



BASIS-SPECIALISTISCHE ZORGOPDRACHTEN: RAPPORTERING WERKGROEPEN ZIEKENHUIZEN

Marc Geboers - Rudy Poedts - Frank Lippens

18 oktober 2017

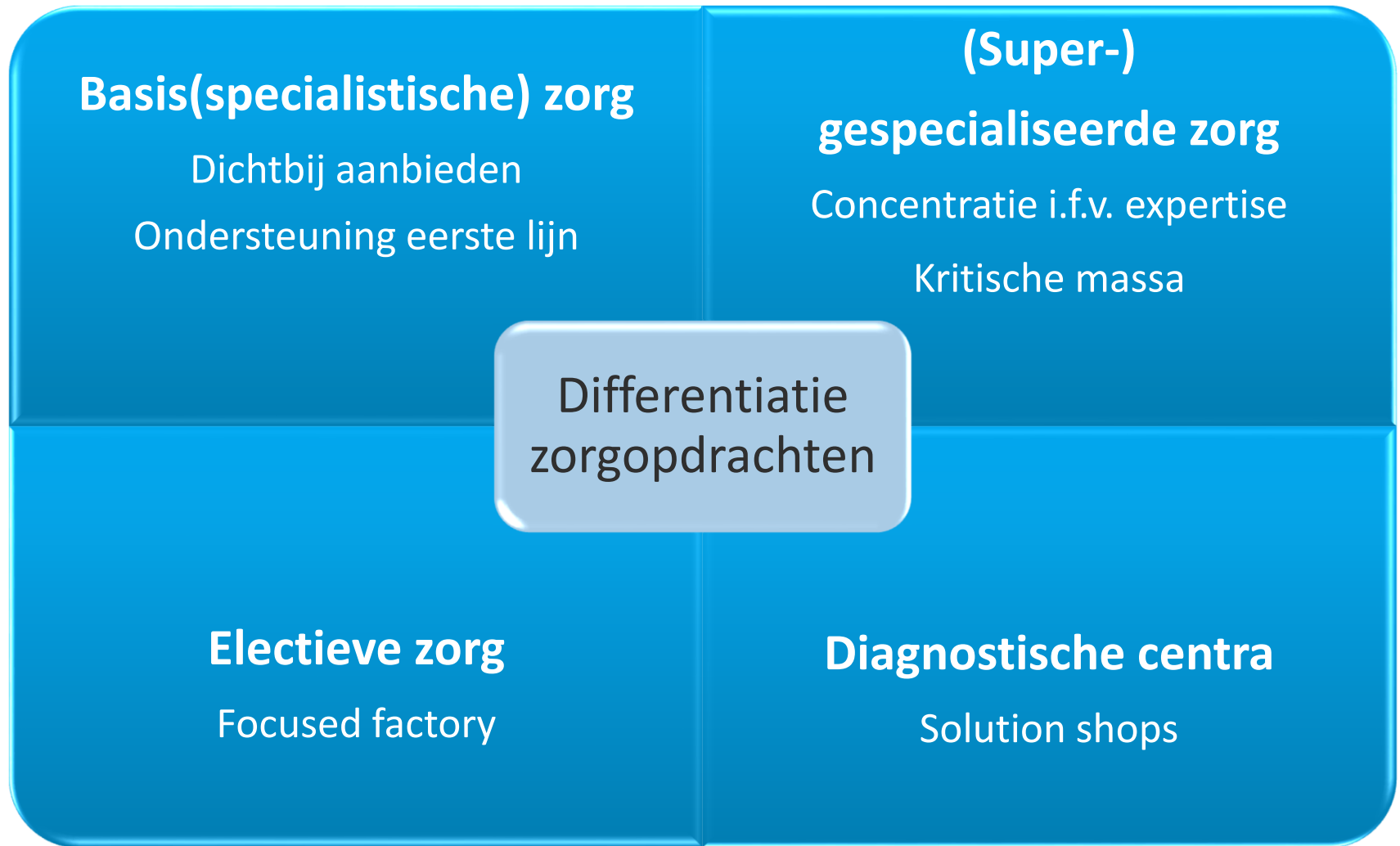


LAAT ONS EVEN RECAPITULEREN EN TERUGGAAN NAAR DE KICK-OFF 10/02/2017

Marc Geboers - Rudy Poedts - Frank Lippens

18 oktober 2017

NIEUW VLAAMS ZIEKENHUISLANDSCHAP



4 GROTE ACTIELIJNEN NIEUW VLAAMS ZIEKENHUISLANDSCHAP (08/07/2016)



ACTIELIJN 1: Op punt stellen begrippenkaders

- Zorgopdrachten
- Samenwerkingsverbanden
- Logische zorggebieden

ACTIELIJN 2: Valorisatie basis-specialistische opdrachten

ACTIELIJN 3: Studieopdrachten

- Inhoud en format Zorgstrategisch Plan Vlaanderen

ACTIELIJN 4: Vlaams juridisch kader

VALORISATIE BASIS-SPECIALISTISCHE ZORGOPDRACHTEN



-
- > Nood aan proximale zorg neemt toe (cfr. demografie, wijziging chronisch ziekenprofiel, multi-morbiditeit,)

 - > Bedreigingen segment van basis-specialistische zorg/lokale ziekenhuizen
 - Financiering
 - Rekrutering van artsen (permanentiedruk, kleinere associatie , ...)
 - Attractiviteit van algemene specialismen in de artsenopleiding
 - Kritische massa nodig voor garanties in kwaliteit
 - Infrastructuur gemiddeld ouder dan in centrumziekenhuizen?

DEFINITIE KERN-FUNCTIES VAN LOKALE ZIEKENHUIZEN: AFGELEGDE WEG



- > Medisch-specialistische zorgverlening gelieerd aan een ouder wordende populatie
- > Spoedeisende hulp
- > Moeder-kind zorg
- > Focused factories (basisheelkunde, oncologisch DZH,...)

