

COVID-19 accentueert de knelpunten van de locoregionale ziekenhuisnetwerken

Masterproef aangeboden tot het
behalen van de graad van

Master in het Management en het
Beleid van de Gezondheidszorg

Ortwin Top

Ann Van den Broeck

Promotor: prof. dr. Stefaan Callens

Leuven, 2020-2021

COVID-19 creëerde het momentum én de hoogdringendheid voor de verdere stappen in de hervorming van het ziekenhuislandschap met uitlopers naar de gehele gezondheidszorg. De knelpunten van de huidige situatie zijn duidelijker dan ooit door deze crisis. Verschillende actoren uit de ziekenhuizen vragen om het ijzer te smeden nu het heet is.

Voorwoord

De jaren 2020 en 2021 zullen in het collectief geheugen blijven als de jaren van de COVID-19-crisis. Geen enkel land ter wereld ontsnapte aan deze pandemie. De gezondheidszorgsystemen – ook in onze goed ontwikkelde Westerse landen – kwamen voor nooit geziene uitdagingen en moesten zichzelf meerdere keren heruitvinden. De eerste, tweede en derde lijn uit ons gezondheids-zorgsysteem waren op elkaar aangewezen om nieuwe, ongekende problemen aan te pakken. Midden deze gezondheidscrisis hebben wij onze masterproef geschreven, wat van deze scriptie een in-action masterproef maakt. We hebben met een on-line vragenlijst en nadien met interviews de ziekenhuisnetwerken bestudeerd om na te gaan welke rol COVID-19 op hun werking heeft gehad. Het verzamelen en verwerken van informatie was uitdagend maar bracht ons heel dicht bij de werkelijkheid op het terrein. Onze bijzondere dank gaat zeker uit naar allen die onze vragenlijst hebben beantwoord en aan zij die hebben meegewerkt aan de interviews. Onze dank gaat ook naar onze promotor prof. dr Stefaan Callens voor de professionele sturing en naar Elias Van Deun voor de waardevolle tips&tricks in het maken van een Qualtrics bevraging en het verwerken van een kwalitatieve studie. Deze Master opleiding brengt mensen met verschillende professionele opleidingen bij elkaar wat in ons geval zeker heeft bijgedragen tot een bredere kijk op de bestudeerde thematiek. Het in duo schrijven van deze masterproef was verrijkend en werkte inspirerend. We hopen dat de lezer dit op dezelfde manier zal ervaren en dat elementen uit wat we geleerd hebben mee kunnen bijdragen tot het zorgmodel van de toekomst.

Leuven, 31 mei 2021

Ann Van den Broeck

Ortwin Top

Abstract

Met de aanpassing van de Ziekenhuiswet op 28 februari 2019 is een eerste stap gezet in de richting van ziekenhuisnetwerken. In deze masterproef werd de impact van de COVID-19-crisis op de werking van de locoregionale ziekenhuisnetwerken onderzocht.

Op basis van een literatuurstudie en documentenanalyse werd een vragenlijst opgesteld en voorgelegd aan de zorgprofessionelen en beleidsmakers binnen de Belgische ziekenhuizen. Aan de hand van interviews werden de gevonden resultaten uitgediept. In totaal zijn 62 afgewerkte vragenlijsten opgenomen, waarvan 74% uit Vlaamse en 26% uit Franstalige ziekenhuizen uit 18 verschillende netwerken.

Het merendeel van de ziekenhuizen was bij de aanvang van de eerste golf al deel van een ziekenhuisnetwerk. De corona-pandemie heeft echter niet tot een belangrijke intensivering van de samenwerking tussen ziekenhuizen van eenzelfde netwerk geleid. Op het hoogtepunt van de pandemie plooiden de ziekenhuizen veeleer op zichzelf terug om de eigen problemen het hoofd te bieden. We stelden wel vast dat er meer contacten waren en vooral meer informele contacten maar dan vooral binnen het persoonlijke netwerk. Meer frequente contacten waren er ook in die netwerken waar voor de pandemie al een mature samenwerking bestond. Er is globaal gezien een lichte stijging in de samenwerking tussen ziekenhuizen en de eerste lijn. Deze samenwerking bracht echter een aantal knelpunten scherp naar boven. De belangrijkste zijn het feit dat de ziekenhuisnetwerken geografisch niet overeenkomen met de eerstelijnszones en de complexiteit rond de verdeelde bevoegdheden tussen het federaal niveau en de gemeenschappen. Het ziekenhuisnetwerk op zich heeft weinig tot niks kunnen bijdragen aan het oplossen van de problemen van de individuele ziekenhuizen, dit terwijl de verwachtingen hoger waren. Waar voor de crisis al samenwerking bestond, beperkte de samenwerking zich tot uitwisselen van materiaal en kennis. Kleinere ziekenhuizen verwachtten te vaak een oplossing van grote ziekenhuizen. Vooral binnen de universitaire ziekenhuizen gaf dit veel ontevredenheid.

Voor de toekomst is de prioriteit bij de ziekenhuizen de samenwerking op klinisch en medisch vlak. De ziekenhuizen verwachten van de overheden een duidelijk financieel en wettelijk kader. Er is ook meer twijfel gekomen over de basiselementen van het Plan van Aanpak 2015 wat nochtans de kern vormt voor de bedoelde hervormingen. Op elk niveau zorgt de overheersende onzekerheid over de concrete invulling van de werking van het ziekenhuisnetwerk voor veel wantrouwen.

Als conclusie kunnen de knelpunten die COVID-19 accentueert, herleid worden tot 4 punten.

Het wetgevend kader is niet duidelijk over de criteria waaraan de ziekenhuisnetwerken moeten voldoen. De federale overheid moet de mogelijkheid die voorzien is in de huidige wet gebruiken om de doelstellingen van de gestarte ziekenhuishervorming en de beoogde resultaten te verduidelijken.

Daarnaast moeten de loco- en supraregionale zorgopdrachten, evenals de specifieke universitaire taken in het algemeen en binnen de netwerken éénduidig gedefinieerd worden. Ons onderzoek suggereert om universitaire ziekenhuizen buiten de ziekenhuisnetwerken te houden en hen slechts een heel beperkte rol toe te delen voor de basisopdrachten. Deze suggestie vraagt verder onderzoek.

Er moet een financiering komen die deels ook op niveau van de ziekenhuisnetwerken ligt en die incentives biedt aan een ziekenhuis om delen van hun activiteiten af te geven aan het netwerk. Die financiering moet ook de verticale integratie van zorgopdrachten ondersteunen en aldus breder kunnen gaan dan enkel de ziekenhuisfinanciering.

Enkel als bovenstaande 4 knelpunten op korte termijn opgelost worden, zal het wantrouwen niet verder toenemen en kan constructief gebouwd worden aan een kwaliteitsvol en waardegedreven zorgmodel. Om dit alles te realiseren pleiten wij voor een federale overheid die de grote lijnen vastlegt en regio's die het uitwerken en realiseren. COVID-19 creëerde het momentum én de hoogdringendheid hiervoor.

Managementsamenvatting

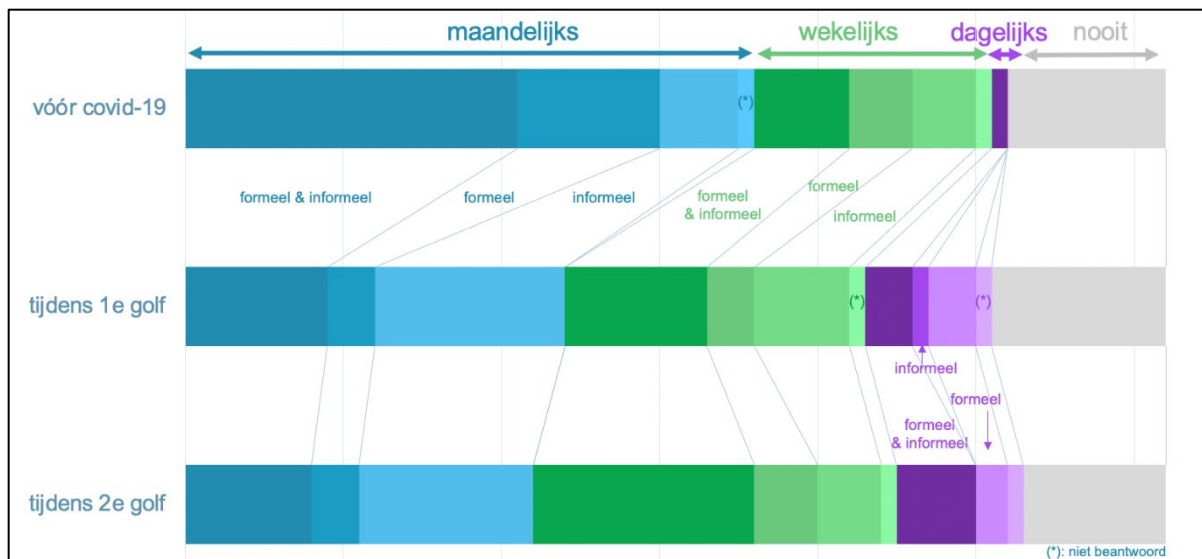
Met de aanpassing van de Ziekenhuiswet op basis van de wet van 28 februari 2019 is een eerste stap gezet in de richting van nieuwe samenwerkingsvormen voor het Belgische zorglandschap. Daarbij is voor de ziekenhuizen de opstap naar een “verplichte” netwerkstructuur ingezet op nationaal niveau.

In deze masterproef werd de impact van de COVID-19-crisis op de werking van de recent gevormde locoregionale ziekenhuisnetwerken onderzocht. Op basis van een literatuurstudie en documentenanalyse werd een vragenlijst voorgelegd aan de actoren die daarbij een rol spelen: zorgprofessionelen en beleidsmakers binnen de Belgische ziekenhuizen. Aan de hand van diepte-interviews met verschillende functies binnen ziekenhuizen en eerste lijn werden de gevonden resultaten verder besproken.

In totaal zijn 62 afgewerkte vragenlijsten opgenomen in de analyse, waarvan 74% uit Vlaamse en 26% uit Franstalige ziekenhuizen, overkoepelend uit 18 verschillende netwerken.

Dit onderzoek vond plaats bij de aanvang van de derde golf van de corona-pandemie in België, wat resulteert in een “in action masterproef”.

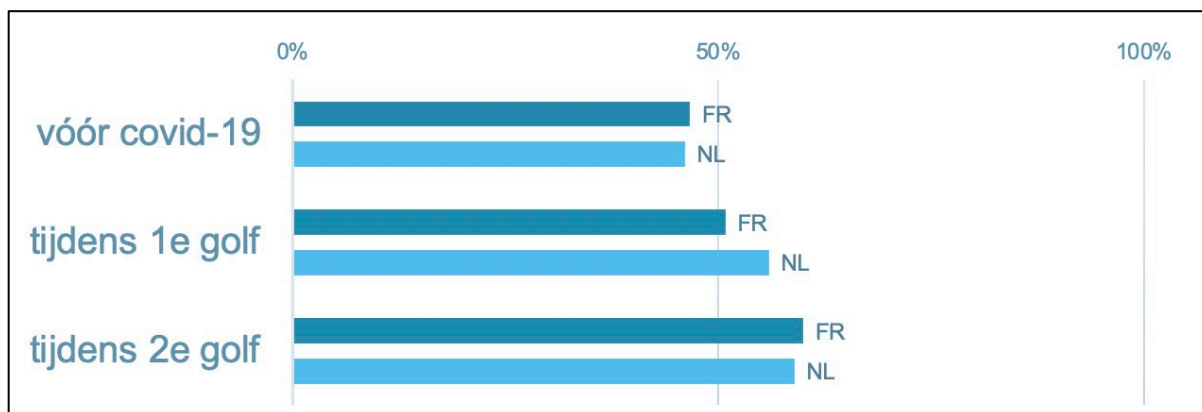
Het merendeel van de ziekenhuizen was bij de aanvang van de eerste golf al deel van een ziekenhuisnetwerk, ook al waren rechtspersoonlijkheid en statuten nog niet overal gepubliceerd. De corona-pandemie heeft echter niet bijgedragen tot een grotere tijdsbesteding voor het ziekenhuisnetwerk op individueel niveau van de respondenten. Op het hoogtepunt van de pandemie plooiden de ziekenhuizen op zichzelf terug om de eigen problemen het hoofd te bieden. Een directe impact van COVID-19 was er wel op het vlak van de contacten binnen de ziekenhuisnetwerken: er kwamen frequentere en vaker informele contacten tussen de ziekenhuizen van een netwerk.



Figuur: Frequentie en vorm van de contacten met de andere ziekenhuizen van het netwerk.

Dit wijst erop dat artsen en ziekenhuisdirecties vooral binnen het persoonlijke netwerk overleg hadden. Vooral in die ziekenhuisnetwerken waar voor de pandemie al een samenwerking bestond, werden de contacten tijdens de corona-crisis intensiever. Deze informatie is complementair aan het recente KCE rapport 335 waarin wel de samenwerking maar niet de frequentie en vorm van de samenwerking nagegaan werd.

Er is globaal gezien een lichte stijging in de samenwerking van de ziekenhuizen met de eerste lijn.

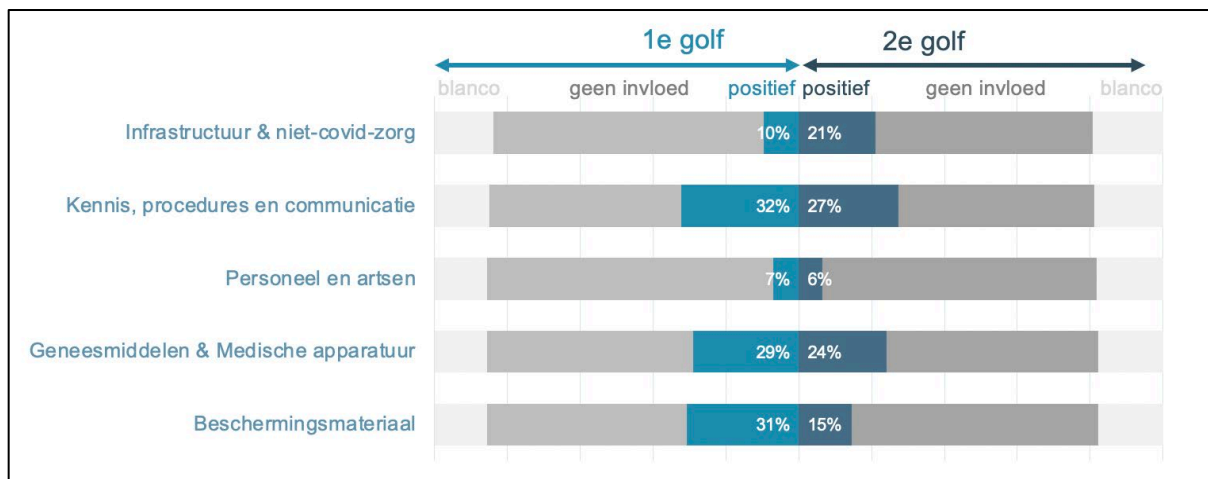


Figuur: Samenwerking tussen de ziekenhuizen en de eerste lijn.

Hoewel terecht kan gesproken worden van een constructieve samenwerking tijdens de coronacrisis, kwamen in deze periode ook een aantal knelpunten scherp naar boven. De belangrijkste zijn het feit dat de ziekenhuisnetwerken geografisch niet overeenkomen met de eerstelijnszones en de complexiteit rond de verdeelde bevoegdheden tussen het federaal niveau en de gemeenschappen. De analyse per taalgroep toont geen verschil tussen de twee

taalgroepen. Ondanks het feit dat er in Vlaanderen meer aandacht voor de uitbouw van eerstelijnszones geweest is in de periode vóór COVID-19 en dat langs Waalse kant er meer ziekenhuisgericht gedacht wordt met het ziekenhuis als centrale actor in het zorglandschap, is er weinig of geen verschil merkbaar tussen de 2 taalgroepen in deze bevraging.

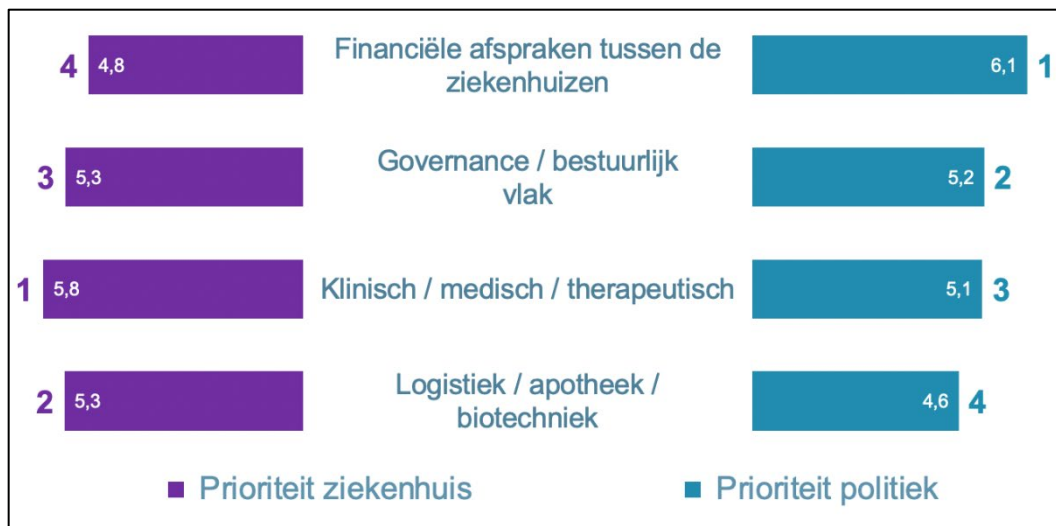
Er is nagevraagd welke de belangrijkste problemen waren voor de ziekenhuizen tijdens de eerste en tweede golf en welke rol het ziekenhuisnetwerk heeft gespeeld om die problemen te helpen oplossen.



Figuur: Invloed van het ziekenhuisnetwerk op de ervaren problemen.

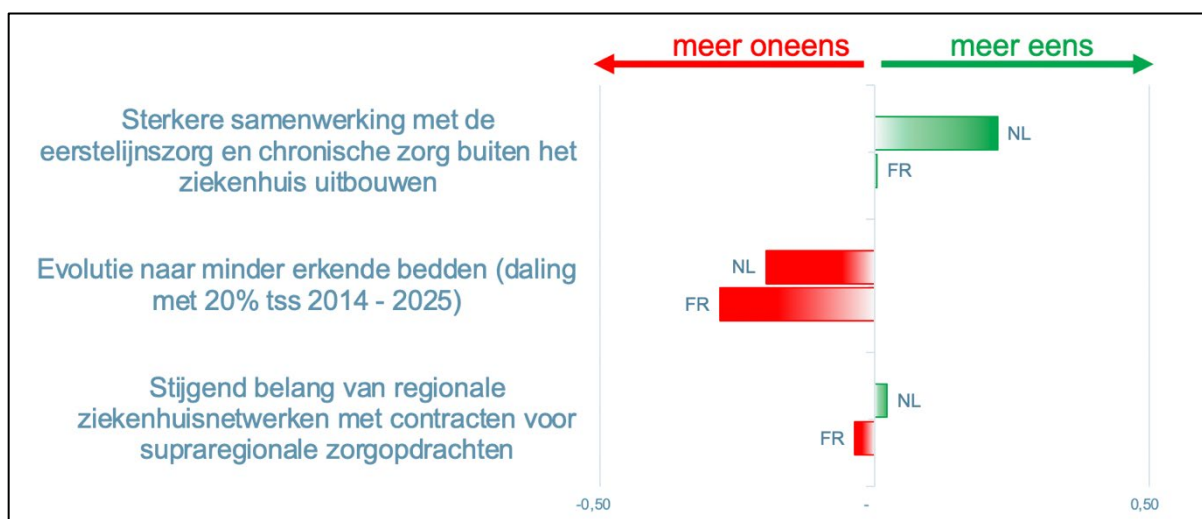
De conclusie is dat het ziekenhuisnetwerk op zich, weinig tot niks heeft kunnen bijdragen, dit terwijl de verwachtingen toch hoger waren. Waar voor de crisis al samenwerking bestond, beperkte de samenwerking zich tot uitwisselen van materiaal en kennis. Kleinere ziekenhuizen verwachtten te vaak dat grote ziekenhuizen de oplossing zouden brengen, wat vooral binnen de universitaire ziekenhuizen veel ontevredenheid gaf.

Voor de ziekenhuizen zelf blijkt de prioriteit te gaan naar het klinische en medische vlak maar er wordt vanuit de ziekenhuizen naar de overheden gekeken om een duidelijk financieel en wettelijk kader uit te bouwen.



Figuur: De prioriteiten voor de toekomst.

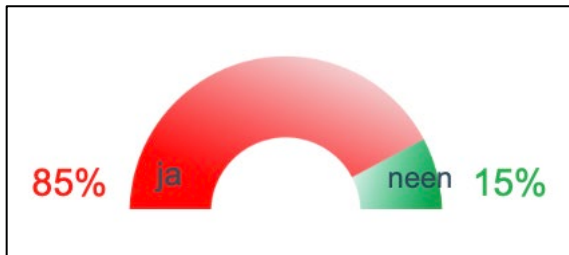
De knelpunten binnen het ziekenhuislandschap en de ontwikkeling van de ziekenhuisnetwerken werden tijdens de corona-crisis niet opgelost, ze werden uitvergroot. Er heerst meer twijfel over de basiselementen van het Plan van Aanpak van voormalig minister De Block wat nochtans de kern vormt voor de bedoelde hervormingen. Zo is het draagvlak voor de afbouw van bedden zoals het KCE rapport van 2017 aangaf, misschien wel logischerwijze, verminderd. Daarentegen is er in Vlaanderen een sterkere overtuiging gekomen rond samenwerking met de eerste lijn.



Figuur: De impact van COVID-19 op de principes van de ziekenhuishervorming (cf. Plan van Aanpak 2015 Minister De Block en KCE-rapport 289).

Maar de overheersende onzekerheid over de concrete invulling van de werking van het ziekenhuisnetwerk veroorzaakt veel wantrouwen: wantrouwen tussen ziekenhuizen onderling

en tussen ziekenhuizen en eerste lijn, wantrouwen over de aard van de samenwerkingsopties en een groot wantrouwen over de financiële toekomst.



Figuur: Wantrouwen als grootste belemmering voor de toekomst.

Iedereen is ervan overtuigd dat correcte organisatie van de zorg in de toekomst onmogelijk is als men verder werkt op de huidige manier en binnen de silo's zoals die op de dag van vandaag bestaan. Maar ondanks dat, is het ook duidelijk dat de eerste stappen die gezet zijn in de richting van netwerken en verticale integratie, dringend moeten bijgestuurd worden om de knelpunten op te lossen en de volgende deelaspecten uit te werken. Door de COVID-19-crisis is dit nog duidelijker en urgenter geworden. Het risico is immers dat er op twee snelheden verder gewerkt wordt en dat niet iedereen evolueert volgens de basisprincipes van het Plan van Aanpak: een kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg waarbij de patiënt centraal staat en die voor elke Belg moet kunnen gegarandeerd worden voor de toekomst.

Als conclusie kunnen de knelpunten die COVID-19 accentueert, herleid worden tot 4 punten.



Wetgevend kader

Ziekenhuisnetwerken die reeds voor de publicatie van de wet in 2019 toenadering gezocht hadden, hebben in deze crisis reeds een beperkt voordeel ondervonden van de grotere schaal van het netwerk en hebben een positieve evolutie ondervonden. De opgelegde startdatum voor de vorming van de ziekenhuisnetwerken enerzijds en de onduidelijkheden van het huidige wetgevende kader anderzijds hebben als gevolg gehad dat ziekenhuizen soms verplicht samengegaan zijn in een netwerk. Ondanks het feit dat in Vlaanderen, in tegenstelling met Brussel en Wallonië, bijna alle ziekenhuisnetwerken erkend zijn, mist men hierdoor vaak een constructieve opstart of evolutie in de goede richting. Eén van de respondenten formuleerde het als volgt:

“Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen hetgeen een ziekenhuisnetwerk zou kunnen inhouden mocht het goed doordacht zijn en de actuele concretisatie ervan

in zijn huidige juridische vorm. De huidige wet is onduidelijk, laat veel te veel ruimte voor interpretatie ook op vlak van erkenningscriteria door de Gemeenschappen (probleem van de zesde staatshervorming).”

We pleiten ervoor dat de federale overheid de mogelijkheid die voorzien is in de huidige wet gebruikt om de doelstellingen van de gestarte ziekenhuishervorming en de beoogde resultaten te verduidelijken.

Zorgopdrachten

Daarnaast is er dringend nood aan de definiëring van de loco- en supraregionale zorgopdrachten, evenals van de universitaire taken in het algemeen en binnen de netwerken. Kleinere ziekenhuizen verwachtten te vaak dat grote ziekenhuizen de oplossing zouden brengen. Vooral binnen de universitaire ziekenhuizen gaf dit veel ontevredenheid. Ons onderzoek suggereert om de universitaire ziekenhuizen buiten de ziekenhuisnetwerken te houden en hen slechts een heel beperkte rol toe te delen op het vlak van de locoregionale zorgopdrachten. Zij zouden eventueel zelfs een apart netwerk van universitaire ziekenhuizen met een aparte financiering kunnen vormen. Hun hoofdtaken zouden onderzoek en ontwikkeling, innovatie en opleiding zijn. Gespecialiseerde zorg hoort dan in de universitaire ziekenhuizen maar niet de basiszorg op zich. Deze suggestie vergt verder onderzoek van de universitaire versus de supraregionale zorgopdrachten en van de specifieke aspecten van de referentiepunten.

Financiering

Er moet een financiering uitgewerkt worden die deels ook op niveau van de ziekenhuisnetwerken komt te liggen. Er is geen kader dat incentives biedt aan een ziekenhuis om delen van hun activiteiten af te geven aan het netwerk. Daarnaast moet die financiering ook de verticale integratie van zorgopdrachten ondersteunen en aldus breder gaan dan enkel de ziekenhuisfinanciering. Wij sluiten ons aan bij het principe van de schoktherapie waarbij een financiering a.d.h.v. bundled payments met focus op resultaten i.p.v. structuren wordt uitgewerkt. De nadruk moet daarbij liggen op financiering van een zorgnetwerk en niet enkel op het klinisch netwerk. Deze hervorming laat toe om de ziekenhuisnetwerken een nieuwe rol hierin te geven en om de verticale integratie met andere zorgactoren in te bouwen.



De hervorming van het ziekenhuislandschap moet samengaan met en afgestemd worden op de andere zorgactoren. Hoewel er een constructieve samenwerking tot stand kwam tijdens de covid-crisis tussen de ziekenhuizen en de eerste lijn, tekenden zich ook een aantal problemen scherp af. De belangrijkste te vermelden pijnpunten zijn het feit dat ziekenhuisnetwerken geografisch niet overeenkomen met de eerstelijnszones en de complexiteit rond de verdeelde bevoegdheden tussen het federaal niveau en de gemeenschappen. Aansluiting met de eerstelijnszorg en de bredere integratie van de ziekenhuisnetwerken is cruciaal voor het uitwerken van een kwaliteitsvol en waardegedreven toekomstig zorgmodel. Vermits zowel het ziekenhuislandschap als de eerstelijnszones ondertussen officieel vorm gekregen hebben in Vlaanderen, is een grondige studie nodig om de mogelijke opties voor een betere afstemming uit te werken. De link met de geestelijke gezondheidszorg mag hierbij eveneens niet vergeten worden. Het doorschuiven van meer ziekenhuisbevoegdheden naar de gemeenschappen is hier dan ook aan de orde.

Enkel als bovenstaande 4 knelpunten op korte termijn weggewerkt worden, kan vermeden worden dat het wantrouwen tussen de verschillende partners nog verder toeneemt.

In lijn met de beleidsnota van prof. dr. De Maeseneer bevelen wij een disruptieve innovatie aan die start vanuit een nieuwe structuur en die de bovenstaande 4 knelpunten integreert. Een federale overheid die enkel nog in staat voor het fiscaal innen van het benodigde budget en het vastleggen van de hoofdobjectieven. De gewesten in ons land worden vervolgens volledig verantwoordelijk voor de realisatie van het gezondheidsbeleid en het verder decentraliseren naar regio's, steden en gemeenten.

“Wat we nastreven, leggen we in grote lijnen federaal vast. Hoe we dit realiseren, zal in belangrijke mate decentraal gebeuren.”

Het Nederlands model met regionale aanpak dat vertaald wordt in de beweging ‘Juiste Zorg op de Juiste Plek’, zou hier dan perfect kunnen worden op toegepast. Op deze manier ontstaan zorgnetwerken die het aspect ziekenhuisnetwerk ver overstijgen. Zonder tekort te willen doen aan het belang van ziekenhuizen binnen de organisatie van onze zorg, was het wellicht een te éézijdige insteek om de herorganisatie van ons zorglandschap primair in handen van de ziekenhuizen te leggen en de ziekenhuisnetwerken te zien als de drijvende en inspirerende kracht van een nieuw zorgmodel. De regiobenadering in Nederland toont aan dat er op basis van een samenwerking tussen alle partners in het zorglandschap, inclusief de ziekenhuizen,

wel belangrijke stappen naar geïntegreerde en toekomstbestendige zorg gezet kunnen worden. Ziekenhuisnetwerken zouden dan een wezenlijk deel uitmaken van performante waardegedreven zorgnetwerken waarin de patiënt en zijn gezondheid centraal staan.

Als globale conclusie van deze masterproef kan gesteld worden dat er duidelijke noodkreten zijn vanuit de ziekenhuisnetwerken aan de Belgische overheden om prioriteit te geven aan het oplossen van de knelpunten die COVID-19 bloot gelegd heeft. COVID-19 creëerde het momentum én de hoogdringendheid hiervoor.

Sommaire de gestion

Avec la modification du 28 février 2019 de la Loi sur les Hôpitaux, un premier pas a été réalisé vers de nouvelles formes de collaboration pour le paysage belge des soins de santé. Ce faisant, le processus vers une structure de réseau hospitalier "obligatoire" a été initié au niveau national.

