

**FOD VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID
VAN DE VOEDSELKETEN EN
LEEFMILIEU**

BRUSSEL, 12/05/2011

**Directoraat-generaal Organisatie
Gezondheidszorgvoorzieningen**

**NATIONALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**

**AFDELINGEN “PROGRAMMATIE & ERKENNING”
EN “FINANCIERING”**

Kenm. : NRZV/D/325-3

Advies aangaande integrale kwaliteit en veiligheid van de ziekenhuiszorg

Namens de Voorzitter,
Dhr Peter Degadt

De Secretaris
C. Decoster

(* Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 12/05/2011

Context

De Wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008 (hierna aangeduid als “*de Ziekenhuiswet*”) is gebaseerd op een aantal expliciete opties die de uitbouw van de algemene ziekenhuiszorg in ons land in belangrijke mate heeft gefaciliteerd. In de concrete werking kunnen daarbij een aantal sterke punten vastgesteld worden, waaronder toegankelijkheid, infrastructuur en uitrusting, inzet en productiviteit van de professionals, toenemende samenwerkingsverbanden, de ontwikkeling van zorgprogramma’s, enz.

De tevredenheid van patiënten over de Belgische ziekenhuiszorg scoort hoog in vergelijking met andere Europese landen. Onderzoek naar de mate waarin de geleverde ziekenhuiszorg kwaliteitsvol is, blijft echter beperkt waardoor wij, buiten patiëntentevredenheidscijfers, over relatief weinig gedocumenteerde informatie beschikken.

Kwaliteitsvolle zorg vertrekt vanuit de behoeften van de patiënt en vanuit het perspectief van het zorgtraject waarbinnen de zorg wordt gegeven. Ziekenhuiszorg is een belangrijk onderdeel van dit traject, maar even belangrijk is de aandacht voor de continuïteit van de zorg, met name de zorg vóór en na een ziekenhuisopname of een behandeling in het dagziekenhuis.

Er lijken in de wijze waarop onze (ziekenhuis)zorg wordt georganiseerd een aantal verbeteringen mogelijk en er zal in ieder geval moeten gezocht worden naar methoden en technieken die de betaalbaarheid van de ziekenhuiszorg vrijwaren in een context van toenemende budgettaire druk. De vragen die rijzen, hebben bijgevolg betrekking op de meest optimale wijze waarop de (ziekenhuis)zorg kan georganiseerd worden opdat de kwaliteit van de zorg en dus ook de betaalbaarheid ervan, zo goed mogelijk zullen zijn. In dit advies wordt getracht om hiervoor een kader aan te reiken. Het is daarbij niet de bedoeling om exhaustief te zijn, maar wel om een aantal belangrijke elementen te introduceren binnen dit kader die dan verder kunnen uitgewerkt worden.

Het uitgangspunt van dit advies wordt aangereikt door de nota van prof. dr. A.Vleugels ‘Integrale kwaliteit in de zorg’, uitgewerkt op vraag van de FOD Volksgezondheid. In deze nota worden een aantal definities en begrippen over kwaliteitsvolle zorg goed gesitueerd, zowel in hun specificiteit als in hun samenhang.

Vertrekkend van deze nota waren er vijf inhoudelijke besprekingen binnen de werkgroep ad hoc van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, samengesteld met afgevaardigden van de Afdeling “Programmatie en Erkenning” en van de Afdeling “Financiering”. Input werd eveneens aangereikt vanuit de FOD Volksgezondheid, het Waalse Gewest, de Vlaamse Gemeenschap en Zorgnet Vlaanderen. De verslagen van deze vergaderingen zijn beschikbaar. Op 24 januari 2011 vond er een eerste bespreking van het ontwerp van advies plaats. De feedback hiervan werd geïntegreerd in voorliggend ontwerp.

Bij de bespreking van het ontwerpadvies op 24 januari 2011 werd tevens gevraagd om de eerdere adviezen over kwaliteit van ziekenhuiszorg in herinnering te brengen. Hiervoor wordt verwezen naar de adviezen van 13 december 2001 inzake de kwalitatieve toetsing van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizen, het advies inzake de kwaliteit van de zorg in de ziekenhuizen van 9 januari 2003, het advies van de Afdelingen “Programmatie en Erkenning” en “Financiering” van de NRZV betreffende de financiering van de kwaliteit in het ziekenhuis en het advies met betrekking tot delen 3 en 4 van de adviesvraag inzake artikelen 17ter tot en met 17sexies van 9 november 2006.