- > Chronische zorg
- > Revalidatie
- > Diagnostiek
- > Afronding tegen de zomer van 2017

Start:
4 werkgroepen
4-tal vergaderingen

LEIDRAAD WERKGROEPEN (1/2)



-
1. Welke **instrumenten** het basisziekenhuis nodig heeft om de juiste diagnoses en behandelingen te kunnen stellen :
 - Basisinfrastructuur – apparatuur – klinische/logistieke/ondersteunende aspecten
 2. Welke **competenties** nodig zijn om basis-specialistische zorg optimaal te vervullen
 - Welke competenties moeten minimaal lokaal aanwezig zijn om de basis-specialistische zorgopdracht te vervullen
 - Welke competenties kunnen gedeeld worden vanuit een samenwerking tussen specialisten van het netwerk
 3. Welke **normen** zouden een optimale uitwerking van de basis-specialistische zorg in de weg staan en welke nieuwe normen zouden nodig zijn

LEIDRAAD WERKGROEPEN (2/2)



4. Welke zijn de **randvoorwaarden in netwerken** om te komen tot

- Ondersteuning eerste lijn
- Organisatie door- en terugverwijzing met meer gespecialiseerde centra

5. **Financiële repercussies** op basisziekenhuis

- Impact visie op verantwoorde ligdagen in de basisziekenhuizen en welke andere benadering gewenst

6. Randvoorwaarden inzake **governance** i.f.v. goede werking van de basis-specialistische opdrachten

- Bewaken aanbod van de basis-specialistische zorgopdracht
- Stimuleren optimale organisatie van de basis-specialistische zorg



HOE ZIJN WE TE WERK GEGAAN?