Cette thèse de master a examiné l'impact de la crise du COVID-19 sur le fonctionnement des réseaux hospitaliers locorégionaux récemment créés. Sur base d'une étude de la littérature et d'une analyse documentaire, un questionnaire a été élaboré et soumis aux acteurs qui jouent un rôle dans ce domaine : les professionnels de la santé et les décideurs au sein des hôpitaux belges. A l'aide d'entretiens approfondis avec diverses fonctions au sein des hôpitaux et des soins de santé de première ligne, les résultats ont été discutés plus en détail.

Un total de 62 questionnaires remplis a été inclus dans l'analyse, dont 74% provenant d'hôpitaux flamands et 26% d'hôpitaux francophones, couvrant 18 réseaux différents.

Cette enquête a eu lieu au début de la troisième vague de la pandémie de corona en Belgique et a mené à une "thèse en action".

La majorité des hôpitaux faisaient déjà partie d'un réseau hospitalier au début de la première vague, même si la personnalité morale et les statuts n'avaient pas encore été publiés partout. Cependant, il a été constaté que la pandémie de corona n'a pas contribué à augmenter le temps consacré au réseau hospitalier au niveau individuel des répondants. Au sommet de la pandémie, les hôpitaux se sont repliés sur eux-mêmes pour faire face à leurs propres problèmes. Cependant, le COVID-19 a eu un impact direct en termes de contacts au sein des réseaux hospitaliers : les contacts entre les hôpitaux d'un réseau étaient plus fréquents et plus souvent informels.

Cela suggère que les médecins et les directions d'hôpitaux se consultaient principalement au sein de leurs réseaux personnels. En particulier dans les réseaux hospitaliers où la collaboration existait déjà avant la pandémie, les contacts se sont intensifiés pendant la crise corona. Ces informations complètent le récent rapport KCE 335 dans lequel la collaboration a été examinée, mais pas la fréquence ni la forme de la collaboration.

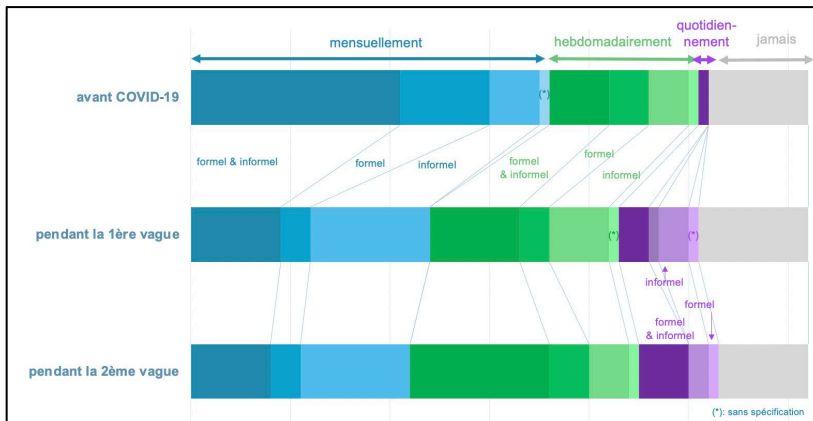


Figure: Fréquence et type de contacts avec les autres hôpitaux du réseau.

Dans l'ensemble, on constate une légère intensification de la collaboration entre les hôpitaux et les soins de santé de première ligne.

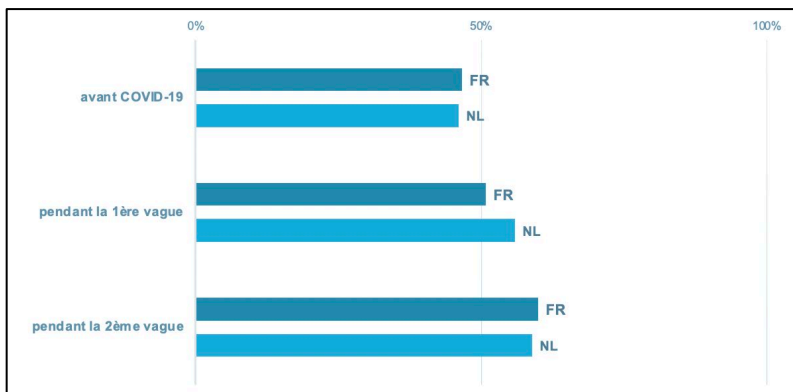


Figure: Collaboration entre les hôpitaux et les soins primaires.

Bien que l'on puisse à juste titre parler d'une collaboration constructive pendant la crise de Corona, un certain nombre de difficultés sont également apparues au cours de cette période. Les plus importants sont le fait que les réseaux hospitaliers ne correspondent pas géographiquement aux zones des soins de santé de première ligne et la complexité entourant les responsabilités partagées entre le niveau fédéral et les communautés. L'analyse par groupe linguistique ne montre aucune différence entre les deux groupes. Malgré le fait qu'en Flandre, on ait accordé plus d'attention au développement des zones de soins de santé de première ligne au cours de la période précédant la COVID-19 et que du côté wallon, il y ait plus

d'hospitalocentrisme avec l'hôpital comme acteur central pour les soins de santé, il y a peu ou pas de différence entre les deux groupes linguistiques dans cette enquête.

Les principaux problèmes rencontrés par les hôpitaux au cours des première et deuxième vagues et le rôle joué par le réseau hospitalier pour aider à résoudre ces problèmes ont été étudiés.

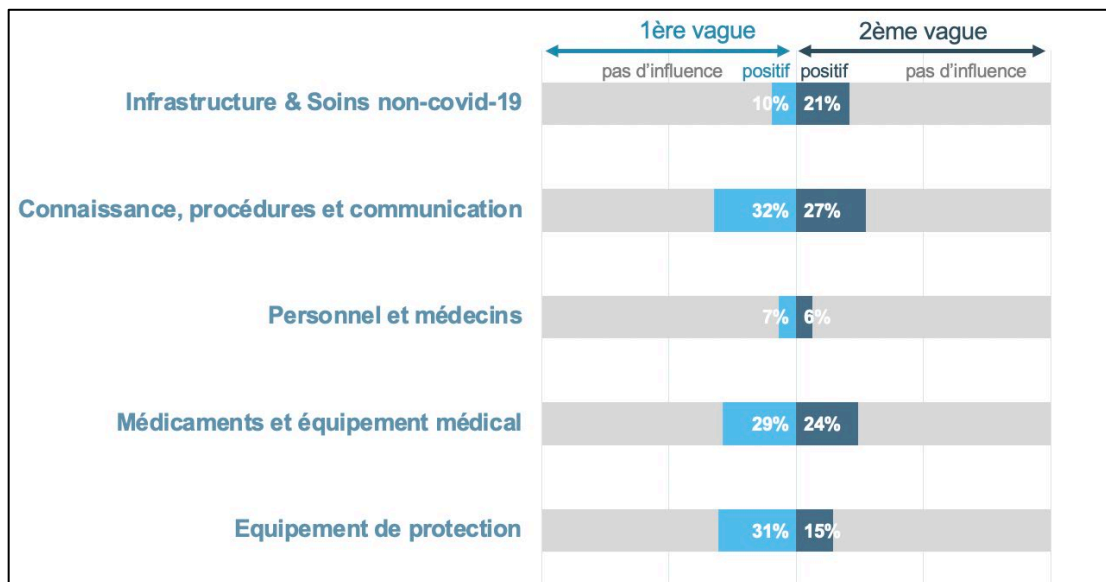


Figure: Impact du réseau hospitalier sur les problèmes perçus.

La conclusion est que le réseau hospitalier en tant que tel n'a pas ou peu contribué à la résolution des différents problèmes, alors que les attentes étaient plus élevées. Lorsqu'une collaboration existait avant la crise, elle se limitait à l'échange de matériel et de connaissances.

Les petits hôpitaux attendaient trop souvent qu'une solution soit fournie par les ~~des~~ grands hôpitaux, ce qui a provoqué beaucoup de mécontentement, notamment au sein des hôpitaux universitaires.

Pour les hôpitaux eux-mêmes, la priorité semble aller au domaine clinique et médical, mais les hôpitaux attendent des autorités qu'elles mettent en place un cadre financier et juridique clair.

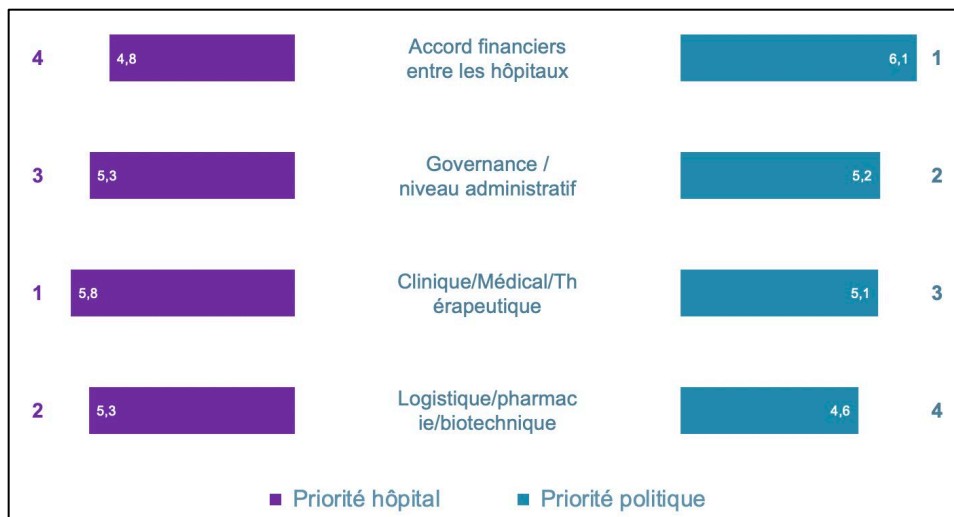


Figure: Les priorités pour l'avenir.

Les difficultés du paysage hospitalier et du développement des réseaux hospitaliers n'ont pas été résolus pendant la crise de Corona, mais ont au contraire été amplifiés. Les doutes sont plus nombreux quant aux principes de base du Plan d'Approche de l'ancien ministre De Block, qui est au cœur des réformes prévues. Par exemple, le soutien à la réduction des lits comme l'indiquait le rapport du KCE de 2017 a, peut-être logiquement, diminué. En revanche, en Flandre plus particulièrement, la collaboration avec les soins de santé de première ligne a fait l'objet d'une plus forte conviction.

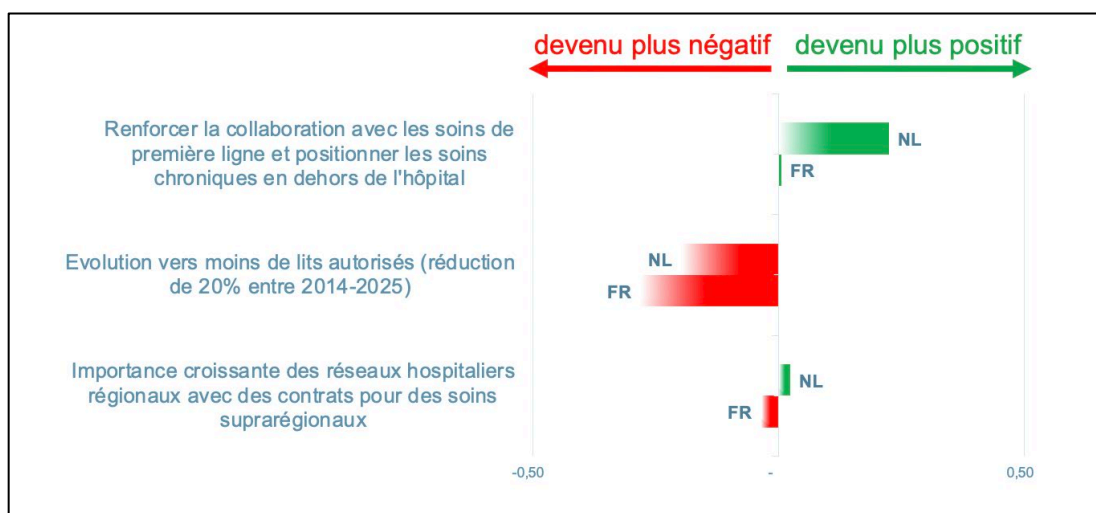


Figure: L'impact de COVID-19 sur les principes de la réforme hospitalière (cf. Plan d'Approche 2015 du ministre De Block et rapport 289 du KCE).

Mais l'incertitude qui prévaut quant aux détails concrets du fonctionnement du réseau hospitalier provoque une grande méfiance : méfiance entre les hôpitaux et entre les hôpitaux

et les soins de santé de première ligne, méfiance quant à la conception des options de collaboration et méfiance quant à l'avenir financier.

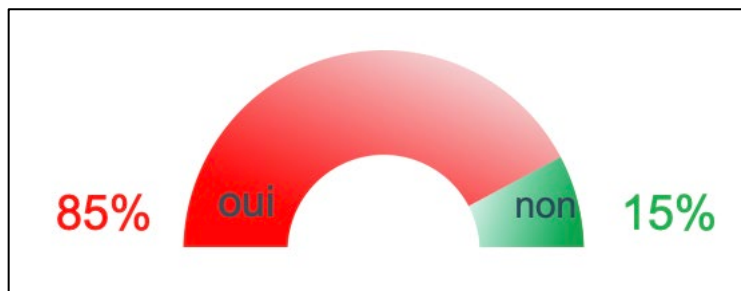


Figure: La méfiance comme principal obstacle à l'avenir.

Tout le monde est convaincu que l'organisation correcte des soins de santé à l'avenir est impossible si nous continuons à travailler de la manière actuelle et dans les silos tels qu'ils existent aujourd'hui. Mais malgré cela, il est également clair que les premiers pas qui ont été faits vers les réseaux et l'intégration verticale doivent être ajustés de toute urgence afin de résoudre les difficultés et de développer les prochains aspects. La crise du COVID-19 a rendu cela encore plus évident et urgent. Le risque est que nous continuions à travailler à deux vitesses et que tout le monde n'évolue pas selon les principes de base du Plan d'Approche: des soins de santé de qualité, abordables et accessibles qui mettent le patient au centre et qui doivent pouvoir être garantis pour chaque Belge d l'avenir.

En conclusion, les difficultés mises en évidence par COVID-19 peuvent être réduits à 4 points.

Cadre juridique

Les réseaux hospitaliers qui avaient déjà une forme de collaboration avant la publication de la loi en 2019 ont déjà bénéficié d'un avantage limité lié à grande échelle du réseau et ont connu une évolution positive. La date de début imposée pour la formation des réseaux hospitaliers, d'une part, et les ambiguïtés du cadre législatif actuel, d'autre part, ont eu pour effet de parfois obliger les hôpitaux à fusionner dans un réseau. Malgré le fait qu'en Flandre, contrairement à Bruxelles et à la Wallonie, presque tous les réseaux hospitaliers sont reconnus, un départ constructif ou une évolution dans la bonne direction ont souvent manqués. L'un des répondants l'a formulé comme suit :

"Il est important de faire la distinction entre ce que pourrait représenter un réseau hospitalier s'il était bien pensé et sa concrétisation réelle dans sa forme juridique actuelle. La loi actuelle est peu claire, laisse beaucoup trop de place à l'interprétation, y compris en ce qui concerne les critères de reconnaissance par les Communautés (problème de la sixième réforme de l'État)."

Nous plaillons pour que le gouvernement fédéral utilise l'opportunité offerte par la loi actuelle pour clarifier les objectifs de la réforme hospitalière initiée et les résultats escomptés.



Programmes de soins

En outre, il est urgent de définir les tâches de soins loco- et suprarégionales, ainsi que les tâches universitaires en général et au sein des réseaux. Les petits hôpitaux attendent trop souvent une solution venant des grands hôpitaux. Cela a provoqué beaucoup de mécontentement, notamment au sein des hôpitaux universitaires. Cette étude a abouti à la suggestion de ne pas inclure les hôpitaux universitaires dans les réseaux hospitaliers et donc de ne donner aux hôpitaux universitaires qu'un rôle limité dans l'attribution des soins locorégionaux. Ils pourraient même former un réseau séparé d'hôpitaux universitaires avec un financement distinct. Leurs principales tâches seraient la recherche et le développement, l'innovation et la formation. Cela nécessite une étude plus approfondie des missions de soins universitaires par rapport aux missions suprarégionales ainsi que des spécificités des points de référence.



Financement

Il faut élaborer un financement qui se situe aussi en partie au niveau des réseaux hospitaliers. Le cadre n'incite pas un hôpital à céder une partie de ses activités au réseau. En outre, ce financement devrait également soutenir l'intégration verticale des missions de soins et donc aller au-delà du seul financement des hôpitaux. Nous approuvons le principe de la thérapie de choc qui consiste à développer le financement par des "bundled payments" en mettant l'accent sur les résultats plutôt que sur les structures. L'accent doit être mis sur le financement d'un réseau de soins et pas seulement du réseau clinique. Cette réforme permet aux réseaux hospitaliers de jouer un nouveau rôle dans ce domaine et de construire une intégration verticale avec d'autres partenaires des soins de santé.



Intégration dans l'ensemble du secteur des soins de santé

La réforme du paysage hospitalier doit aller de pair avec les autres partenaires des soins de santé et s'aligner avec eux. Si une collaboration constructive s'est instaurée entre les hôpitaux et les soins de santé de première ligne au cours de la crise du COVID-19, un certain nombre de difficultés sont également apparues de façon marquée. Les principales difficultés à mentionner sont le fait que les réseaux hospitaliers ne correspondent pas géographiquement aux zones de soins de santé de première ligne et la complexité entourant la répartition des compétences entre le niveau fédéral et les communautés. La liaison avec les soins de santé de première ligne et l'intégration plus large des réseaux hospitaliers sont cruciales pour le

développement d'un futur modèle de soins axé sur la qualité et la valeur. Étant donné que les réseaux hospitaliers et les zones de soins de santé de première ligne ont maintenant officiellement pris forme en Flandre, une étude approfondie est nécessaire pour déterminer les options possibles pour un meilleur alignement. Il ne faut pas non plus oublier le lien avec les soins de santé mentale. Le transfert d'un plus grand nombre de compétences hospitalières vers les communautés est donc également un enjeu ici.

Ce n'est que si les 4 difficultés ci-dessus sont éliminées à court terme que l'on pourra éviter une nouvelle croissance de la méfiance entre les différents partenaires.

Dans la lignée de la note d'orientation du Prof. Dr. De Maeseneer, nous recommandons une innovation disruptive qui part d'une nouvelle structure et intègre les 4 difficultés évoquées ci-dessus. Le gouvernement fédéral ne serait responsable que de la collecte fiscale du budget nécessaire et de la définition des principaux objectifs. Les régions de notre pays deviennent ainsi pleinement responsables de la réalisation de la politique de santé et de sa décentralisation ultérieure vers les régions, les villes et les municipalités.

***"Ce que nous ambitionnons, nous le fixons dans les grandes lignes au niveau fédéral.
La manière dont nous y parviendrons sera largement décentralisée."***

Le modèle néerlandais, avec une approche régionale qui se traduit par le mouvement "Juiste Zorg op de Juiste Plek" (Les Bons Soins au Bon Endroit), pourrait alors parfaitement être appliqué. De cette façon, on crée des réseaux de soins qui transcendent l'aspect réseau hospitalier. Sans vouloir diminuer l'importance des hôpitaux dans l'organisation de nos soins de santé, c'était peut-être une approche trop unilatérale de placer la réorganisation de notre système de santé principalement entre les mains des hôpitaux et de considérer les réseaux hospitaliers comme la force motrice et inspiratrice d'un nouveau modèle de soins de santé. L'approche régionale adoptée aux Pays-Bas montre qu'il est possible de franchir des étapes importantes sur la voie de l'intégration et de la durabilité des soins en s'appuyant sur une collaboration entre tous les partenaires du système de santé, y compris les hôpitaux. Les réseaux hospitaliers constitueraient alors une partie essentielle des réseaux de soins performants et axés sur la valeur, dans lesquels le patient et sa santé occupent une place centrale.

La conclusion générale de cette thèse de master est que les réseaux hospitaliers appellent clairement les autorités belges à donner la priorité à la résolution des difficultés révélées par COVID-19. COVID-19 a créé le momentum et l'urgence pour ça.

Inhoudstafel

Voorwoord	3
Abstract	4
Managementsamenvatting	6
Sommaire de gestion	14
Inhoudstafel	21
Lijst van figuren	23
Lijst van afkortingen	24
1 Inleiding	25
1.1 Situering	25
1.2 Probleemstelling.....	25
1.3 Onderzoeksvragen	26
2 Kader op basis van wetgeving, literatuurstudie en documenten	26
2.1 Wetgevend kader.....	27
2.2 Wetenschappelijke literatuurstudie	30
2.3 Analyse van media, berichtgeving en andere documenten	39
2.4 Informatie over netwerkvorming in de buurlanden.....	40
2.4.1 Frankrijk.....	41
2.4.2 Nederland.....	42
3 Methodologie	44
3.1 Onderzoeksdesign.....	44
3.2 Analyse	46
3.3 Onderzoeksresultaten.....	46
3.3.1 De directe impact van COVID-19 op de werking binnen ziekenhuisnetwerken.....	47
3.3.2 Samenwerking van de ziekenhuisnetwerken met de eerste lijn.....	50
3.3.2.1 Ziekenhuisnetwerken komen geografisch niet overeen met de eerstelijnszones.	51

3.3.2.2	De organisatie en werking van de eerstelijnszones kent een moeilijk begin.	52
3.3.2.3	Extra-muros zorg door ziekenhuizen wordt als bedreigend ervaren door de eerste lijn.	52
3.3.2.4	Onvoldoende kennis in de eerste lijn over het strategische objectief van de ziekenhuisnetwerken.....	52
3.3.2.5	Verdeelde bevoegdheden.	53
3.3.3	Voor welke problemen bieden ziekenhuisnetwerken de oplossing?.....	54
3.3.4	Hoe moet het verder binnen de ziekenhuisnetwerken?.....	56
3.3.5	Wat zijn de prioriteiten van de ziekenhuizen voor de ziekenhuisnetwerken van morgen?	58
4	<i>Discussie</i>	60
4.1	De onderzoeksresultaten in breder perspectief geplaatst	60
4.2	Vergelijking met andere landen	61
4.3	Eerstelijnszorg	62
4.4	Rol van universitaire ziekenhuizen	63
4.5	Politiek en beleid	64
4.6	Governance en leiderschap	65
4.7	Financiering	65
5	<i>Conclusie en aanbevelingen</i>	67
6	<i>Referentielijst</i>	71
7	<i>Bijlagen</i>	77

Lijst van figuren

Figuur 1: Types samenwerking: netwerken en geïntegreerde zorgsystemen (15).....	32
Figuur 2: Gepercipieerde relevantie van (mogelijke) maatregelen op niveau van het locoregionale netwerk tijdens een crisis zoals de COVID-19-crisis uit KCE Report 335A.....	38
Figuur 3: Situering van de onderzoeksfases van deze masterproef op de tijdslijn van de COVID-19-pandemie.	45
Figuur 4: Ziekenhuisnetwerken waartoe de respondenten behoren en de functies die zij invullen.....	47
Figuur 5: Vraag 3: Hoe sterk is het bestaan van het ziekenhuisnetwerk voelbaar in uw functie (op schaal van 0 tot 100)?.....	48
Figuur 6: Vraag 4: Voor hoeveel procent van uw tijd bent u zelf concreet betrokken bij het functioneren van het ziekenhuisnetwerk (zowel administratief of samenwerking met de diensten van de andere ziekenhuizen)?.....	48
Figuur 7: Vraag 5: Hoe frequent had u contact met de andere ziekenhuizen binnen uw netwerk en onder welke vorm gebeurde dit? (aantal respondenten per categorie).....	49
Figuur 8: Vraag 6: Hoe beoordeelt u de mate van samenwerking tussen uw ziekenhuis en de eerstelijnszone? Geanalyseerd op een schaal van 0 tot 100 per beroepsgroep.....	50
Figuur 9: Vraag 6: Hoe beoordeelt u de mate van samenwerking tussen uw ziekenhuis en de eerstelijnszone? Geanalyseerd op een schaal van 0 tot 100 per taalgroep.....	54
Figuur 10: Vraag 7-8: De belangrijkste COVID-19-problemen op niveau “ziekenhuis” tijdens 1e & 2e golf.....	55
Figuur 11: Vraag 9: welke invloed heeft uw ziekenhuisnetwerk gehad op de 10 geciteerde COVID-19 relateerde onderwerpen?.....	55
Figuur 12: Vraag 10: Op welk vlak had uw ziekenhuisnetwerk kunnen helpen maar is het niet zo gelopen?	56
Figuur 13: Vraag 16a: Met betrekking tot het eigen ziekenhuisnetwerk: In hoeverre gaat u akkoord met deze uitspraak & hoe is dit geëvolueerd?	57
Figuur 14: Vraag 16g: Met betrekking tot het eigen ziekenhuisnetwerk: In hoeverre gaat u akkoord met deze uitspraak & hoe is dit geëvolueerd?	57
Figuur 15: Vraag 12-13: Op welk vlak moet de verdere samenwerking tussen de ziekenhuizen in het netwerk nu verder prioriteit krijgen?	58
Figuur 16: Vraag 14. In hoeverre bent u door de impact van de COVID-19-crisis nog steeds akkoord met de actiepunten uit het plan van Aanpak van Min. De Block (2015) (1) en uit het KCE-rapport (Ziekenhuiscapaciteit 2025) (6)?	59

Lijst van afkortingen

BFM	Budget Financiële Middelen
BMA	Belgische Mededinging Autoriteit
IMC	Inter Ministeriële Conferentie
KCE	Kennis Centrum
NAO	Netwerk Administratieve Organisatie
RvB	Raad van Bestuur
WZC	WoonZorgCentrum
HTSC	Hospital&Transport Surge Capacity
ECMO	Extra Corporele Membraan Oxygenatie
BVZD	Belgische Vereniging Ziekenhuis Directeurs
BVAS	Belgische Vereniging Artsen Specialisten
SPOC	Single Point Of Contact
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
SEH	Spoed Eisende Hulp
ABR	AntiBioticaResistentie
VIVEL	Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn
VBS	Verbond der Belgische beroepsverenigingen van artsen-Specialisten
VIPA	Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden
JZOJP	Juiste Zorg op de Juiste Plek

1 Inleiding

1.1 Situering

Reeds in de vorige legislatuur werd een start genomen met de concrete uitwerking van de ziekenhuisnetwerken. Het Plan van Aanpak van de voormalige Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering omschreef in 2015 de doelstelling van ziekenhuisnetwerken: ziekenhuizen zullen in de toekomst onderling en met andere zorgpartners veel meer systematisch moeten samenwerken onder vorm van *care & cure* netwerken om aan elke Belg in de toekomst een kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg te kunnen blijven bieden, waarbij de patiënt centraal staat (1). In de toekomst zal de toelating om bepaalde ziekenhuisactiviteiten uit te voeren, evenals de financiering, niet meer aan individuele ziekenhuizen worden toegekend, maar aan netwerken van ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten. Sommige zorgvormen zullen in de toekomst meer geconcentreerd en dus op minder plaatsen moeten aangeboden worden, andere zullen wel sterk gespreid mogen blijven. In dit plan wordt verwacht dat ziekenhuizen, zowel algemene als universitaire, onderling dergelijke taakafspraken maken, uitgaande van reeds aanwezige competenties en expertises.

Dit heeft geresulteerd in een aanpassing van de Wet op de Ziekenhuizen en het KB van 30 januari 1989, op vlak van het ziekenhuisnetwerkconcept (2).

1.2 Probleemstelling

Toen in 2019 ziekenhuizen in België bij wet werden verplicht om zich in netwerken te organiseren, viel te verwachten dat dit de nodige tijd zou kosten. Meer dan vijf jaar later zijn in Vlaanderen bijna alle netwerken erkend (3) maar wordt er in Brussel en Wallonië hierover nog gediscussieerd. Van de eigenlijke samenwerking binnen de netwerken tussen ziekenhuizen en andere zorgactoren is tot op vandaag weinig merkbaar. Volstrekt onverwacht wordt het zorglandschap in het algemeen en de ziekenhuizen in het bijzonder sinds februari 2020 geconfronteerd met een nooit geziene gezondheids crisis. Dergelijke crisissituaties kunnen ook opportuniteiten bieden. Kunnen de problemen waarmee ziekenhuizen geconfronteerd worden tijdens de COVID-19-pandemie tot meer samenwerking leiden tussen ziekenhuizen onderling en met andere zorgactoren? COVID-19 zou met andere woorden een katalysator voor de ziekenhuisnetwerken

kunnen zijn. Bij aanvang van deze masterproef heeft de pandemie al een eerste en tweede golf gekend, die op verschillende vlakken van elkaar verschillen. De eerste golf wordt hier gelijk gesteld aan de maanden maart en april 2020 en de tweede golf met de maanden oktober en november 2020. Op die manier omsluiten beide periodes de piek van ziekenhuisopnames en zijn beide periodes even lang.

In deze masterproef willen we nagaan welke impact de COVID-19-crisis op de ziekenhuisnetwerken heeft gehad.

1.3 Onderzoeksvragen

In de centrale onderzoeksvraag wordt nagegaan wat de impact van de COVID-19-crisis is op de werking van de recent bij wet vereiste ziekenhuisnetwerken. Daarbij staan de actoren die een rol kunnen spelen binnen de ziekenhuisnetwerken centraal: zorgprofessionelen en beleidsmakers binnen ziekenhuizen en eerstelijnszorg.

De subonderzoeksvragen die we ons stellen zijn:

- Wat is de stand van zaken m.b.t. de ziekenhuisnetwerken, zowel juridisch als in praktijk, op het moment van deze masterproef?
- Hoe werd de mening van zorgprofessionelen die nauw betrokken zijn bij de ziekenhuisnetwerking m.b.t. de ziekenhuishervorming beïnvloed door de pandemie? Is er hierbij een verschil tussen de eerste golf en de tweede golf?
- Welke besluiten kunnen we trekken voor de toekomst van de ziekenhuisnetwerken?

2 Kader op basis van wetgeving, literatuurstudie en documenten

Eén van de belangrijkste documenten in het kader van deze Masterproef is het in 2015 gepubliceerde Plan van Aanpak tot de hervorming van de ziekenhuisfinanciering van voormalig Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Maggie De Block (1). Dit document is als het ware het startpunt voor het hieronder beschreven juridisch kader, voor de literatuurstudie en de uitgevoerde screening van andere berichtgeving. Daarom wordt dit als eerste hier toegelicht.

