezorgdheid in de sector omwille van de schaalgrootte (regionaalstedelijk niveau) en het risico op toename van de verzuijing (zie verder).

*Overheid?*

Bekijkt men deze drie initiatieven, dan stelt zich de vraag in hoeverre en op welke manier deze instrumenten een bijdrage kunnen leveren in de realisatie van een transmurale zorg (Nota VGR, 2006)?

De SIT's en GDT's hebben als belangrijkste meerwaarde dat ze een **platform** creëren waar de verschillende actoren uit een zeer heterogene thuiszorgsector worden samengebracht. Op deze wijze tracht men de fragmentering in de zorg tegen te gaan. De uitwer-



king blijkt echter in de praktijk minder vlot te verlopen. Verschillende studies betreffende de SIT's hebben namelijk aangetoond dat de regionale invulling heel divers is en de algemene performantie eerder beperkt blijkt te zijn (De Lepeleire & Van Houdt, 2008). Hieruit kan men concluderen dat, hoewel er heel wat regelgeving bestaat rond de thuiszorg en de SIT's, er steeds een lokale invulling aan wordt gegeven en dat het opleggen van tal van criteria en inspecties geen garantie is voor goed werkende SIT's. De structurele zwakte van de eerstelijns (nauwelijks managementondersteuning) en de eenzijdige oriëntatie van de financiering (gericht op zorgtrajecten, vergoed per prestatie) hinderen toekomstgerichte ontwikkelingen.

Of de SEL's hiervoor dan wél een geschikt instrument zijn, zal nog moeten blijken. De Vlaamse overheid hanteert met de implementatie van de SEL's immers een gelijkaardige strategie via een gelijkaardig instrument als voorheen: men volgt opnieuw een top-downbenadering en men tracht samenwerking te realiseren binnen een strikt afgebakend kader. De SIT's leerden ons echter dat strikte regulering niet garant staat voor een goede werking en dat één uniform model voor heel Vlaanderen onmogelijk blijkt en evenmin wenselijk is. Er dient ruimte te blijven voor lokale variatie (De Lepeleire & Van Houdt, 2008). Het is voor de overheid dan ook belangrijk na te gaan wat precies de oorzaken zijn van het falen van deze SIT-werking. Zo niet dreigen soortgelijke initiatieven als de SEL's eenzelfde lot beschoren.

Daarenboven zijn er verschillende aspecten die de werking van de SEL's allerminst evident zullen maken. Hoewel het koppelen van welzijnsvoorzieningen aan de medische voorzieningen als onderdeel van de basisgezondheidszorg conceptueel te verdedigen is, verhoogt dit sterk de **complexiteit** (Heyrman, 2005). Zo valt te verwachten dat de huisartsenkringen en multidisciplinaire thuisverzorgingsdiensten de basis voor deze structuur zullen vormen, terwijl daar pas begonnen is met de structurering en de organisatie. Men kan zich dan ook afvragen of het realistisch is nu reeds te willen overgaan tot een integratie van gezondheids- én welzijnszorgdiensten, hoewel dit conceptueel zeer verdedigbaar is.

Verder krijgen de SEL's een zéér heterogene **samenstelling**, waardoor overleg – met zoveel belanghebbenden – niet altijd evident zal zijn. Hierbij aansluitend kan het problematisch worden dat de medische structuren territoriaal worden uitgewerkt en heel wat gezondheids- en welzijnsvoorzieningen verzuild worden aangeboden, b.v. de thuisverpleging, de gezinszorg... (Heyrman, 2005). De samenwerking kan zodoende om ideologische redenen worden bemoeilijkt of afgeremd.

Ten slotte dient er op te worden gewezen dat de SEL's zich op **regionaal stedelijk niveau** – zo'n 15 in Vlaanderen – zullen bevinden en dus een aanzienlijk grotere doelpopulatie hebben dan de huidige SIT's. Dit zal ongetwijfeld implicaties hebben naar het personeelseffectief en de personeelsbezetting van de SEL's. Zo zal de goede invulling van de rol van de zorgbemiddelaar en vooral deze van de zorgcoördinator of –manager des te noodzakelijker worden voor een goede werking van de SEL's. Een **professionalisering** van deze functies lijkt zich dan ook op te dringen (zoals o.a. door experimenten zoals het RIZIV-diabetes projecten in Aalst en Leuven werd aangetoond). Vandaag is de goede werking van de SIT's nog te vaak gedragen wordt door de gedrevenheid van enkele figuren (De Lepeleire & Van Houdt, 2008).

Wanneer men hierin slaagt, kunnen de SEL's mogelijk uitgroeien tot een belangrijk aanspreekpunt voor de tweede- en derdelijnszorg. Nu worden ziekenhuizen nog te veel ge-

confronteerd met een sterk gefragmenteerde en weinig gestructureerde eerste lijn, wat de transmurale werking allerminst ten goede komt.

#### 1.3.5 De "zachte echelonnering"

We haalden reeds aan dat er inefficiënties ontstaan wanneer patiënten rechtstreeks naar de arts-specialist gaan zonder dat dit het juiste aanspreekpunt is. In sommige poli- en zorgklinieken past men als antwoord het principe toe dat patiënten slechts een afspraak kunnen krijgen wanneer zij beschikken over een verwijfsbrief van hun huisarts (Gemmel & Mortier, 2006). Van overheidswege werd in 2007 als antwoord het systeem van 'zachte echelonnering' ingevoerd, waardoor patiënten een **reductie** krijgen op een consultatie bij sommige specialisten indien zij eerst de huisarts consulterden. De belangrijkste meerwaarde van dit systeem is dat andermaal de aandacht wordt gevestigd op de huisarts als 'eerste contactpunt'. Het ingevoerde systeem wijkt echter sterk af van hetgeen in 2005 door de OESO werd voorgesteld, namelijk het niet terugbetalen van patiënten wanneer deze rechtstreeks naar de specialist gaan i.p.v. via de huisarts (De Maeseneer *et al.*, 2007). Het systeem van zachte echelonnering was dus van in den beginne **fout geconcipieerd** en in die zin gedoemd tot mislukking (De Maeseneer, 2008). Dit blijkt duidelijk uit de praktijk: slechts 0,75% van alle raadplegingen bij specialisten worden in het kader van deze regeling terugbetaald (De Maeseneer *et al.*, 2008).

Dergelijke lage 'score' betekent echter niet weg dat het systeem van (zachte) echelonnering overboord kan worden gegooid. Integendeel, het is de taak van de **overheid** op te treden tegen oneigenlijke gebruiken van zorg en de inefficiënties die daardoor ontstaan (vooral bij uitstroom van nieuwe problemen in de gezondheidszorg). Net daarom dient een systeem te worden uitgedokterd dat het evenwicht bewaart tussen de keuzevrijheid van de patiënt enerzijds en het voorkomen van oneigenlijk gebruik anderzijds. In die zin dient men na te gaan of en onder welke vorm het systeem van 'zachte echelonnering' hiervoor een zinvol instrument kan betekenen.