Alle leden van de werkgroep worden uitdrukkelijk bedankt voor hun actieve, constructieve medewerking en inbreng tijdens deze vergaderingen. Dank ook aan prof. dr. A.Vleugels voor zijn inspirerende nota.

De nood aan een visie

Er ontbreekt vandaag een goed uitgewerkte federale beleidsvisie over kwaliteit in de Belgische ziekenhuiszorg.

Het beleid ten aanzien van de ziekenhuiszorg liet en laat zich kenmerken door een overwegend budgettaire, fragmentaire en projectmatige aanpak, dus zonder veel samenhang en opvolging en zonder een geëxpliciteerd kader waaraan kwaliteitsvolle zorg nood heeft.

De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid spant zich in om hier lijn in te krijgen, maar kan de afwezigheid van een beleidsvisie op lange termijn niet compenseren waardoor de vele projecten die worden uitgewerkt onvoldoende worden geïntegreerd in de reguliere ziekenhuiswerking. Ook op het niveau van de gewesten en de gemeenschappen kunnen dergelijke inspanningen vastgesteld worden. Daarnaast is er tussen de verschillende beleidsniveaus een erg beperkte afstemming vast te stellen.

Er is in ons land slechts in beperkte mate een maatschappelijk debat over de opties/de keuzes in de gezondheidszorg en de ziekenhuiszorg, wat te betreuren is omdat op dat niveau de klijntijnen van de ziekenhuiszorg worden bepaald. Het actuele debat is vooral budgettair georiënteerd zonder daarbij beoogde resultaten te definiëren, te evalueren en bij te sturen waar aangewezen. Mede doordat de budgettaire marge de komende jaren kleiner zal worden, is het maken van keuzes, ook op het niveau van kwaliteitsvolle zorg die men wenst te realiseren, onvermijdelijk. In deze keuzeproblematiek kan een kosten-batenperspectief derhalve niet ontbreken.

De NRZV verwacht van het politieke beleidsniveau, bevoegd voor de kwaliteit van de ziekenhuiszorg een geëxpliciteerde visie met een efficiënte samenwerking tussen de hierbij betrokken beleidsinstanties zodat er consistente verwachtingen ten aanzien van de ziekenhuizen kunnen geformuleerd worden.

De nood aan integratie

Er is een belangrijk gebrek aan integratie in de Belgische ziekenhuiszorg.

Het model van ziekenhuiszorg is gebaseerd op de Ziekenhuiswet. Waar kwaliteitsvolle en veilige zorg een samenhangende organisatie vereist, ontbreekt een dergelijke structuur in de Ziekenhuiswetgeving. Het huidige wettelijke kader is overwegend departementaal (medisch, verpleegkundig) opgebouwd, beschrijft en stimuleert de potentieel rijke multidisciplinaire samenwerking in de realisatie van kwaliteitsvolle zorg, maar blijft in de praktijk vrijblijvend.

Het zorgprogrammaconcept heeft omwille van zijn patiëntgerichte oriëntatie bij specifieke doelen/of pathologiegroepen het potentieel om hierop ten dele een antwoord te bieden voor zover de kwalitatieve evaluatie van de werking en de zorgresultaten structureel worden geïntegreerd en hun werking ook wordt verruimd tot nieuwe doelgroepen.

In de wetgeving ontbreken integrerende mechanismen, wat betekent dat deze niet is aangepast aan de snelle ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg van vandaag om een kwaliteitsvolle zorg te realiseren. Illustratief daarbij is het ontbreken van een kader waarbinnen patiëntveiligheid op een geïntegreerde wijze kan uitgebouwd worden in de ziekenhuizen. Er bestaat geen twijfel meer over de noodzaak van het systematisch verzekeren van de veiligheid van de ziekenhuiszorg via een zogenaamd veiligheidsmanagementsysteem (VMS), doch een dergelijke werking en systematiek komen niet aan bod in de Ziekenhuiswet. De veiligheid van de ziekenhuiszorg wordt enkel projectmatig en contractueel benaderd met een grote variëteit en een relatieve vrijblijvendheid tot gevolg. Dergelijk veiligheidsmanagementsysteem dient op zijn beurt een onderdeel te zijn van een uitgebreid

kwaliteitssysteem. De integratie hiervan binnen de Ziekenhuiswetgeving is essentieel en is tevens fundamenteel om de vele projecten van de FOD Volksgezondheid, die inhoudelijk op zich positief worden gewaardeerd, een kader te geven.