In dit Plan van Aanpak beschrijft de toenmalige minister haar visie voor het hervormingsproject van de ziekenhuisfinanciering. Dit ligt in lijn met de doelstelling van een kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg waarbij de patiënt centraal staat en die voor elke Belg moet kunnen gegarandeerd worden voor de toekomst. Daarbij staat de organisatie van de ziekenhuizen en hun plaats in de gezondheidszorg centraal.

Ondertussen is een deel hiervan geconcretiseerd in de wet van 28 februari 2019 die op 28 maart 2019 gepubliceerd werd in het staatsblad (4).

De basisbeginselen van dit Plan van Aanpak zijn verder uitgewerkt in een visieverklaring van oktober 2016 (5) en zijn in juni 2017 geconcretiseerd in een conceptnota (6).

2.1 Wetgevend kader

De Ziekenhuiswet (“Gecoördineerde wet 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, BS 7 november 2008) (2) geeft een definitie van een ziekenhuis (art. 2, lid 1): *“de instellingen voor gezondheidszorg waarin op ieder ogenblik geëigende medisch-specialistische onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heelkunde en eventueel de verloskunde in pluridisciplinair verband kunnen verstrekt worden, binnen het nodige en aangepaste medische, medisch-technisch, verpleegkundig, paramedisch en logistiek kader, aan patiënten die worden opgenomen en kunnen verblijven, omdat hun gezondheidstoestand dit geheel van zorgen vereist om op een zo kort mogelijke tijd de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren.”* Om erkend te kunnen worden moet een ziekenhuis aan elk van deze kenmerken voldoen. In de Ziekenhuiswet (art.2, lid 2) staat ook dat de ziekenhuizen een opdracht van algemeen belang uitoefenen. Voor de term “ziekenhuis” zoals hierboven gedefinieerd, wordt ook soms de term “acuut ziekenhuis” gebruikt om het verschil aan te geven met categorale en psychiatrische ziekenhuizen. Het zijn de acute ziekenhuizen die het onderwerp zijn van deze masterproef.

Tussen ziekenhuizen kunnen op vrijwillige basis verschillende samenwerkingsvormen tot stand gebracht worden: de groepering, de associatie en de fusie. De specificaties hiervoor zijn juridisch vastgelegd. In het verleden heeft de overheid deze types van samenwerking al aangemoedigd.

Op basis van de wet van 28 februari 2019, met inwerkingtreding op 1 januari 2020, zijn er de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken bijgekomen (4). Deze wet verplicht vanaf 1 januari 2020 elk ziekenhuis, zowel de algemene als de universitaire, om tot één locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk te behoren. Buiten de officiële wetteksten en zo ook in deze masterproef, wordt het woord “klinisch” en vaak ook het woord “locoregionaal” weggelaten. Deze ziekenhuisnetwerken moeten een structuur met rechtspersoonlijkheid hebben. Met uitzondering van 4 grootsteden (Antwerpen, Gent, Charleroi, Luik) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, moeten de activiteiten van een ziekenhuisnetwerk in een aaneensluitend geografisch gebied liggen en samen moeten ze het hele grondgebied van het Rijk bestrijken. Er worden verschillende types van zorgopdrachten gedefinieerd. In de eerste plaats zijn er de locoregionale zorgopdrachten, die in elk ziekenhuisnetwerk moeten worden georganiseerd. Daarnaast zijn er de supraregionale zorgopdrachten. Deze worden aangeboden door referentiepunten en moeten niet in ieder locoregionaal netwerk aangeboden worden. Het netwerk kan voor deze supraregionale zorgopdrachten die het niet zelf aanbiedt, contracten afsluiten met één tot maximum drie referentiecentra per zorgopdracht. Als overgangsmaatregel geldt maximum 4 referentiecentra gedurende de eerste drie jaren. Als het netwerk zelf de supraregionale zorgopdracht aanbiedt, dan geldt bovenstaande met het maximum verminderd met 1. Wat locoregionale – en supraregionale zorgopdrachten zijn, kan bepaald worden door de Koning maar dit is tot dusver niet gebeurd. Hij kan de locoregionale zorgopdrachten opsplitsen in algemene zorgopdrachten die in elk ziekenhuis van het netwerk mogen aangeboden worden en de gespecialiseerde zorgopdrachten die dat niet mogen.

De wet omschrijft eveneens de richtlijnen voor het beheer van de ziekenhuisnetwerken, de netwerkhoofddarts en de medische raad op netwerkniveau.

Een belangrijk kenmerk in het definiëren van de ziekenhuisnetwerken is de sturing op basis van zorgbehoefte. Op basis van de zorgbehoefte voor een populatie van 400.000 tot 500.000 inwoners, komt men tot maximaal 13 logische zorggebieden in Vlaanderen, maximaal 8 voor Wallonië en maximaal 4 voor Brussel (7). Deze aantallen werden opgenomen in de wet van 28 februari 2019 (4).

De minister van Volksgezondheid kan een afzonderlijk budget van financiële middelen (BFM) bepalen voor een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk (art. 27) (4) maar ook dit is tot dusver niet gebeurd.

De verantwoordelijkheden op het vlak van Volksgezondheid zijn in België verdeeld tussen de federale overheid die bevoegd is voor de organieke wetgeving, de programmatie en de financiering en de gewesten.

Sinds de 6^e staatshervorming zijn de gewesten verantwoordelijk voor de erkenning van de ziekenhuizen en voor de financiering van de infrastructuur. Voor de ziekenhuisnetwerken betekent dit dat de federale overheid het organieke kader bij wet dient te bepalen, op basis waarvan de gemeenschappen dan kunnen overgaan tot erkenning van de ziekenhuisnetwerken (7). De Vlaamse overheid wenst de normering, programmatie en financiering te verfijnen door in te zetten op kwaliteitsmetingen en een zorgstrategisch plan (8). Zij laat ook de toekenning van infrastructuursubsidies (VIPA-financiering) afhangen van een goedgekeurd zorgstrategisch netwerkplan, dat elk ziekenhuisnetwerk zal moeten indienen (Besluit van de Vlaamse Regering van 13 januari 2017 betreffende de thematische zorgstrategische planning - BS 21 maart 2017) (8). Door de corona-crisis is de vooropgestelde datum van 1 juli 2021 voor indiening van de zorgstrategische planning voor ziekenhuizen en ziekenhuisnetwerken recent officieel uitgesteld tot 1 april 2022 (9).

Daarnaast is de Vlaamse overheid sinds de 6^e staatshervorming ook verantwoordelijk voor de organisatie van de eerstelijnszorg. Sindsdien is de eerstelijnszorg zowel qua structuur als qua inhoud omgevormd tot 60 eerstelijnszones, wat betekent 59 in Vlaanderen en 1 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Een eerstelijnszone omvat alle partners in het zorg- en welzijnslandschap en is een geografisch afgebakend gebied dat gevormd wordt door één of meerdere gemeenten en wordt aangestuurd door een zorgraad (7). Deze eerstelijnszone zijn in werking getreden vanaf 1 oktober 2019 (10).

In ons land zijn de bevoegdheden die verband houden met de gezondheidszorg verspreid over 8 ministers van volksgezondheid. Op federaal niveau heeft Frank Vandenbroucke de touwtjes in handen. In de Vlaamse regering is dat Wouter Beke. De Duitstalige gemeenschap zet Antonio Anto aan het werk als minister voor Gezondheid en Gezin. Voor Wallonië is volksgezondheid de verantwoordelijkheid van verschillende regeringen. In de Waalse regering heeft Christie Morreale de bevoegdheid, zij is onder andere minister van Gezondheid en gelijke kansen. Maar er is ook een Franse gemeenschapsregering, waar Bénédicte Linar bevoegd is voor het kind en Valérie Glatiny voor de universitaire ziekenhuizen. Voor het Brusselse hoofdstedelijk gewest komt de gezondheidszorg zowel een Vlaming als een Franstalige toe. Alain Maron en Elke Van den Brandt ontfermen zich onder andere over personen met een handicap, ziekenhuisbeleid, ouderenbeleid en geestelijke gezondheidszorg. Zo komen we aan acht ministers van volksgezondheid. Daar bovenop moet er voor Brussel ook nog staatssecretaris Barbara Trachte aan toegevoegd worden. Zij is bevoegd voor preventie maar uitsluitend voor Franstaligen. Het beleid is dus bijzonder versnipperd. Om toch te komen tot een gezamenlijke aanpak voor heel België, komen deze ministers samen in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (IMC) (11).

Tot slot dient vermeld te worden dat de vorming van de ziekenhuisnetwerken op belangrijke wijze gehinderd werd door een wettelijk discussiepunt op basis van een nota op 22 juli 2020, waarin de Belgische Mededingingsautoriteiten (BMA) hun standpunt betreffende de concentratiecontrole op locoregionale ziekenhuisnetwerken toelicht (12). De BMA bekijkt ziekenhuizen als ondernemingen in de zin van het mededingingsrecht en concludeert dat de concentratie die gebeurt bij het vormen van een ziekenhuisnetwerk moet aangemeld worden bij de BMA. Hierdoor mogen de betrokken ondernemingen of ziekenhuizen de concentratie niet tot uitvoering brengen voor goedkeuring door de BMA. In de algemene beleidsnota Economie wordt op 4 november 2020 (13) duidelijk aangegeven dat het de intentie is van de overheid om op wettelijke basis de ziekenhuisnetwerken uit te sluiten van de bevoegdheid door de BMA. Op 18 december 2020 keurde de ministerraad een voorstel van voorontwerp van wet goed betreffende de uitsluiting van de ziekenhuisnetwerken aan het concentratietoezicht door de BMA. Op 18 maart 2021 is door het parlement de wet goedgekeurd die de ziekenhuisnetwerken dan definitief uitsluit van het toepassingsgebied van de voorafgaande concentratiecontrole door de BMA (14). De wet is recent gepubliceerd (15) waardoor de netwerken nu de zekerheid hebben dat ze geen zware kennisgevingsprocedure moeten doorlopen. Dit moet bijdragen tot een verdere concretisering van het project ziekenhuisnetwerken.

2.2 Wetenschappelijke literatuurstudie

We hebben via Pubmed in o.a. de Medline databank gezocht naar Engelstalige literatuur die gepubliceerd is vanaf 1 januari 2010 tot 15 april 2021. Volgende zoektermen werden gebruikt: (((("hospital network"[Title]) OR ("hospital reform"[Title]) OR ("Hospital Governance"[Title/Abstract]))) met exclusie van de termen screening, treatment, syndrome, China, Asia, Mexico en antibiotic*. Deze exclusietermen werden gebruikt om artikels met een medisch onderzoeksonderwerp binnen de setting van een ziekenhuisnetwerk of in een totaal verschillende geografische context uit te sluiten.

Dit resulteerde in 87 artikels waarvan er op basis van de titel 34 weerhouden werden. Deze 34 artikels werden opgeladen naar Mendeley. Doorlezen van de abstract van deze 34 artikels door de 2 onderzoekers resulteerde in 8 weerhouden artikels, die in detail geanalyseerd werden. Van deze 8 artikels zijn er 5 artikels die in een verband kunnen gebracht worden met het onderwerp van deze masterproef en die hier vermeld worden.

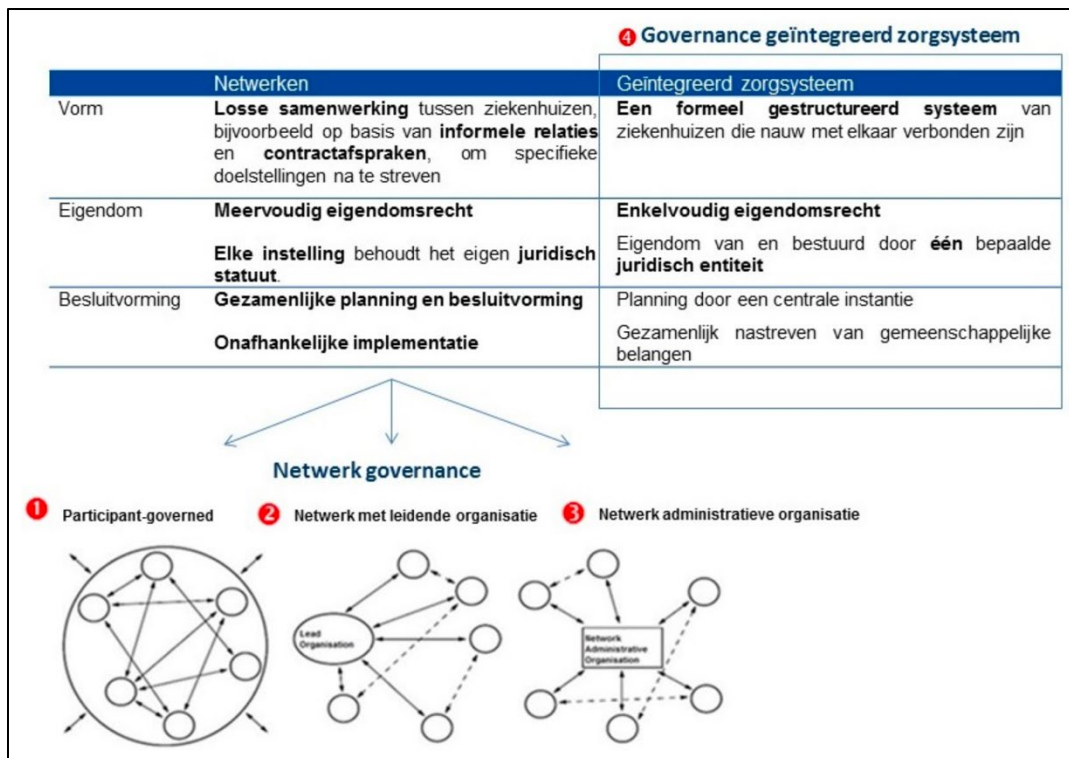
Op basis van de sneeuwbalmethode en specifieke zoekacties naar bepaalde onderwerpen werden een aantal extra artikels aan de referentielijst toegevoegd. Hierbij werd vooral aandacht gegeven aan de hoogkwalitatieve en zeer wetenschappelijke rapporten van het Kenniscentrum (KCE), vooral ook omdat deze specifiek zijn voor de Belgische situatie.

In 2016 publiceerde het KCE een eerste belangrijke studie, namelijk het rapport 277 (16), dat een overzicht geeft van en een voorstel doet voor nieuwe governance-structuren om een goede taakverdeling en zorgcoördinatie tussen ziekenhuizen te ondersteunen. Hierbij beperkt het KCE zich niet tot de samenwerkingsverbanden op ziekenhuisniveau, maar er wordt ook gekeken naar het niveau van zorgprogramma's of medische diensten. Dit rapport beperkt zich wel tot samenwerking rond patiëntenzorg en behandelt niet de ondersteunende diensten.

De term "samenwerkingsverband" duidt in dit rapport zowel op een netwerk (health networks) als geïntegreerde zorgsystemen (health systems). In het geval van een netwerk is het zo dat de deelnemende instellingen elk hun juridische entiteit en autonomie behouden en een gemeenschappelijk doel afspreken waarrond wordt samengewerkt. De overkoepelende governance structuren hebben dan uitsluitend zeggenschap over het onderwerp of doel van samenwerking. De verschillende types van netwerken worden in deze studie ook besproken: "participant-governed", netwerk met leidende organisatie en netwerk met administratieve organisatie (NAO).

Bij een "participant-governed" netwerk is een belangrijke succesfactor dat er groot vertrouwen is tussen de partners. Anderzijds heeft de Netwerk Administratieve Organisatie (NAO) veeleer een puur controlerende en coördinerende rol, waardoor instellingen met verschillende waarden en met een gematigd vertrouwensniveau toch kunnen samenwerken.

Bij een geïntegreerd zorgsysteem gaat men verder en wordt het één juridische entiteit die het eigendomsrecht van de deelnemende instellingen groepeerd, de verschillende instellingen aanstuurt en eindverantwoordelijkheid draagt. Dit gaat dan veel verder dan een netwerk.



Figuur 1: Types samenwerking: netwerken en geïntegreerde zorgsystemen (16)

Dit KCE-rapport maakt een duidelijke lijst van de belemmeringen voor de in 2016 bestaande samenwerkingsvormen. In deze lijst komen volgende aspecten al naar voor:

- Vertraagde besluitvorming door gebrek aan beslissingsbevoegdheid op samenwerkingsniveau.
- Belemmerende of stimulerende rol van de artsen.
- Het tijdrovende aspect van samenwerken door de samenwerkingsverbanden die ad-hoc bestaan met verschillende partners en op verschillende domeinen.
- Belangenconflicten als bestuurders of directieleden zetelen in de Raad van Bestuur (RvB) van ziekenhuizen waarmee ze samenwerken.
- Huidige ziekenhuisfinanciering is op niveau van het ziekenhuis (niet de samenwerking), niet transparant (aandeel voor een zorgprogramma of specifieke medische dienst is niet gekend) en bijgevolg is het ieder voor zich en wil niemand iets opgeven. Ook de prestatiegerichte betaling voorkomt doorverwijzing.
- Erkenningen kunnen enkel op niveau van en aan individuele ziekenhuizen en niet op netwerkniveau.

- Op vlak van personeel zijn er o.a. vermeld: de belemmeringen van beperkte mobiliteit, het niet verplicht zijn van akkoorden tussen artsen en het samenwerkingsverband, de omslachtige procedure voor aanstelling van artsen, verschillende afdrachten van erelonen.
- Ook de verschillende bevoegdheden en de BTW-wetgeving zijn belemmerende factoren.

Dit rapport geeft tot slot ook een duidelijke, goed gefundeerde en gedetailleerde aanbeveling om drie nieuwe samenwerkingsvormen voor taakverdeling en coördinatie tussen instellingen in de zorgsector in de toekomst op te nemen in de Ziekenhuiswet. Deze drie nieuwe samenwerkingsvormen verschillen duidelijk qua intensiteit van samenwerken en qua mogelijkheden om ook andere zorginstellingen naast de ziekenhuizen op te nemen.

Deze drie vormen zijn:

- Het geïntegreerd zorgsysteem dat zoals hierboven al vermeld, één overkoepelende juridische entiteit heeft die meerdere ziekenhuizen en vaak ook andere zorginstellingen en partners groepeerd. Erkenningen worden toegekend op basis van individuele instellingen maar de juridische entiteit is houder ervan. De leden van een geïntegreerd zorgsysteem hebben dezelfde doelstelling en een groot aantal medische diensten, functies en zorgprogramma's zijn met elkaar geïntegreerd.
- Het gecoördineerd netwerk is een samenwerkingsverband bestaande uit ziekenhuizen en eventueel andere partners, die elk hun eigen juridische entiteit behouden, en dus ook een deel van hun autonomie. De samenwerking beoogt een gemeenschappelijke doelstelling (ICT, zorgpaden, wachtdiensten, zorgprogramma's, ..). Ook samenwerking met andere zorgpartners kan. De individuele instellingen binnen een netwerk blijven houder van hun erkenningen. De beslissingsbevoegdheid op netwerkniveau is beperkt tot de activiteiten die verband houden met de netwerksamenwerking. De voorkeur gaat uit naar een netwerk governance met gedeelde bevoegdheden. Deze samenwerkingsvorm brengt ook een aantal aandachtspunten naar voor want er is geen garantie voor samenwerking en er is onvoldoende juridische onderbouw voor de toekenning van erkenningen op netwerkniveau.

- Als derde samenwerkingsvorm wordt het autonoom samenwerkingsmodel voorgesteld dat als het ware intermediair kan zijn tussen beide bovenstaande vormen. Het voorgestelde autonoom samenwerkingsinitiatief is gelinkt aan ziekenhuizen, heeft eveneens een eigen juridische structuur en kan houder zijn van erkenningen. Het samenwerkingsinitiatief heeft in vergelijking met het geïntegreerd zorgsysteem een beperktere samenwerkingsscope: slechts één of enkele diensten waarop intensief wordt samengewerkt. Deze studie vermeldt al duidelijk dat zeker bij deze samenwerkingsvorm de complexe ziekenhuisfinanciering verhindert dat een budget voor een bepaalde dienst of zorgprogramma op een transparante manier berekend wordt.

Deze drie samenwerkingsvormen worden in deze studie geëvalueerd op basis van de boven vermelde belemmeringen van de huidige samenwerkingsvormen. Daarbij is het belangrijk in het kader van deze masterproef om volgende kenmerken te vermelden van het gecoördineerd netwerk omdat deze vorm het beste aansluit bij de term netwerk van de huidige Ziekenhuiswet (2).

- Er zijn weinig prikkels om regelingen van artsen met ziekenhuizen binnen de samenwerking beter op elkaar af te stemmen.
- Artsenstatuten en financiële regeling harmoniseren blijft onderworpen aan het verzwaard advies van de medische raad van elk individueel ziekenhuis.
- Mobiliteit van personeel is niet opgelost.
- Belangenconflicten kunnen nog steeds een hindernis vormen.
- Erkenningen blijven op ziekenhuisniveau waardoor een taakverdeling geen noodzaak wordt, noch geïncentiveerd wordt.
- De toekenning van ziekenhuisbudgetten (BFM) blijft op niveau van het ziekenhuis, net als de erkenning. Daarbij is het BFM niet transparant qua berekeningsregels.

Deze knelpunten zijn een belemmering voor taakverdeling binnen het netwerk.

Naast deze knelpunten vinden we in dit rapport ook al dat er melding gemaakt wordt van een aantal noodzakelijke voorwaarden om het project te doen slagen: ook op vlak van programmering, erkenning en financiering moeten er op macroniveau aanpassingen komen. Meer concreet omvat dit voor de programmering het tegengaan van de fragmentering, de financiering transparanter maken en hierop afstemmen en de erkenningscriteria aanpassen. Daarnaast zijn kwaliteitscriteria op niveau van het netwerk een absolute vereiste om de netwerkperformantie te toetsen.

Globaal genomen neemt deze studie het standpunt in om te starten met gecoördineerde netwerken aangevuld met autonome samenwerkingsinitiatieven voor goed omschreven zorgprogramma's of diensten.

Een andere studie die KCE uitgebracht heeft in het kader van de hervorming van het Belgische ziekenhuislandschap is rapport 289, gepubliceerd in 2017 (17). Hierin wordt het ziekenhuislandschap anno 2025 uitgetekend en onderbouwd met cijfers. Volgend op een capaciteitsplanning op basis van een behoeftebepaling concludeert dit KCE-rapport dat er een aanbodbeheersing dient te komen die aangestuurd wordt door een aantal aanbevelingen. Een van de punten daarin is de afbouw van de beschikbare beddenscapaciteit in acute ziekenhuizen, uitgedrukt als erkende bedden, tegen 2025 met 9.308 bedden (-20%).

Er wordt eveneens aanbevolen om in te zetten op interventies die het ziekenhuisverblijf vermijden of verkorten, vooral bij geriatrische patiënten. De reorganisatie van het ziekenhuislandschap met locoregionale netwerken moet leiden tot een rationalisatie van het zorgaanbod waardoor niet alle "kleinere" ziekenhuizen nog alle diensten gaan aanbieden.

In 2018 publiceren De Pourcq K. et al de barrières en facilitators voor het realiseren van de ziekenhuisnetwerken in België (18). Hierin wordt duidelijk gesteld dat in België al jaren het probleem aangekaart wordt dat het succes van samenwerking tussen ziekenhuizen er maar kan zijn, als er een financieel kader wordt uitgewerkt. Artsen individueel en ziekenhuizen zullen maar bereid zijn zorgopdrachten af te geven en in een netwerkmodel mee te draaien, als er financiële zekerheid bestaat. De studie concludeert dat de overheid hier dus een belangrijke rol in dient te spelen.

Naast de financiering komt ook duidelijk naar voor dat vertrouwen cruciaal is. In de studie van De Brún A. et al (19) wordt gesteld dat het succesvol zijn van een netwerk afhangt van de manier en mate waarin er binnen het netwerk gecommuniceerd wordt en vertrouwen bestaat. Communicatie is noodzakelijk op alle niveaus. Vertrouwen is een *conditio sine qua non* voor het welslagen van een netwerkproject.

De publicatie in 2019 van De Regge M. et al (20) beschrijft duidelijk de principes voor de hervorming van het ziekenhuislandschap: 1. de planning van de ziekenhuiscapaciteit moet worden gebaseerd op de behoeften van de bevolking; 2. er is behoefte aan een grotere taakverdeling en aan samenwerkingsinitiatieven tussen ziekenhuizen onderling en tussen ziekenhuizen en andere zorginstellingen; 3. ziekenhuizen moeten deel uitmaken van een

netwerk; betalingen en toestemming om bepaalde activiteiten uit te voeren moeten steeds meer worden verleend aan netwerken in plaats van aan individuele ziekenhuizen. M.b.t. het beleid geeft deze studie ook duidelijk aan dat in geval verschillende beleidsniveaus betrokken zijn bij een hervorming, een verschillende dynamiek kan leiden tot 2 snelheden. Dit is in België een belangrijke uitdaging voor deze grootschalige ziekenhuishervorming, aangezien er meerdere beleidsniveaus betrokken zijn en dus coördinatie een belangrijk aspect wordt. Daar bovenop zal de fragmentatie van verantwoordelijkheden eveneens het proces vertragen. Het is toch wel belangrijk dat deze studie aangeeft dat reeds vóór de publicatie van de nieuwe wet in 2019 Vlaanderen een voorsprong had in snelheid van aanpak t.o.v. de andere gewesten. Deze studie geeft ook aan dat volgens de huidige aanpak in België, de vorming van de netwerken aan de ziekenhuissector zelf wordt overgelaten met in acht neming van enkele voorwaarden. Daarbij stellen ze vast dat er meer aandacht is voor hoogwaardige medische diensten in plaats van voor de prioriteit, nl. de algemene basisdiensten. Ziekenhuizen trachten de toegenomen centralisatie van complexe en dure diensten in hun lokaal-regionaal klinisch netwerk te voorzien. Door deze vaak financieel lucratieve en aantrekkelijke diensten in te bedden in hun eigen locoregionaal netwerk, proberen zij te voorkomen dat deze verder worden gecentraliseerd in supraregionale samenwerkingsverbanden. Daarnaast willen kleinere ziekenhuizen een garantie op hun overlevingskansen binnen netwerken en vragen daarom om hoogwaardige medische diensten als voorwaarde voor toetreding tot een netwerk.

Om coherent te zijn met de hervormingsplannen, zijn de meest logische samenwerkingsverbanden diegene waarbij ziekenhuizen dicht bij elkaar liggen. De meeste van deze ziekenhuizen waren en blijven echter concurrenten die patiënten en gezondheidswerkers uit dezelfde pool willen aantrekken; vaak hebben zij ook ideologisch verschillende achtergronden. Daarbij is er ook steeds hun geschiedenis, die maakt dat de ontstane cultuurverschillen en rivaliteit niet gemakkelijk kunnen overstegen worden.

Een derde probleempunt dat aangehaald wordt in deze studie is dat in de wet van 28 februari 2019 wel vermeld staat dat de minister van Volksgezondheid een budget kan toewijzen aan het locoregionaal ziekenhuisnetwerk, maar tot dusver is dat nog niet gebeurd. Als gevolg hiervan leidt samenwerken op niveau van het ziekenhuisnetwerk tot een verlies aan financiering. Het vierde punt dat in deze studie aangehaald wordt is dat ook op bestuurlijk niveau de procedures en vereisten complex zijn waardoor de verschillende belangen van betrokken stakeholders de beslissingsprocessen zullen vertragen.

Deze studie geeft reeds in 2019 duidelijk aan dat de Belgische hervorming niet voldoende zal zijn om zijn doel te bereiken. Het is slechts een essentiële eerste stap die gevolgd moet worden door

andere beleidsmaatregelen, zoals een hervorming van de financiering en aanpassingen van de programmatie. Een hervorming van de financiering, waarbij budgetten voor basisdiensten op netwerkniveau worden toegewezen, kan bijvoorbeeld de doelstellingen van de hervorming ondersteunen. In de planning van de diensten moet het maximumaantal uit te voeren diensten worden gespecificeerd, samen met strengere criteria voor het verlenen van erkenningen.

De publicatie van De Regge, M. et al geeft de conclusies van hun systematische literatuuronderzoek over de voorbije 15 jaren (21). Daaruit blijkt dat het ziekenhuisbestuur van groot belang is en de resultaten van het management en het ziekenhuis beïnvloedt. Helaas geven de tot nu toe gepubliceerde studies onvoldoende richting aan de beste praktijken voor het besturen van ziekenhuizen. Uit hun literatuuronderzoek komt wel duidelijk naar voor dat de aanwezigheid van artsen in besturen kan worden geassocieerd met een betere kwaliteit van de zorg. Ook de financiële prestaties werden daardoor positief beïnvloed. Dit aspect is deels opgenomen in de vereisten van de beheersstructuur van het ziekenhuisnetwerk in de huidige Ziekenhuiswet (2).

Tot slot wordt hier het recente KCE-rapport 335As uitvoerig besproken betreffende het beheer van de ziekenhuiscapaciteit in België tijdens de eerste golf van de COVID-19-pandemie gaande van maart tot juni 2020 (22). In deze studie wordt o.a. gewerkt met een enquête waarvoor één vragenlijst uitgestuurd wordt naar elk acuut ziekenhuis (98 ziekenhuizen waarvan 62 deelgenomen hebben). Een deel van de vragen houdt verband met de ziekenhuisnetwerken.

