

FOD VOLKSGEZONDHEID  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU

Brussel, 28 september 2017

---  
Directoraat-generaal Gezondheidszorg

---  
FEDERALE RAAD VOOR  
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN  
---

KENM.: FRZV/D/ 459-3

## **Advies van de FRZV over de locoregionale en supraregionale zorgopdrachten in de klinische netwerken**

## 1. Introductie

In het regeerakkoord van de regering Michel daterend uit 2014 werd opgenomen dat er in deze legislatuur initiatieven zouden genomen worden om de organisatie van de ziekenhuiszorg aan te passen aan de uitdagingen die ons in de toekomst te wachten staan. Hierbij werd expliciet verwezen naar het vormen van klinische netwerken, als vorm van samenwerking tussen academische, gespecialiseerde en basisziekenhuizen. In oktober 2016 werden deze intenties omgezet in een eerste concreet document, namelijk de Conclafnota. De algemene aanpak en de doelstellingen werden in de loop van de volgende maanden meer in detail uitgewerkt en resulteerden in drie visienota's en een lijst van zorgopdrachten die opgesplitst waren in locoregionale en supraregionale zorgopdrachten. De drie visienota's legden respectievelijk de focus op de netwerken als dusdanig, op de governance van de netwerken en ten slotte de programmatie van de zorgopdrachten. De lijst van zorgopdrachten bevatte naast de opsplitsing in locoregionale en supraregionale zorgopdrachten ook een bijkomende opsplitsing in A en S functies al naargelang ze wel of niet in elk ziekenhuis aanwezig zouden kunnen zijn en in R en U functies al naargelang ze wel of niet als specifieke universitaire functies dienden beschouwd te worden.

In mei 2017 volgde een synthesesetext vanuit het kabinet waar naast de reeds eerder aangehaalde onderwerpen uit de visienota's ook een hoofdstuk gewijd werd aan mogelijke pistes voor de financiering van de zich ontwikkelende netwerken. De opsplitsing van de zorgopdrachten in vier groepen (A, S, R en U) bleef in deze tekst behouden.

Thans ligt een aangepaste lijst van zorgopdrachten voor ter advies bij de Federale Raad van Ziekenhuis Voorzieningen die deze detail-opsplitsing van de zorgopdrachten niet meer bevat. Er is nog slechts een onderverdeling in locoregionale en supraregionale zorgopdrachten. In die zin is de bijbehorende tekst van mei 2017, waarover nooit advies werd gevraagd aan de FRZV, niet langer consistent met deze benadering van de opsplitsing van de zorgopdrachten.

De FRZV is van oordeel dat het niet aanhouden van de opsplitsing in A/S voor de locoregionale zorgopdrachten de mogelijkheid biedt aan de ziekenhuizen om in onderling overleg te komen tot een kwalitatieve en efficiënte invulling van deze zorgopdrachten in het netwerk. Anderzijds wil de FRZV ook benadrukken dat het niet aanhouden van de opsplitsing R/U voor de supraregionale zorgopdrachten vraagt om de rol van de universitaire centra, hun specifieke zorgopdrachten en de samenwerking tussen de verschillende universitaire centra verder uit te klaren.

Ten slotte willen we nog wijzen op de intentie van het kabinet om snel te komen tot een programmatie van een aantal prioritaire zorgopdrachten. Gedurende de laatste maanden is de samenstelling van deze reeks zorgopdrachten quasi onveranderd gebleven en vormt dan ook de basis van een eerste stap tot programmatie van zorgopdrachten: materniteit, pediatrie, spoedgevallen, stroke, laag volume oncologische chirurgie en radiotherapie.

## 2. Netwerken

De FRZV stelt zich de vraag in welke mate het creëren van de klinische netwerken rechtstreeks in relatie staat met de voorgestelde programmatie. De structuur van de netwerken streeft naar een duurzaamheid waarbij de samenwerking tussen de ziekenhuizen wordt vastgelegd voor een langere periode. De programmatie van de zorgopdrachten zal in de toekomst onderhevig zijn aan een regelmatige update, rekening houdende met evoluties op vlak van demografie, technologie, wetenschappelijke inzichten,...

Dit vraagt voor de programmatie van de zorgopdrachten naar een systeem dat toelaat om snel in te spelen op deze evoluties. Bovendien blijft de vraag naar een stabiele vorm van financiering en een voldoende lange overgangperiode die ook toelaat om beide opdrachten (het oprichten en uitbouwen van de klinische netwerken én de programmatie van de zorgopdrachten) te implementeren in en door de ziekenhuizen met voldoende vertrouwen.