Naast een geïntegreerde inhoudelijke focus is er voor de realisatie van kwaliteitsvolle zorg ook nood aan een systematiek van opvolging en bijsturing waar aangewezen. De gekende PDCA (Plan Do Check Act) benadering kan hierbij de nodige inspiratie aanreiken. Om deze dynamiek te systematiseren in de zorg, is er nood aan recente informatie die op periodieke wijze wordt verzameld en gerapporteerd en dit dient te gebeuren in goede afstemming met de verschillende zorgprofessionals. Inspiratie kan hiervoor aangereikt worden vanuit andere landen. Dergelijke werking vereist de ontwikkeling van een cultuur waarbij er over de resultaten van de geleverde zorg en het eventuele verbeterpotentieel met alle betrokkenen constructief in interactie kan getreden worden. Kwaliteitsvolle zorg heeft immers nood aan een gestructureerde opvolging, bijvoorbeeld via methodologisch goed uitgewerkte en relevante klinische indicatoren, als onderdeel van meer globale performantie-indicatoren. Vandaag worden indicatoren opnieuw op projectbasis vanuit de FOD Volksgezondheid aan de ziekenhuizen overgemaakt, maar hun impact op de klinische werking is, onder meer omwille van de laattijdige terugkoppeling, tot op heden eerder beperkt.

Daarnaast is het aangewezen om de werking van de in de Ziekenhuiswet voorziene instanties, die de kwaliteit van de zorg kunnen toetsen, zoals de Colleges, te evalueren en zo nodig bij te sturen. Parallel hieraan is er nood aan evaluatie van de verwachtingen en de verantwoordelijkheden van de hoofddartsen zodat zij hun cruciale rol optimaal kunnen vervullen. Een versterking van de bevoegdheden van de hoofddarts inzake kwaliteitsborging door een aanpassing in die zin van de ziekenhuiswetgeving wordt met nadruk voorgesteld.

Verschillende dynamieken in ons land, ondanks dezelfde federale wetgeving

Vandaag worden ziekenhuizen geconfronteerd met overheidsniveaus die hun beleid en hun verwachtingen aangaande kwaliteitsvolle zorg onvoldoende op elkaar afstemmen. Kwaliteitsvolle zorg uitbouwen, vereist een consistente benadering binnen de Gemeenschappen en Gewesten waarin de federale overheid een complementaire en faciliterende rol dient te vervullen. Er werd tijdens de besprekingen binnen de werkgroep ad hoc kwaliteit van de NRZV vastgesteld dat er een verschil is tussen de visie en de aanpak van het federale niveau enerzijds en de concrete toepassing ervan in de Gemeenschappen en Gewesten anderzijds. Dit is een gevolg van de beleidsopties ter zake, waarop hier niet verder wordt ingegaan. Niettemin betekent dit de facto dat dezelfde organieke wet op een andere wijze wordt ingevuld in de Gemeenschappen/Gewesten maar ook dat er andere, belangrijke accenten worden gelegd die een verschillende visie en richting aangaande kwaliteitsvolle zorg weergeven.

Versnippering en een gebrek aan consistentie staan een kwaliteitsvolle zorg in de weg. Conform de actuele bevoegdheidsverdeling in ons land zijn de Gemeenschappen en Gewesten verantwoordelijk voor de opvolging van en het toezicht op het kwaliteitsbeleid in de ziekenhuizen, maar dit is structureel onvoldoende ingebed in de bestaande wet en regelgeving in de brede context van de ziekenhuiswerking. In afwachting van een meer consistent beleid aangaande de kwaliteit van de ziekenhuiszorg is het belangrijk dat de verschillende beleidsniveaus in ons land met meer systematiek in overleg treden.

Daarnaast wordt door de ziekenhuizen gevraagd dat de overheden meer ondersteuning bieden in het realiseren van de best mogelijke kwaliteit van de zorg, bijvoorbeeld door het meer systematisch en uitgebreider aanreiken van guidelines en het faciliteren van accrediteringstrajecten.

Toenemende verwachtingen vanuit de EU

De verwachtingen vanuit de EU aangaande de kwaliteit van de ziekenhuiszorg en transparantie daarover, zullen steeds explicieter worden. Het voorstel voor een Europese richtlijn inzake patiëntenrechten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, dat een minimumset aan patiëntenrechten bevat, raakt ook het kwaliteitsaspect aan en dit in hoofde van alle "zorgaanbieders" (een natuurlijk of rechtspersoon die gezondheidszorg verstrekt, dus zowel ziekenhuizen als individuele zorgverstrekkers).