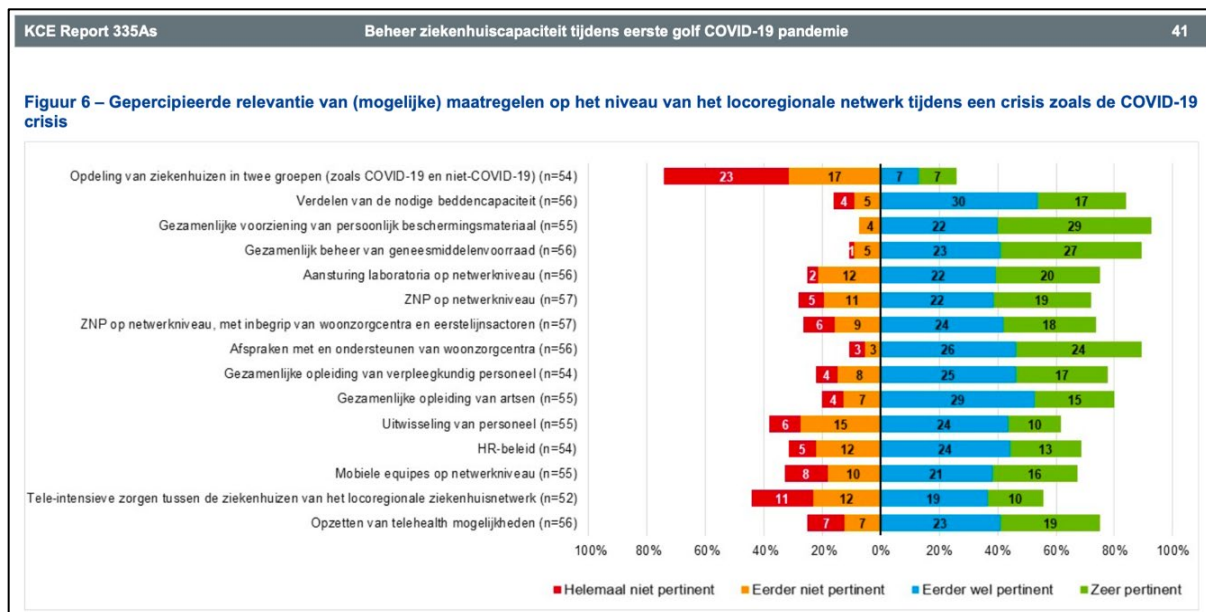
Volgens de enquête uitgevoerd door het KCE voor dit rapport werd door de meerderheid van de ziekenhuizen al vóór de COVID-19-pandemie samengewerkt met één of meerdere ziekenhuizen uit het netwerk. Dit was vooral een samenwerking op het vlak van klinische aspecten (49 ziekenhuizen), ziekenhuisapotheek (33 ziekenhuizen), laboratoria (31 ziekenhuizen) en gemeenschappelijke investeringen in apparatuur (28 ziekenhuizen).

Het KCE-rapport vermeldt eveneens dat de meerderheid van de ziekenhuizen bij de aanvang van de pandemie op zichzelf terugplooiden, omdat het ziekenhuisnetwerk nog niet matuur genoeg bleek te zijn om daadkrachtig te reageren. Anderzijds waren de beheerstructuren hiervoor ook nog niet flexibel genoeg. In de instructiebrieven van het Hospital and Transport Surge Capacity (HTSC) comité werd vanaf het begin de samenwerking binnen het ziekenhuisnetwerk vermeld, vanaf juni verplichtten ze de samenwerking (23). Het KCE-rapport schrijft dat de rol van de ziekenhuisnetwerken in het begin van de eerste golf vrij beperkt was, maar dat dit in de loop van de eerste golf wel toegenomen is op het vlak van transfer van patiënten, uitwisseling van beschermingsmiddelen en klinische samenwerking. Er waren zeker regionale verschillen maar algemeen gesteld waren samenwerkingen tussen ziekenhuizen hoofdzakelijk gesitueerd binnen

ziekenhuisnetwerken en dan meestal op basis van reeds voordien bestaande samenwerkingen of geografische nabijheid. Samenwerking tussen ziekenhuizen buiten de ziekenhuisnetwerken was voornamelijk voor transfer van patiënten of geleid door gebrek aan bepaalde apparatuur zoals ECMO-toestellen.

De helft van de ziekenhuizen die deelnamen aan deze studie, vindt dat maatregelen m.b.t. deze COVID-19-crisis op het netwerkniveau relevant zijn omwille van de grotere schaal en de daaruit vloeiende kostenbesparingen en verhoogde flexibiliteit. Doch het is ook belangrijk om uit deze studie mee te nemen dat er ook een belangrijk aantal respondenten het provinciaal niveau verkiest of dit in combinatie met het ziekenhuisnetwerk voorstellen. Het is uiteraard logisch dat een regionale uitbraak vaak het niveau van het ziekenhuisnetwerk overstijgt en dat er dus op hoger niveau ook samenwerking vereist is in geval van noodsituaties.

Opvallend is ook dat deze KCE-studie aantoont dat samenwerking op netwerkniveau op alle voorgestelde maatregelen als pertinent gezien wordt, op één uitzondering na: de opsplitsing van ziekenhuizen in COVID- & niet-COVID-ziekenhuizen (Figuur 2).



Figuur 2: Gepercipieerde relevantie van (mogelijke) maatregelen op niveau van het locoregionale netwerk tijdens een crisis zoals de COVID-19-crisis uit KCE Report 335A

De KCE-studie heeft eveneens nagevraagd of de samenwerking binnen een ziekenhuisnetwerk verplicht moet worden tijdens een pandemie: er waren grote regionale verschillen: in Wallonië is een meerderheid van de ziekenhuizen hier voorstander van terwijl dit in Vlaanderen iets minder is dan de helft. Maar om samenwerking binnen een netwerk zowel bij een crisis als deze als erbuiten te versterken moet er verder werk gemaakt worden van de financiering en de beheersstructuren op netwerkniveau. De studie toont aan dat de huidige invulling voornamelijk

administratief is. De respondenten van deze KCE-studie pleiten ervoor om de positieve ervaringen tussen woonzorgcentra en netwerkziekenhuizen uit de eerste golf verder uit te bouwen tot afspraken die ook de noodplanning, externe geriatrische liaison, expertisedeling infectiepreventie en -controle omvatten. De samenwerking met de eerstelijnszone wordt op niveau van de ziekenhuisnetwerken als een obstakel gezien omdat deze geografisch niet overeenstemmen (23).

De werkelijke samenwerking die er tijdens de eerste golf geweest is tussen de ziekenhuizen van een netwerk was vooral op het vlak van beschermingsmateriaal en medicatie.

De KCE-studie stelt eveneens vast dat vooral het grotere ziekenhuis binnen een netwerk de intensieve covid-zorg op zich neemt om er zo voor te zorgen dat de kleinere ziekenhuizen langer reguliere zorg kunnen voortzetten.

Tot slot is het belangrijk om te vermelden dat deze studie van het KCE over het onderwerp van deze masterproef concludeert dat samenwerking binnen de ziekenhuisnetwerken moet versterkt worden door de randvoorwaarden zoals gedeeltelijke financiering op niveau van het netwerk uit te werken en om zorgnetwerken tussen de ziekenhuisnetwerken en bv. de eerstelijnszone beter op elkaar af te stemmen.

2.3 Analyse van media, berichtgeving en andere documenten

Peter Degadt, voormalig gedelegeerd bestuurder bij Zorgnet Icuuro, ziet tijdens de COVID-19-pandemie een belangrijke vooruitgang inzake samenwerking tussen voorzieningen (24). Volgens Degadt was het concept van de netwerken voor de crisis een lege doos, louter wetgeving. Maar heeft de pandemie de netwerken nu totaal onverwacht gevuld met COVID-19-thematieken. Onze studie kan niet bevestigen wat hierover gezegd wordt.

In opdracht van de Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteurs (BVZD) en de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) werd een hervormingsplan voor de Belgische ziekenhuisfinanciering opgesteld door Antares Consulting (25)(26) met een vergelijkende analyse van financieringsmethoden voor ziekenhuizen in 3 Europese landen. Zij stellen een schoktherapie met totaal andere insteek voor waarbij gestreefd wordt naar een financiering onder vorm van bundled payments op basis van een DRG-systeem. Hierbij dient men zich te richten op resultaten i.p.v. structuren. De vooropgestelde hervorming van de financiering kan een belangrijke hefboom zijn om in de recent gevormde locoregionale ziekenhuisnetwerken te evolueren naar een

synergetische samenwerking tussen de netwerkpartners. Zo zou o.a. de informatie over het theoretische nieuwe budget vóór de invoering ervan, kunnen gecommuniceerd worden op netwerkniveau.

De Vlaamse regering heeft de inwerkingtreding van de zorgstrategische planning verschoven naar volgend jaar. Oorspronkelijk zouden de ziekenhuizen en de ziekenhuisnetwerken hun planning vanaf 1 juli 2020 van kracht hebben zien gaan. De bevoegde Vlaamse minister, Wouter Beke (CD&V), heeft nog steeds niet de vorm- en kwaliteitsvereisten kunnen vastleggen - de pandemie stak er een stokje voor. Dat geldt ook voor de ziekenhuizen zelf, die het voorbije jaar wel andere dingen de voorrang moesten geven dan hun samenwerking verder uit te diepen. De inwerkingtreding van de zorgstrategische planning werd eerst een jaar verschoven naar 1 juli 2021, en wordt nu opnieuw uitgesteld tot 1 april 2022 (9).

2.4 Informatie over netwerkvorming in de buurlanden

In de Verenigde Staten en ook recent in de Europese landen, is er een algemene tendens naar ziekenhuisconsolidatie. We zien de oprichting van ziekenhuisgroepen en netwerken van meerdere ziekenhuizen. Er bestaan hierbij verschillende benaderingen: gaande van vrijwillige initiatieven tot verplichte samenwerking binnen een door de overheid opgelegd wettelijk kader. Er bestaat twijfel binnen de Belgische ziekenhuiswereld over de aanpak in ons land. In een opiniestuk benoemt Jef Hendrixck deze twijfel : “Waarom ziekenhuisnetwerken misschien niet de juiste oplossing zijn” (27). In dit artikel worden vooral vraagtekens gezet bij het uitgangspunt: minder concurrentie zal leiden tot betere zorg en zal kostenreducerend werken.

In de Verenigde Staten waar men al lang bezig is met netwerkstructuren en alternatieve financieringstechnieken, blijkt die netwerkvorming tussen ziekenhuizen een dynamisch element voor de hervorming van het zorglandschap (28). Een eerste belangrijke succesfactor voor het welslagen van die hervorming is de manier waarop grote en kleine ziekenhuizen er wel of niet in slagen om samen te werken. Het spanningsveld tussen grote en kleine ziekenhuizen groeit als veel zorgopdrachten doorschuiven van de kleine naar de grote ziekenhuizen. Een tweede belangrijke succesfactor is het financieringssysteem. Als ziekenhuizen vrijwillig zorgopdrachten willen afgeven omdat een financiële oplossing geregeld is, zorgt dit voor betere zorgresultaten in het netwerk.

In wat volgt bespreken we 2 alternatieven op het Belgische concept van locoregionale ziekenhuisnetwerken. We bespreken de situatie in Frankrijk en deze in Nederland.

2.4.1 Frankrijk

De recent doorgevoerde hervormingen binnen het ziekenhuislandschap in België kunnen vergeleken worden met de eveneens recent doorgevoerde ziekenhuishervormingen in Frankrijk (29).

Daar werd op grond van een wet uit 2016 (LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (30)) een belangrijke hervorming doorgevoerd om openbare ziekenhuizen aan te moedigen hun activiteiten te coördineren en zo een oplossing te realiseren voor de stijgende kosten van de gezondheidszorg, de versnippering van de zorg en de ongelijke toegang. De publieke ziekenhuizen die ongeveer 65 procent van de totale capaciteit vertegenwoordigen, zijn nu ondergebracht in territoriale clusters (Groupement Hospitalier de Territoire - GHT's) met de doelstelling om medische strategieën en vier bedrijfsondersteunende functies te delen: informatiesystemen, inkoop, medische opleiding en bij- en nascholing van artsen en personeel. Het uitgangspunt van de Franse hervorming is dat de verplichte coördinatie de operationele efficiëntie en de samenwerking in de zorgverlening zal bevorderen. In deze studie wordt de vergelijking gemaakt met de Accountable Care Organizations (ACO's) in de Verenigde Staten, die reeds enige tijd geleden gestart zijn en die eveneens het objectief hebben om groepen van zorgverleners te stimuleren tot coördinatie van zorg en op die manier efficiëntiewinsten te genereren. Beide entiteiten proberen om fragmentatie te verminderen in het belang van efficiëntie- en kwaliteitsverbetering en om meer gebruik te maken van populatie gezondheidsmanagement.

In deze studie worden de belangrijkste verschillen tussen de GHT- en ACO-programma's vergeleken die van invloed kunnen zijn op hun resultaten, en wordt nagegaan hoe de ervaring met ACO's leerzaam kan zijn voor de ontwikkeling van het GHT-programma. De belangrijkste punten die ook voor België van toepassing zijn, worden hier overgenomen. De coördinatie van de zorg vereist aanzienlijke middelen, hetgeen grotere systemen bevoordeelt ten opzichte van kleinere onafhankelijke zorgverleners. Dit zou de sluiting van kleinere faciliteiten kunnen versnellen, waardoor de toegankelijkheid op het spel zou kunnen gezet worden. Als 2^e punt van deze analyse dient vermeld te worden dat het enige tijd kan duren voordat de programma's resultaten opleveren. Over het algemeen duurt het drie jaar voordat er binnen een ACO besparingen gerealiseerd worden. Bovendien presteren ACO's die het langst bestaan meestal het best, wat suggereert dat ervaring belangrijk is voor succes. Een 3^e aspect is financieel: de ervaring in beide landen heeft het belang aangetoond van financiële incentives om het gedrag van zorgverleners te veranderen.

2.4.2 Nederland

De Nederlandse gezondheidszorg is sinds 2006 georganiseerd met zorgverzekeraars die in belangrijke mate het zorglandschap en de evolutie ervan mee aansturen a.d.h.v. de zorgcontracten die ze afsluiten met de verschillende zorgaanbieders. Onder deze laatste bevinden zich ook de ziekenhuizen. De voorbije tien jaar is het Nederlandse ziekenhuislandschap fel veranderd door een groot aantal fusies tussen ziekenhuizen. Op dit ogenblik zijn er in Nederland 71 ziekenhuizen, 116 ziekenhuislocaties (academische, algemene en kinderziekenhuizen) en 129 buitenpoliklinieken. De fusiegolf is nu tot stilstand gekomen en er is zelfs een aanzet tot het terugdraaien ervan: de Reinier Hagagroep heeft zelfs aangekondigd om te defuseren, of eigenlijk de juridische fusie terug te draaien (31).

Belangrijk is ook om te vermelden dat in Nederland in 2018 2 ziekenhuizen gesloten zijn door faillissement: het Amsterdamse Slotervaartziekenhuis & het IJsselmeerziekenhuis in Lelystad (32).

De lopende discussie over de organisatie van de acute zorg en de Spoedeisende Hulp (SEH) binnen de concentratiegolf in de zorg, is door corona nog versterkt. Concreet betreft het hier de organisatie van SEH met garantie van kwaliteit, nabijheid en snelheid. Daarnaast wordt ook de integratie van de acute zorg in een geïntegreerd zorgkader meegenomen (31).

In Nederland krijgt geïntegreerde zorg binnen de gezondheidszorg, vorm in zogenaamde zorgnetwerken. Overal in Nederland ontstaan regionale netwerken van zorg- en welzijn. Dit kan een samenwerking zijn in diverse domeinen: psychiatrische zorg, jeugdzorg, diabetes, preventie en recent zeker ook COVID-19. De samenwerkingsdomeinen verschillen naargelang de regio en ook de initiatiefnemers en de samenwerkende partijen verschillen voor ieder netwerk. Zo kan het initiatief zowel vanuit een gemeente als vanuit een ziekenhuis komen. Meestal maken één of meerdere ziekenhuizen en huisartsen deel uit van het netwerk in een bepaalde regio. Maar ook gemeenten en verzekeraars en andere gezondheidsactoren kunnen deel uitmaken van zo'n netwerk. Gemiddeld is een Nederlands ziekenhuis lid van vijf tot tien zorgnetwerken. De andere netwerkdeelnemers zijn dan andere ziekenhuizen, actoren uit de eerste lijn en uit het sociale domein (33).

Deze netwerken worden door de overheid niet verplicht maar wel gestimuleerd. De overheid definieert een zorgnetwerk als volgt met hieronder een voorbeeld case rond Antibioticaresistentie (ABR).

Regionaal zorgnetwerk ABR is "Een zorgnetwerk bestaande uit zorginstellingen, zorgorganisaties, zorgprofessionals en zorgverleners die (geneeskundige) zorg verlenen binnen de openbare gezondheidszorg, cure en care (zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen,

gehandicaptenzorginstellingen, Gemeentelijke gezondheidsdiensten, revalidatieklinieken, apothekers, huisartsen, wijkverpleegkundigen) en de (koepel)organisaties in de regio die instellingen of professionals vertegenwoordigen of andere partijen met een aantoonbare verantwoordelijkheid op het gebied van ABR en infectiepreventie ten aanzien van de zorg, met uitzondering van zorg ten aanzien van dieren, voedsel en milieu” (34). De overheid kent onder beleidsregels en mits voorwaarden subsidies toe aan zorgnetwerken voor een welomschreven tijdsduur. Deze subsidies worden dus niet toegekend aan individuele instellingen of organisaties binnen het netwerk.

Het centraal uitgangspunt is goede zorg voor iedereen op de juiste plek op het juiste moment. Om hiertoe aan te zetten werd in Nederland door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de taskforce ‘Juiste zorg op de juiste plek’ (JZOJP) opgericht (35).

Hoewel dit kader veel ruimte tot regionaal en persoonlijk initiatief laat, zijn de zorgnetwerken tot op vandaag nog maar beperkt succesvol. De huidige wet- en regelgeving en financieringsarrangementen zijn gefragmenteerd, waardoor de implementatie van zorgnetwerken op het niveau van organisaties, professionals en patiënten stagneert (36).

Tijdens een recent webinar georganiseerd door de Juiste Zorg op de Juiste Plaats i.s.m. Skipr, kwam naast de financieringsproblematiek de nood aan vertrouwen als belangrijkste succesfactor naar boven (37). Er is nood aan het in vertrouwen uitwerken van een visie voor elke regio, gebaseerd op kwantitatieve doelen zonder direct te rekenen en over geld te praten.

Ook de COVID-19-crisis heeft een impact op die regionale samenwerking. In een recent verschenen artikel stelt bestuursvoorzitter Ernst Kuipers van Erasmus MC, dat de coronaresponse de trend van netwerkvorming en regionalisering in de medisch-specialistische zorg heeft versneld (38). Hij formuleert het als volgt:

“Het bestuurlijk speelveld is zo veranderd dat zorgaanbieders meer gedwongen zijn met elkaar samen te werken. De samenwerking is minder vrijblijvend geworden. In ieder geval voor de duur van de crisis.”

3 Methodologie

3.1 Onderzoeksdesign

Deze studie wordt uitgevoerd terwijl de kern van de onderzoeksvraag, namelijk de COVID-19-crisis, nog niet achter de rug is. Elke vraag en elk antwoord kunnen aldus achterhaald zijn als algemene conclusie op het moment van publicatie en elk antwoord kan mogelijks ook beïnvloed worden door het verder doorgaan van de covid-pandemie.

De gebruikte methode omvatte 2 fasen en heeft zowel een kwalitatieve als een kwantitatieve component. Een 1^e fase waarin een online vragenlijst vanuit Qualtrics uitgestuurd werd naar persoonlijke contacten in de Belgische ziekenhuizen. Zij werden gevraagd om de vragenlijst door te sturen naar hun contacten met een rol binnen hun netwerk. Er werden 35 Vlaamse en 20 Franstalige gezondheidswerkers uit de doelgroepen zoals vermeld in vraag 1 van de vragenlijst, op persoonlijke wijze aangeschreven. Na 14 dagen werd een herhaling uitgestuurd. In elk ziekenhuisnetwerk werd minstens één iemand persoonlijk aangeschreven.

De vragenlijst werd eveneens via de Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren verstuurd aan de leden en tijdens vergaderingen bekend gemaakt. De link naar de Qualtrics vragenlijst was niet gepersonaliseerd en de vragenlijst had de layout van de KU Leuven. De vragenlijst was gestructureerd in 4 delen:

1. Het ICF, waarop een expliciet akkoord moest gegeven worden.
2. Algemene vragen o.a. over functie en ziekenhuisnetwerk.
3. De interactie binnen het ziekenhuisnetwerk vóór COVID-19, tijdens 1^e en tijdens 2^e golf.
4. De manier waarop COVID-19 de mening over verschillende aspecten van de ziekenhuisnetwerken in het huidige en toekomstige zorglandschap heeft beïnvloed.

De vragenlijst werd getest door twee medici, één Nederlandstalige en één Franstalige. De meeste vragen waren niet verplicht. Het invullen van de vragenlijst nam ongeveer 15 minuten in beslag. De vragenlijst stond open tussen 19 februari 2021 en 23 april 2021. De volledige vragenlijst is toegevoegd in Bijlage 1.

De 2^e fase omvatte 8 diepte-interviews met hoofdzakelijk personen die zich kandidaat gesteld hebben op basis van de 1^e fase. Voor de keuze van de interviews werd ervoor gezorgd dat er

geen overlap is in functies en netwerken zodanig dat alle aspecten en invalshoeken aan bod komen. De interviews werden afgenomen tussen 25 maart en 10 april 2021.

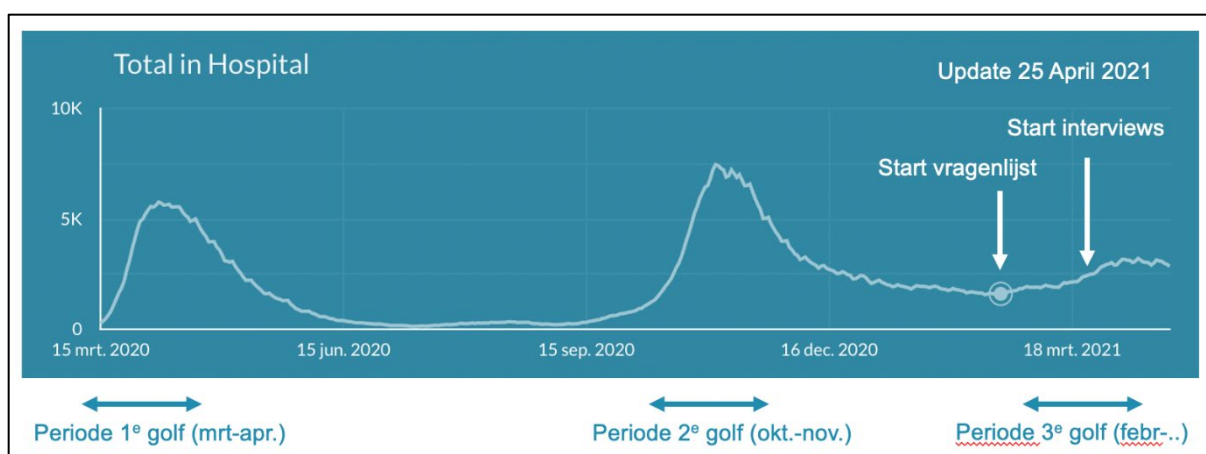
De interviews werden afgenomen bij één CFO, twee CEO, een bestuurder van een ziekenhuisnetwerk, een bestuurder van een ziekenhuis, een medisch diensthoofd, een beleidscoördinator en een dubbelinterview met een verantwoordelijke binnen de eerstelijnszorg en een expert van Domus Medica. Sommigen hebben een dubbele rol als ze ook in de raad van Bestuur van een ander ziekenhuis zetelen of als ze naast hun eigen functie ook een functie hebben overkoepelend voor het netwerk. De selectie omvatte goed en minder goed gestructureerde ziekenhuisnetwerken en kleinere, grotere en universitaire ziekenhuizen, zowel in Vlaanderen als in Brussel.

De interviews gebeurden, op één interview na, via zoom calls en duurden telkens 45 minuten tot 1 uur maximum.

Om de interviews via video duidelijk en efficiënt te laten verlopen, werd een presentatie gemaakt met de resultaten en grafieken van een intermediaire analyse van de antwoorden in de vragenlijst.

De uitgeschreven teksten van de interviews werden daarna geanalyseerd en gecodeerd naar de belangrijkste thema's voor deze studie. Daarna werden deze analyses samengelegd en gedeeld tussen de 2 onderzoekers om aan te vullen en om te vermijden dat bepaalde informatie verloren zou gaan.

De tijdstippen waarop de vragenlijsten werden uitgestuurd en de interviews werden afgenomen, zijn uitgezet in Figuur 3 , waardoor de relatie met de virusdruk kan gemaakt worden of de waarde van een uitspraak kan worden gekaderd.



Figuur 3: Situering van de onderzoeksfases van deze masterproef op de tijdslijn van de COVID-19-pandemie.

3.2 Analyse

De finale analyse van de antwoorden van de vragenlijst werd uitgevoerd op basis van de uit Qualtrics geëxporteerde Excellijst na afsluiten van de vragenlijst. Uit deze Excel-download werden de antwoorden van een aantal vragenlijsten verwijderd:

- De vragenlijsten die niet afgesloten waren en voor <50% ingevuld waren
- De vragenlijsten die afgesloten waren omdat men niet akkoord ging met de ICF (n=2)
- Alle vragenlijsten die afgesloten waren maar vanaf vraag 1 leeg waren
- De vragenlijsten zonder netwerknaam die verder ook leeg waren

In het totaal waren er 62 geheel of gedeeltelijk ingevulde vragenlijsten.

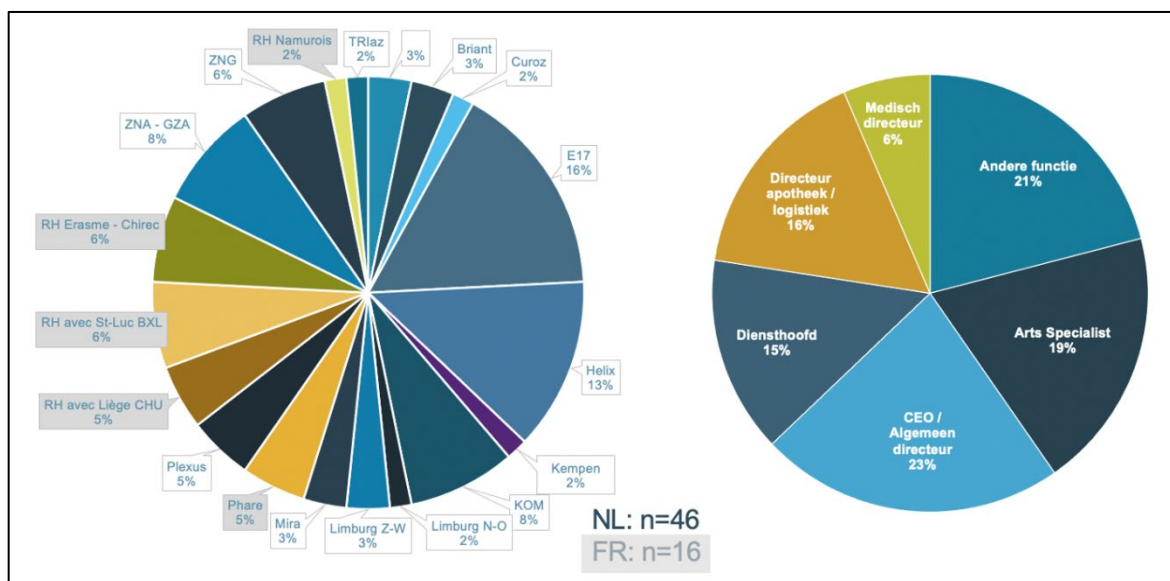
Een aantal antwoorden werd gekwantificeerd door een woord te vervangen door een numerieke waarde. Hierbij wordt de waarde van de woorden gelijkmatig verdeeld over een schaal van 0 tot 100.

3.3 Onderzoekresultaten

Er zijn een aantal beperkingen van de vragenlijst die moeten vermeld worden alvorens de resultaten te interpreteren. In de eerste plaats was er in de periode van onze enquête een overbevraging m.b.t. COVID-19 van medici en verantwoordelijke personen binnen de ziekenhuizen. Er zijn meerdere vragenlijsten die op ongeveer hetzelfde moment verspreid werden. Daarnaast evolueerde de COVID-19-pandemie naar een derde golf wat opnieuw verhoogde werkdruk en crisismanagement met zich meebracht (zie Figuur 3). Tot slot hebben een aantal mensen geantwoord dat ze nog geen deel uitmaken van een ziekenhuisnetwerk of nog helemaal niet betrokken zijn bij hun netwerk en dus de vragenlijst niet invullen. Dit betekent dat er een vertekening is in die zin dat vaak enkel bij betrokkenheid of bestaan van het netwerk, een vragenlijst ingevuld werd. Hierdoor is de responsgraad vrij laag: in totaal zijn 57 afgewerkte en 5 partieel afgewerkte (> 50% vervolledigd) vragenlijsten opgenomen in de analyse. Men moet er aldus mee rekening houden dat de conclusies gebaseerd zijn op een relatief klein aantal antwoorden. De conclusies werden echter systematisch afgetoetst tijdens de diepte-interviews en werden toch steeds bevestigd.

De vragenlijst werd beantwoord door 46 Nederlandstalige respondenten die behoren tot Vlaamse ziekenhuizen en 16 Franstalige respondenten die tot Brusselse en Waalse ziekenhuizen behoren.

Figuur 4 geeft een overzicht van de verdeling volgens taal, de ziekenhuisnetwerken waartoe zij behoren en de functies die de respondenten invullen. De respondenten behoren tot 18 verschillende ziekenhuisnetwerken van de 24 gegeven keuzemogelijkheden. Wettelijk kunnen er maximaal 25 ziekenhuisnetwerken zijn, doch door de onbesliste situatie voor de Brusselse ziekenhuizen die nog niet opgenomen zijn in het netwerk Curoz en het netwerk rond Cliniques universitaires Saint-Luc, dat op 21 april 2021 de naam H.uni kreeg, werden voor Brussel maar 3 i.p.v. 4 netwerken vermeld. De volledige lijst van ziekenhuisnetwerken is opgenomen in Bijlage 4.