Het risico is reëel dat door het uitbouwen van de klinische netwerken en de programmatie van de zorgopdrachten, in ziekenhuizen bepaalde van de huidige zorgopdrachten zullen verdwijnen. De FRZV dringt aan bij het kabinet om hier ook maatregelen te voorzien die deze transitie kunnen ondersteunen en een systeem van (financiële) compensaties uit te werken.

De FRZV vraagt ook met aandrang de opheffing van het moratorium op reconversie van ziekenhuisbedden van december 2016. Het moratorium is een belangrijke hinderpaal om in het overleg tussen de ziekenhuizen in het kader van de klinisch locoregionale netwerken de ruimte tot onderlinge afspraken te creëren.

## 3. Locoregionale/supraregionale zorgopdrachten

### a. Algemene bemerkingen

De FRZV wenst in eerste instantie sterk te benadrukken dat er dient gewaakt te worden over een toegankelijke en kwalitatieve zorg. In de huidige voorliggende documenten worden weinig aanknopingspunten gevonden om de nodige garanties hiervoor te bieden.

De FRZV wil er tevens op wijzen dat de voorliggende opsplitsing van zorgopdrachten dient rekening te houden met reeds bestaande expertise in de verschillende ziekenhuizen. De programmatie vertrekt niet van een wit blad papier. Er bestaat expertise op meerdere plaatsen voor elk van de zorgopdrachten (zowel medisch als in de personele omkadering), er werden in het verleden ook belangrijke investeringen gedaan in apparatuur en infrastructuur. In de toekomstige uitbouw van de zorgopdrachten dient rekening gehouden met deze elementen. Het afbouwen en sluiten van bepaalde zorgopdrachten in ziekenhuizen kan resulteren in een belangrijk sociaal passief.

Ook de reeds bestaande patiëntenstromen zowel voor de locoregionale maar zeker voor de supraregionale functies moeten mee in overweging genomen worden

Zoals hoger al vermeld worden we in deze adviesaanvraag geconfronteerd met een minder doorgedreven opsplitsing van zorgopdrachten: in plaats van 4 niveaus van onderverdeling (A, S, R en U) weerhouden we nu nog slechts 2 niveaus. In de toegevoegde nota van mei 2017 wordt echter de argumentatie nog steeds opgebouwd vanuit 4 niveaus. Een opsplitsing in twee niveaus betekent dat er minder discussie zou kunnen zijn of bepaalde locoregionale zorgopdrachten al dan niet in elk ziekenhuis aanwezig kunnen (moeten) zijn. De FRZV bepleit dat de concrete implementatie van de zorgopdrachten in de locoregionale netwerken overgelaten kan worden aan de samenstellende ziekenhuizen. Zo behoort materniteit volgens de ter advies aan de FRZV voorgelegde lijst nu tot de locoregionale zorgopdrachten maar het is onduidelijk of dit betekent dat elk ziekenhuis een materniteit kan blijven uitbaten. Voor supraregionale zorgopdrachten is het wel nuttig om bij programmatie de opsplitsing in R/U te verduidelijken.

Een bijkomend element van bezorgdheid is de verdeling van de bevoegdheden in het hele proces van programmatie en erkenning. Hier kan alleen aangedrongen worden op een grondig overleg tussen de verschillende overheden om tot een consistent verhaal te komen met duidelijke afspraken over de manier waarop de erkenningen zullen gebeuren en transparantie over de gehanteerde criteria die zullen gebruikt worden.

Bij herhaling wordt geargumenteed dat de voorliggende lijst van zorgopdrachten een "indicatieve lijst" is. Dit suggereert dat het toewijzen van een zorgopdracht als locoregionaal of supraregionaal onderhevig kan zijn aan verandering. De werkgroep stelt zich de vraag op welke basis men zal terugvallen om deze beslissing te nemen. De visienota geeft aan dat de programmatie zal gebeuren op basis van wetenschappelijke argumentatie. Toch meent de FRZV dat het "indicatieve" karakter van deze lijst om meerdere redenen problematisch is. Enerzijds is het niet evident om tussen de ziekenhuizen van een netwerk afspraken te maken als bepaalde zorgopdrachten in de loop van de tijd kunnen verschuiven van loco- naar supraregionaal of omgekeerd. Het opstellen van een zorgstrategisch plan over meerdere jaren waarin het zorgaanbod in het netwerk wordt georganiseerd, kan op die manier belangrijke verschuivingen vertonen in de loop van de tijd. Een ander niet onbelangrijk probleem stelt zich in de mate waarin advies kan gegeven worden over deze lijst.