Stap voor stap goed onderbouwde transparantie verschaffen over de wijze waarop de ziekenhuiszorg georganiseerd wordt en de klinische resultaten ervan moet in deze context gestimuleerd worden, zodat kan geanticipeerd worden op de toenemende maatschappelijke verwachtingen hieromtrent.

De patiëntenrechtenwet van 22 augustus 2002

Het recht op kwaliteitsvolle zorg, alsook het bekomen van begrijpelijke en betrouwbare informatie zijn patiëntenrechten opgenomen in de Patiëntenrechtenwet van 22 augustus 2002. Vandaag is er echter weinig gesystematiseerde en algemeen begrijpbare informatie beschikbaar over de kwaliteit en de resultaten van de ziekenhuiszorg. Het aanreiken van dergelijke informatie, wat verder gaat dan informatie over de tevredenheid van de patiënt, vraagt een context van vertrouwen zodat de initiatiefnemende ziekenhuizen hiervoor voluit kunnen gaan. Dit kan enkel gerealiseerd worden door het aanbieden van wetenschappelijke en praktische ondersteuning aan deze ziekenhuizen, een goede methodologie om data te verwerken en voor te stellen; vertrekkende vanuit een actieve samenwerking met en gedragenheid door de professionals. Hiervoor kunnen ervaringen vanuit andere landen inspirerend zijn.

Kwaliteitsvolle zorg stimuleren via aangepaste ziekenhuisfinanciering

Ziekenhuiszorg financieren, vertrekt idealiter vanuit het kwaliteitsvol beantwoorden aan de zorgnoden van de zorgvrager.

Vandaag gebeurt de financiering van de zorg echter louter in functie van de kwantiteit van de geleverde prestaties, zowel wat betreft de financiering van de medische prestaties en honoraria als wat betreft de financiering van de ziekenhuiszorg, zonder enige verdiscontering van de gerealiseerde kwaliteit. Dergelijke financieringswijze heeft een historische context en verdienste. Toch is er gaandeweg een grote spanwijdte ontstaan in het vergoedingsstelsel voor de medische prestaties en is de link naar de daadwerkelijke kosten voor de zorg vaak zoek geraakt. Het huidige financieringsstelsel biedt hierdoor onvoldoende incentives om een daadwerkelijke kwaliteit van de zorg effectief te stimuleren.

Wat de financiering van de ziekenhuizen betreft, is de structurele onderfinanciering van bepaalde aspecten van de ziekenhuiszorg nog steeds niet opgelost en zijn er belangrijke bezorgdheden aangaande de financiering van de basiswerking. Dit legt onmiskenbaar een hypotheek op de verdere uitbouw van kwaliteitsvolle zorg.

De huidige wijze van financieren, impliceert een grote meerkost door de arbeidsintensieve registraties van allerhande gegevens. De registratiedruk in de ziekenhuizen is voldoende aangetoond. Het is aan te bevelen om te onderzoeken of én in welke mate deze bestaande niet beter ten dele kan ingezet worden voor gegevensregistratie ten behoeve van de opvolging van de kwaliteit van zorg. Nu wordt er immers veel tijd en energie besteed aan het registreren van gegevens die gevraagd worden vanuit de ziekenhuisfinanciering zonder een rechtstreekse relatie van deze gegevens met de gerealiseerde kwaliteit. Wanneer men een deel van deze tijd en energie zou

kunnen besteden aan het registreren van gegevens die rechtsreeks verband houden met de kwaliteit van de zorg kunnen deze gegevens gebruikt worden voor de opvolging van de kwalitatieve werking, maar kan er ook gezocht worden naar de geleidelijke integratie van deze gegevens in de ziekenhuisfinanciering.

De huidige wijze van financieren, is onvoldoende aangepast aan de ontwikkeling van transmurale zorgtrajecten rond de zorgbehoeften van een individuele (chronische) patiënt waarbij de intra- en extramurale zorgverlening zo goed mogelijk op elkaar worden afgestemd. Het belang van een degelijk (elektronisch) patiëntendossier, een goede informatieoverdracht en een optimale samenwerking tussen de verstrekkers en de patiënt kunnen daarbij nauwelijks overschat worden. Op die manier kan het zorgcontinuüm maximaal ondersteund worden en kan longitudinaal onderzoek door middel van datamining nieuwe inzichten en aanbevelingen opleveren.