#### 1.3.6 Vlaamse zorgregio's

De Vlaamse overheid heeft via het 'zorgregiodecreet' (Decreet van 23 mei 2003) een structurering in het Vlaamse zorglandschap aangebracht en daaraan de programmatie van de zorgcapaciteit verbonden, evenals de basis gelegd voor de territoriale afbakening waarbinnen samenwerking tussen zorgverstrekkers dient te geschieden. Zo zullen de zorgregio's de zones zijn waarbinnen SEL's geïmplementeerd worden.

De verdeling in zorgregio's is gericht op het beter op elkaar afstemmen van de **capaciteit** in de **eerstelijnszorg**. Verschillende experten vragen zich echter af of het wettelijk uittekenen van zorgregio's en vervolgens de eerstelijnszorgverstrekkers 'aanbevelen' om binnen deze regio samen te werken, wel een goed idee is. Op basis van veel andere complexe factoren – die zich overigens niet laten vatten binnen een eng territorialiteitsprincipe – kunnen wel eens heel andere samenwerkingsverbanden en doorverwijspatronen ontstaan. Anderzijds is het wel zo dat gebieden waar er **hiaten** in de zorgverstrekking ontstaan, bv. doordat er geen SIT-werking bestaat, via de opname in een zorgregio wél gestimuleerd kunnen worden om deze lacune in te vullen.

Het idee van transmurale zorg indachtig zouden ook de tweede- en derdelijnszorg in zorgregio's kunnen worden betrokken. Verscheidene actuele trends botsen echter met dit

idee. Men denke bv. aan de recente fusie tussen het Henry Serruys ziekenhuis uit Oostende met het Brugse AZ Sint-Jan (Isn, 2008). Dit illustreert treffend dat de door de Vlaamse overheid bepaalde **eerstelijnszorgregio** niet gelijk te schakelen valt met de tweedelijns**ziekenhuisregio**. Een tweede voorbeeld betreft de situatie in Limburg, waar via een informele "Pax Hospitalia" en netwerkvorming de zorgvoorziening in de provincie onderling werd verdeeld, zonder met zorgregio's rekening te houden (cf. supra).

Het is dan ook positief vast te stellen dat de Vlaamse overheid geen intenties heeft om de ziekenhuizen (verplicht) in te schakelen in dergelijke zorgregio's. Deze blijven louter voorzien voor de eerstelijnszorg. Omgekeerd kan het uiteraard wel zijn dat ziekenhuizen zich inschrijven in verschillende zorgregio's en daarbij met de betrokken actoren uit de eerste lijn samenwerken en zodoende gezamenlijk voorzien in de aanwezige zorgbehoeften.

### *1.3.7 Op zoek naar nieuwe samenwerkingsvormen?*

De huidige Belgische wetgeving laat drie vormen van samenwerking toe tussen ziekenhuizen, zijnde de **associatie**, de **groepering** en de **fusie**. Deze laatste vormt de meest diepgaande vorm en impliceert in wezen het samengaan van twee (of meerdere) ziekenhuizen in één nieuwe entiteit en is dus niet langer een samenwerking aangezien de autonomie wordt opgegeven. Genoemde wetgeving is echter, gezien de evoluties die zich sinds de invoering ervan hebben voorgedaan, toe aan enige **actualisering**. Enerzijds kan men opperen dat het huidige juridisch instrumentarium dient uitgebreid te worden met nieuwe, flexibele samenwerkingsvormen. Anderzijds kan men er van uitgaan dat de huidige wetgeving reeds voldoende flexibiliteit toelaat. In dit laatste geval is het echter noodzakelijk toe te zien op een **correcte toepassing** ervan. Zo kan het bv. niet de bedoeling zijn via een associatie te trachten voldoende schaal te genereren om te voldoen aan de erkenningsnormen van zorgprogramma's ed. Een dergelijke situatie kan eenvoudigweg voorkomen worden door de erkenningsnormen te koppelen aan de fysieke locatie waar de zorg wordt verstrekt. Enkel door bepaalde specialistische zorg op één vestigingsplaats aan te bieden kan een voldoende groot volume worden gegenereerd, wat op zijn beurt garant staat voor het verhogen van de kwaliteit en het opbouwen van expertise. Binnen het huidige juridisch kader is er verder een behoefte aan **verduidelijking** van bepaalde **functies**. Zo is er onduidelijkheid omtrent de precieze invulling van de medische raad/comité binnen een associatie.

Hoewel in Vlaanderen vele 'informational networks' en 'co-ordinated networks' bestaan, leerden expertinterviews dat er geen netwerken bestaan die dieper geïntegreerd zijn dan het '**co-ordinated network**' (bvb. het 'managed care network'). De meest voor de hand liggende verklaring is dat men in Vlaanderen in het verleden onmiddellijk van een 'co-ordinated network' de stap zette naar een **fusie**. Gezien de mogelijkheden die fusie in het verleden aan ziekenhuizen bood, was er vermoedelijk ook weinig behoefte om sterker geïntegreerde netwerkvormen te ontwikkelen.

Het is echter mogelijk dat in de toekomst deze 'diepere' netwerkvormen meer voordelen bieden dan fusies, indien bv. ziekenhuizen een danige schaalgrootte bereiken dat een bijkomende fusie meer nadelen (coördinatieproblemen) dan voordelen (schaalgrootte) zou opleveren. **Netwerkvorming** vormt vanuit dit perspectief m.a.w. deels een vervolg op fusies, en de kans is reëel dat ziekenhuizen in de toekomst met een breder palet aan

netwerkvormen zullen experimenteren dan vandaag. De overheid zou hiervoor een geactualiseerd kader kunnen uittekenen.

## **Hoofdstuk 4**

### **Conclusie en aanbevelingen**

In dit laatste deel van het rapport geven we een summier overzicht van onze belangrijkste bevindingen en vervolgens formuleren we een aantal aanbevelingen waarvan wij menen dat deze een aanzet kunnen betekenen voor een gedegen Vlaamse gezondheidszorgbeleid, met bijzondere aandacht voor het ziekenhuislandschap.

#### **Opzet, doelstelling en centrale vragen.**

De evolutie in de medische wetenschap gaat razendsnel, maar de organisatorische componenten voor een optimaal systeem van volksgezondheid volgen dit tempo niet. Vlaanderen dient daarom de zorg beter af te stemmen op de noden van de huidige en toekomstige generaties. Vanuit dit perspectief heeft dit onderzoeksproject de betrachting om een denkkader te verschaffen voor de toekomstige evoluties in het ziekenhuislandschap en de wijze waarop de overheid hiermee omgaat.