De FRZV stelt vast dat er gelijktijdig ook andere bewegingen in de zorgsector aanwezig zijn om tot een herverkaveling van het geografisch landschap te komen (eerstelijnszones, netwerken in de geestelijke gezondheidszorg,...). Afstemming van deze verschillende initiatieven zijn noodzakelijk om tot een coherente en consistente visie te komen waardoor praktische afspraken op het werkveld gefaciliteerd eerder dan bemoeilijkt worden.

Ten slotte is er de inherente evolutie van de geneeskunde waardoor in de loop van de tijd bepaalde zorgopdrachten kunnen verschuiven. Technologie, kennis, nood aan omkadering kan in de loop van de tijd zodanig veranderen dat wat aanvankelijk een zeer exclusieve benadering vraagt, geleidelijk een soort basis aanbod van zorg wordt. De evolutie in de tijd zal dan ook mee moeten genomen worden. In de bestaande teksten wordt gesteld dat rekening wordt gehouden met deze evolutiviteit door de programmatie op geregelde tijdstippen te herzien. Dit dient zeer zeker in het opzet van de opsplitsing van zorgopdrachten meegenomen te worden.

b. Specifieke bemerkingen

De opsplitsing van de zorgopdrachten in locoregionale en supraregionale is gebaseerd op een aantal argumenten die in verschillende teksten aangehaald worden. Eén van de belangrijke argumenten is de incidentie van pathologiegroepen. Op basis hiervan is de vork geformuleerd van het aantal burgers in een netwerk, wat bepaald is op 400.000 à 500.000 om op die manier het voorstel te formuleren voor 25 netwerken. De FRZV stelt zich de vraag of het noodzakelijk is om het aantal te vormen netwerken exact vooraf te bepalen. De overtuiging leeft dat dit eerder dient bekeken te worden uit de evoluties die zich op het werkveld, rekening houdend met de patiëntenstromen, aftekenen.

Zorgopdrachten met een hoge incidentie en prevalentie worden met een lagere incidentie en prevalentie zijn supraregionale zorgopdrachten. Deze opsplitsing maken op basis van incidentiecijfers en pathologiegroepen is voor de FRZV een te beperkte benadering. De FRZV wil onderstrepen dat één van de toekomstige problemen net is dat we geconfronteerd worden in de zorg met multipathologie, multimorbiditeit en polyfarmacie. Een strikte opsplitsing per pathologiegroep zou op deze manier zijn doel wel eens kunnen voorbijschieten.

Verwijzend naar het KCE-rapport 289A "Benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025 en criteria voor aanbodbeheersing van complexe kankerchirurgie, radiotherapie en materniteit" werden in dit rapport een aantal criteria vermeld om de opsplitsing in locoregionale vs. supraregionale zorgopdrachten te onderbouwen. Hierbij wordt verwezen naar de volgende elementen:

- De mate waarin interventies dringend zijn;
- Kapitaalintensiteit (duur materiaal of infrastructuur);
- Omvang en samenstelling van de doelgroep van patiënten;
- Graad van specialiteit en complexiteit;
- Beschikbaarheid van personeel;
- Frequentie van de interventie (per patiënt).

De FRZV adviseert om deze elementen als leidraad te gebruiken voor elke zorgopdracht in de voorliggende lijst om tot een gebalanceerde opsplitsing te komen. Als bijkomende factor dient de proximititeit van de zorg bij de burger mee in overweging genomen te worden.

Het is in ieder geval duidelijk dat loutere bevolkingsaantallen om de opsplitsing tussen loco- en supraregionaal te maken onvoldoende is. Het lijkt dan ook niet logisch om met een vaste vork van populatie-aantallen te werken. Het gaat er vooral om dat in een logisch gebied een samenwerking ontstaat waarbij de noden van de lokale populatie optimaal gedekt wordt. Of die regio's dan kleiner zijn (als men zich bijvoorbeeld wil focussen op basiszorg in eerste instantie met een goede samenwerking met de horizontale lijn) of groter (zoals in grootstedelijke gebieden het geval zal zijn) heeft dan minder belang. Door vast te houden aan de vaste vork tussen de 400.000 en 500.000 inwoners kan deze logische vorm van samenwerken verstoord worden en kunnen meer geforceerde samenwerkingen geïnduceerd worden.

c. Detailopmerkingen

Cfr. lijst in bijlage.