Tijdens de voorbije jaren is reeds heel wat studiewerk verricht naar aangepaste modellen van ziekenhuisfinanciering, maar het is aangewezen om nu effectief stappen te zetten zodat kwaliteitsvolle zorg daadwerkelijk kan gevaloriseerd worden en dit zowel ten aanzien van de nomenclatuur van de medische prestaties als ten aanzien van de ziekenhuisfinanciering.

Consequente benadering van risicovolle zorg ongeacht de plaats waar deze plaatsvindt

Door de snelle evoluties in de gezondheidszorg komen steeds meer diagnoses en behandelingen buiten het ziekenhuisgebieden te liggen. Hierdoor zullen ook steeds meer risicovolle behandelingen plaatsvinden buiten de ziekenhuismuren. Daarom is het belangrijk om de verwachtingen ten aanzien van kwaliteitsvolle zorg niet louter te beperken tot de ziekenhuizen, maar ook uit te breiden tot de extramurale zorg. In ieder geval moet men erover waken dat de organisatie en de permanentieregeling 24 op 24 uur en 7 op 7 dagen in het ziekenhuis kunnen verzekerd blijven.

De NRZV adviseert op basis van voorgaande vaststellingen en overwegingen

1. De ontwikkeling van een consistente beleidsvisie aangaande de kwaliteit van de zorg in de ziekenhuizen, mede in functie van de verwachtingen vanuit de EU, de maatschappelijke verwachtingen aangaande betrouwbare informatie over de ziekenhuiswerking en de visie aangaande risicovolle medische handelingen buiten het ziekenhuis. Dergelijke beleidsvisie zou dan het noodzakelijke kader kunnen aanreiken waarbinnen de verdere uitbouw van de ziekenhuiswerking, nieuwe initiatieven, maar ook prioriteiten, zouden kunnen bepaald worden. De NRZV wenst hierbij zijn adviserende opdracht ten volle te benutten.
2. Een aanpassing van de ziekenhuiswetgeving waarbij een samenhangend kwaliteitskader wordt gedefinieerd met o.m. een duidelijke plaats voor goed onderbouwde indicatoren, het verder uitwerken van concepten zoals zorgprogramma's en zorgtrajecten, evenals de verschillende rollen en opdrachten (Colleges, hoofdartsen, ...) die moeten ingevuld worden om de kwalitatieve ambities ook te kunnen waarmaken.
3. Het evalueren van de opportuniteitskosten van de huidige registratie in de ziekenhuizen ten behoeve van kwaliteitsvolle zorg. Parallel is het noodzakelijk om de plaats, het belang, maar ook de opportuniteiten van het (elektronisch) patiëntendossier hierbij te benadrukken.

4. Het afstemmen van het gebruik van zorggerelateerde data tussen de overheden, met de professionals en de ziekenhuizen zodat deze informatie kan verwerkt worden in indicatoren die klinisch relevante informatie aanreiken over de kwaliteit en de resultaten van de geleverde zorgverlening zodat ze kunnen aangewend worden in een samenhangende aanpak van kwaliteitsmeting en - verbetering. In tweede instantie kunnen indicatoren ook aangewend worden om transparantie te verschaffen over de zorgresultaten van de ziekenhuizen, in een context van maatschappelijke verantwoording.
5. Een aanpassing van de wijze waarop de medische activiteiten in de ziekenhuizen en de ziekenhuiswerking worden gefinancierd zodat kwaliteitsvolle zorg in het ziekenhuis gevaloriseerd wordt. Tevens dient het intra en extra muros zorgtraject en multidisciplinaire zorg hierbij een duidelijke plaats te krijgen en dienen er incentives te komen voor de realisatie van kwaliteitsvolle zorg over de muren en sectoren heen. 'Deze weg naar een nieuw financieringsconcept zal tevens oplossingen moeten aanreiken voor de structurele onderfinanciering van bepaalde aspecten van de actuele ziekenhuiswerking, waarbij de onderbestaffing van bepaalde diensten op bepaalde momenten in het kader van de kwalitatieve werking prioritaire aandacht vereist'.
6. Het inventariseren van de ontwikkelingen, de organisatie en de verwachtingen aangaande kwaliteitsvolle ziekenhuiszorg in andere landen.
7. Het belang van het systematisch aanreiken van guidelines en het faciliteren van kwaliteitsinitiatieven, zoals accreditatie, met het oog op een effectieve ondersteuning van de ziekenhuizen door de overheid.