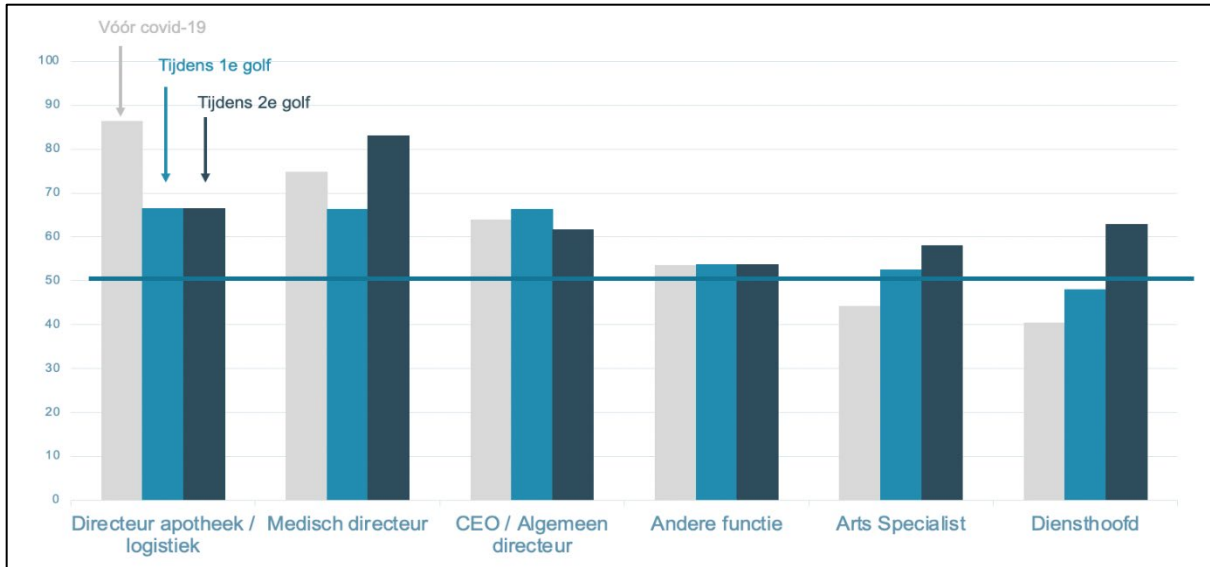


Figuur 4: Ziekenhuisnetwerken waartoe de respondenten behoren en de functies die zij invullen.

In wat volgt beschrijven we de resultaten op basis van de binnengekregen antwoorden op de vragenlijst. Binnen elk thema worden die ook aangevuld met de inzichten die ons werden meegegeven tijdens de diepte-interviews.

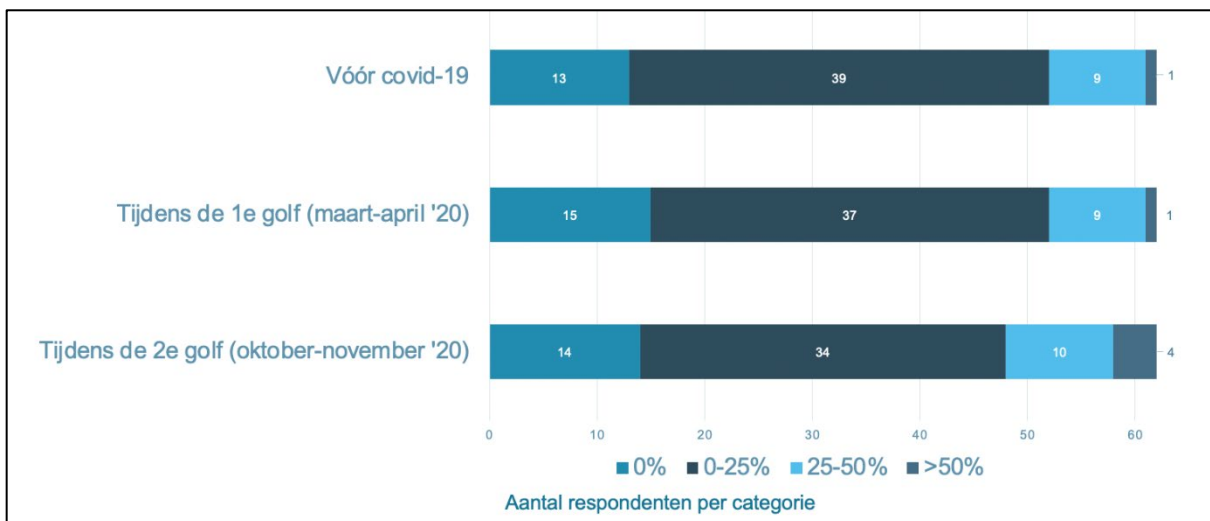
3.3.1 De directe impact van COVID-19 op de werking binnen ziekenhuisnetwerken

In de vragenlijst werd gepeild bij de respondenten naar de mate waarin de ziekenhuisnetwerken voelbaar zijn in hun functie en hoe dit geëvolueerd is tijdens de 1e en 2e golf.



Figuur 5: Vraag 3: Hoe sterk is het bestaan van het ziekenhuisnetwerk voelbaar in uw functie (op schaal van 0 tot 100)?

De resultaten van vraag 3 in Figuur 5 tonen aan dat het bestaan van het ziekenhuisnetwerk voor vele belangrijke actoren binnen de ziekenhuizen toch nog steeds weinig voelbaar is in hun functie. Ook tijdens de 1^e en 2^e golf is dat weinig veranderd.



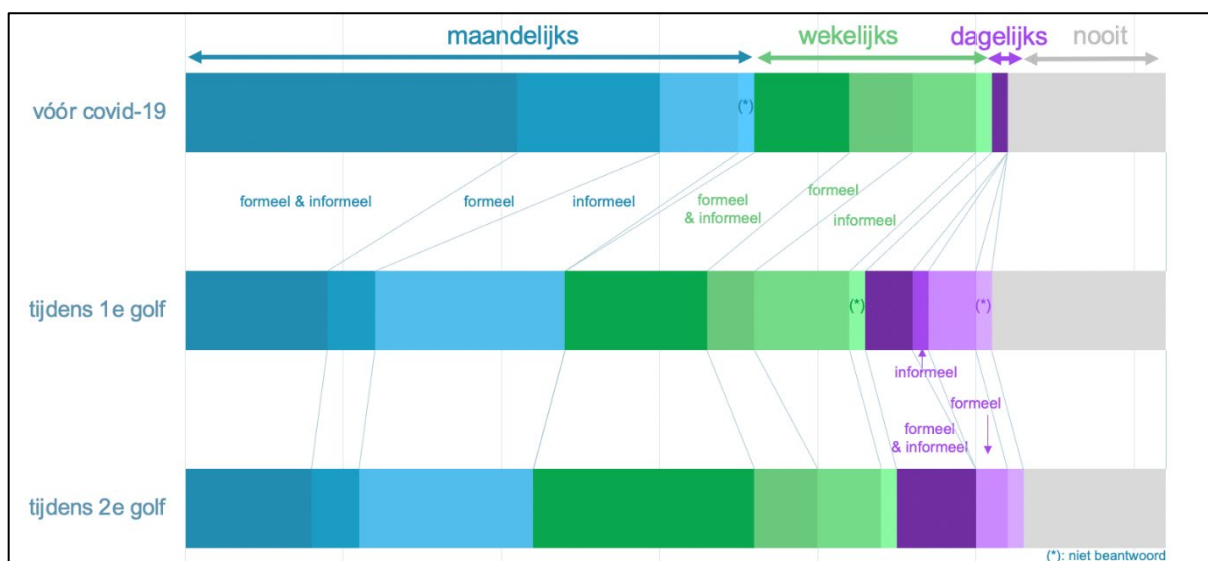
Figuur 6: Vraag 4: Voor hoeveel procent van uw tijd bent u zelf concreet betrokken bij het functioneren van het ziekenhuisnetwerk (zowel administratief of samenwerking met de diensten van de andere ziekenhuizen)?

De respondenten hebben ook niet aangegeven dat ze frequenter betrokken waren bij het ziekenhuisnetwerk tijdens de 1^e en 2^e golf van de pandemie (Figuur 6).

We kunnen dus niet besluiten dat de corona-pandemie de ziekenhuizen binnen een netwerk dicht bij elkaar heeft gebracht. Er was geen intensievere tijdsbesteding in netwerkactiviteiten. Ziekenhuizen binnen eenzelfde netwerk zagen elkaar niet als eerste hulp. Het mag duidelijk zijn dat de ziekenhuizen in eerste instantie op zichzelf terugplooiden en lokaal met eigen middelen

'de brand' probeerden te blussen. Het ziekenhuisnetwerk werd hierin niet als deel van de oplossing gezien. De corona-pandemie heeft eerder als een pauzeknop dan als een katalysator voor het netwerkproces gediend.

Was er dan helemaal geen contact tussen de besturen en de artsen van de ziekenhuizen onderling tijdens de corona-pandemie? Toch wel en uit de interviews kunnen we besluiten dat die contacten er in hoofdzaak waren met deze ziekenhuizen en collega artsen waar voorheen ook al contact mee was. Dat contact staat dus eigenlijk los van het bestaan van het ziekenhuisnetwerk. In veel gevallen was het contact zelfs met ziekenhuizen buiten het netwerk waar reeds historische banden mee bestonden.



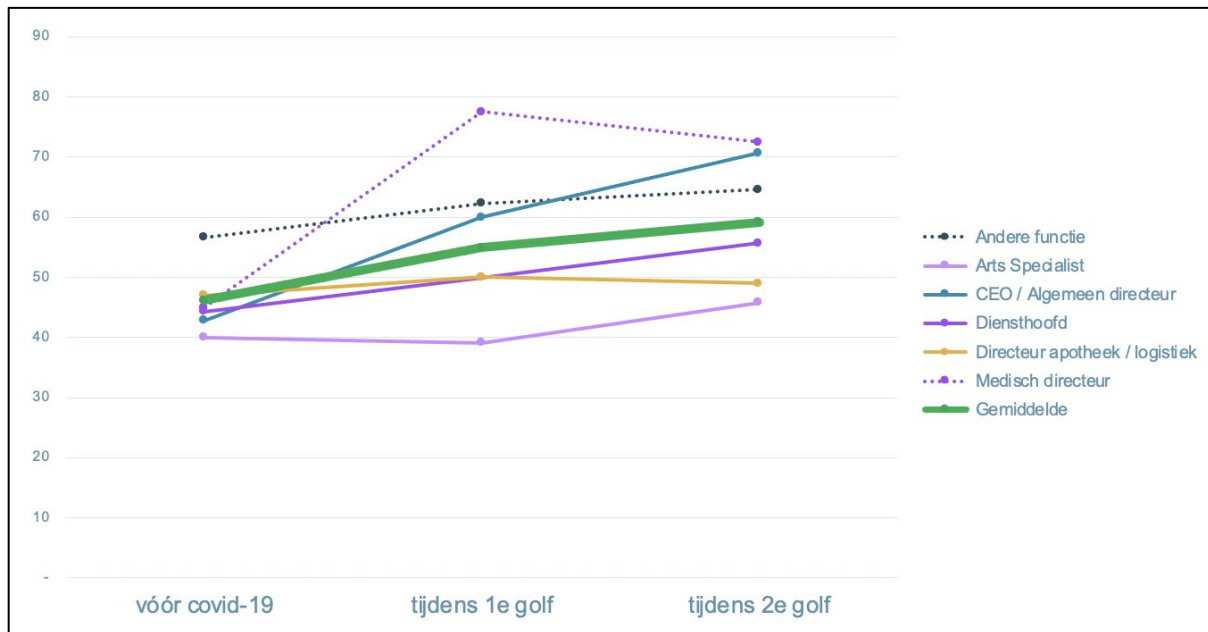
Figuur 7: Vraag 5: Hoe frequent had u contact met de andere ziekenhuizen binnen uw netwerk en onder welke vorm gebeurde dit? (aantal respondenten per categorie).

De antwoorden op vraag 5 (Figuur 7) tonen dat de contacten over het algemeen frequenter werden (meer dagelijkse en wekelijkse t.o.v. maandelijks contacten) maar ook dat die contacten op een meer informele manier gebeurden. Dit bevestigt dat artsen en ziekenhuisdirecties vooral binnen het persoonlijke netwerk overleg hadden over COVID-19 gerelateerde topics. Enkel in die ziekenhuisnetwerken waar voor de pandemie al standaard overleg bestond tussen de ziekenhuizen van het netwerk, werd dit contact tijdens de corona-crisis intensiever.

Tijdens de interviews noteerden we een spanningsveld tussen grote en kleine ziekenhuizen binnen hetzelfde netwerk. Kleinere ziekenhuizen verwachtten te vaak dat grote ziekenhuizen de oplossing zouden brengen voor al hun problemen.

3.3.2 Samenwerking van de ziekenhuisnetwerken met de eerste lijn

In de vraagstelling werd de term eerstelijnszone gebruikt, doch tijdens de diepte-interviews werd duidelijk dat de term in de vraag ruimer geïnterpreteerd werd en dat het ook als huisartsen en vooral ook huisartsenkringen gezien werd. De term “eerste lijn” is hier correcter.



Figuur 8: Vraag 6: Hoe beoordeelt u de mate van samenwerking tussen uw ziekenhuis en de eerstelijnszone? Geanalyseerd op een schaal van 0 tot 100 per beroepsgroep.

Figuur 8 toont aan dat er in het algemeen (groene lijn) meer contacten zijn met de eerste lijn in vergelijking met de periode vóór COVID-19.

Voor de CEO's/algemeen directeurs zijn de contacten het sterkst toegenomen en ook nog verder na de 1e golf. Uit de diepte-interviews kwam naar voor dat dit te maken heeft met de organisatie van triagecentra en vaccinatiecentra in overleg met de huisartsen. Voor de medici is er een lichte toename vooral tijdens de 2e golf. Voor de medische directie is dit gedaald na de 1e golf maar het aantal antwoorden is te beperkt in deze groep om dit te kunnen veralgemenen.

Hoewel de trend niet spectaculair is, stellen we toch een stijging van de samenwerking tussen eerste en tweede lijn vast doorheen de covid-periode. Dit werd tijdens de interviews bevestigd en meer in detail beschreven. Er worden drie fases van samenwerking benoemd en dit wordt bevestigd door zowel actoren uit de eerste als de tweede lijn. In een eerste fase die loopt van maart '20 tot juli '20 was er vooral overleg tussen de ziekenhuizen en huisartsenkringen enerzijds en ziekenhuizen en Woonzorgcentra (WZC's) anderzijds. Bij de samenwerking met de huisartsenkringen ging het vooral over delen van medische kennis. Huisartsenkringen hebben in die eerste fase door hun triagefunctie voor een groot deel de ziekenhuizen ontlast. Ziekenhuizen

leverden in deze fase ook beschermingsmateriaal aan de WZC's en in een aantal gevallen werd ook personeel uit het ziekenhuis (ziekenhuishygiënist) ingezet in de nabijgelegen WZC's. Vanaf augustus '20 was er een samenwerking tussen ziekenhuizen, huisartsenkringen en de medische SPOC (single person of contact) van de eerstelijnszones. Hierin werd vooral gefocust op bronopsporing en contacttracing. Om lokale bron- en clusteropsporing te kunnen realiseren was het aanduiden van een contactpersoon met medische achtergrond in de zorgraad cruciaal. Deze contactpersoon fungeerde dan als medische SPOC en had de expertise om de eerstelijnszone in samenwerking met de huisartsenkringen en ziekenhuizen door de crisis te leiden. Een derde te onderscheiden fase in de samenwerking is alles rond de vaccinaties waar de eerstelijnszones een centrale rol spelen en waar nodig (logistieke) hulp krijgen vanuit de ziekenhuizen rond bv. bewaren van vaccins. De huisartsenkringen duiden in deze fase de medisch verantwoordelijken en medisch experts aan voor de vaccinatiecentra en brengen op deze manier de medische expertise binnen.

Hoewel we terecht mogen spreken over een constructieve samenwerking tijdens de corona-crisis tussen de eerste lijn en tweede lijn, kwamen in deze crisisperiode ook een aantal knelpunten extra scherp naar boven. Deze knelpunten worden hieronder verduidelijkt.

3.3.2.1 Ziekenhuisnetwerken komen geografisch niet overeen met de eerstelijnszones.

Bij de vorming van de locoregionale ziekenhuisnetwerken is amper gekeken naar de bestaande samenwerkingsverbanden in de eerste lijn: eerstelijnszones, huisartsenkringen en regionale zorgzones. Hoewel vanuit o.a. de huisartsenkringen werd aangedrongen dat zij betrokken zouden worden bij de vorming van de ziekenhuisnetwerken met de bedoeling dat er maximaal aansluiting zou gevonden worden, is dit amper gebeurd. We vermelden hier de open brief die vanuit de Antwerpse huisartsenkringen werd verstuurd naar de ziekenhuizen van de regio. Hierin komt grote bezorgdheid naar voor en vragen de huisartsenkringen expliciet om betrokken te worden bij de vorming van de netwerken (bijlage 5). Het gevolg is dat de gevormde ziekenhuisnetwerken in veel gevallen niet aansluiten op de realiteit zoals die op het terrein door huisartsenkringen en eerstelijnszones wordt ervaren. Tijdens de diepte-interviews viel meermaals de bedenking te horen dat de gevormde ziekenhuisnetwerken mogelijks niet de beste geografische samenstelling hebben. Het lijken in verschillende regio's niet de natuurlijk gevormde netwerken waarop de patiënt beroep zal kunnen doen voor de beste en meest nabije zorg. Dit was nochtans de hoofddoelstelling uit het Plan van Aanpak van voormalig Minister De Block (1). In een diepte-interview liet een belangrijke actor zich de quote ontvallen:

“Veel van de huidige ziekenhuisnetwerken zijn precies krabbenmanden”

3.3.2.2 De organisatie en werking van de eerstelijnszones kent een moeilijk begin.

We verwijzen hier naar een enquête uit juni 2020 van Domus Medica bij de huisartsen actief in de zorgraden van de eerstelijnszone, als bestuurder of voorzitter en bij een aantal personeelsleden van de eerstelijnszone. De zorgraad is eigenlijk het bestuursorgaan van een eerstelijnszone. Het is een vzw met vertegenwoordigers uit zorg, welzijn, lokale besturen, personen met een zorg- en ondersteuningsnood en optionele partners. Uit deze Domus Medica enquête kwam duidelijk naar boven dat – zeker tijdens de eerste maanden van de corona-crisis – de ondersteuning van het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL) binnen de eerstelijnszone onvoldoende was en dat het de huisartsenkringen waren die in deze periode het systeem hebben rechtgehouden (39). Een mogelijke verklaring voor de problemen binnen de eerste lijn tijdens de eerste maanden van de corona-crisis ligt in het feit dat veel van de eerstelijnszones ook relatief nieuw zijn. Nog belangrijker is wellicht de verdeling van de vertegenwoordiging binnen de zorgraden van de eerstelijnszones. Hierin maken de zorgverstrekkers maar 25% uit naast welzijnsactoren, steden en gemeenten en personen met een zorgnood. Er bestaat immers geen verplichting dat de voorzitter van de zorgraad een arts is. Binnen de welzijnszorg is er een grote versnippering aan organisaties en steden en gemeenten willen hun invloed laten gelden. Als de eerstelijnszones op medisch gezondheidsvlak een belangrijke rol willen spelen, moet de organisatie kritisch worden bekeken.

3.3.2.3 Extra-muros zorg door ziekenhuizen wordt als bedreigend ervaren door de eerste lijn.

Het thuis opvolgen van patiënten die net het ziekenhuis hebben verlaten, krijgt door het capaciteitstekort in de ziekenhuizen tijdens de corona-crisis een extra boost. Een zorgcontinuüm waarin de patiënt enkel voor de noodzakelijke gespecialiseerde zorg in het ziekenhuis verblijft en daarna in zijn thuisomgeving kan worden opgevolgd vanuit het ziekenhuis, is ook een element dat aanwezig is in alle toekomstplannen voor de zorg. Echter bestaan hier nog niet de nodige (financiële) afspraken voor zodat dit door de eerstelijnsactoren eerder als een bedreiging dan wel als een logische stap wordt gezien. Tijdens de covid-crisis is dit vooral duidelijk geworden omdat ziekenhuizen geïnvesteerd hebben in tools voor telemonitoring om sneller bedden vrij te maken. Zo hebben meerdere ziekenhuizen een app ontwikkeld voor de opvolging van de zuurstoftherapie van covid-patiënten in de thuissituatie.

3.3.2.4 Onvoldoende kennis in de eerste lijn over het strategische objectief van de ziekenhuisnetwerken.

Als men de ziekenhuisnetwerken wil doen slagen en de basiszorg dicht bij de patiënt wil blijven kunnen aanbieden, dan moet vanuit de eerste lijn dit concept ook toegepast worden en de patiënt ook steeds naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis doorverwezen worden. Dit was nu in de COVID-periode van toepassing maar zal ook in de toekomst een belangrijke factor blijven. Het

is afwachten of de toenadering die door COVID intenser werd ook blijvend zal zijn in de toekomst.

Opvallend in de media was recent een open oorlog tussen huisartsen (Domus Medica) en specialisten (VBS) naar aanleiding van een voorstel van VBS (Verbond der Belgische beroepsverenigingen van artsen-specialisten) om de eerstelijnszones te hertekenen met een belangrijkere rol voor de specialisten met oa. het beheer over het individueel patiëntendossier. Een conflict tussen huisartsen en specialisten zal nooit bijdragen tot een snelle hervorming van het zorglandschap ten voordele van de patiënt. Anderzijds toont dit aan dat de overheid duidelijke kaders moet scheppen om de problemen die nu duidelijk naar voor gekomen zijn, structureel en transparant op te lossen vanuit het standpunt van de patiënt (40).

3.3.2.5 *Verdeelde bevoegdheden.*

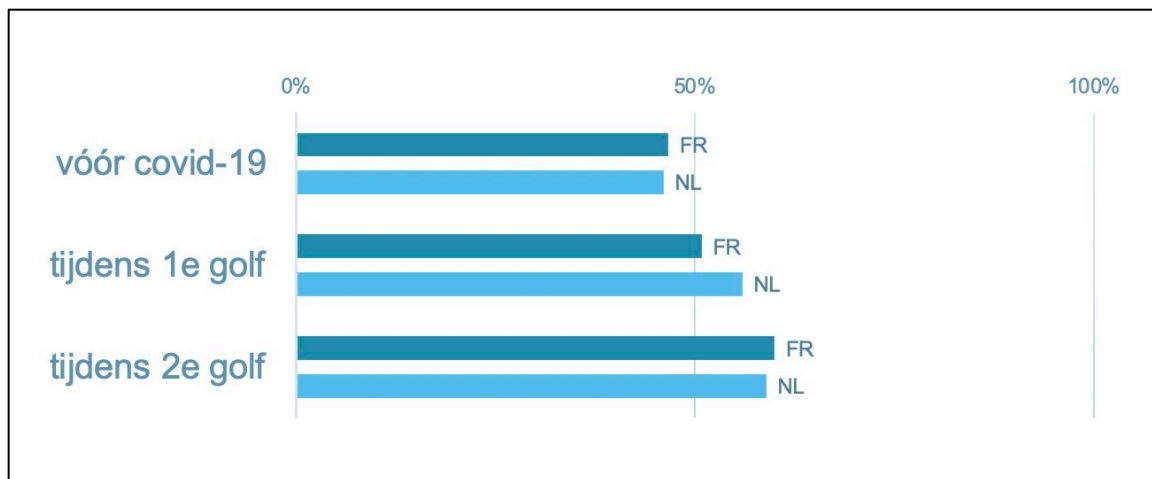
Een goede samenwerking zal altijd moeten starten met heldere afspraken. Het blijft dan ook een knelpunt dat er een bestuurlijke kloof is tussen de federale wetgeving van de ziekenhuisnetwerken en de gewestelijke bevoegdheden op het vlak van de eerstelijnszones. Zeker op die momenten waarin snel beslissingen moeten worden genomen, levert een gefragmenteerde aanpak zelden succes. De woorden van Roel Van Giel, Domus Medica, tijdens zijn presentatie in het Vlaams Parlement op 20 oktober 2020 zijn sprekend:

“Het gemis aan eenheid van commando is een groot probleem.”

Analoog beschreef gewezen minister Maggie De Block het probleem tijdens een hoorzitting in de Kamer van 22 april 2021 als:

“Zet acht kapiteins op een schip. Dan weet je ook niet waarheen je vaart.”

Dit kwam pijnlijk naar voor in de beginfase van de corona-pandemie maar ook voor een grondige hervorming van het zorglandschap is dit een belangrijk struikelblok.



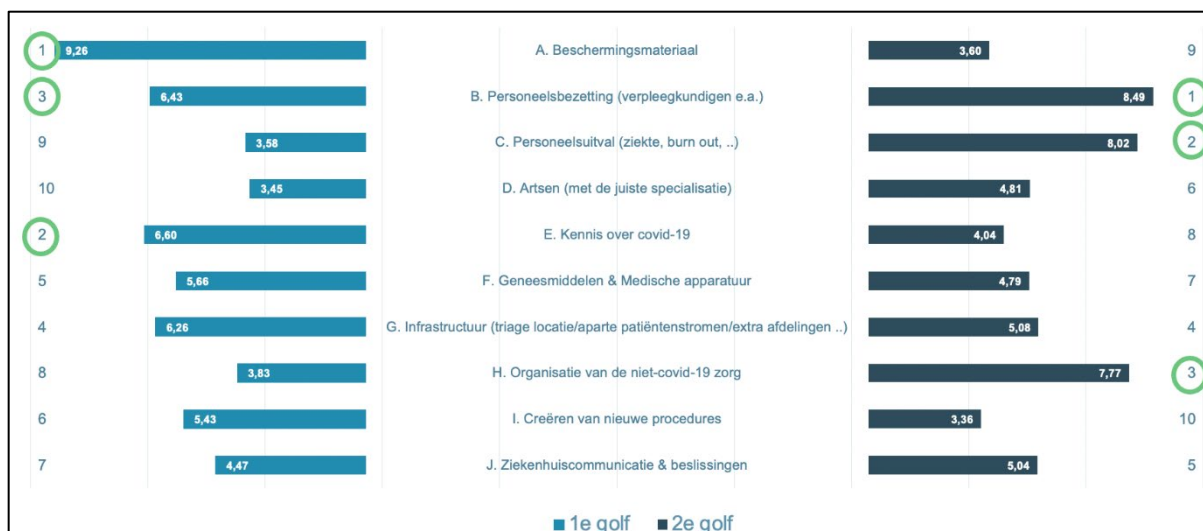
Figuur 9: Vraag 6: Hoe beoordeelt u de mate van samenwerking tussen uw ziekenhuis en de eerstelijnszone? Geanalyseerd op een schaal van 0 tot 100 per taalgroep.

De analyse per taalgroep in Figuur 9 toont geen verschil tussen de twee taalgroepen. Ondanks het feit dat er in Vlaanderen meer aandacht voor de uitbouw van eerstelijnszones geweest is in de periode vóór COVID-19 en dat langs Waalse kant er meer ziekenhuisgericht gedacht en gewerkt wordt met het ziekenhuis als centrale actor in het zorglandschap, is er weinig of geen verschil merkbaar tussen de 2 taalgroepen in deze bevraging.

3.3.3 Voor welke problemen bieden ziekenhuisnetwerken de oplossing?

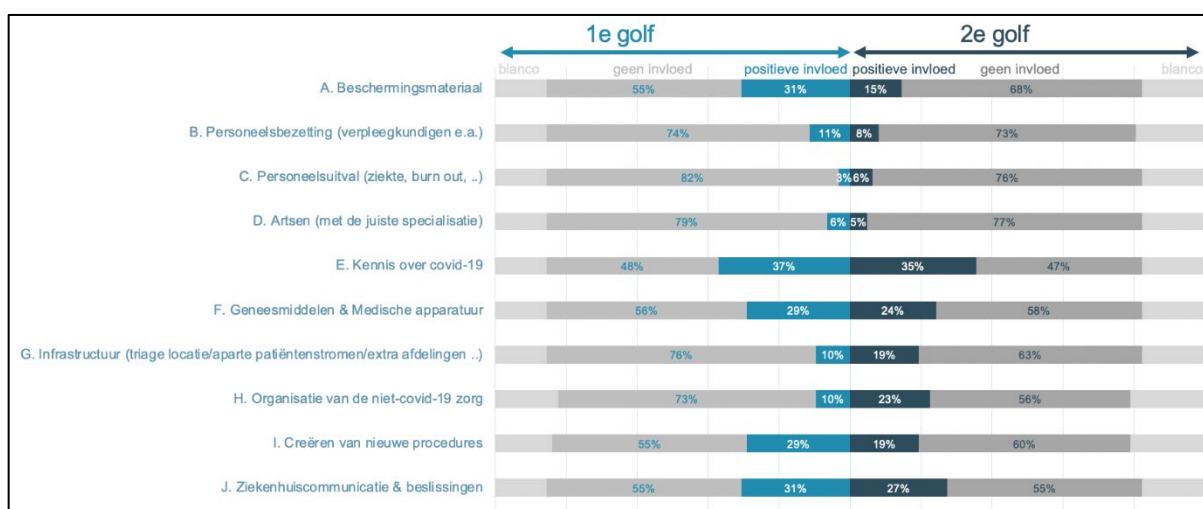
De vragenlijst toont dat de belangrijkste problemen waarmee de ziekenhuizen tijdens de eerste golf van (Figuur 10) de pandemie (maart-mei 2020) geconfronteerd werden de volgende waren: tekort aan beschermingsmateriaal, beperkte medische kennis over het virus en de behandelmethodes en personeelsbezetting. Tijdens de tweede golf zijn de belangrijkste problemen personeelsbezetting, personeelsuitval en organisatie van de niet COVID-19-zorg.

Het niet hebben van voldoende aangepaste infrastructuur (o.a. tekort aan bedden voor intensieve zorg) is in beide fases een belangrijk probleem. Deze resultaten worden ook bevestigd door enquêtes uitgevoerd door de Artsenkrant bij ziekenhuisdirecties (41).



Figuur 10: Vraag 7-8: De belangrijkste COVID-19-problemen op niveau “ziekenhuis” tijdens 1e & 2e golf.

In onze vragenlijst hebben we daarna gevraagd in welke mate het ziekenhuisnetwerk voor deze problemen van nut is geweest of – misschien nog belangrijker – had nuttig kunnen zijn (Figuur 11).