Marc Geboers - Rudy Poedts - Frank Lippens

18 oktober 2017

VOLGENDE WERKGROEPEN WERDEN OPGERICHT



-
- > **WG 1 Ouder wordende populatie:**
onder leiding van Koen Vancraeynest (AZ SJ Malle) en Dr. Hans Struyven (RZ HH Tienen)
 - > **WG 2 Spoedeisende hulp:**
onder leiding van Frank Lippens (STV Deinze) en Dr. Elke Haest (AZ SM Halle)
 - > **WG 3 Moeder-kind zorg:**
 - A/ Kind: onder leiding van Dr. Johan Pauwels (AZ HF Rumst)
 - B/ Moeder: onder leiding van Dr. Christel Depestel (AZ SJ Malle)
 - > **WG 4 Focused factories:**
onder leiding van Bart Van Bree (AZ SJ Bornem) en Ivo Jacobs (AZ HH Mol)
 - > **Overkoepelende stuurgroep:**
Dr. Marc Geboers – Rudy Poedts – Frank Lippens

SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEPEN



////////////////////////////////////
In alle werkgroepen:

- > De ziekenhuizen tot 400 bedden (lokale ziekenhuizen vnl. gericht op basisspecialistische zorgopdrachten) namen zeer actief deel aan de vergaderingen van de werkgroepen en zo kregen we een zeer gevarieerde samenstelling in elke werkgroep van:
 - algemeen directeurs, hoofdartsen, medische diensthoofden, verpleegkundige directies, hoofdverpleegkundigen...elk ziekenhuis koos zijn eigen delegatie!
- > Huisartsen (Domus Medica) hebben deels geparticipeerd bijvoorbeeld in de werkgroep spoed en pediatrie
- > Kind en Gezin (werkgroepen moeder en kind-zorg)
- > Vlaams Patiëntenplatform nam ook deel aan de werkgroepen
- > KUL/LIGB – Deloitte: waren als waarnemer aanwezig
- > Zorg en Gezondheid: Geert Peuskens secretariaat van de werkgroepen en de stuurgroep
- > In elke vergadering van de werkgroepen waren steeds alle leden of een lid van de stuurgroep aanwezig met als doel de rode draad voor de eindnota te maken en de onderlinge afstemming tussen de werkgroepen te bewaken

WOORDEN VAN DANK AAN EN VOOR....



-
- > Minister Vandeurzen, dr. Caroline Verlinde en dr. Wim Tambeur
 - > De Vlaamse administratie en in het bijzonder de heer Geert Peuskens voor zijn schitterende bijdrage als secretaris
 - > De voorzitters van de werkgroepen
 - > De deelnemers van alle werkgroepen
 - > De dialoog en de kwaliteit van de afgeleverde teksten

REFLECTIES...



-
- > Het was verfrissend om via een open debat en vertrekkend van een blanco blad de ruimte te krijgen om in werkgroepen thema's te behandelen volgens een vooraf opgesteld stramien.
 - > Bezorgdheden en verwachtingen werden met elkaar uitgewisseld maar zijn door deze werkwijze ook kenbaar geworden bij de administratie van de Vlaamse Gemeenschap en de Minister.
 - > Uit de werkgroepen zijn opbouwende concepten ontstaan die kunnen meegenomen worden in de debatten die voor ons liggen en ongetwijfeld verder zullen gevoerd worden tussen bevoegde overheden in dit land.
 - > De teksten werden overgemaakt aan de desbetreffende beroepsorganisaties (geriaters, pediaters, gynaecologen, spoedartsen,...) en hun reacties zetten ons aan tot dialoog.



VASTSTELLINGEN OP ZIEKENHUISNIVEAU

EEN POSITIEVE BOODSCHAP: NETWERKEN JA...

> Maar ook de aandacht voor:

- Basiszorg klinkt misschien bescheiden maar maakt wel 80% van de zorgvraag uit in al onze Vlaamse ziekenhuizen
- Patiënten willen op een comfortabele manier daarop een beroep doen, dichtbij en kwalitatief goed
- De recente accrediteringsgolf bewijst dat de meeste kleinere locoregionale ziekenhuizen het ook goed doen en de zorgprocessen van hoge kwaliteit zijn met goede output indicatoren
- Bij een toenemende vergrijzing zal nabijheid en beschikbaarheid een belangrijk gegeven zijn waarbij patiënten niet gebaat zijn met zorgconcentratie
- De financiële druk zal groter worden tgv terugschrijdende budgetten maar basiszorg-ziekenhuizen tonen aan dat zij ook performant kunnen zijn op financieel -en activiteit vlak.