Deze studie tracht daarom, kort samengevat, drie deelvragen te beantwoorden:

1. Wat zijn de centrale trends in de organisatie van de Vlaamse gezondheidszorg en wat zijn hun drijfveren?
2. Wat is de impact van de vastgestelde evoluties op de organisatie van de Vlaamse gezondheidszorg?
3. Hoe dient de Vlaamse overheid met het 'toekomstig ziekenhuislandschap in Vlaanderen' om te gaan?

Gelet op de tijdspanne waarbinnen dit project diende te worden afgewerkt, was het onrealistisch alle mogelijke trends binnen het Vlaamse ziekenhuislandschap in kaart te willen brengen. Daarom werd ervoor geopteerd op basis van een literatuurstudie en expertinterviews het onderzoeks domein af te bakenen. In dit rapport staan dan ook twee trends centraal, zijnde de evoluties in de gespecialiseerde of tweedelijns ambulante zorg en de integratie tussen zorginstellingen in Vlaanderen.

#### **Tweedelijns ambulante zorg**

In de eerste plaats kunnen we stellen dat de stijgende tendens inzake gespecialiseerde ambulante zorg van de afgelopen jaren zich ongetwijfeld de komende jaren verder zal doorzetten. Meer concreet treden er binnen deze tweedelijns ambulante zorg verschuivingen op. Zo stellen we een verregerende mate van subspecialisatie vast binnen de poliklinische activiteit en vindt deze steeds vaker plaats buiten het ziekenhuis, al dan niet in private zorginstellingen of praktijken. Ook de chirurgische en niet-chirurgische daghospitaisatie kent een verdergerende uitbreiding en diversifiëring. Binnen het dagziekenhuis zullen niet enkel meer en gecompliceerdere ingrepen worden uitgevoerd, dagziekenhuizen zullen ook instaan voor een aanzienlijk deel van de medische 'basiszorg' binnen ziekenhuizen. Dergelijke evoluties spelen in op de wijzigende verwachtingen van de patiënt. De patiënt stelt zich veel meer op als een consument en wil tijdens zijn verblijf in het

(dag)ziekenhuis vooral een goede service: een kort verblijf en dito wachttijden, meer luxe en de nodige privacy, enzovoort.

### **Netwerken**

Zoals beschreven, nemen we in Vlaanderen een sterke groei waar m.b.t. het aantal 'netwerken'. We geloven dan ook dat dit een trend is die het Vlaamse zorglandschap in de toekomst sterk zal vormgeven en waar de overheid mee rekening zal moeten houden.

Vooreerst leert literatuur ons dat het ontstaan van netwerken in de gezondheidszorg veeleer gebaseerd is op een reeks van verwachte voordelen - bvb. het efficiënter gebruik van *resources*, het uitwisselen van *good practices*, de patiënt centraal plaatsen en toegang tot de zorg verbeteren - eerder dan op basis van bewezen resultaten. Deze verwachte voordelen lopen parallel met de oorzaken voor netwerkvorming tussen zorginstellingen die wij herkennen waarbij schaarste (financiering, medische staf), regelgeving (zorgprogramma's en erkenningsnormen) en een evolutie in managementdenken (proces en patiëntgerichte zorg) een belangrijk impact hebben.

De literatuur leert echter ook dat weinig wetenschappelijk-empirisch bewijs is voor de vermeende effectiviteit van het netwerkmodel in de gezondheidszorg. Deze afwezigheid van wetenschappelijk bewijs moeten we echter eerder verklaren vanuit de complexiteit van netwerken die dit tot een moeilijk onderwerp voor onderzoek maken. Zo willen we bvb. een impliciete maar veelgemaakte veronderstelling in vraag stellen dat de sterkst geïntegreerde netwerken het ideale eindpunt zijn van netwerkvorming. We geloven dan ook dat er geen ideale vorm van netwerken bestaat: afhankelijk van de doelstelling van het netwerk - bijvoorbeeld informatie-uitwisseling of coördinatie van zorg voor chronisch zieke patiënten - en de context waarbinnen zij opereren, kan men het ene netwerktype verkiezen boven het andere (Perri 6, 2006, p. 243). Hoewel de verschillende expertinterviews ons leerden dat netwerkvorming een belangrijke trend is voor de toekomst, mag men er niet van uitgaan dat er één ideaal eindpunt is.

Tegelijkertijd willen we ons ervoor behoeden om het 'netwerkparadigma' als een nieuw geloof te prediken om twee redenen. Vooreerst leert de ervaring dat populariserende managementliteratuur één organisatievorm nogal snel durft 'doodverklaren' ten voordele van een nieuwe. In de realiteit blijkt echter dat, ondanks de aantrekkingskracht van een nieuw paradigma er veel continuïteit in de ontwikkeling van organisatievormen zit.

Ten tweede willen wij de stelling poneren dat netwerken altijd al bestaan hebben in de gezondheidszorg en zelfs dat gezondheidszorg in hoge mate een netwerkactiviteit is. De complexe samenwerking tussen de eerste, tweede en derdelijnszorg, en tussen psychiatrische, chronische en acute zorg laten zich veel beter vatten als een 'netwerk' dan als een 'markt' of een 'hiërarchie'. Vervolgens zijn ook begrippen als 'vertrouwen' en 'coöperatie' cruciaal voor een goede werking van elk netwerk en dit geldt zeker voor de gezondheidszorg: vertrouwen en samenwerking tussen de huisarts en de patiënt, tussen de huisarts en de specialist, tussen de specialist en de ziekenhuismanager, enz. Het netwerkmodel zorgt er echter wel voor dat we met een andere bril kijken naar bepaalde evoluties in de gezondheidszorg en dit behoedt ons voor een te rigide beleid gebaseerd op historiek.

**Toekomst: het virtuele ziekenhuis in een transmuraal zorglandschap?**

Het voorgaande heeft uiteraard belangrijke consequenties op de wijze waarop zorg wordt aangeboden. Zo wordt het zorgtraject van de patiënt gewijzigd, vermits delen van de zorg niet langer binnen het ziekenhuis worden uitgevoerd, maar binnen de eerste lijn zullen worden verstrekt door huisartsen, thuiszorgdiensten, enz. Ook het ziekenhuis krijgt een andere invulling. Het ziekenhuis als groot beddenhuis maakt plaats voor een ziekenhuis als platform waar hoogtechnologisch infrastructuur is gevestigd en waarrond een netwerk van dag- en poliklinieken, kleinere beddenhuizen, enz. wordt uitgebouwd. Dit kadert bovendien in de actuele evolutie *in de gezondheidszorg van een structurele naar een functionele definitie van het ziekenhuis*. "Een ziekenhuis wordt niet langer omschreven in termen van bedden, diensten, apparaten e.d. maar wél in termen van de zorg die het aanbiedt. De fysieke structuur verliest dus relatief aan belang, ten voordele van de functioneel-organisatorische omkadering. (...) Men beschrijft dit als de trend naar het "virtuele ziekenhuis".<sup>17</sup> De zorgverstrekking aan de patiënt via zorgprogramma's, klinische paden, ed. primeert dus in dit nieuwe model.