#### 4. Programmatie

##### a. Algemeen

De FRZV stelt zich principeel de vraag of programmatie nog het meest geschikte instrument is om de zorgopdrachten te omschrijven. De Raad verklaart zich bereid om in de nabije toekomst mee na te denken om het concept van programmatie, een concept daterend uit het verleden, aan te passen aan de moderne noden van de sector, die bv. meer gericht is op het ondersteunen van zorgprogramma's. De onduidelijkheid over de gebruikte terminologie programmatie en erkenning zou nader moeten uitgewerkt worden. Reeds vroeger in deze tekst verwezen we naar de noodzaak tot intens overleg tussen de federale overheid en de regio's. De interactie tussen de verschillende overheden is hier eveneens cruciaal om tot goede en gefundeerde beslissingen te komen over de toewijzing van zorgopdrachten hetzij op locoregionaal hetzij op supraregionaal niveau.

In de verschillende beschikbare teksten wordt door het kabinet vooropgesteld dat men in een periode van 7 jaar alle op de lijst vermelde zorgopdrachten wil programmeren. Dit lijkt behoorlijk ambitieus gezien het toch gaat over 122 zorgopdrachten in de aangeleverde lijst. Elke programmatie zou dienen te gebeuren op basis van wetenschappelijke evidentie die hetzij aangereikt wordt vanuit eigen onderzoek, bv. via het KCE, of via informatie vanuit het buitenland of de internationale literatuur. Wanneer echter uit de wetenschappelijke evidentie een (al dan niet ruime) vork van aantal te programmeren eenheden blijkt, is een finale beslissing noodzakelijk. Transparantie is noodzakelijk om het nodige vertrouwen te kunnen blijven hebben in dit programmatieproces.

De FRZV vraagt ook aandacht voor de vaak niet uniforme technische inhoud van een zorgopdracht. Binnen bepaalde zorgopdrachten is het perfect mogelijk dat er een wijd verspreide toepassing bestaat naast een meer hoogtechnologische toepassing waarvoor specifieke apparatuur en/of kennis noodzakelijk is. In die zin kunnen binnen een bepaalde zorgopdracht bepaalde zaken op locoregionaal niveau aangeboden worden en dienen andere aspecten binnen dezelfde zorgopdracht eerder supraregionaal georganiseerd te worden (vb. radiotherapie).

##### b. Prioriteiten

Aangezien het geheel van zorgopdrachten momenteel niet te vatten is in een gevalideerde wetenschappelijke evaluatie om te komen tot een gefundeerde opsplitsing in loco- en supraregionaal, willen we voorstellen om dit proces te beperken tot deze zorgopdrachten die het kabinet van minister De Block prioritair wil programmeren. De detailopmerkingen die vanuit de sector geformuleerd worden op basis van de voorliggende lijst zijn hoger terug te vinden.

Het gaat over :

- Materniteit
- Pediatrie
- Spoedgevallen
- Stroke
- Radiotherapie
- Laag volume oncologische chirurgie

Als ondersteuning voor deze 6 prioritaire dossiers dient er gekeken te worden naar de beschikbare studies om de noodzakelijke wetenschappelijke onderbouw in overweging te nemen. Het ontbrak de FRZV echter om in het korte tijdsbestek voor het aanleveren van dit advies, om de KCE-studies die verder vermeld worden, aan een grondige wetenschappelijke evaluatie te onderwerpen.

- Materniteit

M (+ bevallingskwartier) wordt gekwalificeerd als een locoregionale zorgopdracht in de voorliggende lijst.

Het KCE rapport 289A "Benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025 en criteria voor aanbodbeheersing van complexe kankerchirurgie, radiotherapie en materniteit" kan in deze zorgopdracht beschouwd worden als onderliggende informatie.

De in dit rapport gebundelde aanbevelingen geven inzichten in een mogelijke verdere aanpak.

- Pediatrie

E wordt gekwalificeerd als een locoregionale zorgopdracht in de voorliggende lijst. Door het vernietigen door de Raad van State in 2016 van het KB van 2014 over de organisatie van het zorgprogramma pediatrie, is de sector momenteel teruggevallen op de vroegere regelgeving.

Het vernietigde KB bevat echter heel wat elementen die minstens als inspiratie kunnen gelden voor een nieuwe poging tot programmering van de E-diensten. De nauwe verwevenheid tussen materniteit en pediatrie maakt het wellicht ook noodzakelijk om deze beide zorgopdrachten in één beweging te bekijken vooral met het oog op de permanentie en beschikbaarheid van de pediaters.