AANDACHTSPUNTEN



- > Zware nieuwe besparingen gaan alle ziekenhuizen verder onder druk zetten en dus ook de kleinere ziekenhuizen
- > Recente studies (onder andere van KCE) bevestigen de heersende mening dat rationalisering vooral op vlak van materniteit, pediatrie en spoed zou moeten gebeuren en dat vooral in kleinere ziekenhuizen
- > Er is het globaal moratorium waardoor reconverteren van bedden onmogelijk is
- > Een mogelijk sociaal passief bij het sluiten van bedden mag ook niet vergeten worden
- > De toekomstige **governance** in de netwerken is bepalend nl. zal men elkaar op voet van gelijkheid behandelen?

TIJDENS HET PROCES...



-
- > In de verschillende werkgroepen is **governance** op een verschillende wijze aan bod gekomen :
 - Gaande van in sommige werkgroepen het algemeen principe “moet op ziekenhuis niveau bekeken worden”
 - Tot meer specifiekere bepalingen in andere werkgroepen
bv. “Dit is onmogelijk te realiseren als de besluitvorming binnen het netwerk dit niet toelaat en de partners niet op basis van gelijkheid en consensus tot een herverdeling komen van taken en middelen.”
 - > Vandaar bijkomende aandacht tijdens de eindfase van het proces met plenaire bespreking en validatie.
 - > Hierna volgen enkele voorbeelden van principes met betrekking tot governance als aanzet van het debat in de netwerken.

ENKELE VOORBEELDEN VAN PRINCIPES



-
- > Maatschappelijke verantwoordelijkheid naar de lokale bevolking staat centraal.
 - > Zorg moet maximaal waar mogelijk georganiseerd worden rond de patiënt.
 - > Elk ziekenhuis zal prioritair instaan voor de inwoners van de eigen regio op vlak van de Basis-Specialistische ZorgOpdrachten (BSZO).
 - > Netwerk helpt en ondersteunt bij problemen in de ziekenhuizen van het netwerk in het kader van BSZO.
 - > Volledige transparantie in het netwerk op vlak van patiëntenstromen.
 - > Waar mogelijk worden maximale synergieën gezocht voor samenwerking (bijv. ondersteunende diensten, bescherming van de privacy van patiëntengegevens, ontwikkelen van ICT-tools, etc.).

ENKELE VOORBEELDEN VAN PRINCIPES



-
- > Elk ziekenhuis organiseert zijn basiszorgportfolio zodanig dat de bedden maximaal benut en verantwoord worden (waar nodig met ondersteuning vanuit het netwerk).
 - > Ziekenhuizen van het netwerk verwijzen maximaal door (en terug) volgens de gemaakte afspraken van locoregionale zorgopdrachten binnen het netwerk en voor de supraregionale zorgopdrachten binnen of buiten het netwerk.
 - > In de overkoepelende netwerkstructuur wordt elk ziekenhuis paritair vertegenwoordigd.
 - > In het uitwerken en realiseren van samenwerkingsverbanden krijgen alle artsen een volwaardige rol.
 - > Artsen in elk individueel ziekenhuis worden, indien nodig, ondersteund door artsen uit het netwerk, en ondersteunen andere ziekenhuizen van het netwerk indien nodig.



VASTSTELLINGEN OP THEMA-NIVEAU

THEMA-SPECIFIEKE CONCLUSIES



-
1. De zorg rond de **ouder wordende populatie** in de basis-specialistische ziekenhuizen creëert heel wat opportuniteiten.
De verdere uitbouw van deze zorg gelinkt aan een kwaliteitsvolle invulling van C en D werd verder uitgewerkt.
 2. Speciale aandacht ging naar de nodige omkadering om dagziekenhuisactiviteiten uit te bouwen gekoppeld aan het concept van **focused factories** waarbij de belangrijke randvoorwaarden bestaan uit personele ondersteuning en infrastructuur.
 3. Voor de zorgopdrachten **materniteit, pediatrie en spoedgevallen** manifesteren zich meer bedreigingen.