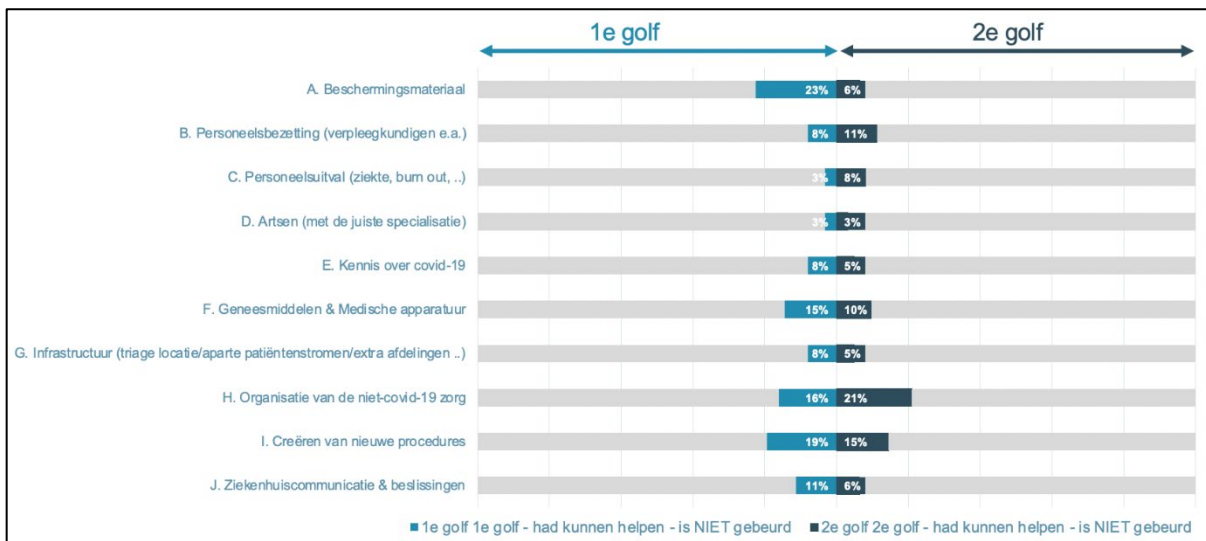


Figuur 11: Vraag 9: welke invloed heeft uw ziekenhuisnetwerk gehad op de 10 geciteerde COVID-19 relateerde onderwerpen?

Het aantal respondenten is weergegeven voor de 2 mogelijke antwoorden in de 2 periodes. Een aantal respondenten heeft deze vraag niet beantwoord (lichtgrijze balken in Figuur 11) wat ofwel betekent dat de respondent geen mening hierover heeft of mogelijk voor een aantal onder hen eerder betekent dat er een negatieve invloed was. We kunnen dus enkel iets concluderen over positieve invloed of geen invloed. We gaan ervan uit dat diegene die een positieve invloed ervaren hebben, dit gemeld hebben.

Het merendeel van de respondenten antwoordt hier dat het ziekenhuisnetwerk op zich, weinig tot niks heeft kunnen bijdragen (iets donkerdere grijze balken in Figuur 11).

Op de vraag of ziekenhuizen binnen een netwerk elkaar hadden kunnen helpen met de organisatie van de niet COVID-19-zorg (Figuur 12) antwoordt een aantal respondenten positief.



Figuur 12: Vraag 10: Op welk vlak had uw ziekenhuisnetwerk kunnen helpen maar is het niet zo gelopen?

Dat dit finaal dan toch niet gebeurde wijst er opnieuw op dat ziekenhuizen tijdens de crisisperiode vooral op zichzelf terugplooiën voor het oplossen van hun problemen en dat het netwerk op dit moment geen realistisch of interessant alternatief biedt. We verwijzen naar een quote uit één van de diepte-interviews:

“We moesten tijdens de eerste golf eerst ons eigen huishouden op orde hebben, dat was het enige wat telde”.

3.3.4 Hoe moet het verder binnen de ziekenhuisnetwerken?

Uit de antwoorden op de vragen die peilden naar de algemene visie op de ziekenhuisnetwerken en de verdieping die we hierop deden tijdens de interviews, kwamen volgende punten naar boven.

Er mankeert een kader dat incentives biedt aan een ziekenhuis om delen van hun activiteiten ‘af te geven’. Er is geen zekerheid dat je iets zal terugkrijgen wanneer je iets afgeeft of hiervoor financieel gecompenseerd zal worden. We hoorden:

‘Het is alsof de overheid ons geblinddoekt voor een zwembad laat staan en ons vraagt om te springen maar we weten niet of er water in het bad staat en hoeveel water er in het bad staat en of we dus niet evengoed keihard op het beton kunnen vallen.’

Dat onzekerheidsaspect bestaat al lang - we kunnen hier verwijzen naar dezelfde resultaten van een enquête in 2018 uit De Specialist in samenwerking met Zorgnet Icuuro (42). Het blijft dus duren.

Ik zie wantrouwen tussen de verschillende ziekenhuizen als grootste belemmering voor de verdere samenwerking in een ziekenhuisnetwerk.			
helemaal oneens	1	1	meer oneens geworden
oneens	7	42	onveranderd
eens	34	8	meer eens geworden
helemaal eens	10		

Figuur 13: Vraag 16a: Met betrekking tot het eigen ziekenhuisnetwerk: In hoeverre gaat u akkoord met deze uitspraak & hoe is dit geëvolueerd?

Het woord wantrouwen wordt heel vaak geciteerd (Figuur 13) en dat voor alle niveaus binnen het ziekenhuis van beheer tot arts.

Er heerst ook grote onduidelijkheid over de plaats van het universitair ziekenhuis in de ziekenhuisnetwerken en er is twijfel of een universitair ziekenhuis wel thuis hoort in een ziekenhuisnetwerk. Dit loopt samen met de onduidelijkheid rond de taken van een universitair ziekenhuis in het algemeen en meer bijzonder hun rol in een netwerk. Tijdens de diepte-interviews werd door de universitaire ziekenhuizen in de selectie onafhankelijk van elkaar het idee geopperd om de uitrol van de ziekenhuisnetwerken on hold te zetten:

“Duw de pauzeknop in tot duidelijk is wat wordt verwacht en herstart daarna.”

Het blijkt ook dat een universitair ziekenhuis onrealistische verwachtingen ervaart vanuit de kleinere ziekenhuizen binnen hun netwerk. Dit betekent dat hun rol in het netwerk op vandaag niet duidelijk is en dat het uitwerken van de supraregionale en universitaire taken een absolute noodzaak is. De meerderheid van de respondenten is het oneens dat een universitair ziekenhuis een toegevoegde waarde heeft binnen een netwerk (Figuur 14).

Ziekenhuisnetwerken met de aanwezigheid van een Universitair Ziekenhuis zullen beter functioneren.			
helemaal oneens	9	4	meer oneens geworden
oneens	26	41	onveranderd
eens	10	6	meer eens geworden
helemaal eens	6		

Figuur 14: Vraag 16g: Met betrekking tot het eigen ziekenhuisnetwerk: In hoeverre gaat u akkoord met deze uitspraak & hoe is dit geëvolueerd?

In het algemeen zijn er binnen de netwerken spanningen tussen de grote en de kleinere ziekenhuizen. Er is geen duidelijkheid over wat nu precies locoregionale zorgopdrachten zijn, de belangrijkste vragen die hierover blijven terugkeren zijn:

- Blijft het beperkt tot de bestaande werkgroepen geriatrie, spoed en materniteit?
- Zal de financiering voor deze zorgopdrachten op netwerkniveau komen?
- Zullen de erkenningen op netwerkniveau komen?
- Zal het aantal inwoners in een regio mee in rekening worden gebracht voor het toekennen van erkenningen aan een netwerk?

3.3.5 Wat zijn de prioriteiten van de ziekenhuizen voor de ziekenhuisnetwerken van morgen?

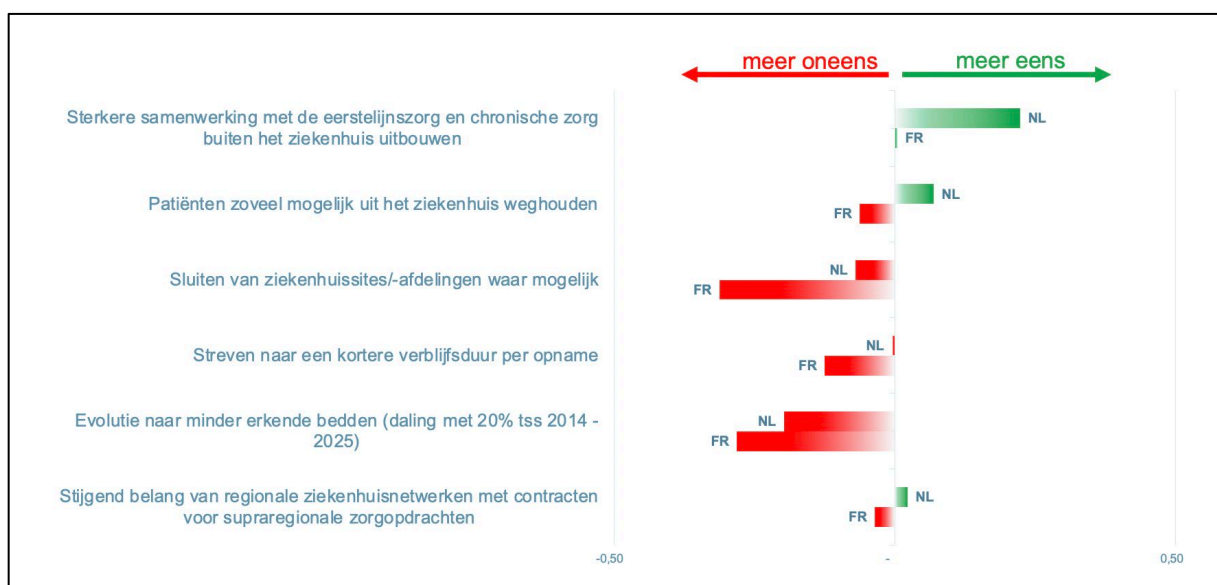
In de vragenlijst werd nagevraagd wat de belangrijkste prioriteiten zijn voor de toekomst (Figuur 15). Voor de ziekenhuizen is het prioritair dat er nu meer samengewerkt wordt op klinisch en medisch vlak. Ook de samenwerking voor de ondersteunende diensten wordt als een volgende prioriteit gezien. Er wordt naar de overheden gekeken om een duidelijk wettelijk en financieel kader uit te bouwen.



Figuur 15: Vraag 12-13: Op welk vlak moet de verdere samenwerking tussen de ziekenhuizen in het netwerk nu verder prioriteit krijgen?

In 2015 stelde toenmalig federaal Minister van sociale zaken en volksgezondheid Maggie De Block een Plan van Aanpak (1) voor, voor de hervorming van het ziekenhuislandschap en de ziekenhuisfinanciering. Wij gingen na in welke mate de verantwoordelijke actoren in het

ziekenhuislandschap op vandaag nog achter de uitgangspunten en doelstellingen van het Plan De Block staan en in hoeverre de COVID-19-crisis hun mening hierover veranderde. Op basis van de antwoorden uit onze vragenlijst stellen we vast dat de gedragenheid van het plan niet groot is. De respondenten zijn het meer oneens dan eens met de standpunten, en dit stelt zich nog scherper voor de Franstalige respondenten. Bijna de enige uitzondering is een sterkere overtuiging rond de samenwerking met de eerste lijn in Vlaanderen. Voor de afbouw van bedden zoals voorgesteld in het KCE-rapport van 2017 is het draagvlak, misschien logischerwijze, sterk uitgehold.



Figuur 16: Vraag 14. In hoeverre bent u door de impact van de COVID-19-crisis nog steeds akkoord met de actiepunten uit het plan van Aanpak van Min. De Block (2015) (1) en uit het KCE-rapport (Ziekenhuiscapaciteit 2025) (6)?

Een andere politieke beslissing – op Vlaams niveau – is de verplichting aan ziekenhuisnetwerken om op netwerkniveau een regionaal zorgstrategisch plan te maken en op het moment van deze vragenlijst en diepte-interviews was er de verplichting om dit tegen 1 juli 2021 in te dienen. Het regionaal zorgstrategisch plan is een plan voor het toekomstige zorgaanbod van de ziekenhuizen dat gebaseerd is op de zorgbehoefte van de inwoners in een regio, met respect voor de keuzevrijheid van de patiënt (43). Dit moet dus niet meer op individueel ziekenhuis-niveau worden gemaakt maar wel op niveau van het netwerk. Meer dan de helft van de respondenten uit onze enquête geeft aan geen idee te hebben wanneer ze hier met hun netwerk zullen in slagen en amper 1 op 3 gaf aan de datum van 1 juli 2021 te zullen halen. Tijdens de redactie van deze scriptie werd de uiterste indiendatum voor de zorgstrategische plannen vooruitgeschoven naar 1 april 2022 (9).

4 Discussie

Onze onderzoeksresultaten tonen aan dat de organisatie van en het werken binnen ziekenhuisnetwerken nog geen algemeen succes is. Ziekenhuisnetwerken blijven vaak theoretische modellen. De COVID-19-crisis heeft dit duidelijk gemaakt. Maar deze crisis heeft er ook voor gezorgd dat de belangrijkste problemen die moeten opgelost worden om wel tot een succesverhaal te komen, nog eens duidelijk naar boven komen. Het is ook noodzakelijk om ziekenhuisnetwerken in het ruime kader te zetten van de hervorming van het volledige zorglandschap.

4.1 De onderzoeksresultaten in breder perspectief geplaatst

Ondanks de kleinere schaal en beperkingen van dit onderzoek kan besloten worden dat de onderzoeksresultaten in lijn liggen met bevindingen die naar voor komen in de gevonden literatuur, de mediaberichten en KCE-studies. Het is vooral interessant om de vergelijking te maken tussen de bevindingen van deze masterproef en het KCE-rapport 335As dat het beheer van de ziekenhuiscapaciteit in België tijdens de eerste golf van de COVID-19-pandemie gaande van maart tot juni 2020 onderzocht (22). Het opzet van deze KCE-studie is niet identiek maar heeft toch deels gelijkaardige aspecten bevraagd in de Belgische ziekenhuizen, ook al is het enkel voor de eerste COVID-19-golf. De aanpak is ook iets anders nl. één uitgebreide vragenlijst per ziekenhuis. Deze masterproef heeft zowel de eerste als de tweede golf geëvalueerd aan de hand van een vragenlijst die uitgestuurd werd naar verschillende zorgprofessionelen in de ziekenhuizen die mogelijks reeds een rol speelden bij de ziekenhuisnetwerken. Anderzijds heeft het KCE een groter aantal diepte-interviews afgenomen bij een bredere doelgroep. Beide studies concluderen dat de ziekenhuizen bij de aanvang van de pandemie op zichzelf terugplooiden omdat de ziekenhuisnetwerken nog niet matuur genoeg bleken te zijn om daadkrachtig te reageren. De ziekenhuizen geven in de KCE-studie ook aan dat samenwerking op netwerkwerkniveau op alle niveaus als pertinent gezien wordt, op één uitzondering na: de opsplitsing van ziekenhuizen in COVID- & niet-COVID-ziekenhuizen. Zoals Figuur 12 aantoont, is het ook uit de vragenlijst van deze masterproef duidelijk dat de organisatie van de niet COVID-19-zorg binnen het ziekenhuisnetwerk een heikel punt was en het grootste aantal antwoorden scoorde op de vraag “had kunnen helpen maar heeft het niet gedaan”. Dit is hoogstwaarschijnlijk omdat het verband houdt met de financiering van het ziekenhuis en de inkomsten van vele artsen.

Deze masterproef geeft een aanvulling op de KCE-studie omdat niet enkel de samenwerking in kaart gebracht wordt maar ook de frequentie en type van de contacten tussen de netwerkpartners nagevraagd zijn. Zoals Figuur 7 aantoont stijgt de frequentie van de contacten en worden ze ook informeler. Uit de diepte-interviews komt naar voor dat contacten vooral geïntensifieerd worden als er al contacten waren voor de covid-periode.

4.2 Vergelijking met andere landen

Netwerkvorming en zorg organiseren binnen netwerken is een concept dat internationaal gedragen wordt. Het kader en de concrete invulling zijn verschillend per land. De problemen van de zorgnetwerken in Nederland zijn vergelijkbaar met deze van de ziekenhuisnetwerken in België: gebrek aan heldere regelgeving, capaciteitsvraagstukken, financiële incentives, onzekerheid, verschillende waarden van zorginstellingen en gebrek aan vertrouwen. De vergelijking met Nederland is interessant omdat er vanuit een ander perspectief wordt gestart. In België worden formele netwerken enkel gezien als netwerken tussen ziekenhuizen (tweede en derde lijn). Dus hoewel het misschien wel initieel de bedoeling was om de samenwerking tussen de lijnen te bevorderen, is een ziekenhuisnetwerk beperkt tot een formele samenwerking tussen acute (d.i. algemene en universitaire) ziekenhuizen. In Nederland worden alle partijen binnen de eerste, tweede en derde lijn en ook binnen de welzijnszorg aangespoord tot onderling samenwerken en gemotiveerd tot vormen van netwerken. Dat betekent eigenlijk een sterke vervaging van de afscheiding tussen eerste, tweede en derde lijn enerzijds en de “cure” en “care” anderzijds. Om samenwerkingsinitiatieven aan te moedigen en te faciliteren, werd hiertoe binnen het departement Volksgezondheid ook een bijzondere taskforce opgericht: Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) (35). Voor de meeste plekken in Nederland werden inmiddels regiobeelden gemaakt die een goed beeld moeten geven van de zorgvraagontwikkeling binnen de regio. Op deze manier wil men de kansen en uitdagingen die er liggen helder in beeld brengen. Maar zelfs met deze toch duidelijk andere insteek, botst men voor een belangrijk deel op dezelfde problemen.

In Nederland worden door de overheid geen verplichte criteria opgelegd wat betreft de vorming van de ziekenhuisnetwerken. In België en Frankrijk speelt de overheid wel een regulerende rol hierin. In tegenstelling met Frankrijk (29) is er in de Belgische wet betreffende de ziekenhuisnetwerken (4) wel een beperkte keuzevrijheid voorzien om het netwerk waartoe een individueel ziekenhuis toetreedt, te kiezen. Vooral in de meer stedelijke gebieden zijn er binnen de geografische beperkingen van de wet enkele opties. De samenwerkingsdomeinen zijn in

Frankrijk duidelijk omschreven en afgelijnd tot enkele domeinen, wat in België ook niet het geval is. De financiële incentives komen in deze studie (29), zowel voor Frankrijk als voor de Verenigde Staten duidelijk naar voor. Het is dus niet verbazend dat de conclusies van vragenlijst en interviews in deze masterproef dit ook naar voor brengen.

4.3 Eerstelijnszorg

Aan het belang van de eerste lijn in het zorglandschap van morgen, wordt niet getwijfeld. De eerste lijn heeft, zeker in Vlaanderen, de voorbije jaren belangrijke stappen gezet om er te staan als solide partner binnen de zorg voor de patiënt. De oprichting van de eerstelijnszones is hier een belangrijk speerpunt. Toch hoorden we dat er ook nog uitdagingen liggen voor deze structuren, de betrokkenheid van de huisartsen binnen de eerstelijnszones moet vergroot worden. De huisarts moet zelf ook evolueren in zijn rol en in zijn relatie tot de arts-specialisten. Dit blijft een heikel punt, recente ontwikkelingen bevestigen dit alweer (40). Bij een vergroten van de kloof tussen de eerste lijn met de huisartsen en de specialisten langs de andere kant, is niemand gebaat. Maar het is ook aan alle actoren uit de eerstelijns om goed de rol van de ziekenhuisnetwerken te begrijpen en daar een actieve bijdrage toe te leveren. Dit is vooral een verwachting of zelfs een vereiste vanuit vooral de kleinere ziekenhuizen. Het werd als volgt verwoord:

***“Het is niet mogelijk om een ziekenhuisnetwerk op te bouwen als de eerstelijnszone niet mee is in de filosofie van de netwerken: een getrapte gezondheidszorg waarbij de eerste lijn samenwerkt met het lokale ziekenhuis en dit lokale ziekenhuis dan met andere, grotere ziekenhuizen binnen of buiten het netwerk. Als de eerste lijn het belangrijk vindt dat ziekenhuizen samenwerken en concentratie van zorg doen, dan moet de deur naar de zorg in het lokale ziekenhuis blijven.*”**

Het is ook aan de overheden om zowel inhoudelijk als structureel die samenwerking te faciliteren. Concreet betekent dit voor de Belgische situatie dat de verdere uittekening van het federale kader voor de ziekenhuizen in lijn zal moeten liggen met de visie vanuit de regionale bevoegdheden die in Vlaanderen al vorm gekregen hebben met de invoering van de eerstelijnszone en de hier nog niet vermelde maar even belangrijke organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Vlaanderen verwacht dat alles geconcretiseerd wordt in een regionaal zorgstrategisch plan waarbij, vertrekkend van de zorgbehoeften, een passend aanbod ontwikkeld wordt door de ziekenhuizen van het netwerk, in afstemming met de eerstelijnszones. Een goede aansluiting tussen de

eerstelijnszones, verenigd in een regionale zorgzone, met de zone van het ziekenhuisnetwerk is dan meer dan aangewezen (44).

4.4 Rol van universitaire ziekenhuizen

Gezien de frequentere tertiaire pathologie in universitaire ziekenhuizen verbaast de vraag naar duidelijkheid over supraregionale zorgopdrachten en referentiecentra niet in de interviews met universitaire centra. Deze onduidelijkheid creëert heel wat spanningen en zorgt ervoor dat er eigenlijk geen constructieve netwerksamenwerking is. Het is zelfs zo dat het bestaan van een ziekenhuisnetwerk door een geïnterviewde als volgt omschreven werd:

“Op dit moment is het ziekenhuisnetwerk een papieren tijger.”

De kleinere ziekenhuizen zijn huiverachtig om patiënten door te geven aan het universitaire ziekenhuis en stellen unilaterale eisen. Tijdens de COVID-periode hadden deze vaak te maken met de eis tot overname van COVID-patiënten om zelf te kunnen doorgaan met niet-COVID-zorg. De pathologie-zwaarte werd hierbij niet besproken. Een netwerk met een universitair ziekenhuis wordt ook altijd geconfronteerd met de spanningen tussen de kleinere en het grote ziekenhuis binnen het netwerk. Vanuit bepaalde netwerken met een universitair ziekenhuis kwam de vraag om de netwerkvorming “on hold” te zetten tot er meer duidelijkheid komt op juridisch vlak. Daarnaast vormt het verschillend statuut van de artsen in universitaire ziekenhuizen, die zoals wettelijk bepaald voor meer dan 90% gesalarieerd moeten zijn, een belemmering om te komen tot overkoepelende artsenassociaties binnen het netwerk en op die manier de mobiliteit van artsen ook niet bevorderen.

Anderzijds kwamen vanuit een kleiner ziekenhuis, zonder universitair ziekenhuis binnen zijn netwerk, de volgende vragen en suggestie:

“Moet elk ziekenhuisnetwerk verplicht worden om een keuze te maken tussen de universitaire partners en telkens aparte contracten afsluiten? Kunnen universitaire ziekenhuizen geen netwerk op zich vormen? Moeten universitaire ziekenhuizen wel deel uitmaken van een ziekenhuisnetwerk en een regionale rol vervullen? De kleinere ziekenhuizen van een netwerk met een universitair ziekenhuis zien hun patiënten in een zwart gat verdwijnen.”

De vraag kan inderdaad terecht gesteld worden of universitaire ziekenhuizen wel een plaats hebben in de locoregionale ziekenhuisnetwerken. We kunnen hierbij ook verwijzen naar de

Beleidsnota gezondheidszorg: perspectief 2030 van prof. Dr. Jan De Maeseneer van 2019 (45) die de universitaire ziekenhuizen in een aparte structuur ziet met een aparte federale financiering. Binnen hun eigen structuur spreken de universitaire ziekenhuizen dan een taakverdeling af m.b.t wetenschappelijk onderzoek en zorgverlening. De derde lijn kunnen we zo definiëren als supraregionale expertisecentra.

4.5 Politiek en beleid

De goede werking van een systeem, dus ook de gezondheidszorg is afhankelijk van de efficiëntie van het bestuursmodel. Het Belgisch model bevat heel wat constructiefouten die een remmende werking uitoefenen op de evolutie naar het nieuwe toekomstgerichte zorgmodel. De opsplitsing van bevoegdheden tussen het federale niveau en het niveau van de gemeenschappen, blijft voor onduidelijkheden zorgen, geeft vertraging en belemmert het behalen van éénduidige doelstellingen. De federaal geïnitieerde ziekenhuisnetwerken sluiten geografisch niet aan bij de eerstelijnszones die onder bevoegdheid van Vlaanderen vallen.

De publicatie uit 2019 van De Regge M. et al (20) lijstte toen reeds een aantal van de punten op die in de vragenlijst en de interviews van deze Masterproef naar voor komen. We kunnen dus concluderen dat de COVID-19-crisis deze gekende pijnpunten in de wet van 2019 scherper naar voor gebracht heeft en dat de aanvullende hervormingen op het vlak van financiering en programmatie zeer dringend geworden zijn.

Ook Jan De Maeseneer vraagt in zijn Beleidsnota Gezondheidszorg (45) een grondige structurele aanpak: “beleidsvoerders stellen vast dat het huis van de gezondheidszorg grondig moet worden herbouwd en dat een simpele verbouwing niet zal volstaan.” De Maeseneer pleit voor een Nationaal Gezondheidssysteem dat voor een fiscale financiering en wettelijk kader zorgt. Vervolgens wordt de organisatie en uitvoering van de gezondheidszorg uitbesteed aan de 3 gewesten. De middelen worden over de gewesten verdeeld op basis van zorgbehoeften/zorgprognoses. Voor dergelijke diepgaande hervorming is continuïteit in het beleid nodig en zijn minimaal 2 legislaturen vereist.

Ook in de studie van De Pourcq et al. (18) is de algemene conclusie dat de Belgische overheid een belangrijk rol speelt in het faciliteren van de samenwerking tussen actoren in de gezondheidszorg. Het is door de COVID-19-crisis duidelijk geworden dat de overheid deze rol met spoed moet opnemen om bij te sturen waar nodig en om de volgende fase te starten.

4.6 Governance en leiderschap

Zoals beschreven in de wetenschappelijke literatuurstudie geeft de publicatie van De Regge, M. et al (21) aan dat het ziekenhuisbestuur van groot belang is en de resultaten van het management en het ziekenhuis beïnvloedt. Hun literatuuronderzoek stelt dat de aanwezigheid van artsen in besturen kan worden geassocieerd met een betere kwaliteit van de zorg, evenals betere financiële prestaties. Dit aspect is reeds aanwezig in de vereisten van de beheersstructuur van het ziekenhuisnetwerk in de huidige wet van de ziekenhuisnetwerken (4).

Een basiselement om van samenwerking een succes te maken is vertrouwen tussen de verschillende partijen. Ziekenhuizen hebben individueel de COVID-19-crisis vrij succesvol doorstaan. Maar dit gebeurde niet door, dankzij of met de netwerkpartners. Het grote manco van de ziekenhuisnetwerken is het tekort aan vertrouwen tussen de individuele ziekenhuizen. Dit wantrouwen is vaak jarenlang gekoesterd omwille van twee redenen: enerzijds de concurrentie tussen de individuele ziekenhuizen in dezelfde geografische regio en anderzijds de verschillende cultuur vanuit hun oorsprong en waardenprofiel. Het onvolledige wettelijk kader en het gebrek aan juridische zekerheid versterken dit wantrouwen in een crisissituatie als deze. Maar er is ook nood aan een nieuw soort leiderschap dat uitgaat van het netwerk en niet van het individuele ziekenhuis. Dit werd uitvoerig toegelicht door Mevr. K. Colman, CEO van een ziekenhuis in een voordracht op 16 mei jl. (46). Het einddoel van de netwerken kan niet zijn dat er enkel op vlak van ondersteunende diensten tussen de ziekenhuizen wordt samengewerkt. Dit 'laaghangend fruit' behoort ongetwijfeld tot de efficiëntiewinsten die er zullen komen maar zijn niet de bestaansredenen van de ziekenhuisnetwerken.

4.7 Financiering

Heel vaak zijn de geciteerde knelpunten te herleiden tot een probleem rond financiering. Gedeeltelijke financiering op netwerk-niveau lijkt een stap in de goede richting maar is vooralsnog geen realiteit. In veel ziekenhuizen huist nog steeds het gevoel dat de verplichting om in netwerken samen te gaan, een verborgen besparingsronde is. Er heerst bij de ziekenhuizen in een netwerk bovendien grote onduidelijkheid rond de consequenties van het overdragen van bepaalde activiteiten naar een ander ziekenhuis binnen het netwerk.

De prestatiegebonden financiering van het Belgisch systeem werkt hier zeker niet bevorderend. Er is geen enkele incentive om activiteiten los te laten in functie van een groter geheel. Nochtans

kunnen de netwerken een mogelijke hefboom en een unieke opportuniteit zijn om de nieuwe en noodzakelijke financieringselementen in te bouwen maar dan moet er duidelijkheid komen (25).

Naast het tekort aan financiële incentives, kunnen erkenningen op vandaag ook enkel op niveau van het individuele ziekenhuis. Dit alles is eenduidig verbonden met de financiering en dus blijft het principe “ieder voor zich” het belangrijkste. In de COVID-crisis werd enkel in de opdrachten van de HSCT op het niveau van de ziekenhuisnetwerken gedacht qua organisatie maar de financiële implicaties ervan worden in het ongewisse gelaten (22). Ook al was dit tijdelijk geweest, het had de mogelijkheid gegeven om een basis te zijn voor een netwerkversterkende aanzet. Een te complexe uitwerking van deze financiële onderbouwing had daarbij zeker moeten vermeden worden maar gezien de complexe ziekenhuisfinanciering en de urgentie van beslissen in crisissituaties is dit niet eenvoudig.