- Spoedgevallen

Spoedgevallendiensten (waaronder begrepen eerste opvang, gespecialiseerde spoedgevallendienst, MUG en PIT) worden als locoregionale zorgopdrachten gezien in de voorliggende lijst. Er wordt in de lijst ook expliciet verwezen naar de relatie met huisartsenwachtposten, eerste lijn, ...

Traumacentra level 1 worden als supraregionale zorgopdrachten gezien in de voorliggende lijst.

KCE rapport 263 A "Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming" en KCE rapport 281 A "Naar één geïntegreerd systeem voor de behandeling van ernstige trauma's" kan in deze zorgopdracht beschouwd worden als onderliggende informatie.

De FRZV stelt vast dat er momenteel in de aanpak van de niet-planbare zorg en de dringende medische hulpverlening, nog heel wat onzekerheden zijn. Er lopen momenteel nog studies om de ideale aanpak te bestuderen maar men is hier nog niet tot conclusies gekomen. Nieuwe voorstellen om bv. de PIT-functie los te koppelen van de ziekenhuizen, zijn nog niet ten gronde bestudeerd. Om die reden stelt de FRZV dan ook voor om de programmatie van de spoedgevallendiensten voorlopig uit te stellen tot er meer duidelijkheid is over een globale visie waar zowel de spoedgevallendiensten (eerste opvang en gespecialiseerd), de traumacentra, de MUG- en PIT-functie, de huisartsenwachtposten, de 1733-functie,... verder uitgeklaard is.

#### Stroke (S2)

Stroke (S2) gespecialiseerd wordt als supraregionale zorgopdracht gekwalificeerd in de voorliggende lijst.

Hierbij kunnen we verwijzen naar een advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuis Voorzieningen afdeling Programmatie en Erkenning van oktober 2012 waar in het advies "Eenheden voor beroertezorg (stroke-units)" verwezen wordt naar de S2 functie.

KCE rapport 181A "Stroke Units: doeltreffendheid en kwaliteitsindicatoren" kan in deze zorgopdracht beschouwd worden als onderliggende informatie.

De twee KB's van 19 april 2014 "Normen voor de zorgprogramma's beroertezorg" en "Erkenningsnormen voor het netwerk beroertezorg" leveren het wettelijk kader.

#### Radiotherapie

Radiotherapie wordt gekwalificeerd als een supraregionale zorgopdracht in de voorliggende lijst.

Het KCE rapport 289A "Benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025 en criteria voor aanbodbeheersing van complexe kankerchirurgie, radiotherapie en materniteit" kan in deze zorgopdracht beschouwd worden als onderliggende informatie.

De in dit rapport gebundelde geven inzichten in een mogelijke verdere aanpak.

Radiotherapie lijkt bij uitstek een zorgopdracht die in de proximiteit van de patiënten moet aangeboden worden. De vergrijzing van de populatie, de uitbreiding van de indicaties, de toename van de oncologische pathologie, zijn argumenten voor een toekomstige verhoogde nood aan deze behandelmethode. De fysieke belasting voor deze patiënten waarbij in vaak langdurige sessies zwaar zieke mensen hun therapie dienen te krijgen, maken lange verplaatsingen ongewenst. Het aanbieden van deze therapie (met uitzondering van zeer hoog gespecialiseerde types van radiotherapie die slechts op een beperkt aantal plaatsen kan aangeboden worden) zou dan ook in elk netwerk mogelijk moeten zijn. Deze visie wordt ook ondersteund door een visienota van de radiotherapeuten.

De FRZV stelt dan ook voor om de zorgopdracht radiotherapie te verschuiven van supraregionaal naar locoregionaal.

#### Laag volume oncologische chirurgie



Laag volume oncologische chirurgie wordt gekwalificeerd als een supraregionale zorgopdracht in de voorliggende lijst.

Het KCE rapport 289A "Benodigde ziekenhuis capaciteit in 2025 en criteria voor aanbodbeheersing van complexe kankerchirurgie, radiotherapie en materniteit" kan in deze zorgopdracht beschouwd worden als onderliggende informatie.

De in dit rapport gebundelde aanbevelingen geven inzichten in een mogelijke verdere aanpak.

## Lijst van locoregionale en supraregionale zorgopdrachten

De FRZV geeft hier de bemerkingen en aanbevelingen die vanuit de sector werden aangebracht. Wanneer voor een zorgopdracht niet expliciet gevraagd wordt om deze van niveau te wijzigen, betekent dit dat de FRZV geen opmerkingen heeft op het voorstel van de Minister.