VOORSTEL (1)



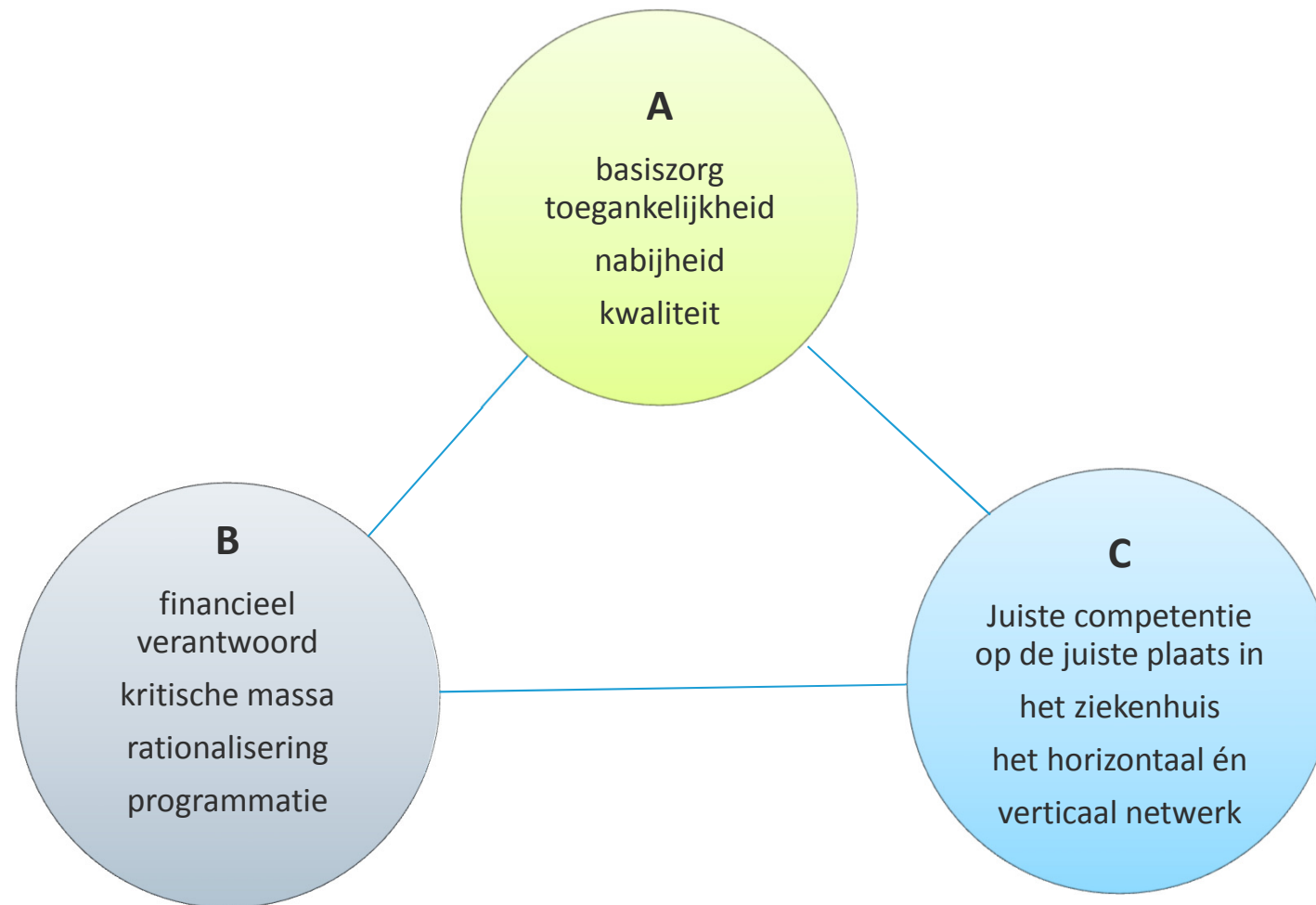
1. Concepten die door de werkgroepen werden voorgesteld zouden bij voorkeur de kans moeten krijgen om gedurende 3 jaar uitgetest te worden en dat in de context van de nieuwe wetgeving rond de locoregionale ziekenhuisnetwerken.
2. Deze overgangperiode moet toelaten degelijke criteria op te stellen voor elke zorgopdracht met het oog op het aanbieden van een kwaliteitsaanbod op een kostenefficiënte manier (wat kan een basis-specialistisch ziekenhuis nog al of niet doen).
3. De nodige protocollen moeten worden afgesproken met andere ziekenhuizen en kwaliteitsindicatoren moeten worden uitgewerkt die moeten bewijzen dat de patiënt goede en veilige zorg krijgt.

