

FOD VOLKSGEZONDHEID  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU

BRUSSEL, 9 januari 2014

DIRECTORAAT-GENERAAL GEZONDHEIDSZORG

NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

-----  
Afdeling "Programmatie en Erkenning"

Ref. : NRZV/D/440-2 (\*)

## **Advies m.b.t. het Nationaal plan chronische ziekten – Oriëntatienota**

Namens de Voorzitter,  
Dhr Peter Degadt

De Secretaris  
C. Decoster

(\*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 9 januari 2014

## 1. Inleiding

Op 5 december 2013 ontving de Nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen een adviesaanvraag van minister Onkelinx in verband met de oriëntatienota van het Nationaal plan chronische ziekten, een nota die werd voorgesteld op 28 november 2013.

Het is de bedoeling van minister Onkelinx om de genoemde nota af te werken met het oog op het afsluiten van een eventueel protocolakkoord tussen de federale overheid en de deelgebieden over het Nationaal plan chronische ziekten tegen de volgende Interministeriële Conferentie van 24 februari 2014 ; om die reden wordt het advies van de Nationale raad gevraagd tegen uiterlijk 15 januari 2014.

Tijdens het Bureau van 12 december 2013 werd de beslissing genomen om een werkgroep op te richten, uitgebreid met een aantal leden van de permanente werkgroep « psychiatrie ».

De werkgroep, voorgezeten door Pr Baeyens, kwam één keer samen, op 3 januari 2014. Tijdens die vergadering werden er twee documenten uitgedeeld: het eerste afkomstig van Zorgnet Vlaanderen : « *Oriëntatienota. Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België* ». Het tweede document bevat een aantal overwegingen en opmerkingen van werkgroep « psychiatrie » in verband met de genoemde oriëntatienota (in bijlage bij het advies).

De leden van de werkgroep waren: Mr Bodeux - Dr Bury - Mevr Ceuppens- Mr Dejace- Mevr Dierickx- Mr Henrard- Mr Heuschen- Mevr Noel - Mevr Nolis- Dr Pauwels- Dr Vandenbosch- Mevr Bostijn- Dr Boydens- Mr De Rycke- Mevr Moens- Pr Peuskens.

Het eerste deel van het ontwerpadvies bevat, op basis van een ronde tafel, de algemene overwegingen die aandachtige lezing van de oriëntatienota heeft opgeleverd ; die overwegingen werden besproken en mondden uit in het formuleren van een aantal principes (in het vet).

Het tweede deel bevat de eventuele opmerkingen die werden geuit tijdens het overlopen van de twintig acties uit het Nationaal plan.

Tot slot worden er aan het einde van dit ontwerpadvies een aantal eindconclusies gegeven.

## 2. Algemene overwegingen over de oriëntatienota

De inleidende ronde tafel mondde uit in het formuleren van een aantal algemene overwegingen.

Eerst en vooral vindt de werkgroep dat er te weinig overleg is geweest met de ziekenhuissector bij het opstellen van deze oriëntatienota; de werkgroep is verbaasd over de samenstelling van een aantal 'focus groups' die werden opgezet, groepen waarin geen beroep werd gedaan op actoren uit de ziekenhuissector; de werkgroep is eveneens

verbaasd dat dat nationaal plan, een belangrijk dossier, op het einde van de legislatuur wordt ingediend en dat het aan de regeringen, zowel de federale als die van de gemeenschappen en de gewesten, zal zijn om het concreet te maken.

- De oriëntatienota geeft een zeer algemeen beeld van de verschillende aspecten die moeten leiden tot de optimalisatie van de behandeling van de chronische ziekten ; het concept van een geïntegreerde behandeling vanaf de eerste lijn mag dan wel lovenswaardig zijn, men mag echter niet vergeten dat opname in een ziekenhuis ook een belangrijke toegangspoort vormt voor het bepalen van het toekomstige zorgtraject van de chronische patiënt, want dat traject begint vaak met de diagnose en de behandeling van een ‘acute’ episode (zoals bij voorbeeld een infarct). De aspecten ‘specialiteit’ en ‘opname’ in het ziekenhuis moeten dus verder worden uitgewerkt. De specialist is vaak het vertrekpunt van het zorgtraject van de patiënt, meer dan de huisarts. Bovendien, wat met de SP-diensten en de goede praktijken van de sectoren geriatrie en psychiatrie ? In die context geeft de oriëntatienota een te belangrijke plaats aan de eerste lijn;

**De werkgroep benadrukt dat het belangrijk is dat de patiënt onder toezicht staat van ofwel de huisarts, ofwel de eerste lijn, wat niet betekent dat er, voor een acute episode, geen specialist aan te pas kan komen; die laatste moet de huisarts op de hoogte houden van het dossier; het is een uitdaging voor de ziekenhuissector om zich te integreren in dat proces.**