In de opsomming van de zorgopdrachten zoals ze opgenomen zijn in deze lijst, dient een voorafgaande algemene bemerking gemaakt. De FRZV stelt in de beoordeling van een aantal zorgopdrachten vast dat er argumenten bestaan om het organisatie-niveau van deze zorgopdrachten te leggen op supraregionaal niveau maar dat er onmiskenbaar een nood bestaat om in de operationele uitwerking van deze zorgopdracht een behoefte bestaat om deze zo dicht mogelijk bij de patiënt te brengen en dus een locoregionale invulling kan wettigen. Als voorbeeld verwijzen we hierbij naar de "Zelfregulatie diabetes kinderen & adolescenten" waarvan de expertise gebundeld kan worden op supraregionaal niveau maar waar de concrete opvolging van deze patiënten georganiseerd kan worden op locoregionaal niveau om dit zo dicht mogelijk bij de patiënten te brengen.

### 1. Ziekenhuisbedden

E : wordt gesitueerd op locoregionaal niveau; de FRZV wil hierbij vooral de aandacht vestigen op de link van de pediatrie met M-functie

M (+bevallingskwartier) : wordt gesitueerd op locoregionaal niveau; de FRZV wil de aandacht vestigen op het belang van aanvaardbare aanrijtijden voor het bereiken van een M-dienst (15 tot 30 minuten) en op de link tussen M-functie en de spoedgevallendienst

A, A1, A2, K, K1, K2 : hiervoor wordt verwezen naar vroeger uitgebrachte adviezen over de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg – gezien de toename van psycho-sociale problematiek is een goede en snelle toegankelijkheid van zorg noodzakelijk.  
De FRZV stelt voor om de zorgopdracht K op locoregionaal niveau te brengen.

SP4 (palliatief) : hiervoor wordt verwezen naar het recent uitgebrachte advies van de FRZV over de nood aan bijkomende palliatieve capaciteit.

### 2. (Zware) medisch technische diensten – apparatuur

Radiotherapie : wordt reeds besproken bij de prioritaire dossiers; de FRZV stelt voor om deze zorgopdracht te verschuiven van supraregionaal naar locoregionaal.

Beeldvorming met CT / NMR : de FRZV is het eens met de positionering locoregionaal maar dringt eerder aan op een deprogrammatie van de NMR (standaardonderzoek, vermijden van stralingsbelasting).

PET : de FRZV stelt voor om dit te verschuiven van supraregionaal naar locoregionaal, mede in het kader van de te verwachten verdere toename van de oncologische problematiek. 1 PET-toestel per netwerk lijkt in deze context zinvol om wachttijden te vermijden en de proximitéit van de techniek beter te maken.

Robot: de FRZV beschouwt dit eerder als een instrument om bepaalde zorgopdrachten te kunnen vervullen dan een te programmeren entiteit op zich.

### 3. Diensten – functies

Spoedgevallendiensten: dit wordt besproken in de lijst van prioritaire zorgopdrachten

Intensieve zorg: de FRZV wil benadrukken dat een vorm van verhoogd medisch en verpleegkundig toezicht samen dient gezien te worden met andere zorgopdrachten. De aanwezigheid van een spoedgevallendienst, het uitvoeren van chirurgische interventies (ook in focussed factories) vraagt op een dergelijke zorgopdracht. Naar analogie met de visie op een getrappt systeem in de spoeddiensten, kan ook hier een vergelijkbaar systeem voorzien worden.

Zeldzame ziekten: de FRZV wil hier wijzen op de bestaande expertise die in heel wat centra reeds aanwezig is. De Raad gaat akkoord om de functie zeldzame ziekten op supraregionaal niveau te organiseren.

### 4. Zorgprogramma's

Zorgprogramma Oncologie: de FRZV wijst er op dat de zorgopdracht oncologie samen dient gezien te worden met andere zorgopdrachten zoals radiotherapie, PET, ... Brachytherapie dient samen met de zorgopdracht radiotherapie beschouwd te worden. De FRZV wil een geïntegreerde visie op de organisatie van de patiëntenflow binnen de brede oncologische zorgopdracht te benadrukken. Dit is bij uitstek een zorgopdracht waar een brede, patiëntgeoriënteerde benadering dient nagestreefd te worden.