VOORSTEL (2)



-
4. Een correcte financiering dringt zich op waarbij vrijgekomen budgetten door rationalisatie in het zorgaanbod binnen het netwerk beschikbaar moeten blijven om te herinvesteren in de nieuwe zorgconcepten.
 5. Na deze drie jaar dringt zich een evaluatie op met een consolidatie na vijf jaar.
 6. Chronische zorg, revalidatie en diagnostiek stonden in de wachtrij om aan te pakken maar uit de conclusies van de werkgroepen komt ook intensieve zorg naar voor en het interhospitaal vervoer en uiteraard de aansluiting van het basisziekenhuis bij de eerstelijnszorg in de regio.

SPANNINGSVELDEN



In die zin werd een concept van proxispoed, proximaterniteit en proxipediatrie uitgewerkt.

EVEN INZOOMEN OP MEER DETAILS

EEN VOORBEELD VAN DE CONCLUSIES IN EEN WERKGROEP: OUDER WORDENDE POPULATIE



- > Focus op **multi-pathologie**, geen leeftijdsgrens
- > Verschuiving van **niet verantwoorde G-bedden** over ziekenhuizen heen. Daardoor G-diensten van minstens 48 bedden
- > **Integratie** G-dienst met geriatriesch dagziekenhuis omwille van noodzakelijke flexibiliteit + interne en externe liaison
- > **Revalidatietraject** en **palliatieve functie** in het geriatriesch aanbod (proximaal)
- > **RX, CT, MRI, endoscopie, spoedgevallen, intensieve zorgen** noodzakelijk in ziekenhuis voor geriatrie. Klinisch labo en labo anatomopathologie (buiten snel-testen) kan in netwerk. Permanentie van medisch klinische competenties, expertenfuncties vanuit het netwerk. **Klinische farmacie**