Een dergelijk model impliceert een betere afstemming tussen de verschillende zorgverstrekkers en dit over de lijnen heen. Het idee van een bidirectionele transmurale zorg is hieraan eigen, doch deze blijkt niet eenvoudigweg realiseerbaar. De doorstromingsproblemen tussen de verschillende lijnen en tussen ziekenhuizen en andere zorginstellingen zijn hiervan een illustratie.

**Bestuurskundig kader**

Wanneer gezocht wordt naar de mogelijke oorzaken van deze pijnpunten en wat daarvoor succesvolle oplossingen kunnen zijn, overstijgen we het sectorale niveau en betreden we het niveau van de verantwoordelijke overheden. Daarom dient nagedacht te worden over de wijze waarop de Vlaamse overheid, binnen het raam van haar bevoegdheden, de gezondheidszorgsector dient aan te sturen. De filosofie van Niels Bohr, indachtig - "*Er is niets praktischer dan een goede theorie*" - plaatsten wij de traditionele bureaucratistische visie op bestuurskunde en het vernieuwend complexiteitsdenken tegenover elkaar als theoretisch kader voor deze denkoefening.

In een productieomgeving met gestandaardiseerde producten kan de klassieke bureaucratistische visie op een organisatie – die hier als een fijn afgesteld uurwerk wordt beschouwd – leiden tot grote efficiëntie en kwaliteit van productie. Het wordt echter moeilijk wanneer men deze werkwijze wil generaliseren naar sectoren waar men niet te maken heeft met eenduidige, gestandaardiseerde, productieprocessen: "*In verschillende dienstensectoren heeft men bijvoorbeeld niet te maken met een gestandaardiseerd proces, maar met creatieve antwoorden op een variatie van vragen van de klant. In deze omgeving is er helemaal geen 'one best way', maar is een adequaat antwoord op de vraag van de klant de norm* (Roose, 2002, p. 17)." In het verlengde van een Tayloristische visie op organisaties werden echter zorgorganisaties traditioneel ook beschouwd als professionele bureaucratieën waar de kerntaken bij het klinisch personeel liggen en waar er nood is aan een brede administratieve staf om de infrastructuur te kunnen beheren.

---

<sup>17</sup> <http://www.vznkul.be/root/index.html>

Anderson & McDaniel (2000) zijn echter van mening dat managers in de gezondheidszorg zich mentaal een nieuw organisatiemodel moeten aanmeten. Hun voorstel is daarom om de gezondheidszorg te beschouwen als een 'complex adaptief systeem'. Een CAS wordt gekarakteriseerd door een aantal *agents* die interageren op een dynamische, niet-lineaire wijze (een kleine oorzaak kan grote gevolgen hebben en vice versa):

- Een CAS wordt gedefinieerd in termen van verbanden en patronen van relaties tussen *agents*. De individuele *agents* zijn niet op de hoogte van het gedrag van het systeem in zijn geheel en in principe weet niemand binnen het systeem wat er zich binnen het hele systeem afspeelt. De kwaliteit van een CAS wordt daarom vooral bepaald door de kwaliteit van de interactie tussen de individuele *agents*.
- Het geheel is méér is dan de som van de delen: er kan daarom orde ontstaan zonder dat er behoefte is aan hiërarchische controle. De organisatie van een CAS ontstaat als het resultaat van interacties tussen verschillende elementen binnen het systeem, wat een CAS in principe zelforganiserend maakt.
- De toekomst is fundamenteel onkenbaar: binnen een klassieke mechanistische visie is men geneigd om te geloven dat, indien er voldoende informatie beschikbaar is, de toekomst van een systeem voorspelbaar wordt. Door de hoge complexiteit van interacties en het principe van niet-lineariteit zijn de toekomstige evoluties van een CAS echter onkenbaar.

Verschillende auteurs wijzen op de sterke gelijkenissen tussen een CAS en de werking van de gezondheidszorg (een hoge mate van onvoorspelbaarheid door een fluctuerende omgeving en veel werknemers met een belangrijke professionele autonomie). De kennis met betrekking tot CASs is daarom zeer geschikt voor de zorgsector, hoewel wij ons er ook voor willen behoeden om deze benadering als een 'nieuwe godsdienst' te prediken (Ashmos *et al.*, 2000): er bestaan meerdere bestuurskundige stijlen met elk hun sterke en zwakke kanten.

Wat kan nu de rol van overheid zijn m.b.t. de gezondheidszorg vanuit een CAS-perspectief? In beginsel dient de overheid ervoor te zorgen dat de toegankelijkheid en de kwaliteit in de zorgverlening gegarandeerd blijven. De zorgsector zelf beschouwen we als een CAS, wat impliceert dat deze zich in de eerste plaats zélf organiseert.

De rol van een overheid m.b.t. een CAS is ervoor te zorgen dat het systeem zich optimaal als een CAS kan gedragen. Dit betekent dat zij enerzijds het 'lerend vermogen' van de sector moet ondersteunen en anderzijds aan de sector de autonomie moet geven opdat deze – op basis van hun 'lerend vermogen' – de beste beslissingen kunnen nemen (maar indien nodig ook stimuleren om initiatieven te ontwikkelen). De achterliggende redenering is dat de zorgverstrekkers over de meeste expertise beschikken en het best geplaatst zijn om te beslissen hoe bepaalde vraagstukken moeten/kunnen worden aangepakt.

Als overheid is het dus minder opportuun al te regulerend op te treden of bepaalde werkvormen op te leggen. Daarentegen is het is beter om de creativiteit en het innovatieve vermogen binnen de sector te stimuleren. Zorgverstrekkers met goede initiatieven kunnen worden ondersteund door de overheid en deze 'best practices' kunnen vervolgens aan andere zorgverstrekkers worden aanbevolen (zie bvb. het diabetesproject van het OLV Aalst samen met de lokale SIT (supra, 4.4.3) of de elektronische zorgplannen in de provincie Vlaams-Brabant (supra, 6.3.2.)).



Het stimuleren van samenwerking, communicatie en discussie binnen de sector tussen verschillende lijnen van gezondheidszorg, beroepsgroepen, zuilen, etc. vormt hierbij een cruciale rol voor de overheid eerder dan te focussen op de rolverdeling (bvb. 'wat is basisgezondheidszorg?' – 'wie verstrekt basisgezondheidszorg?'). In dit kader zien we een belangrijke rol voor het uniform EMD als middel om communicatie en samenwerking tussen de verschillende zorgverstrekkers te vergemakkelijken. Van belang is wel dat initiatieven zich verantwoorden t.a.v. vier basisprincipes "relevance, equity, quality, cost-effectiveness".