Zorgprogramma Kinderen: Gezien het basiszorgprogramma kinderen zich alleen richt op ambulante activiteit en dagziekenhuis, moet de mogelijkheid tot hospitalisatie binnen het gespecialiseerd zorgprogramma locoregionaal georganiseerd te worden, eerder dan supraregionaal. De pediatrie liaison is eveneens een functie die locoregionaal dient georganiseerd te worden, eerder dan supraregionaal.

Zorgprogramma Cardiale pathologie: de FRZV stelt voor om B1 en B2 samen te houden en te situeren op het locoregionale niveau. De FRZV stelt eveneens voor om de B3 functie locoregionaal te brengen in die zin dat elk klinisch netwerk minstens 1 B3-centrum zou moeten hebben. Door de te verwachten verdere toename van het aantal ritmestoornissen bij een oudere populatie, stelt de FRZV in dezelfde logica voor om de E-functie ook locoregionaal te brengen (1 centrum per netwerk).

Traumacentra: zoals hoger reeds aangegeven dient dit zorgprogramma bekeken te worden binnen het geheel van de niet-planbare zorg en de dringende medische hulpverlening.

Multidisciplinaire pijncentra: de FRZV stelt voor om deze zorgopdracht van het supraregionale niveau naar het locoregionale niveau over te brengen. Proximiteit en toegankelijkheid worden hier als belangrijke argumenten gezien.

Transplantatie : de FRZV is akkoord om de weefselbanken op supraregionaal niveau te behouden weliswaar met de bemerking dat bv. de botbanken beschikbaar moeten zijn op locoregionaal niveau gezien de belangrijke connectie met orthopedische chirurgie. De lokale donorcoördinatie moet volgens de FRZV (zoals overigens de naam zelf suggereert) op locoregionaal niveau gebracht worden.

5. RIZIV-conventies op federaal niveau

Zelfregulatie diabetes kinderen & adolescenten : de FRZV is akkoord om deze RIZIV-conventie op supraregionaal niveau te behouden met de bemerking (zoals hoger aangegeven in de algemene bemerking) de regelmatige follow-up van deze leeftijdscategorie bij voorkeur toch in de proximitéit van de patiënt gebeurt.

Hemofilie : de FRZV is akkoord om deze RIZIV-conventie op supraregionaal niveau te behouden met vlotte toegankelijkheid op locoregionaal niveau om de operationele beslissingen omtrent deze populatie op een kwalitatieve en veilige manier te kunnen waarborgen.

Ademhalingsziekten : de FRZV stelt voor om deze zorgopdracht op locoregionaal niveau te brengen gezien in deze pathologiegroep toch een zeer nauwe samenwerking met de eerste lijn dient te gebeuren.

Hartaandoeningen : de FRZV wenst hier bijzondere aandacht te vragen voor de cardiale revalidatie die omwille van het belang in de resocialisatie van cardiale patiënten zo dicht mogelijk bij de patiënt dient aangeboden te worden.

Beginnende dementie – geheugenkliniek : de FRZV stelt dat deze zorgopdracht op locoregionaal niveau dient gebracht te worden. Het gaat om een wijdverspreide en toenemende problematiek die best zo dicht mogelijk bij de patiënt wordt aangeboden.

6. (Medisch-) ondersteunende diensten

Labo's moleculaire biologie : een meer specifieke omschrijving rekening houdende met de snelle technologische evolutie wordt hier door de FRZV gevraagd. Afspraken intern tussen de partners van het klinisch netwerk genieten hier de voorkeur van de FRZV.

Clean-rooms : best op locoregionaal niveau waarbij afspraken worden gemaakt tussen de ziekenhuizen in het netwerk.

Klinische farmacie : gezien het toenemend belang van deze zorgopdracht, dient dit locoregionaal (in elk ziekenhuis) georganiseerd te worden.

Algemene bemerking : de organisatie van een aantal van deze zorgopdrachten kan zeker binnen het klinisch netwerk besproken te worden om dit op de kwalitatief en kostenefficiënt best mogelijke manier te organiseren.