5 Conclusie en aanbevelingen

Met de aanpassing van de Ziekenhuiswet (2) op basis van de wet van 28 februari 2019 (4) is een eerste stap gezet in de richting van nieuwe samenwerkingsvormen voor het Belgische zorglandschap. Daarbij is voor de ziekenhuizen de opstap naar een “verplichte” netwerkstructuur ingezet op nationaal niveau. Gezien de huidige bevoegdheidsverdeling op regionaal niveau, is in Vlaanderen ook de stap gezet naar integratie van eerstelijns- en welzijnszorg (10).

Sinds 1 januari 2020 is ieder ziekenhuis dus volgens de wet verplicht om deel uit te maken van een ziekenhuisnetwerk. Omwille van de COVID-19-pandemie, alsook een aantal wettelijke discussiepunten o.a. Mededingingsautoriteit (12) is de vorming van de ziekenhuisnetwerken nog niet overal gefinaliseerd (3). Het grote deel van de ziekenhuizen was bij de aanvang van de eerste golf al deel van een ziekenhuisnetwerk, ook al waren rechtspersoonlijkheid en statuten nog niet overal gepubliceerd.

Iedereen is ervan overtuigd dat correcte organisatie van de zorg in de toekomst onmogelijk is als men verder werkt op de huidige manier en binnen de silo's zoals die op de dag van vandaag bestaan. Maar ondanks dat, is het ook duidelijk dat de eerste stappen die gezet zijn in de richting van netwerken en verticale integratie, dringend moeten bijgestuurd worden om de weeffouten die erin geslopen zijn op te lossen en de volgende aspecten uit te werken. Door de COVID-19-crisis is dit nog duidelijker en urgenter geworden. Het risico is immers dat er op twee snelheden verder gewerkt wordt en dat niet iedereen evolueert volgens de basisprincipes van het Plan van Aanpak (1): een kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg waarbij de patiënt centraal staat en die voor elke Belg moet kunnen gegarandeerd worden voor de toekomst.

Als conclusie kunnen de knelpunten die COVID-19 accentueert, herleid worden tot 4 punten.



Wetgevend kader

Ziekenhuisnetwerken die reeds voor de publicatie van de wet in 2019 toenadering gezocht hadden, hebben in deze crisis reeds een beperkt voordeel ondervonden van de grotere schaal van het netwerk en hebben een positieve invloed ondervonden. De opgelegde startdatum voor de vorming van de ziekenhuisnetwerken enerzijds en de onduidelijkheden van het huidige wetgevende kader anderzijds hebben als gevolg gehad dat ziekenhuizen soms verplicht samengegaan zijn in een netwerk. Ondanks het feit dat in Vlaanderen, in tegenstelling met Brussel en Wallonië, bijna alle ziekenhuisnetwerken erkend zijn (3), mist men hierdoor vaak een

constructieve opstart of evolutie in de goede richting. Eén van de respondenten formuleerde het als volgt:

“Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen hetgeen een ziekenhuisnetwerk zou kunnen inhouden mocht het goed doordacht zijn en de actuele concretisatie ervan in zijn huidige juridische vorm. De huidige wet is onduidelijk, laat veel te veel ruimte voor interpretatie ook op vlak van erkenningscriteria door de Gemeenschappen (probleem van de zesde staatshervorming).”

We pleiten ervoor dat de federale overheid de mogelijkheid die voorzien is in de huidige wet gebruikt om de doelstellingen van de gestarte ziekenhuishervorming en de te bereiken resultaten te verduidelijken.

Zorgopdrachten

Daarnaast is er dringend nood aan de definiëring van de loco- en supraregionale zorgopdrachten, evenals van de universitaire taken in het algemeen en binnen de netwerken. Kleinere ziekenhuizen verwachtten te vaak dat grote ziekenhuizen de oplossing zouden brengen. Vooral binnen de universitaire ziekenhuizen gaf dit veel ontevredenheid. Ons advies is dat de universitaire ziekenhuizen beter geen deel uitmaken van een netwerk en dus ook slechts een beperkte rol hebben op het vlak van de locoregionale zorgopdrachten. Zij zouden eventueel zelfs een apart netwerk van universitaire ziekenhuizen met een aparte financiering kunnen vormen. Hun hoofdtaken zouden onderzoek en ontwikkeling, innovatie en opleiding zijn. Gespecialiseerde zorg hoort dan in de universitaire ziekenhuizen maar niet de basiszorg.

Financiering

Er moet een financiering uitgewerkt worden die deels ook op niveau van de ziekenhuisnetwerken komt te liggen. Er is geen kader dat incentives biedt aan een ziekenhuis om delen van hun activiteiten af te geven aan het netwerk. Daarnaast moet die financiering ook de verticale integratie van zorgopdrachten ondersteunen en aldus breder gaan dan enkel de ziekenhuisfinanciering. Wij sluiten ons aan bij het principe van de schoktherapie (25) waarbij een financiering a.d.h.v. bundled payments met focus op resultaten i.p.v. structuren wordt uitgewerkt. De nadruk moet liggen op financiering van een zorgnetwerk en niet enkel focussen op het klinisch netwerk. Deze hervorming laat toe om de ziekenhuisnetwerken een nieuwe rol hierin te geven en om de verticale integratie met andere zorgactoren in te bouwen.



De hervorming van het ziekenhuislandschap moet samengaan met en afgestemd worden op de andere zorgactoren. Hoewel er een constructieve samenwerking tot stand kwam tijdens de covid-crisis tussen de ziekenhuizen en de eerste lijn, tekenden zich ook een aantal problemen scherp af. De belangrijkste te vermelden pijnpunten zijn het feit dat ziekenhuisnetwerken geografisch niet overeenkomen met de eerstelijnszones en de complexiteit rond de verdeelde bevoegdheden tussen het federaal niveau en de gemeenschappen. Aansluiting met de eerstelijnszorg en de bredere integratie van de ziekenhuisnetwerken is cruciaal voor het uitwerken van een kwaliteitsvol en waardegedreven toekomstig zorgmodel. Vermits zowel het ziekenhuislandschap als de eerstelijnszones ondertussen officieel vorm gekregen hebben in Vlaanderen, is een grondige studie nodig om de mogelijke opties voor een betere afstemming uit te werken. De link met de geestelijke gezondheidszorg mag hierbij eveneens niet vergeten worden. Het doorschuiven van meer ziekenhuisbevoegdheden naar de gemeenschappen is hier dan ook aan de orde. Voor wat de gezondheidszorg betreft, is de zesde staatshervorming aan een herexamen toe (47).

Enkel als bovenstaande 4 knelpunten op korte termijn weggewerkt worden, kan vermeden worden dat het wantrouwen tussen de verschillende partners nog verder toeneemt.

In lijn met de beleidsnota van prof. dr. De Maeseneer (45) bevelen wij een disruptieve innovatie aan die start vanuit een nieuwe structuur en die de bovenstaande 4 knelpunten integreert. Een federale overheid die enkel nog in staat voor het fiscaal innen van het benodigde budget en het vastleggen van de hoofdobjectieven. De gemeenschappen in ons land worden vervolgens volledig verantwoordelijk voor de realisatie van het gezondheidsbeleid en het verder decentraliseren naar regio's, steden en gemeenten.

“Wat we nastreven, leggen we in grote lijnen federaal vast. Hoe we dit realiseren, zal in belangrijke mate decentraal gebeuren.” (48)

Het Nederlands model met regionale aanpak dat vertaald wordt in de beweging ‘Juiste Zorg op de Juiste Plek’ (35), zou hier dan perfect kunnen worden op toegepast. Op deze manier ontstaan zorgnetwerken die het aspect ziekenhuisnetwerk ver overstijgen. Zonder tekort te willen doen aan het belang van ziekenhuizen binnen de organisatie van onze zorg, was het wellicht een te éézijdige insteek om de herorganisatie van ons zorglandschap primair in handen van de ziekenhuizen te leggen en de ziekenhuisnetwerken te zien als de drijvende en inspirerende kracht van een nieuw zorgmodel. De regiobenadering in Nederland toont aan dat er op basis van een samenwerking tussen alle partners in het zorglandschap, inclusief de ziekenhuizen, wel

belangrijke stappen naar geïntegreerde en toekomstbestendige zorg gezet kunnen worden. Ziekenhuisnetwerken zouden dan een wezenlijk deel uitmaken van performante waardegedreven zorgnetwerken waarin de patiënt en zijn gezondheid centraal staan.

Als globale conclusie van deze masterproef kan gesteld worden dat er duidelijke noodkreten zijn vanuit de ziekenhuisnetwerken aan de Belgische overheden om prioriteit te geven aan het oplossen van de knelpunten die COVID-19 bloot gelegd heeft. COVID-19 creëerde het momentum én de hoogdringendheid hiervoor.

6 Referentielijst

1. De Block M. PLAN VAN AANPAK HERVORMING ZIEKENHUISFINANCIERING [Internet]. 2015 [cited 2021 Apr 6]. Available from: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/plan_aanpak_ziekenhuisfinanciering.pdf
2. 10 JULI 2008. - Gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen [Internet]. 2008. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/img_l/pdf/2008/07/10/2008A24327_N.pdf
3. Selleslagh P. Bijna alle ziekenhuisnetwerken erkend in Vlaanderen [Internet]. 2021. Available from: <https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/bijna-alles-netwerken-erkend-in-vlaanderen.html>
4. 28 FEBRUARI 2019. - Wet tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft [Internet]. 2019. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2019022807&table_name=wet
5. Visienota inzake de hervormingen en rationalisering in de ziekenhuissector. Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid De Block [Internet]. 2016 [cited 2021 Apr 11]. Available from: <https://www.asgb.be/sites/default/files/wp/2016/10/201610241.Visienota-minister-De-Block.pdf>
6. M. De Block M van SZ en V. Governance van klinische ziekenhuisnetwerken Conceptnota in het kader van de ziekenhuishervorming. 2016.
7. Sermeus W. Management en beleid in de gezondheidszorg: een wegwijs voor zorgverleners. Uitgeverij Acco. 2019.
8. Besluit van de Vlaamse Regering van 13 januari 2017 betreffende de thematische zorgstrategische planning - BS 21 maart 2017). 2017.
9. Colson W. Zorgstrategische planning opnieuw uitgesteld [Internet]. 2021. Available from: https://www.artsenkrant.com/actueel/zorgstrategische-planning-opnieuw-uitgesteld/article-normal-54301.html?utm_source=Newsletter-

26/04/2021&utm_medium=Email&utm_campaign=Newsletter-RNBAK&

10. Decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders [Internet]. 2019. Available from: <https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1031719¶m=informatie>
11. De Standaard. Kent u de acht ministers van Volksgezondheid in ons land? 2020 [Internet]. Available from: https://www.standaard.be/cnt/dmf20201123_95759175
12. Auditoraat Belgische Mededingingsautoriteit. Positie van het auditoraat van de Belgische Mededingingsautoriteit betreffende de toepassing van de concentratiecontrole op locoregionale ziekenhuisnetwerken I. Inleiding [Internet]. [cited 2021 Apr 10]. Available from: <http://www.mededinging.be>
13. BELGISCHE KAMER VAN, VOLKSVERTEGENWOORDIGERS. ALGEMENE BELEIDSNOTA Economie [Internet]. 2020 [cited 2021 May 2]. Available from: <https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/1580/55K1580013.pdf>
14. CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS COMPTE RENDU INTEGRAL INTEGRAAL VERSLAG SÉANCE PLÉNIÈRE PLENUMVERGADERING 18-03-2021 [Internet]. 2021 [cited 2021 May 2]. Available from: <https://www.dekamer.be/doc/PCRI/pdf/55/ip093.pdf>
15. Wet tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de toepassing van de voorafgaande controle op concentraties van de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft [Internet]. 2021. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2021/04/16_1.pdf#Page12
16. De Pourcq K, De Regge M, Callens S, Coëffé M, Van Leuven L, Gemmel P, et al. Governancemodellen voor samenwerking tussen ziekenhuizen – Synthese (KCE Report 277A) [Internet]. 2016 [cited 2021 Apr 11]. Available from: www.kce.fgov.be
17. Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker Zorgvuldig Advies P, et al. Benodigde ziekenhuiscapaciteit in 2025 en criteria voor aanbodbeheersing van complexe kankerchirurgie, radiotherapie en materniteit – Synthese (KCE rapport 289As) [Internet]. 2017 [cited 2021 Apr 11]. Available from: www.kce.fgov.be
18. De Pourcq K, De Regge M, Van den Heede K, Van de Voorde C, Gemmel P, Eeckloo

- K. Hospital networks: how to make them work in Belgium? Facilitators and barriers of different governance models. *Acta Clin Belgica Int J Clin Lab Med*. 2018 Sep 3;73(5):333–40.
19. De Brún A, McAuliffe E. Social network analysis as a methodological approach to explore health systems: A case study exploring support among senior managers/executives in a hospital network. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Mar 13;15(3).
 20. De Regge M, De Pourcq K, Van de Voorde C, Van den Heede K, Gemmel P, Eeckloo K. The introduction of hospital networks in Belgium: The path from policy statements to the 2019 legislation. *Health Policy (New York)*. 2019 Jul 1;123(7):601–5.
 21. De Regge M, Eeckloo K. Balancing hospital governance: A systematic review of 15 years of empirical research. Vol. 262, *Social Science and Medicine*. Elsevier Ltd; 2020.
 22. Van de Voorde C, Lefèvre M, Mistiaen P, Detollenaere J, Kohn L, Van den Heede K. Het beheer van de ziekenhuiscapaciteit in België tijdens de eerste golf van de COVID-19 pandemie – Synthese (KCE REPORT 335As) [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 29]. Available from: www.kce.fgov.be
 23. Van de Voorde C, Lefèvre M, Mistiaen P, Detollenaere J, Kohn L, Van den Heede K. ASSESSING THE MANAGEMENT OF HOSPITAL SURGE CAPACITY IN THE FIRST WAVE OF THE COVID-19 PANDEMIC IN BELGIUM (KCE REPORT 335) [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 29]. Available from: www.kce.fgov.be
 24. Verrijken G. Covid-19 heeft de netwerken gevuld. 2020; Available from: <https://www.artsenkrant.com/actueel/covid-19-heeft-de-netwerken-gevuld/article-normal-50747.html>
 25. Antares pleit voor schoktherapie. *Spec* [Internet]. Available from: <https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/antaresrapport-ziekenhuisfinanciering-pleit-voor-schoktherapie.html>
 26. Portella E, Le Grand S, Van Uytven M BJ. Vergelijkende analyse van de financieringsmethoden voor ziekenhuizen en de toekomstperspectieven voor België [Internet]. 2020. Available from: <https://www.antares-consulting.com/nl/vergelijkende-analizer-van-de-financieringsmethode-voor-ziekenhuizen-en-toekomstperspectieven-voor-belgie/>

27. Hendrickx J. Waarom ziekenhuisnetwerken misschien niet de juiste oplossing zijn. 2020;2–4. Available from: <https://coverton.be/blog/2019/11/02/waarom-ziekenhuisnetwerken-misschien-niet-de-juiste-oplossing-zijn/>
28. Chhabra KR, Dimick JB. Hospital networks and value-based payment: Fertile ground for regionalizing high-risk surgery. Vol. 314, JAMA - Journal of the American Medical Association. American Medical Association; 2015. p. 1335–6.
29. Field RI, Keller C, Louazel M. Can governments push providers to collaborate? A comparison of hospital network reforms in France and the United States. Vol. 124, Health Policy. Elsevier Ireland Ltd; 2020. p. 1100–7.
30. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. France; 2016. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000031916348/2016-01-28/>
31. Kiers B. Mark Kramer: 'SEH VUmc blijft nog jaren open' [Internet]. Zorgvisie. 2021. Available from: https://www.zorgvisie.nl/mark-kramer-seh-vumc-blijft-nog-jaren-open/?utm_medium=email&utm_source=20210223_zorgvisie_nieuwsbrief_dagelijks&utm_campaign=NB_Zorgvisie&tid=TIDP770093X36B99A35B66C4EDF988AC0E94A68AEEFYI4
32. Nazionale E. Nederland: sommige ziekenhuizen gaan failliet, anderen niet - Actueel - Artsenkrant.com [Internet]. 2018 [cited 2021 May 16]. Available from: <https://www.artsenkrant.com/actueel/nederland-sommige-ziekenhuizen-gaan-failliet-anderen-niet/article-normal-35409.html>
33. Schrijvers G. Blog : De tien geboden voor ziekenhuisnetwerken. 2018; Available from: <https://www.zorgvisie.nl/blog/blog-de-tien-geboden-voor-ziekenhuisnetwerken/>
34. Beleidsregel van de minister medische zorg van 24 september 2020, kenmerk 1747388-2100365-CZ, houdende het subsidiëren van regionale zorgnetwerken ABR (Beleidsregel subsidiëring regionale zorgnetwerken ABR). 2020; Available from: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2020-50781.html>
35. Taskforce rapport Juiste Zorg op de Juiste Plaats (JZOJP) [Internet]. Available from: https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/.uc/f77a003da010203e65200c75ca70253d78dcb0a13a7d700/Taskforce_rapport_JZOJP.pdf
36. Zorgnetwerken die werken. Available from: https://netwerkpalliatievezorg.nl/Portals/137/Jaarrapportages/documenten_behorend

bij meerjarenbeleidsplan/eBook Zorgnetwerken die werken.pdf?ver=LpmdWMSx9WjDAAEW39cb4Q%3D%3D

37. Samenwerken in regionale netwerken - webinar 180521 [Internet]. Available from: https://channel.royalcast.com/landingpage/bsl/20210518_1/
38. Kuipers: corona versnelt netwerkvorming in ziekenhuiszorg [Internet]. 2021. Available from: [https://www.skipr.nl/nieuws/kuipers-corona-versnelt-netwerkvorming-in-ziekenhuiszorg/?daily=1&utm_medium=email&utm_source=20210118 skipr daily nieuwsbrief - &utm_campaign=NB_SKIPR&tid=TIDP741356XDAAE852E67E34C8BBE1473A81007 8118YI4](https://www.skipr.nl/nieuws/kuipers-corona-versnelt-netwerkvorming-in-ziekenhuiszorg/?daily=1&utm_medium=email&utm_source=20210118%20skipr%20daily%20nieuwsbrief-%20&utm_campaign=NB_SKIPR&tid=TIDP741356XDAAE852E67E34C8BBE1473A810078118YI4)
39. Domus Medica_Het is op. Available from: <https://www.domusmedica.be/actueel/het-op>
40. Huisartsen en specialisten:terug naar af? Spec [Internet]. 2021; Available from: <https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/huisartsen-en-specialisten-terug-naar-af-domus-medica.html>
41. Eerste golf overspoelde de netwerken. Available from: <https://www.artsenkrant.com/magazine/eerste-golf-overspoelde-de-ziekenhuizen/article-normal-50889.html>
42. Selleslagh P. Veel moet beter. Spec [Internet]. 2018; Available from: [https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/general/De specialist enquête-pages-1-4.pdf](https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/general/De%20specialist%20enquête-pages-1-4.pdf)
43. Nota nieuw Vlaams ziekenhuislandschap. Available from: [https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/08072016_Nota_Nieuw Vlaams Ziekenhuislandschap.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/08072016_Nota_Nieuw%20Vlaams%20Ziekenhuislandschap.pdf)
44. Callens S, Annemans L, De Ploey W, De Rycke R, De vriendt E, Dierickx N, et al. Helping people live the healthiest lives possible [Internet]. 2019 [cited 2021 May 1]. Available from: <https://lirias.kuleuven.be/2783826>
45. De Maeseneer J. Beleidsnota gezondheidszorg : perspectief 2030 De gezondheidszorg in België in 2030 : “ Anders , of meer van Naar een gedecentraliseerde gezondheidszorg in een solidaire samenleving . 2019;(september):1–48. Available from: https://vwgc.be/wp-content/uploads/2019/09/BELEIDSNOTA-GEZONDHEIDSZORG_JDM_17092019.pdf

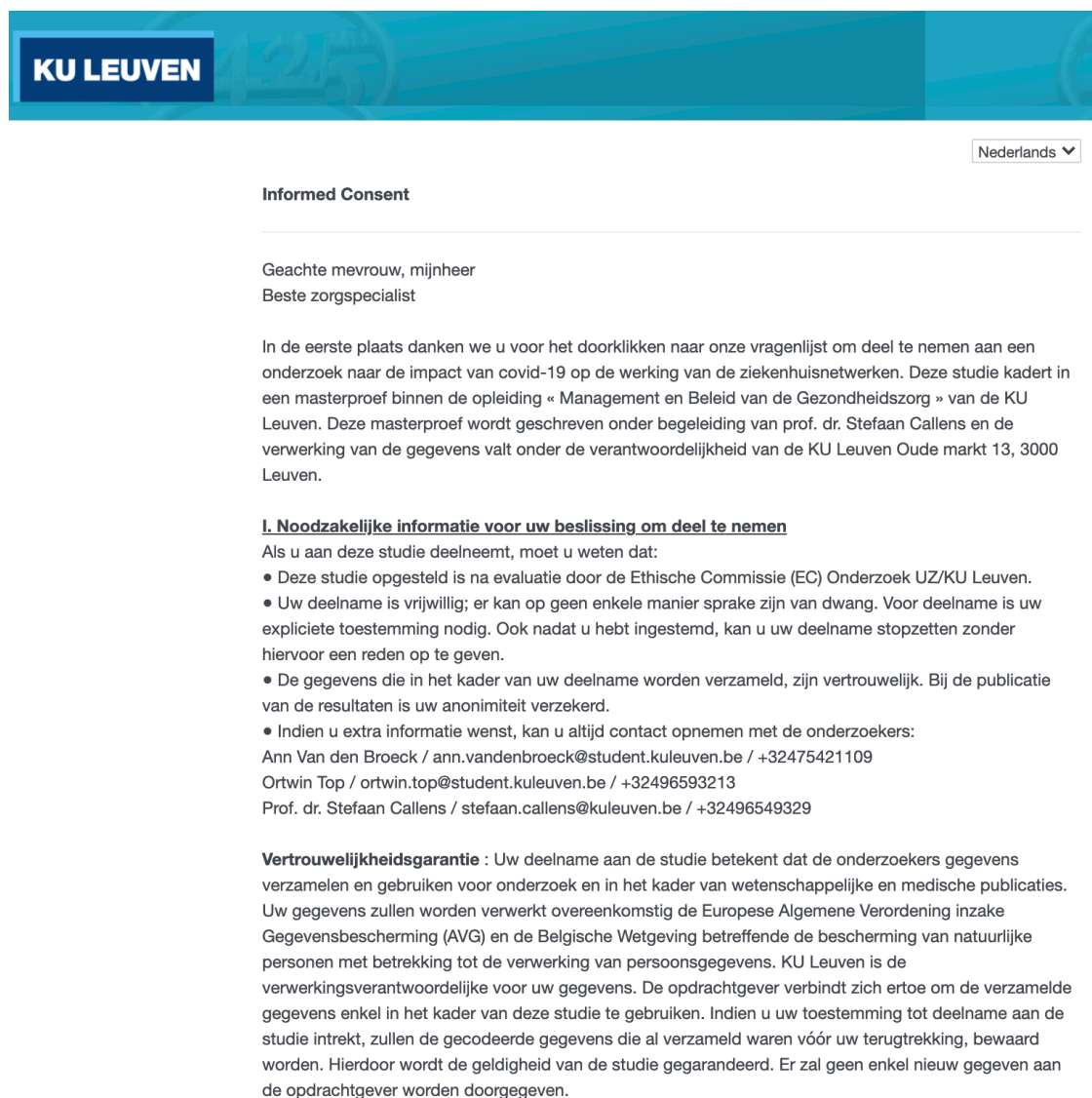
46. Colman K. Leiderschap in de ziekenhuisnetwerken van de toekomst. In 2021.
47. Maak van gezondheidszorg een regionale bevoegdheid. Available from:
<https://www.tijd.be/opinie/algemeen/maak-van-gezondheidszorg-een-regionale-bevoegdheid/10223572.html>
48. Tijd voor een nieuw gezondheidsbeleid. Available from:
https://www.standaard.be/cnt/dmf20200524_04970041?articlehash=A84923766E30F14F211D60EF938491947F0151AD0E807DD44C799CEEC51EA31DE904028B017C3DCD21F7B44F01FE400E70C3547A18593956D29CDF420FC3F968

7 Bijlagen

1. Online via Qualtrics gepubliceerde vragenlijst
2. Informed Consent Vragenlijst
3. Informed Consent Interview
4. Lijst van ziekenhuisnetwerken en de ziekenhuizen die ertoe behoren
5. Brief Domus Medica

Franstalige versies kunnen aangevraagd worden bij Ortwin Top en Ann Van den Broeck

Bijlage 1: Online via Qualtrics gepubliceerde vragenlijst



The screenshot shows the top part of a Qualtrics questionnaire. At the top left is the 'KU LEUVEN' logo. On the right, there is a language dropdown menu set to 'Nederlands'. The main title of the questionnaire is 'Informed Consent'. Below this, the recipient is addressed as 'Geachte mevrouw, mijnheer Beste zorgspecialist'. The introductory text explains that the survey is part of a master's thesis on the impact of COVID-19 on hospital networks at KU Leuven, supervised by Prof. Dr. Stefaan Callens. The first section, 'I. Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen', lists key information: the study is approved by the Ethical Committee, participation is voluntary, data is confidential, and contact information for the researchers (Ann Van den Broeck, Ortwin Top, and Prof. Dr. Stefaan Callens) is provided. A 'Vertrouwelijkheidsgarantie' (Confidentiality Guarantee) section follows, stating that data will be used for research and published in scientific journals, and that it will be protected according to the GDPR and Belgian law.

II Geïnfomeerde toestemming

Ik verklaar dat ik geïnfomeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument ervan. Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan. Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake. In bijlage vindt u de volledige tekst van de informatie aan de deelnemer.

[Informed Consent_NL.pdf](#)

- Ja, ik ga akkoord
- Nee, ik ga niet akkoord

Skip To: End of Survey If Geachte mevrouw, mijnheer Beste zorgspecialist In de eerste plaats danken we u voor het doorklikk... = Nee, ik ga niet akkoord

End of Block: Informed Consent

Start of Block: algemene vragen

Q2.1 1. Wat is uw huidige functie?

- Bestuurder
 - CEO / Algemeen directeur
 - Medisch directeur
 - Voorzitter medische raad
 - Directeur HR / Directeur Zorg
 - Directeur apotheek / logistiek
 - Diensthoofd
 - Arts Specialist
 - Stafmedewerker Directie
 - Andere functie _____
-

Q2.2 2. Tot welk ziekenhuisnetwerk behoort uw ziekenhuis?

▼ Briant ... ZNG

Q2.3 3. Hoe sterk is het bestaan van het ziekenhuisnetwerk voelbaar in uw functie?

	Niet	Weinig	Matig	Sterk
Vóór COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens de 1e golf (maart-april '20)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens de 2e golf (oktober- november '20)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q2.4 4. Voor hoeveel procent van uw tijd bent u zelf concreet betrokken bij het functioneren van het ziekenhuisnetwerk (zowel administratief of samenwerking met de diensten van de andere ziekenhuizen)?

	0%	0-25%	25-50%	> 50%
Vóór COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens de 1e golf (maart-april '20)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens de 2e golf (oktober- november '20)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q2.5 5. Hoe frequent had u contact met de andere ziekenhuizen binnen uw netwerk en onder welke vorm gebeurde dit?

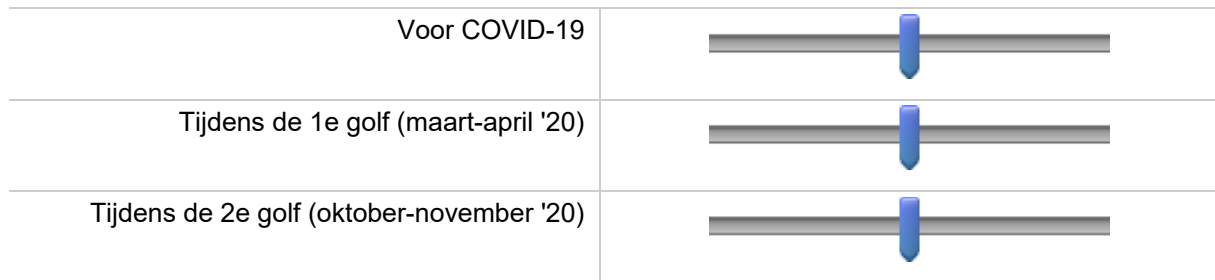
Per lijn zijn 3 antwoorden mogelijk

	Hoe frequent had u contact met de andere ziekenhuizen binnen uw netwerk?				Onder welke vorm gebeurde dit?	
	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks	Nooit	formeel (bv. vergaderingen)	informeel (bv. mail/telefoon/bericht)
Vóór COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tijdens de 1e golf (maart-april '20)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tijdens de 2e golf (oktober-november '20)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3.1 6. Hoe beoordeelt u de mate van samenwerking tussen uw ziekenhuis en de eerstelijnszone ?

geen samenwerking intense samenwerking

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



End of Block: algemene vragen

Start of Block: COVID-19-vragen

Q3.2 In de vragen van 7 t/m 10 gebruiken we dezelfde lijst van 10 onderwerpen (A - J). Klik op de items en versleep ze volgens de prioriteit die u eraan wenst te geven.

7. Tijdens de **1e golf (maart-april'20)**: wat waren de belangrijkste COVID-19-problemen binnen uw ziekenhuis? Kan u onderstaande punten rangschikken van 1 (meest belangrijk) tot 10 (minst)?

- _____ A. Beschermingsmateriaal
- _____ B. Personeelsbezetting (verpleegkundigen e.a.)
- _____ C. Personeelsuitval (ziekte, burn out, ..)
- _____ D. Artsen (met de juiste specialisatie)
- _____ E. Kennis over covid-19
- _____ F. Geneesmiddelen & Medische apparatuur
- _____ G. Infrastructuur (triage locatie/aparte patiëntenstromen/extra afdelingen ..)
- _____ H. Organisatie van de niet-covid-19 zorg
- _____ I. Creëren van nieuwe procedures
- _____ J. Ziekenhuiscommunicatie & beslissingen

Q3.3 8. Kan u dezelfde covid-19 gerelateerde onderwerpen van de vorige vraag, **voor de 2e golf (oktober-november'20)** ook rangschikken van meest (1) naar minst (10) belangrijk voor uw ziekenhuis?