Vervolgens kan ook 'sociaal ondernemerschap' een sleutelrol spelen in het stimuleren van dit innovatieve vermogen. Sociaal ondernemerschap betekent dat men vanuit een sociaal vraagstuk – bv. gezondheidszorg – innovatieve en duurzame oplossingen zoekt, en dit op een bedrijfsmatige manier. Financiële winst is een randvoorwaarde, maar het werkelijke succes wordt afgemeten aan de verbetering/oplossing van het maatschappelijke probleem. Een door het 'sociaal ondernemerschap' geïnspireerde zorginstelling zal dus de middelen die ze van de overheid krijgt zo efficiënt mogelijk gebruiken en daarmee zoveel mogelijk maatschappelijke doelen realiseren.

## **AANBEVELINGEN**

### **Algemeen**

1. De Vlaamse overheid moet in haar bestuurskundige stijl erover waken dat een bureaucratische stijl van besturen de dynamiek van de sector niet afremt. Vandaag meent de Vlaamse gezondheidszorgsector echter dat de Vlaamse bestuurskundige stijl naar een bureaucratische stijl neigt.
2. Om als overheid goed in te spelen op een moeilijk te voorspellen toekomst is het werken op basis van scenarioplanning – waarbij verschillende toekomstscenario's worden uitgewerkt – een goed hulpmiddel. De Nederlandse rapporten 'Niet van later zorg' of 'De zorgklant van de toekomst' (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) vormen hiervan enkele voorbeelden.
3. Vlaamse initiatieven zoals de SITs, de GDTs, de SELs, de zorgregio's e.d. vragen om een betere afstemming tussen het federale en het Vlaamse beleid (bvb. in het geval van SITs en GDTs) en voor een betere communicatie over de betekenis van deze initiatieven naar de sector toe.

### **Zorgstrategische planning**

1. In de lijn van de algemene aanbevelingen hierboven, vraagt de zorgsector om de methodiek van zorgstrategische planning meer flexibiliteit te geven, ofschoon iedereen de verdiensten ervan erkent.
2. Zorgstrategische planning voor ziekenhuizen kan op een hoger niveau gebeuren, naar het voorbeeld van 'Koepelplan Zorgstrategische Planning Ouderenzorg Limburg' (Provincie Limburg), waardoor men vermijdt dat elk ziekenhuis op zichzelf een planning moet maken. Vervolgens kan hier ook de afstemming gebeuren van het aanbod op de eerstelijnszorg, de thuiszorg en de residentiële zorg. Bij deze planning kan een zorg-

regio als uitgangspunt genomen worden, maar men mag er niet vanuit gaan dat een ziekenhuis tot één zorgregio behoort. Een ziekenhuis kan m.a.w. in meerdere zorgregio's participeren en dus ook deelnemen aan de masterplanning van elk van deze regio's. Enkele deelaspecten daarvan zijn:

- De overheid waakt erover dat er in alle zorgregio's voldoende 'dekking' is van de zorgbehoeften.
  - Deze planning is flexibel zodat de zorgverstrekkers niet voor een langere periode op één plan vastgepind worden. Ook hier kan men met scenario's werken.
  - M.b.t. budgettering kan de overheid overgaan naar een planningssystematiek waarbij er een 'geplande onzekerheid' in de budgettaire noden wordt ingebouwd d.m.v. inschattingen op basis van minimale, maximale en meest waarschijnlijke noden.
3. Voor elke zorgregio kan de functie van zorgcoördinator – momenteel is deze beperkt tot de eerste lijn (maar nog niet structureel en financieel ingevuld) – worden uitgebreid naar de tweede lijn. Deze zorgcoördinator is vervolgens mede verantwoordelijk voor het opstellen van zorgstrategische plannen - in samenwerking met alle betrokken partijen – en kan op deze manier ook het onderling overleg stimuleren.

### **Transmurale zorg**

1. De toenemende netwerkvorming in de zorgsector vraagt om een specifieke manier van aansturing door de overheid. Zo leerden case studies bvb. dat de slaagkans van 'opgelegde netwerken' klein is. Het van buitenaf aansturen van netwerken – of 'network governance' – is echter een belangrijke competentie die de overheid moet verwerven. In meerdere studies en rapporten vindt men een inleiding op deze thematiek (zie bvb. de bespreking van 'Network governance' in 'Key lessons for network management in health care' – SDO <sup>18</sup>).
2. Verschillende initiatieven om eerstelijnszorgverstrekkers samen te brengen bleken in het verleden niet altijd succesvol (zie bvb. SITs, GDTs). Dit kan deels verklaard worden door een onvoldoende ondersteuning van huisartsen waarbij zij te veel administratieve taken op zich moeten nemen. Door deze overbelasting ondervinden zij moeilijkheden om tijd vrij te maken voor deze samenwerkingsinitiatieven in de eerste lijn. Een mogelijke oplossing is om het Nederlandse voorbeeld te volgen, waar de huisarts wordt bijgestaan door praktijkassistentie zodat de huisarts meer tijd kan vrijmaken voor de patiëntenzorg en meer en betere relaties kan onderhouden met andere zorgverstrekkers. Het federale Impulseo II-plan geeft hiertoe een eerste aanzet.
3. De plaats waar bepaalde vormen van zorg (dagbehandeling, poliklinisch) worden aangeboden, komt ook steeds meer ter discussie. Het is niet meer zo evident dat dit gebeurt op de campus van het ziekenhuis. Zo beschikken bepaalde ziekenhuizen in de V.S. reeds over twee spoedopnames (één op de campus en één 'standalone') en reeds meerdere Vlaamse ziekenhuizen beschikken over externe poliklinieken. Het is belangrijk dat de Vlaamse overheid duidelijkheid creëert in het standpunt dat zij m.b.t. deze evolutie inneemt en de positionering van deze externe poliklinieken t.o.v.

---

<sup>18</sup> <http://www.sdo.lshtm.ac.uk/files/adhoc/39-briefing-paper.pdf>

de huisarts en de eerstelijns verduidelijkt. Tevens dienen afspraken gemaakt over de regie van de zorg.

4. Private ambulante zorgcentra en ziekenhuizen (profit) kenden in de afgelopen jaren een sterke groei, mede omdat deze door hun status de klassieke ziekenhuiswetgeving kunnen ontlopen. De reguliere ziekenhuizen (non-profit) vragen daarom om een gelijke behandeling, wat inhoudt dat deze private ambulante centra op eenzelfde manier gereguleerd worden.