- Vooraleer de functie ‘case manager’ in te voeren, moet de functie geëvalueerd worden met de eerste lijn en met de verantwoordelijke specialisten. Sommigen uiten hun bezorgdheid om een functie te financieren zonder toegevoegde waarde.
- Het belang van het billijkheidsprincipe van de oriëntatienota wordt benadrukt, want de financieringswijze van het ziekenhuis is niet gebaseerd op een dergelijk principe ;
- De oriëntatie van de nota helt te veel over naar het somatische aspect van de chronische ziekte; bovendien wordt er niet ingegaan op het aspect ‘overdracht van expertise en kennis’ van de specialist naar de eerste lijn;
- Er moet beter gedefinieerd worden wat er wordt verstaan onder ‘eerste lijn’ : is dat de plaats waar de patiënt zijn klacht komt ‘indienen’ ? ( dat kan bij zijn arts zijn of in het ziekenhuis ) ;
- De patiënt is niet de centrale figuur in de oriëntatienota; er is sprake van een elektronisch patiëntendossier met uitwisseling van informatie tussen zorgverstrekkers, maar gaat men niet voorbij aan het onontbeerlijke contact tussen de patiënt en zijn arts ?

- Wat verstaat men onder « autonomie en empowerment » van de patiënt ? Moet men niet opletten voor het begrip 'verantwoordelijkheid' van de patiënt ?
- De nota geeft de indruk elementen in vraag te willen stellen in verband met het delen van medische gegevens en andere elementen die vallen onder de patiëntenrechtenwet (instemming van de patiënt... uitwisseling van gegevens..).
- De nota houdt onvoldoende rekening met bepaalde keuzes van bepaalde gewestelijke of communautaire entiteiten ; bepaalde beweringen/voorstellen lijken te ver te gaan.
- De nota bevat geen aanbevelingen inzake de integratie van personen met een chronische ziekte in het actieve leven; de werkgroep denkt met name aan de RIZIV-conventies, en in het bijzonder de psychosociale rehabilitatie.

### 3. Bijzondere overwegingen

De werkgroep achtte het nuttig om, waar nodig, enkele opmerkingen te formuleren over de acties die worden voorgesteld in het oriëntatieplan.

Actie 2 : « *Ontwikkelen van een multidisciplinair patiëntendossier aansluitend op het GMD* »

De groep benadrukt dat niet alle gegevens toegankelijk moeten zijn voor alle zorgverstrekkers; er moeten 'voorbehouden' delen voorzien worden in het patiëntendossier.

Actie 3 : « *Een instrument voor preventie ontwikkelen in de context van het multidisciplinair patiëntendossier* »

Deze actie richt zich in de eerste plaats op de huisarts ; de visie is te beperkend.

Wat met de kwetsbaardere patiënten (psychiatrische patiënten, ouderen, patiënten in een moeilijke sociaal-economische situatie) ? Hebben zij de middelen om zelf de stap te zetten naar het zorgproces ? De module zoals die werd toegelicht, zal ontoereikend zijn.

Wat met de preventie van de tweede en de derde lijn ? En met de vroegtijdige opsporing ? (p 18)

Actie 5 : « *Self-management van de zorg door de patiënt vergemakkelijken* »

De groep benadrukt dat naast de somatische problemen, bepaalde personen parallel daarmee een depressie kunnen ontwikkelen die ook verzorgd moet worden (en omgekeerd), vandaar de noodzaak van coördinatie en coherentie in de somatische en psychiatrische benadering ;

Actie 6 : « *Mantelzorgers ondersteunen en erkennen in hun rol* »

De voorgelegde lijst is te beperkend (het mobiel team ontbreekt, bv.) ; veel initiatieven worden momenteel ontwikkeld, daar moet rekening mee worden gehouden

Actie 7 « *De functie van case manager formaliseren* »

De werkgroep benadrukt dat de centra voor geestelijke gezondheidszorg en de mobiele teams deel uitmaken van de tweede lijn.

Actie 8 : « *In het ziekenhuis een liaisonpersoon aanstellen voor de coördinatie met de eerste lijn* »

De werkgroep benadrukt dat deze liaisonpersoon - die gefinancierd moet worden - ook opgeleid moet worden ; zou de sociale dienst van het ziekenhuis in dat kader geen rol te spelen hebben/een missie te ontwikkelen, namelijk de patiënt meer begeleiden (en niet enkel op financieel vlak, bv.); de vraag is ook of de sociale dienst een gezondheidsactor is, en of hij over de nodige opleiding beschikt om dat te doen. (cfr actie 12)

Actie 9 : « *Vereenvoudigen van de structuren om samenwerking te stimuleren* »

De nota heeft het over een netwerk, maar daar wordt nergens een definitie van gegeven ; moeten we daarvoor een beroep doen op artikel 11 van de ziekenhuiswet ? **Algemeen beschouwd veronderstelt elke nieuwe taak die wordt toegewezen aan de instellingen, ofwel het stopzetten van taken die overbodig geworden zijn, ofwel het ter beschikking stellen van bijkomend personeel.**

Actie 10 : « *Het versterken van de zorgcoördinatie binnen het ziekenhuis via multidisciplinaire overlegmomenten* »

De werkgroep benadrukt dat dat overleg gestimuleerd moet worden, maar een aangepaste financiering vereist (cfr het multidisciplinair overleg in de oncologie).