OUDER WORDENDE POPULATIE



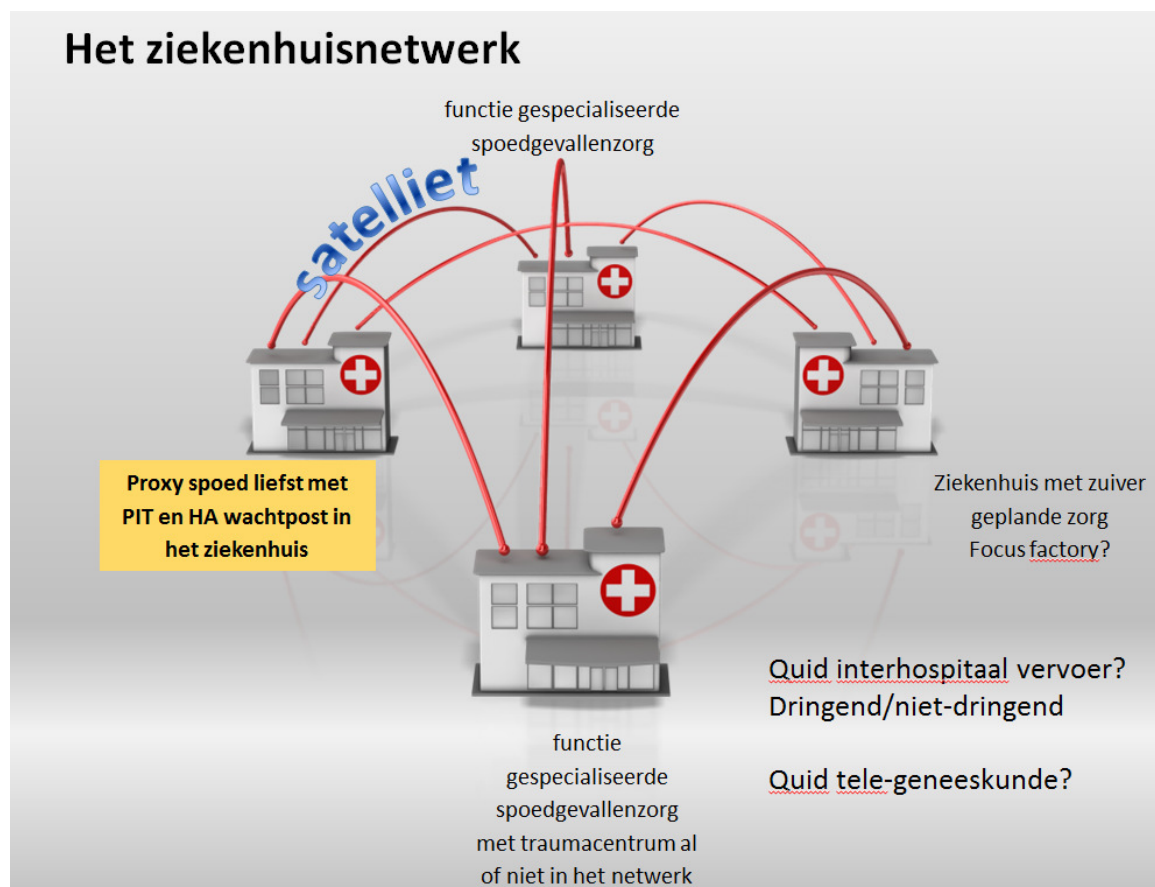
- > 1 **VTE** geriater i.p.v. 1 VT geriater
- > **Aantoonbare expertise** van verpleegkundigen
- > Eenvormig gevalideerd **screeningsinstrument** intra- en extramuros
- > **Geïntegreerd transmuraal zorgprotocol**
- > Belang van goede organisatie en financiering van het **secundair en inter ziekenhuisvervoer**
- > Aanpassing van de **financiering** van de geriatrische functie die in belang sterk zal toenemen

DE CONCEPTEN KAN JE MEENEMEN EN TER SPRAKE BRENGEN: EEN VOORBEELD I.V.M. SPOED



- > Ons conceptueel denken rond spoed is reeds ter sprake gekomen zowel in:
 - de plenaire vergadering van de FRZV bij de behandeling van het advies rond de locoregionale en supraregionale zorgopdrachten in de klinische netwerken
 - de plenaire vergadering van de NRDGH als het ging over de financiering en programmatie van de 112-ziekenwagens
- > Waarom?

HET ZIEKENHUISNETWERK?



Debat in de Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen in de werkgroep en de plenaire vergadering van 21 september 2017.

Nationale Raad Dringende Geneeskundige Hulpverlening: 11/10/17

Timing: globale visie:

- Uitrol 1733...en effect ervan op het volume dringend vervoer?
- Uitrol netwerken huisartsenwachtposten?
- Uitrol ziekenhuisnetwerken en het effect ervan op de patiëntenstromen en de DGH middelen?
- Nieuwe hiërarchie spoedgevallen diensten?
- Sluiting spoedgevallen?

= een pleidooi om de chaos te vermijden en voorlopig geen 112 ziekenwagens te verminderen of spoedopnames te sluiten en pas na een periode van drie jaar een evaluatie te maken en conclusies te trekken!