### **Regelgeving**

1. De bestaande wetgeving m.b.t. de wettelijke samenwerkingsvorm 'associaties' moet aangepast worden om twee redenen
  - Om misbruik te voorkomen van associaties tussen ziekenhuizen (b.v. door het creëren van "papieren associaties" om erkenningsnormen te omzeilen). Om dit te voorkomen moet men de erkenningsnormen baseren op de vestigingsplaats van een campus in plaats van op het associatieniveau.
  - De rol van de medische raad van een ziekenhuis in associaties en groeperingen is vandaag onduidelijk. Hierdoor dreigen associaties ook sneller tot een 'papieren samenwerking' te verworden.

### **Besluit**

De zorgsector is vandaag een dynamische sector die zelf ook moet omgaan met een snel evoluerende omgeving. Deze dynamieken vragen om een andere bestuurskundige aanpak dan één die gericht is op een rigide planning van de toekomst. Via het CAS-model (Complex Adaptive System) geven we daarom een aanzet om over deze bestuurskundige stijl na te denken.

Los van de aanbevelingen hopen we daarom dat dit rapport een aanzet kan geven tot het ontwikkelen van een nieuwe manier van denken over het aansturen van een complexe en dynamische sector als de gezondheidszorg. Daarom wensen we te besluiten met een oproep om de aangehaalde ideeën verder uit te diepen en toe te passen binnen de eigen setting.



## Bibliografie

6, P., Goodwin, N., Peck, E., & Freeman, T. (2006). *Managing networks of twenty first century organisations*. New York: Palgrave MacMillan, 309 p.

Agentschap Zorg & Gezondheid: [www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers](http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers).

Ahgren, B. (2001). Chains of care: a counterbalance to fragmented health care. *Journal of Integrated Care Pathways*, 5, 126-132.

Ahgren, B. (2003). Chain of Care development in Sweden: results of a national study, paper presented to the WHO/IJIC International.

Arthur D'Little (1997). VIPA-studie in opdracht van de Vlaamse minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid. Ontwikkeling van een beslissingsproces en evaluatiemethodiek voor de toewijzing van investeringssubsidies onder het VIPA-decreet. Rapport Fase 2 van de Werkgroep: Criteria en beslissingsprocedure voor de beoordeling van VIPA-aanvragen.

Baker, C. (2001). Managed clinical networks: a start. *Health Bulletin (Edinburgh)*, 59(6), 417-419.

Baker, C., & Lorimer, A. (2000). Cardiology: the development of a managed clinical network. *BMJ*, 321(7269), 1152-1153.

Bian, J. & Morrisey, M. A. (2006). HMO Penetration, Hospital Competition, and Growth of Ambulatory Surgery Centers. *Health Care Financing Review*, 27(4), 111-122.

Bigelow, B. (1991). Ambulatory Care Centers: Are They a Competitive Advantage? *Hospital and Health Services Administration*, 36, 351-363.

Calman-Hine Report (1995). *A Policy Framework for Commissioning Cancer Services*. London, Department of Health.

Calvin, J. (1998). Clinical trial networks: a unique opportunity for critical care. *Crit Care Med*, 26(4), 625-626.

Cannoodt L., Gemmel P., Rossi D., & Tambreur W. (2005) *De toekomstige behoefte aan acute ziekenhuisvoorzieningen in België*, Onderzoek uitgevoerd in opdracht van Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid R. Demotte en in samenwerking met de Organisatie van de Gezondheidszorgvoorzieningen van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Cannoodt, L. & Danneels, M. (2003). De toekomst van het Belgische ziekenhuislandschap. Studie gefinancierd door de federale Ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 226p.

Casalino, L.P., Devers, K.J., & Brewster, L.R. (2003). Focused Factories? Physician-Owned Specialty Facilities, *Health Affairs*, 22(6), 56-67.

Castells, M. (1996). *The information age: Economy, society and culture, Volume 1: the rise of the network society*. Oxford: Blackwell.

Castoro, C. (2007). Policy brief. Day surgery: making it happen, European Observatory on health systems and policies, 1-28.

- 
- Collins, K. (2000). Managed clinical networks: time to act. *Nursing Management*, 6(9), 13-15.
- Conference on New Research and Developments in Integrated Care, Barcelona, 21-22 February, [www.ijic.org](http://www.ijic.org)
- Cropper, S., Hopper, A. & Spencer, S. (2002). Managed clinical networks, *Arch Dis Child*, 87(1), 1-4.
- Daft, R.L. (2001). *Organisatietheorie en -ontwerp*. Schoonhoven: Academic service, 528.
- De Boevere, Ch. (2008). Het ziekenhuis anno 2008 is een geïntegreerd bedrijf. *Medisfeer Newsmagazine*, 18(303), 8-11.
- De Lepeleire, J. & Van Houdt, S. (2008). Samenwerkingsinitiatieven thuiszorg. *Huisarts Nu*, maart 2008, 70-75.
- De Maeseneer J. (2008). Zachte echolennering, GMD en derdebetalersregeling. *Artsenkrant*, 1894.
- De Maeseneer J. *et al.* (2007). Equity, intersectoral action for health, primary health care and family medicine in Belgium, *onuitgegeven*.
- De Maeseneer J. *et al.* (2008). Versterking van de eerstelijnszorg als bijdrage tot een meer rechtvaardige gezondheidszorg, *onuitgegeven*.
- Decreet van 23 mei 2003 betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmatie van gezondheidszorgvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen, *B.S.*, 6 juni 2003.
- Decreet van 3 maart 2004 (b) betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, *B.S.*, 20 april 2004, Memorie van toelichting.
- Decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, *B.S.*, 20 april 2004.
- Detmer, D.E. & Gelijns, A.C. (1994). Ambulatory Surgery: A More Cost-Effective Treatment Strategy? *Archives of Surgery*, 129(2), 123-127.
- DiMaggio, P.J. & Powell, W.W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48:2, 147-160.
- Dubbs, N.L., Bazzoli, G.J., & Shortell, S.M. (2004). Reexamining Organizational Configurations: An Update, Validation, and Expansion of the Taxonomy of Health Networks and Systems. *Health Services Research*, 39(1), 207-220.
- Edwards, N. (2002). Clinical networks. Advantages include flexibility, strength, speed, and focus on clinical issues. *BMJ*, 324(7329), 63.
- Federaal ministerie van Sociale zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu (2001). *Uitdagingen en perspectieven voor de ziekenhuizen binnen een geïntegreerde gezondheidszorg*. 160p.
- Focus (2006). AZ Sint-Lucas werkt samen met OCMW Zelzate. URL: [www.azstlucas.be/focus/focus\\_37\\_01.asp](http://www.azstlucas.be/focus/focus_37_01.asp)
- Frater, A. & Gill, M. (2002). Clinical networks. Sum of the parts. *HSJ*, 112(5827), 24-25.