- _____ A. Beschermingsmateriaal
 - _____ B. Personeelsbezetting (verpleegkundigen e.a.)
 - _____ C. Personeelsuitval (ziekte, burn out, ..)
 - _____ D. Artsen (met de juiste specialisatie)
 - _____ E. Kennis over covid-19
 - _____ F. Geneesmiddelen & Medische apparatuur
 - _____ G. Infrastructuur (triage locatie/aparte patiëntenstromen/extra afdelingen ..)
 - _____ H. Organisatie van de niet-covid-19 zorg
 - _____ I. Creëren van nieuwe procedures
 - _____ J. Ziekenhuiscommunicatie & beslissingen
-

Q3.4 9. Welke invloed heeft uw ziekenhuisnetwerk gehad op deze 10 covid-19 gerelateerde onderwerpen?

	1e golf (Maart-April)		2e golf (Oktober-November)	
	geen invloed	positieve invloed	geen invloed	positieve invloed

A.				
Beschermingsmateriaal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Personeelsbezetting (verpleegkundigen e.a.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. Personeelsuitval (ziekte, burn out, ..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. Artsen (met de juiste specialisatie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E. Kennis over covid-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F. Geneesmiddelen & Medische apparatuur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G. Infrastructuur (triage locatie/aparte patiëntenstromen/extra afdelingen ..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H. Organisatie van de niet-covid-19 zorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I. Creëren van nieuwe procedures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J.				
Ziekenhuiscommunicatie & beslissingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q3.5 10. Op welk vlak had uw ziekenhuisnetwerk volgens u kunnen helpen maar is het (om één of andere reden) niet zo gelopen?

	1e golf (Maart - April) - had kunnen helpen - is NIET gebeurd	2e golf (Oktober-November) - had kunnen helpen - is NIET gebeurd
A. Beschermingsmateriaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Personeelsbezetting (verpleegkundigen e.a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Personeelsuitval (ziekte, burn out, ..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Artsen (met de juiste specialisatie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Kennis over covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Geneesmiddelen & Medische apparatuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Infrastructuur (triage locatie/aparte patiëntenstromen/extra afdelingen ..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Organisatie van de niet-covid-19 zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Creëren van nieuwe procedures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Ziekenhuiscommunicatie & beslissingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3.6 11. In welke mate hebben onderstaande externe factoren de covid-19 problemen in uw ziekenhuis verergerd?

	1e golf (Maart-April)				2e golf (Oktober-November)			
	niet	weinig	matig	sterk	niet	weinig	matig	sterk
Maatregelen van de overhe(i)d(en)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maatregelen van de buurlanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maatregelen van de EU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

End of Block: covid-19 vragen

Start of Block: strategie en toekomst

Q4.1

In de vragen 12 en 13 gebruiken we een lijst van 8 onderwerpen (A - H). Klik op de items en versleep ze volgens de prioriteit die u eraan wenst te geven.

12. Op welk vlak moet de verdere samenwerking tussen de ziekenhuizen in het netwerk nu

verder prioriteit krijgen, los van de politieke beslissingen? Kan u onderstaande punten rangschikken van 1 (meest belangrijk) tot 8 (minst)?

- _____ A. HR / personeel
 - _____ B. Logistiek / apotheek / biotechniek
 - _____ C. Klinisch / medisch / therapeutisch
 - _____ D. Patiëntentransport
 - _____ E. Transversaal naar de eerstelijns
 - _____ F. Ambulante zorg georganiseerd door het ziekenhuis
 - _____ G. Governance / bestuurlijk vlak
 - _____ H. Financiële afspraken tussen de ziekenhuizen
-

Q4.2 13. Welke prioriteit moet er op politiek vlak gevolgd worden? (hoogste prioriteit = 1 & laagste prioriteit = 8) Kan u onderstaande punten rangschikken van 1 (meest belangrijk) tot 8 (minst)?

- _____ A. HR / personeel
 - _____ B. Logistiek / apotheek / biotechniek
 - _____ C. Klinisch / medisch / therapeutisch
 - _____ D. Patiëntentransport
 - _____ E. Transversaal naar de eerstelijns
 - _____ F. Ambulante zorg georganiseerd door het ziekenhuis
 - _____ G. Governance / bestuurlijk vlak
 - _____ H. Financiële afspraken tussen de ziekenhuizen
-

Q4.3 14. In hoeverre bent u door de impact van de covid-19 crisis nog steeds akkoord met de actiepunten uit het Plan van Aanpak van toenmalig Minister De Block (2015) en uit het KCE-rapport (Ziekenhuiscapaciteit 2025)?

	helemaal niet meer	minder akkoord	evenveel	meer akkoord	veel meer
Stijgend belang van regionale ziekenhuisnetwerken met contracten voor supraregionale borgopdrachten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evolutie naar minder erkende bedden (daling met nog. 20% van 2014 naar 2025 tot 40.000 bedden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Streven naar een kortere verblijfsduur per opname	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sluiten van ziekenhuissites/-afdelingen waar mogelijk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patiënten zoveel mogelijk uit het ziekenhuis weghouden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sterkere samenwerking met de eerstelijnszorg uitbouwen, alsook chronische zorg volledig buiten het ziekenhuis positioneren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q4.4 15. Met betrekking tot uw eigen ziekenhuis:

	In hoeverre gaat u akkoord met onderstaande uitspraken (graag uw mening van helemaal oneens tot helemaal eens)?				Hoe is dit geëvolueerd t.o.v. de periode vóór covid-19 (meer oneens geworden - meer eens geworden)?		
	helemaal oneens	oneens	eens	helemaal eens	meer oneens geworden	onveranderd	meer eens geworden
<p>Als autonoom ziekenhuis kunnen wij de covid-19 pandemie beter verwerken als dat in een netwerk kan.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Ik vrees dat de waarden van mijn eigen ziekenhuis verloren zullen gaan in het ziekenhuisnetwerk.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q4.5 16. Met betrekking tot uw ziekenhuisnetwerk:

	In hoeverre gaat u akkoord met onderstaande uitspraken (graag uw mening van helemaal oneens tot helemaal eens)?				Hoe is dit geëvolueerd t.o.v. de periode vóór covid-19 (meer oneens geworden - meer eens geworden)?		
	helemaal oneens	oneens	eens	helemaal eens	meer oneens geworden	onveranderd	meer eens geworden
Ik zie wantrouwen tussen de verschillende ziekenhuizen als grootste belemmering voor de verdere samenwerking in een ziekenhuisnetwerk.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben ervan overtuigd dat het grotendeels wegvallen van de huidige concurrentie tussen ziekenhuizen in ziekenhuisnetwerken op lange termijn een negatief effect zal hebben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het is vanuit mijn functie vandaag al helemaal duidelijk hoe ziekenhuisnetwerken in de toekomst zullen functioneren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De patiënt zal een hogere kwaliteit van zorg krijgen binnen een ziekenhuisnetwerk.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De financieringsproblematiek van een individueel ziekenhuis zal beter aangepakt kunnen worden binnen een ziekenhuisnetwerk.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Covid-19 heeft getoond dat ziekenhuisnetwerken noodzakelijk zijn om efficiënte en innovatieve zorg te kunnen blijven verlenen.

Ziekenhuisnetwerken met de aanwezigheid van een Universitair ziekenhuis zullen beter functioneren.

Ik ben nu - na de covid-19 periode - meer overtuigd van het nut van ziekenhuisnetwerken in het algemeen.

Ik ben ervan overtuigd dat we dankzij het ziekenhuisnetwerk nu wel voorbereid zijn op een volgende pandemie.

Q4.6 17. Wanneer zal het zorgstrategisch plan voor uw ziekenhuisnetwerk -tijdens deze drukke covid-19 periode- kunnen gefinaliseerd worden?

- geen idee
 - 1 juli 2021 (op basis van voorstel Vlaamse Gemeenschap)
 - eind 2021
 - niet voor 2022
-

Q4.7 18. Heeft u nog een bijkomende bemerking of vindt u dat wij, onderzoekers, een bepaald aspect vergeten zijn, dan lezen we dit graag in onderstaande veld:

End of Block: strategie en toekomst

Start of Block: einde van de vragenlijst

Q5.1 Wij danken u van harte voor uw deelname aan deze vragenlijst. Wij waarderen ten zeerste uw kostbare tijd en mening. In fase 2 zullen wij de resultaten van deze vragenlijst verder uitdiepen in persoonlijke interviews. Bent u geïnteresseerd om aan een diepte-interview deel te nemen, dan kan u uw gegevens hieronder inbrengen. Ontvangt u graag de conclusies van ons onderzoek, dan kan u eveneens uw gegevens hieronder doorgeven. Alle antwoorden uit bovenstaande vragenlijst zullen anoniem geanalyseerd worden. Mocht er op basis van de publicatie toch een verband gelegd kunnen worden, zal hiervoor vooraf expliciet toestemming gevraagd worden of zal de specificatie weggelaten worden uit de publicatie. Wenst u uw interesses door te geven niet gekoppeld aan deze vragenlijst, dan kan dit eveneens via een mailtje aan: Ann Van den Broeck

/ ann.vandenbroeck@student.kuleuven.be / +32475421109Ortwin Top

/ ortwin.top@student.kuleuven.be / +32496593213

Wenst u deel te nemen aan een diepte-interview of ontvangt u graag de conclusies van dit

onderzoek, kies dan Ja en dan wordt u doorverbonden met een 2e vragenlijst waarin u anoniem uw gegevens kan achterlaten voor één of beide opties.

- Ja
- Neen

End of Block: einde van de vragenlijst

Bijlage 2:

INFORMED CONSENT deel I: VRAGENLIJST

Exemplaar voor de deelnemer

Titel van de studie: Impact van covid-19 op ziekenhuisnetwerken

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Ethisch comité: EC Onderzoek UZ/KU Leuven

Onderzoekers: Ann Van den Broeck (ann.vandenbroeck@student.kuleuven.be) – Ortwin Top (ortwin.top@student.kuleuven.be)

Promotor: Prof. Dr. Stefaan CALLENS (stefaan.callens@kuleuven.be)

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de impact van covid-19 op de werking van ziekenhuisnetwerken. Deze masterproef heeft de bedoeling om zowel de positieve als de negatieve impact van covid-19 op het werken binnen ziekenhuisnetwerken naar boven te brengen en te analyseren. Er zal specifiek gekeken worden hoe een brede groep van stakeholders binnen de ziekenhuisnetwerken dit hebben ervaren (ziekenhuisdirecties, diensthoofden, artsen en in de mate van het mogelijke ook leden Raad van Bestuur en andere beleidsmakers binnen de ziekenhuisnetwerken en eerstelijns Gezondheidszorg). Op deze manier willen we in deze masterproef komen tot de learnings voor toekomstige stress-situaties, waaronder pandemieën in het bijzonder, alsook voor de verdere concretisering en uitwerking van de ziekenhuisnetwerken in het algemeen. Uw mening is belangrijk in dit onderzoek.

Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie voor deelnemers door te nemen, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina's met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoekers.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd. Mocht er op basis van de publicatie toch een verband gelegd kunnen worden, zal hiervoor vooraf toestemming gevraagd worden of zal de specificatie weggelaten worden uit de publicatie.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie kadert in een masterproef binnen de opleiding Management en Beleid van de Gezondheidszorg. Covid-19 heeft voor een schok in het zorglandschap wereldwijd gezorgd. Specifiek binnen de contouren van de Belgische gezondheidszorg werden recent de ziekenhuisnetwerken geïmplementeerd met als doel de samenwerking tussen ziekenhuizen formeel vorm te geven. Samenwerking tussen ziekenhuizen evenals met de eerstelijnszorg is tijdens de covid-19 pandemie een belangrijk aspect.

In deze onderzoeksfase zal een vragenlijst aan een brede groep van stakeholders (ziekenhuisdirecties, diensthoofden, artsen en in de mate van het mogelijke ook leden Raad van Bestuur en andere beleidsmakers binnen de ziekenhuisnetwerken en eerstelijns Gezondheidszorg) uitgestuurd worden. Deze vragenlijst bevat vragen over de werking van het ziekenhuisnetwerk en de factoren die deze samenwerking bepaald hebben tijdens de eerste en de tweede golf van deze covid-19 pandemie. Met de brede groep van stakeholders proberen we maximaal ervaringen vanuit verschillende uitgangspunten mee te nemen.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat u vanuit uw functie direct de gevolgen van covid-19 op de werking van ziekenhuisnetwerken hebt kunnen waarnemen. Wij willen graag uw ervaringen en uw visie voor de toekomst van de ziekenhuisnetwerken meenemen in de conclusies van ons onderzoek.

Aan deze studie zullen ongeveer 100 personen deelnemen.

De onderzoeker zal u vragen om een vragenlijst in te vullen die peilt naar de aspecten die belangrijk geweest zijn in de werking van het ziekenhuis als deel van een ziekenhuisnetwerk tijdens de 2 voorbije opstoot-fases van de covid-19 pandemie. Het invullen van deze vragenlijsten zal ongeveer 15 minuten van uw tijd in beslag nemen en gebeurt volledig on-line.

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

- Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoekers Ann Van den Broeck via ann.vandenbroeck@student.kuleuven.be of via het telefoonnummer +32 475421109 of Ortwin Top via ortwin.top@student.kuleuven.be of +32496593213 en de hoofdonderzoeker Professor dr. Stefaan Callens via het telefoonnummer +32 496 549 329 of via e-mail stefaan.callens@kuleuven.be.

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument .

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik heb de mogelijkheid om geïnformeerd te worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.

Het is voor mij duidelijk dat ik mij akkoord verklaar met de informatie aan de deelnemer en mijn geïnformeerde toestemming geef door dit te bevestigen bij aanvang van de vragenlijst alvorens naar de vragenlijst zelf te kunnen doorgaan.

Onderzoeker

Ik ondergetekende Ann Van den Broeck / Ortwin Top, onderzoeker, bevoegde onderzoeksmedewerker Prof. dr Stefaan Callens, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie te hebben verstrekt aan de deelnemer.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

Van den Broeck, Ann

Top, Ortwin

Prof.Dr.Callens, Stefaan

III Aanvullende informatie

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven Oude Markt 13 3000 Leuven (dpo@kuleuven.be), is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn¹.

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren².

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

1

Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

² De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35,

1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: [contact\(at\)apd-gba.be](mailto:contact(at)apd-gba.be)

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Bijlage 3:

INFORMED CONSENT deel II : INTERVIEW

Exemplaar voor de deelnemer

Titel van de studie: Impact van covid-19 op ziekenhuisnetwerken

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Ethisch comité: EC Onderzoek UZ/KU Leuven

Onderzoekers: Ann Van den Broeck (ann.vandenbroeck@student.kuleuven.be) – Ortwin Top (ortwin.top@student.kuleuven.be)

Promotor: Prof. Dr. Stefaan CALLENS (stefaan.callens@kuleuven.be)

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de impact van covid-19 op de werking van ziekenhuisnetwerken. Deze masterproef heeft de bedoeling om zowel de positieve als de negatieve impact van covid-19 op het werken binnen ziekenhuisnetwerken naar boven te brengen en te analyseren. Er zal specifiek gekeken worden hoe een brede groep van stakeholders binnen de ziekenhuisnetwerken dit hebben ervaren (ziekenhuisdirecties, diensthoofden, artsen en in de mate van het mogelijke ook leden Raad van Bestuur en andere beleidsmakers binnen de ziekenhuisnetwerken en eerstelijns Gezondheidszorg). Op deze manier willen we in deze masterproef komen tot de learnings voor toekomstige stress-situaties, waaronder pandemieën in het bijzonder, alsook voor de verdere concretisering en uitwerking van de ziekenhuisnetwerken in het algemeen. Uw mening is belangrijk in dit onderzoek.

Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie voor deelnemers door te nemen, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina's met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoekers.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoekers laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd. Mocht er op basis van de publicatie toch een verband gelegd kunnen worden, zal hiervoor vooraf expliciet toestemming gevraagd worden of zal de specificatie weggelaten worden uit de publicatie.

- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie kadert in een masterproef binnen de opleiding Management en Beleid van de Gezondheidszorg. Covid-19 heeft voor een schok in het zorglandschap wereldwijd gezorgd. Specifiek binnen de contouren van de Belgische gezondheidszorg werden recent de ziekenhuisnetwerken geïmplementeerd met als doel de samenwerking tussen ziekenhuizen formeel vorm te geven. Samenwerking tussen ziekenhuizen evenals met de eerstelijnszorg is tijdens de covid-19 pandemie een belangrijk aspect.

In een eerste onderzoeksfase werd een vragenlijst door een brede groep van stakeholders (ziekenhuisdirecties, diensthoofden, artsen en in de mate van het mogelijke ook leden Raad van Bestuur en andere beleidsmakers binnen de ziekenhuisnetwerken en eerstelijns Gezondheidszorg) beantwoord. Deze vragenlijst bevatte vragen over de werking van het ziekenhuisnetwerk en de factoren die deze samenwerking bepaald hebben tijdens de eerste en de tweede golf van deze covid-19 pandemie. Met de brede groep van stakeholders proberen we maximaal ervaringen vanuit verschillende uitgangspunten mee te nemen. Dit is de tweede fase van ons onderzoek waarin we met semi-gestructureerde interviews bij verschillende personen uit de stakeholder groepen dieper ingaan op de resultaten uit fase 1.

Wij nodigen u uit om aan deze fase van onze studie deel te nemen omdat u vanuit uw functie direct de gevolgen van covid-19 op de werking van ziekenhuisnetwerken hebt kunnen waarnemen. Wij willen graag uw ervaringen en uw visie voor de toekomst van de

ziekenhuisnetwerken meenemen in de conclusies van ons onderzoek. Aan deze studie zullen ongeveer 10 personen deelnemen.

De onderzoeker zal u vragen om deel te nemen aan een interview dat peilt naar uw ervaringen van de impact van covid-19 op de werking van de ziekenhuisnetwerken, uw visie op de resultaten bekomen in de vragenlijst van fase 1 en uw visie op de toekomstige evolutie van de ziekenhuisnetwerken. Deelname aan het interview zal ongeveer 60 minuten van uw tijd in beslag nemen en het interview zal afgenomen worden tussen half februari en half maart 2021 op een datum en plaats (virtueel of op locatie) zoals de geïnterviewde verkiest.

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

- Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoekers Ann Van den Broeck via ann.vandenbroeck@student.kuleuven.be of via het telefoonnummer +32 475421109 of Ortwin Top via ortwin.top@student.kuleuven.be of +32496593213 en de hoofdonderzoeker Professor dr. Stefaan Callens via het telefoonnummer +32 496 549 329 of via e-mail stefaan.callens@kuleuven.be.

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik wil graag / Ik wil niet geïnformeerd worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Onderzoeker

Ik ondergetekende Ann Van den Broeck / Ortwin Top, onderzoeker / Professor dr Stefaan Callens, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

III Aanvullende informatie

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven Oude Markt 13 3000 Leuven (dpo@kuleuven.be), is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn³.

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke

3

Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren⁴.

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35,

1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: [contact\(at\)apd-gba.be](mailto:contact(at)apd-gba.be)

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

⁴ De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

Bijlage 4: Lijst van ziekenhuisnetwerken en de ziekenhuizen die ertoe behoren

Row Labels	Count of Type Ziekenhuis	Sum of Bedden
⊗ Briant	4	2002
⊗ Charl Metrop	5	1342
⊗ Curoz	8	2483
⊗ E17	9	2977
⊗ Helix	11	2324
⊗ HUSCT	5	1518
⊗ Kempen	5	1367
⊗ KOM	11	3414
⊗ MIRA	6	1418
⊗ MOVE	8	1392
⊗ Noord-Oost Limb	5	1477
⊗ Phare	10	2162
⊗ Plexus	9	2568
⊗ RH Erasme - Chirec	18	4451
⊗ RH Hainaut	7	2244
⊗ RH Liège 2	11	2874
⊗ RH Namurois	9	1938
⊗ RH Ouest	5	1044
⊗ RH St-Luc BXL	7	2661
⊗ RH Vivalia	6	1190
⊗ TRlaz	8	2361
⊗ ZNA-GZA	11	3280
⊗ ZNG	5	2589
⊗ Zuid-West Limb	7	1885

Row Labels	Count of Type Ziekenhuis	Sum of Bedden
Briant	4	2002
Algemeen Ziekenhuis Sint-Maarten	1	643
Algemeen Ziekenhuis Vilvoorde Jan Portaels	1	406
Heilig Hartziekenhuis Lier	1	451
Imeldaziekenhuis	1	502
Charl Metrop	5	1342
Clinique Notre-Dame de Grâce	1	224
Grand Hôpital de Charleroi	4	1118
Curoz	8	2483
Algemeen Stedelijk Ziekenhuis	3	568
Algemeen Ziekenhuis Sint-Maria	1	350
Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis	3	844
Universitair Ziekenhuis Brussel	1	721
E17	9	2977
Algemeen Ziekenhuis Glorieux	1	340
Algemeen Ziekenhuis Groeninge	2	1054
Algemeen Ziekenhuis Maria Middelaes	2	542
Algemeen Ziekenhuis Sint-Elisabeth	1	333
Onze-Lieve-Vrouw van Lourdes Ziekenhuis Waregem	1	267
Sint-Jozefskliniek	1	271
Sint-Vincentiusziekenhuis	1	170
Helix	11	2324
Algemeen Ziekenhuis Klina	3	581
Algemeen Ziekenhuis Monica	2	466
Algemeen Ziekenhuis Rivierenland	3	416
Algemeen Ziekenhuis Sint-Jozef	1	250
Universitair Ziekenhuis Antwerpen	1	573
Verpleeginrichting De Dennen	1	38
HUSCT	5	1518
Centre de Santé des Fagnes	1	144
Centre Hospitalier Universitaire de Charleroi	4	1374
Kempen	5	1367
Algemeen Ziekenhuis Sint-Dimpna	1	294
Algemeen Ziekenhuis Sint-Elisabeth Herentals	1	243
Algemeen Ziekenhuis Turnhout	2	647
Heilig Hartziekenhuis Mol	1	183
KOM	11	3414
Algemeen Ziekenhuis Alma	1	442
Algemeen Ziekenhuis Damiaan	1	523
Algemeen Ziekenhuis Sint-Jan Brugge - Oostende	3	1182
Algemeen Ziekenhuis Sint-Lucas	1	419
Algemeen Ziekenhuis West	1	224
AZ Zeno	2	334
Koningin Elisabeth Instituut	1	165
Revalidatiecentrum IMBO	1	125
MIRA	6	1418
Algemeen Ziekenhuis Lokeren	1	170
Algemeen Ziekenhuis Nikolaas	3	810
Algemeen Ziekenhuis Sint-Blasius	2	438
MOVE	8	1392
Centre Hospitalier Chrétien	6	1044
Klinik Sankt Josef	1	156
Sankt-Nikolaus Hospital	1	192
Noord-Oost Limb	5	1477
Maria Ziekenhuis Noord-Limburg	1	333
Revalidatie & MS Centrum	1	120
Ziekenhuis Maas en Kempen	1	213
Ziekenhuis Oost-Limburg	2	811
Phare	10	2162
Centre Hospitalier de Mouscron	1	355
Centre Hospitalier de Wallonie Picarde CHWAPI	3	755
Centre Hospitalier EpiCURA	3	806
Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne	3	246

Row Labels	Count of Type Ziekenhuis	Sum of Bedden
Plexus	9	2568
Algemeen Ziekenhuis Diest	2	214
Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart	1	287
Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Tienen	3	303
Universitair Ziekenhuis Leuven	3	1764
RH Erasme - Chirec	18	4451
Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell - CHIREC	4	1052
Erasmus Ziekenhuis (Hôpital Erasme)	3	1076
Iris Ziekenhuizen Zuid (Hôpitaux Iris Sud)	4	550
Jules Bordet Instituut (Institut Jules Bordet)	1	160
UMC Sint-Pieter (CHU Saint-Pierre)	2	582
Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola - UKZKF (Hi	1	178
UVC Brugmann (CHU Brugmann)	3	853
RH Hainaut	7	2244
Centre Hospitalier Régional Mons-Hainaut	2	426
Centre Hospitalier Universitaire Ambroise Paré	1	415
Centre Hospitalier Universitaire Tivoli	1	518
Centres Hospitaliers de Jolimont	3	885
RH Liège 2	11	2874
Centre Hospitalier Bois de l'Abbaye	2	427
Centre Hospitalier Régional de Huy	1	317
Centre Hospitalier Régional de la Citadelle	2	897
Centre Hospitalier Régional de Verviers	2	436
Clinique André Renard	1	160
Clinique Reine Astrid	1	151
Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège	2	486
RH Namurois	9	1938
Centre Hospitalier Régional Sambre et Meuse	3	700
CHU UCLouvain Namur	5	936
Clinique Saint-Luc Bouge	1	302
RH Ouest	5	1044
Centre Hospitalier Universitaire de Liège	5	1044
RH St-Luc BXL	7	2661
Clinique Saint-Pierre	1	425
Europa Ziekenhuizen (Cliniques de l'Europe)	2	715
Kliniek Sint-Jan (Clinique Saint-Jean)	3	548
Universitair ziekenhuis Saint-Luc (Cliniques universitaires S	1	973
RH Vivalia	6	1190
Vivalia - Centre Hospitalier de l'Ardenne	1	317
Vivalia - Centre universitaire psychiatrique (Hôpital psychiat	1	199
Vivalia - Cliniques du Sud-Luxembourg	2	403
Vivalia - Institut Famenne Ardenne Condroz	2	271
TRlaz	8	2361
Algemeen Ziekenhuis Delta	4	1572
Jan Yperman Ziekenhuis	3	523
Sint-Andriesziekenhuis	1	266
ZNA-GZA	11	3280
Gasthuiszusters Antwerpen	3	1012
Ziekenhuis Netwerk Antwerpen	8	2268
ZNG	5	2589
Algemeen Ziekenhuis Jan Palfijn	1	526
Algemeen Ziekenhuis Oudenaarde	1	235
AZ Sint-Lucas	2	779
Universitair Ziekenhuis Gent	1	1049
Zuid-West Limb	7	1885
Algemeen Ziekenhuis Vesalius	2	326
Jessa Ziekenhuis	3	981
Sint-Franciscusziekenhuis	1	268
Sint-Trudo Ziekenhuis	1	310



OPEN BRIEF

Oproep aan de ziekenhuizen tot samenwerking met de huisartsenkringen van groot Antwerpen

De huisartsenkringen van het arrondissement Antwerpen zijn i.s.m. SEL Amberes bezig met het geografisch uittekenen van de Eerstelijnszones. Wij merken dat de samenwerkingsverbanden die in opbouw zijn tussen de ziekenhuizen niet overeenkomen met deze Eerstelijnszones en Regionale zones.

De huisartsen zien in dit moment van grote verandering in de gezondheidszorg een uitzonderlijke opportuniteit om aan een gemeenschappelijke visie en structuur te werken rond de organisatie van de gezondheidszorg in groot Antwerpen. We nodigen daarom de ziekenhuiswereld uit om hier samen met ons over na te denken. Wij mogen nu geen tijd verloren laten gaan.

Het valt ons op dat heel wat specialisten in twee netwerken werken. Ook blijken er binnen 1 netwerk verschillende keuzes gemaakt te worden m.b.t. het elektronisch dossier (EPD). Huisartsen hebben al 25 jaar een elektronisch medisch dossier (EMD) en weten hoe moeilijk het is voor iedereen om op eenzelfde lijn te zitten qua kwaliteit en efficiëntie. Nog steeds communiceren de pakketten niet met elkaar, wat de patiënt niet ten goede komt.

Bovendien ondervinden onze patiënten dat het ziekenvervoer tijdens de opname toeneemt, vooral naar het zuidelijke deel van groot Antwerpen. Daar hangt een kostenplaatje aan vast voor de patiënt.

Daarom pleiten wij voor **één groot klinisch netwerk voor arrondissement Antwerpen**. Hierbij kan de basis tweedelijnszorg lokaal verankerd blijven en de meer gespecialiseerde tweedelijnszorg in een noord - zuid verhouding evenwichtig worden uitgebouwd op termijn. Hier bovenop zien we voor de hele regio **één universitair niveau voor tertiaire pathologie**.

Contactpersoon Overlegplatform huisartsenkringen Antwerpen: Hanna Goossens, kringcoördinator
Huisartsenkring Noord Antwerpen, hanna.goossens@hwpantwerpen.be
Contactpersoon SEL Amberes: Liane De Boeck, coördinator, info@selamberes.be

De huisartsen zijn vragende partij om te overleggen en samen een visie te ontwikkelen. Wij nodigen de geïnteresseerden uit op het volgende breed overleg wat betreft de Eerstelijnszones (alle info vindt u [hier](#) of kijk op www.selamberes.be op de kalender 14/09/2017).

Wij hopen op een snelle reactie

Namens SEL Amberes en het Overlegplatform van de huisartsenkringen van groot Antwerpen

Dokterskring Berchem, Tom De Roeck
Huisartsenkring Hoboken - Kiel – Valaar, Karel Rotsaert
Huisartsenvereniging Antwerpen-Centrum, Hilde Hofkens
Huisartsenkring " 't Vlaemsch Hooft", Marc Smeets
Huisartsenkring Antwerpen Oost, Frank Heyvaert
Huisartsenkring Noord Antwerpen, Guy Adriaenssens
Huisartsenvereniging Wilrijk, Jan Vandeplass
Huisartsenkring Brasschaat, Geert Sierens
Huisartsenvereniging Brecht-Wuustwezel, Anna-Maria Daem
Huisartsenvereniging Malle-Zoersel, Raphaël Van Vreckem
Huisartsenvereniging Voorkempen, Peter Missotten
Huisartsenvereniging Essen-Nieuwmoer, Filip Bogman
Huisartsenkring Kalmthout, Joris Aerts
Huisartsen Regio Mortsel, Kathleen Van Aken
Huisartsenkring Moerland, Marc Cambre

Contactpersoon Overlegplatform huisartsenkringen Antwerpen: Hanna Goossens, kringcoördinator
Huisartsenkring Noord Antwerpen, hanna.goossens@hwpantwerpen.be
Contactpersoon SEL Amberes: Liane De Boeck, coördinator, info@selamberes.be