Actie 12 : « *Opleidingsmodules voor multidisciplinaire samenwerking in de basisopleiding van alle zorgberoepen opnemen* »

De werkgroep benadrukt dat het nodig is om voor bepaalde modules opleidingen te voorzien die gezamenlijk worden gevolgd .

Actie 13 : « *Opleidingstrajecten en modules organiseren rond empowerment van de patiënt voor alle zorgverleners* »

De werkgroep benadrukt dat in het kader van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, de patiënt zelf betrokken is bij de organisatie van het opleidingstraject.

Actie 14 : « *Een specialisatieopleiding in de geïntegreerde zorg voor chronisch zieke patiënten inrichten* »

De groep benadrukt dat het niet mag gaan om een nieuwe erkenning van een specialiteit ; deze opleiding moet gezien worden als een aanvulling op de algemene opleiding.

Actie 16 : « *Vastleggen van doelstellingen en indicatoren voor een kwaliteitsprogramma chronische zorg* »

Ware het niet beter geweest om deze actie op de eerste plaats te zetten ?

Actie 17 : « *Een evaluatiecultuur promoten op alle niveaus* »

De groep meent dat de lijst te beperkend is (ook de revalidatieovereenkomsten, de PVT, de centra voor geestelijke gezondheid,...); het zijn niet alleen de erkende zorginstellingen die ten laste moeten worden genomen, maar ook instellingen die momenteel of in de toekomst worden opgezet, zoals de mobiele teams, ... Wat met de administratieve last van dat evaluatieproces ? (waarvoor er registraties nodig zijn...)

Van bij de uitwerking van de evaluatie-instrumenten moet er rekening worden gehouden met de gebruikers, opdat die instrumenten faciliterend zouden zijn.

Acties 18 : « *Aansturing, coördinatie en evaluatie van het veranderingsproces* »

Die begeleiding wordt gezien op macroniveau en is té 'top-down' gericht ; opdat het plan zou slagen, moeten er echter initiatieven worden genomen op mesoniveau wat betreft de begeleiding, de coördinatie en de evaluatie van het veranderingsproces.

Actie 19 : « *Stimuleren van de betalingsystemen die naast kwaliteitsvolle, geïntegreerde en multidisciplinaire zorg ook patiënt-empowerment aanmoedigen* »

In plaats van « persoonlijk assistentiebudget » zou er moeten staan « persoonsvolgende budget »

De werkgroep benadrukt dat het niet de financieringswijze is die bepalend is en kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg kan garanderen, maar wel het feit dat men over voldoende personeel beschikt.

Actie 20 : « *Aantrekkelijk houden van zorgberoepen, o.a. huisarts en verpleegkundige* »

De werkgroep vindt dat de aantrekkelijkheid moet gelden voor alle zorgverstrekkers en dat in dit kader - het type personeel moet aansluiten bij de behoeften.

#### 4. Conclusies

De werkgroep vindt dat de oriëntatienota een positieve inspiratiebron vormt, een aanloop naar het opstellen van concrete acties ter zake. Hij juicht ook het billijkheidsprincipe van de nota toe als basis van de zorg voor chronische patiënten. Dat principe zou moeten gelden voor alle vormen van gezondheidszorg, met een daaraan aangepast financieringssysteem ; vereenvoudiging naar voren schuiven als transversaal principe is ook opmerkelijk. Opdat het resultaat zou opleveren, is het essentieel dat de ontwikkelde instrumenten 'user friendly' zijn, om de ergonomie te verbeteren en dubbel werk te vermijden.

Hij herinnert ook aan de eigenheid van de sector van de geestelijke gezondheidszorg - die te weinig wordt aangehaald - en aan hoe belangrijk het is om de problematiek te bekijken in zijn verschillende aspecten, zowel somatisch als psychiatrisch en sociaal.

Hij betreurt echter dat de rol van de ziekenhuissector in de benadering van de chronische ziekten niet meer wordt benadrukt; de ziekenhuisopname van een patiënt, voor een acute

episode, is vaak het startpunt van een zorgtraject van een chronische ziekte, aangezien de huisarts instaat voor het toezicht op het vermelde traject.

De werkgroep geeft ook aan dat binnen de gewesten en de gemeenschappen reeds een aantal initiatieven werden genomen (een keuze wat betreft de uitwisseling van gegevens, bv.) waarmee de nota niet altijd rekening blijkt te houden.

Tot slot geeft de werkgroep nog aan dat het concreet maken van de acties uit de oriëntatienota onvermijdelijk financiële gevolgen zal hebben voor de ziekenhuissector. Dat is waarom de werkgroep vraagt om de Nationale Raad, en meer bepaald de afdeling 'financiering', te interpellieren telkens er concrete voorstellen in verband met elk actiepoint worden gedaan.

-----