- Gemmel, P. & Mortier, N. (2006). De strategische positie van de poliklinieken in de MI-NOZ II ziekenhuizen, 60p.
- Gemmel, P., Parmentier A. & Michiels D., 2003, Procesgerichte organisatiestructuren in de gezondheidszorg: een uitdaging voor het huidige millenium?. In Handboek Gezondheidseconomie, Steunpunt Gezondheidseconomie VUB, Kluwer, p.1
- Goes, J. (2000). A turbulent field: theory research, and practice on organizational change in health care, The future of integrated delivery systems. vol.1, 131-168.
- Goodwin, N., 6, P., Peck, E., Freeman, T., & Posaner, R. (2004). Managing across diverse networks of care: lessons from other sectors report to the national co-ordinating centre for NHS service delivery and organisation R&D.
- Greenwald, L. (2006) Specialty Versus Community Hospitals: Referrals, Quality, and Community Benefits. *Health Affairs*, 25(1), 106-118
- Guterman S. (2006). Specialty Hospitals: A Problem or a Symptom? *Health Affairs*, 25(1), 95-105.
- Herzlinger, R.E. (2004). Specialization and Its Discounts: The Pernicious Impact of Regulations Against Specialization and Physician Ownership on the U.S. Healthcare System, *Circulation*, 109(20), 2376-2378.
- Het Virga Jesse ziekenhuis. Voorstelling. Niet gepubliceerd document.
- Heyrman, J., (2005). Regionalisering van de basisgezondheidszorg, een terreinvoorbeeld, onuitgegeven voordracht.
- Hgw. (2005). Ziekenhuis betaalt eigen dagcentrum. *De Standaard*, 22 juni 2005.
- Isn (2008). Sint-Jan grootste West-vlaams ziekenhuis. *De Standaard*, 23 februari 2008.
- Jakobsson J. (2006). Anaesthesia for day surgery: a concept built on safety, efficacy and cost-effectiveness, *Current Opinion in Anaesthesiology*, 19, 591.
- Jarret P. & Roberts L. (2006). Planning and designing a day surgery unit, in Lemos P., Jarret P. & Philip B. (2006) "Day surgery. Development and practice", *International Association for Ambulatory Surgery: Londen*, 61-87.
- Joldersma, C., & Winter, V. (2002). Strategic Management in Hybrid Organizations. *Public Management Review*, 4(1), 83-99.
- Jolly, D. (1991). La place de l'hôpital dans le système de santé au 21ème siècle, *Acta Hospitalia*, 4, 50-55.
- Jones, M. (2000). Walk-in primary medical care centers: lessons from Canada. *British Medical Journal*, 928-931.
- Kamerow, D. (2007). Retail clinics: threat or promise? *British Medical Journal*, 335, 21.
- Koninklijk Besluit van 10 februari 2008 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie niet-chirurgische daghospitalisatie moet voldoen om te worden erkend, *B.S.*, 7 maart 2008
- Koninklijk Besluit van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie "chirurgische daghospitalisatie" moet voldoen om te worden erkend, *B.S.* 5 december 1997

---

Koninklijk Besluit van 29 januari 2007 houdende vaststelling eensdeels, van de normen waaraan het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt moet voldoen om te worden erkend en, anderdeels, van bijzondere aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, B.S., 7 maart 2007

Koninklijk Besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging, B.S., 5 oktober 2002.

Kunkler, I. (2000). Managed clinical networks: a new paradigm for clinical medicine. *J R Coll Physicians*, 34(3), 230-233.

Lemos, P. & Regalado, A.M. (2006). Patient outcomes and clinical indicators for ambulatory surgery, in Lemos P., Jarret P. & Philip B. (2006) "Day surgery. Development and practice", International Association for Ambulatory Surgery, London, 257-280.

Lemos, P., Jarret, P. & Philip, B. (2006). Day surgery. Development and practice. International Association for Ambulatory Surgery: Londen, 346p.

Lermite, J. & Chung, F. (2005). Patient selection in ambulatory surgery. Current opinion in anaesthesiology, 18, 598-602.

Leutz, W. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1), 77-110.

Lke (2008). Polikliniek krijgt steeds meer volk over de vloer. *Het Nieuwsblad*, 9 februari 2008.

Massart, A-C. (2000). Daghospitalisatie, Departement Onderzoek en ontwikkeling, Christelijke Mutualiteit, 64p.

McKee, M. & Healy, J. (2002). Hospitals in a Changing Europe. Open University Press, Buckingham.

Mitchell, J.M (2005). Effects of Physician-Owned Limited-Service Hospitals: Evidence From Arizona. *Health Affairs*, W5, 481-488.

Mitchell, J.M. & Sass, T.R. (1995). Physician Ownership of Ancillary Services: Indirect Demand Inducement or Quality Assurance? *Journal of Health Economics*, 14(3), 263-289.

Moir, D., Campbell, H., Wrench, J. & Miller, S. (2001). First steps in developing a managed clinical network for vascular services in Lanarkshire. *Health Bulletin (Edin)*, 59(6), 405-411.

Mundt, M. (1997). A model for clinical learning experiences in integrated health care networks, *J Nurse Educ*, 36(7), 309-316.

Nota van de Vlaamse gezondheidsraad (2006). De toekomst van het gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg, 40p.

Omzendbrief 2007/10 (2007). *Nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen (ZH/2007)*

Pdc (2007). Sint-Blasius bouwt aparte dagkliniek, *De Standaard*, 20 januari 2007.

Politis, C. (2007). De strategische positie van de polikliniek intra- en extramuraal vanuit de visie van geneesheer-specialisten, 284p.