Tabel zorgopdrachten

Zorgopdrachten in algemene ziekenhuizen	Voorstel	
	locoregionaal	supraregionaal
<i>ziekenhuisbedden (algemeen ziekenhuis)</i>		
CD		
CD univ		
E		
E univ		
M (+bevallingskwartier)		
G		
L		
MIC		
NIC		
A		
A1		
A2		
K		
K1		
K2		
K univ		
T		
BWC		
SP4 palliatief		
SP 1 cardiopulmonair		
SP 2 locomotorisch		
SP 3 neurologisch		
SP 5 chronisch		
SP 6 psychogeriatrisch		
<i>(zware) medisch technische diensten - apparatuur</i>		
radiotherapie		
Beeldvorming met CT		
NMR		
Nierfunctieervangende therapie		
Dialysecentra/centra chronische nierinsufficiëntie		
Hemodialyse		
Collectieve autodialyse		
Niertransplantatie (cf ook TX)		
PET		
Robot		
<i>Diensten/funcities</i>		
Spoedgevallendiensten		
Eerste opvang		
Gespecialiseerd		
MUG		
PIT (SUS)		
(SMUR)		
Centra voor zware brandwonden		
Palliatieve zorg		

Intensieve zorg		
Centra menselijke erfelijkheid/antropogenetica		
Lokale neonatale (N*)		
Regionale perinatale zorg (P*)		
Chirurgisch dagziekenhuis		
Niet-chirurgisch dagziekenhuis		
Expertisecentrum comapatiënten		
Zeldzame ziekten		
<i>Zorgprogramma's</i>		
<b>ZP Oncologie</b>		
Oncologie basiszorg		
Oncologie		
Ref centra chirurgie zeldzame tumoren		
Brachytherapie (noot: zie ook MTD: radiotherapie)		
<b>ZP Borstkanker</b>		
Coördinerend gespec onco ZP borstkanker		
Gespec onco ZP borstkanker		
Gespec onco ZP borstkanker - satelliet		
<b>ZP kinderen</b>		
Basis		
Gespecialiseerd		
Tertiair ZP		
<b>Pediatische hemato-oncologie</b>		
<b>PICU</b>		
<b>Pediatische liaison</b>		
<b>ZP Cardiale pathologie</b>		
A		
B1 (invasieve diagnostiek)		
B2 (interventionele)		
B3 (cardio HK)		
P (pacemakertherapie)		
T (hart- e hartlong transplantatie)		
C (congenitale afwijkingen kinderen)		
E (electrofysiologie)		
TAVI		
Mitraclip		
<b>ZP Reproductieve geneeskunde</b>		
A		
B		
Associatie (pm)		
<b>ZP beroertezorg (stroke)</b>		
Protocol beroertezorg		
Basis (S1)		
Gespecialiseerd (S2)		
<b>ZP geriatische zorg</b>		
Dienst geriatrie		
Geriatrisch consult		
Geriatrisch dagziekenhuis		
Interne liaison		
Externe liaison		
<b>Traumacentra level 1</b>		
<i>Transplantatie</i>		
Orgaantransplantatie		
Stamceltransplantatie		
Weefselbanken		
Lokale donorcoördinatie		
Multidisciplinaire pijncentra		

<i>RIZIV-conventies, op federaal niveau</i>		
<b>Endocriene en metabole ziekten</b>		
Zelfregulatie diabetes		
Insulinepompen		
Voetklinieken		
Zelfregulatie diabetes kinderen en adolescenten		
Continue glucosemonitoring		
Zeldzame erfelijke monogene metabole aandoeningen		
Mucoviscidose		
<b>Aandoeningen bloed &amp; immuunsystemen</b>		
Hemofilie		
HIV		
<b>Aandoeningen genitaal-urinair systeem</b>		
Kindernefrologie		
Genitale verminking		
<b>Ademhalingsziekten</b>		
Ademhalingsrevalidatie		
Ademhalingsondersteuning		
Zuurstoftherapie thuis		
Cardiorespiratoir toezicht op zuigelingen		
Obstructief slaapapneu		
<b>Hartaandoeningen</b>		
<b>(Neuro)locomotorische ziekten &amp; handicaps</b>		
Locomotorische & neurologische aandoeningen		
Neuromusculaire ziekten		
Hersenverlamming (CP)		
Spina bifida		
MS/ALS		
Huntington		
<b>Mentale en neurologische stoornissen</b>		
Refractaire epilepsie		
Beginnende dementie - geheugenkliniek		
<b>Ziekten bij zuigelingen of jonge kinderen</b>		
Prematuren		
Plots en medisch onverklaard overlijden jong kind		
<i>(Medisch-)ondersteunende diensten</i>		
Ziekenhuislabo's		
Labo's moleculaire biologie		
Labo's anatomo-pathologie		
Ziekenhuisapotheek		
PICS - clean rooms...		
Klinische farmacie		
Centrale sterilisatie		
Ziekenhuisbloedbank		
Ombudsfunctie		
Veiligheidsconsulent		
Ziekenhuishygiëne		