- Powell, W.W., & DiMaggio, P.J. (1991). The new institutionalism in organizational analysis. University of Chicago Press, Chicago, 1991. 478 p.
- Provan, K. & Milward, H. (2000). Do networks really work? A framework for evaluating public sector organisational networks. *Public Administration Review*, July/August.
- Qadir, N. & Smith, I. (2007). Day surgery: how far can we go and are there still any limits? *Current opinion on anaesthesiology*, 20, 503-507.
- Roberts L. (2006). Day surgery – national and international. From the past to the future, *Journal of ambulatory surgery*, 12, 143-145.
- Robinson, J. & Casalino, J. (1996). Vertical integration and organisational networks in health care. *Health Affairs*, 15(1), 7-23.
- Roh, C.Y. & Moon, M.J. (2005). Nearby, but Not Wanted? The Bypassing of Rural Hospitals and Policy Implications for Rural Health Care Systems. *The Policy Studies Journal*, 33(3), 377-394.
- Roose, H. (2002). *Managen van een netwerkorganisatie*. Antwerpen – Apeldoorn: Garant; 2002. 187 p.
- Sardell, A. (1996). Clinical networks and clinician retention: the case of CDN. *J Community Health*, 21(6), 437-451.
- Sermeus, W. (2006). *De Belgische ziekenhuisfinanciering ontcijferd*. Acco: Leuven, 244p.
- Shactman, D. (2005). Specialty hospitals, ambulatory surgery centers and general hospitals: charting a wise public policy course. *Health Affairs*, 24(3), 868-873.
- Shortell, S.M. & Kaluzny, A.D. (2000). *Health care management: organization design and behavior*, Albany: Delmar, 493p.
- Simoens, S. & Scott. A. (2005). Voluntary or compulsory health care reform? *Health Policy*, 72(3), 351-358
- Skinner & Wickman (1974) The focused factory, *Harvard business review*, vol.52 (3), 113-121.
- SI (2006). AZ Waasland heft kinderdaghospitaal. *De Standaard*, 30 juni 2006.
- Smith, I. (2007). Day surgery for all: updated selection criteria, *Current anaesthesia & critical care*, 18, 181-187.
- Stensland, J. & Winter, A. (2006). Do Physician-Owned Cardiac Hospitals Increase Utilization? *Health Affairs* 25(1), 119-129.
- Tait, J. & Baxter, J. (2002). A managed clinical network for home perenatal nutrition. *Nursing Times*, 98(10), 49-50.
- Teece, D.J. (1992). Competition, cooperation and innovation: organizational arrangements for regimes of rapid technological progress. *Journal of Economic Behaviour and Organization*, 18, 1-25.
- Thomas, H. (2003). Improving the doctor-manager relationship. Clinical networks for doctors and managers. *BMJ*, 326(7390), 655.

- 
- Toftgaard, C. & Parmentier, G. (2006). International terminology in ambulatory surgery and its worldwide practice, in Lemos P., Jarret P. & Philip B. (2006) "Day surgery. Development and practice", International Association for Ambulatory Surgery, Londen, 346p.
- Ugolini, C. & Nobilio, L. (2003). Vertical integration and contractual networks in cardiovascular sector: the experience of Emilia Romagna. *International Journal of Integrated Care*.
- Van Buren, D. & J. Vissers (1991). De kliniek en de polikliniek als produktlijnen; een client- en eerstelijns-vriendelijke ziekenhuisorganisatie. In: Structurering en beheersing van zorgprocessen: bedrijfskundig instrumentarium van zorgprocessen, onder redactie van J.W.Hoorn, J. Lettinck, H. van Tuijl, J. Vissers en G. de Vries, De Tijdstroom.
- Vdr (2004). Ukkelse kliniek ronselt patiënten in Halle. *De Standaard*, 13 oktober 2004.
- Verdonck P. (2004). Het elektronisch medisch dossier, *Huisarts Nu*, 33(2), URL: [www.wvvh.be/files/EMD\\_ab.pdf](http://www.wvvh.be/files/EMD_ab.pdf)
- Vzw Onze-Lieve-Vrouw van Troost (2006). Leidraad ontwerpopdracht "chirurgisch dag-ziekenhuis". Beperkte offerteaanvraag, 21p.
- Walter W. Powell, W.W. (1990). Neither Market Nor Hierarchy: Network Forms of Organization. In: *Research in Organizational Behavior*, Vol. XII, 295-336.
- Winter, A. (2003). Comparing the Mix of Patients in Various Outpatient Surgery Settings. *Health Affairs*, 22(6), 68-75.
- Woods, K. (2001). The development of integrated health care models in Scotland. *International Journal of Integrated Care*, 1(1).
- X (2005). Sint-Lucas Gent bouwt polikliniek naast OCMW-rusthuis Zelzate, *De Standaard*, 27 juni 2005.
- X (2006). Modernste polikliniek. *De Streekkrant - Regio Gent*, september 2006.
- Zuckerman, A.M. & Markham, C.H. (2006). Centers of excellence: big opportunities, big dividends. *Healthcare Financial Management*, 1-3.
- Zuckerman, A.M. (2007). What would you do? Are freestanding emergency centers an idea whose time has come? *Health care financial management*, 114-116.
- Zuckerman, A.M. (April 2005). Annexing the neighbor's backyard increasing service area, *Healthcare Financial Management*, 126-128.
- Zvd (2006). Sint-Lucas richt polikliniek op. *De Standaard*, 28 september 2006.

## Interviews

- Dhr. Baeckelandt W., directeur Zorggroep H.H. Kortrijk, 27-02-2008
- Dhr. Baeckelandt W., directeur Zorggroep H.H. Kortrijk, 11-04-2008
- Dhr. Ballyn, diensthoofd centrale sterilisatie, H.H. Ziekenhuis Roeselare-Menen, 22-11-2007.
- Dhr. Casteleyn H., algemeen directeur St.Blasius Dendermonde, 01-04-2008.
- Dhr. Casteleyn H., algemeen directeur St.Blasius Dendermonde, 12-02-2008.
- Dhr. Debbaut, directeur verpleging Sint-Elisabeth Ziekenhuis Turnhout, 01-02-2008.
- Dhr. Bosmans K., personeelsdirecteur Virga Jesseziekenhuis, 31-01-2008.
- Dhr. Meyers, directeur patiëntenzorg Virga Jesseziekenhuis, 28-01-2008.
- Dhr. Spinglaer, financieel directeur Heilig-Hart Ziekenhuis Roeselare-Menen, 22-11-2007.
- Dhr. Valepyn P., Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afdeling Residentiële en Gespecialiseerde zorg, 03-04-2008.
- Dhr. Vandenberghe L., algemeen directeur AZ Sint-Lucas Gent, 12 maart 2008.
- Dr. Breyssem, algemeen directeur Virga Jesseziekenhuis, 31-01-2008.
- Dr. Holthof B., algemeen directeur ZNA, 28-11-2007
- Dr. Nobels F., endocrinoloog OLV-ziekenhuis Aalst, 24-04-2008.
- Dr. Van Daele B., consultant en AZ Vilvoorde, 26-11-2007
- Dr. Van Outryve L., AZ Sint-Lucas en B.A.A.S., 28-01-2008
- Mevr. De Bakker, algemeen directeur AZ Sint-Elisabeth Turnhout
- Prof. Dr. Colardyn F., afgevaardigd bestuurder UZGENT, 07-02-2008.
- Prof. Dr. Decoster C., directeur FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 12/02/2008.
- Prof. Dr. De Maeseneer J., Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg UGent, 06-03-2008.
- Prof. Dr. Heyrman J., Academisch centrum voor Huisartsgeneeskunde KULeuven, 10-03-2008.
- Prof. Dr. Van de Noortgate N., geriatrische geneeskunde UZ Gent, 29-01-2008.