

Klinische netwerking tussen ziekenhuizen - deontologische principes

| | |
|-----------------|--------------------------|
| Doc | a167001 |
| Publicatiedatum | 15/02/2020 |
| Origine | NR |
| | Ziekenhuizen |
| Thema's | Continuïteit van de zorg |
| | Persoonlijke levenssfeer |

In zijn vergadering van 15 februari 2020 heeft de nationale raad van de Orde der artsen zich beraden over de deontologische principes die de arts in acht moet nemen in de context van de klinische netwerking tussen ziekenhuizen.

1. Inleiding

De wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorginrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft, voorziet dat elk ziekenhuis in België uiterlijk op 1 januari 2020 deel uitmaakt van een locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.(1) Hierdoor ontstaat er een nauwere en frequentere samenwerking tussen ziekenhuizen binnen een netwerk en zal de transmurale zorg worden geïntensifieerd.

Binnen elk ziekenhuisnetwerk(2) en over de grenzen heen van de netwerken(3) worden de zorgopdrachten (her)verdeeld volgens zorg-strategische criteria. Het idee bestaat erin dat meer samenwerking zal leiden tot meer efficiëntie en meer zorgkwaliteit.

2. Aandachtspunten

De schaalvergroting vergt een grote aanpassing voor de actoren op het terrein. Zowel de arts, het beheer en de directie van de ziekenhuizen, als de patiënt kunnen hierdoor moeilijkheden ondervinden.

Het is een uitdaging voor de arts om de deontologische beginselen te doen rijmen met deze nieuwe, grotere en complexere structuur. Hij dient hierbij blijvend oog te hebben voor een goede communicatie met de patiënt, zijn collega-artsen en het beheer en de directie van het ziekenhuis.

Daarnaast is het van belang dat de arts erover waakt dat de principes van professionele onafhankelijkheid, zorgcontinuïteit, vrije artsenkeuze van de patiënt en toegang tot de zorg worden gerespecteerd. De arts bekommert zich in de eerste plaats om de kwaliteit van de zorg, in het belang van de patiënt en de maatschappij.

3. Uitdagingen

3.1. Toegankelijkheid van de zorg

Om de zorgkwaliteit te kunnen waarborgen, dient de zorginstelling vlot toegankelijk te

zijn. De schaalvergroting leidt ertoe dat zowel de arts als de patiënt zich, voor het verstrekken of het verkrijgen van bepaalde zorg, soms verder zal moeten verplaatsen dan voorheen. In het bijzonder voor een kwetsbare groep van patiënten, die zich moeilijk kunnen verplaatsen, is het van belang dat het subsidiariteitsprincipe(4) correct wordt toegepast, met behoud van voldoende basiszorg op lokaal vlak.

3.2. Zorgcontinuïteit

Spreiding van medische activiteiten mag niet leiden tot een vermindering van de kwaliteit van zorg in de follow-up voor de individuele patiënt. De arts waakt erover dat de continuïteit van de zorg gewaarborgd blijft. Samenwerkingsverbanden tussen artsen onderling, met duidelijke afspraken omtrent de continuïteit van de zorg en gestructureerde informatieoverdracht zijn hiervoor een waardevol hulpmiddel.

3.3. Communicatie met de patiënt

De netwerkvorming vergt, in het bijzonder in de beginperiode, een bijkomende en duidelijke communicatie met de patiënt. De therapeutische mogelijkheden, maar ook de beperkingen en interne verwijzing naar ziekenhuisartsen en -diensten binnen het netwerk worden uitgelegd aan de patiënt, nu hij misschien geconfronteerd wordt met een veranderend ziekenhuislandschap en daarbij horend verwijsgedrag.

3.4. Vrije artsenkeuze

De arts respecteert de vrije artsenkeuze van de patiënt.(5) Dit recht mag geenszins ingeperkt worden louter door de organisatie binnen het netwerk. De patiënt behoudt de vrijheid om zich te laten behandelen door een arts van zijn keuze binnen en buiten het netwerk waarop hij initieel een beroep doet.(6)

3.5. Persoonlijke levenssfeer van de patiënt

De netwerking zal ook de samenwerking tussen de ziekenhuizen bevorderen bij de ontwikkeling van informatie- en communicatietechnologie.(7) De arts respecteert het recht op privacy van de patiënt en de regels van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.(8)

3.6. Intercollegiale relaties binnen het ziekenhuis

De schaalvergroting maakt de interactie tussen artsen onderling en tussen artsen, het beheer en de directie van de ziekenhuizen complexer.

De vorming van de ziekenhuisnetwerken vergt een inspanning van de arts voor het behoud van goede relaties met het ziekenhuis en zijn collega-artsen. In deze nieuwe context stelt de arts zich collegiaal op en respecteert hij de specifieke deskundigheid van zijn collega's en andere gezondheidszorgbeoefenaars.(9)

Intercollegiale onenigheden, die nu ziekenhuisgebonden zijn, kunnen een andere en complexere dimensie krijgen. Het is van belang overleg te plegen met collega's en problematische situaties aan te kaarten bij de netwerkhoofdarts en/of de voorzitter van de medische raad van het netwerk. Co-governance structuren zijn een bijkomend hulpmiddel om de dialoog en de interactie tussen de raad van bestuur en de directie van het netwerk met de artsen te bevorderen.

3.7. Intercollegiale relatie tussen eerste- en tweedelijnszorg

Binnen het netwerkgebeuren is de interactie van de tweede lijn met de eerste lijn cruciaal om kwalitatief hoogstaande zorg aan te bieden. In die zin is het creëren van een vast overlegorgaan tussen het klinische ziekenhuisnetwerk en de huisartsenkringen die ermee samenwerken essentieel.

4. Besluit

De klinische netwerking tussen ziekenhuizen bevordert een nauwere en frequentere samenwerking tussen universitaire, gespecialiseerde en lokale ziekenhuizen. Blijvend overleg tussen alle betrokken actoren, waaronder de extramurale zorgverleners, is onontbeerlijk. De arts bekommert zich in de eerste plaats om de kwaliteit van de zorg, in het belang van de patiënt en de maatschappij.

(1) Wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorginrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft; Besluit van 26 april 2019 van de Vlaamse regering betreffende zorgstrategische planning;

<https://www.vlaamsparlement.be/commissies/commissievergaderingen/1335076/verslag/1337132>

(2) Locoregionale zorgopdrachten zijn zorgopdrachten die in elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk moeten worden aangeboden, art. 5, 3°, wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorginrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft

(3) Supraregionale zorgopdrachten zijn zorgopdrachten die niet in elk locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk mogen worden aangeboden, art. 5, 4°, wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorginrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft

(4) Het subsidiariteitsprincipe is een vorm van organisatie die ertoe strekt dat lokaal voldoende gespecialiseerde zorg wordt aangeboden aan de patiënt.

(5) Art. 15, Code van medische deontologie 2018

(6) De vrije artskenkeuze kan (binnen een bepaalde ziekenhuisdienst) om organisatorische redenen beperkt zijn (bijvoorbeeld binnen een dienst anesthesie, radiologie, klinische biologie, enz..). Daarnaast is de vrije artskenkeuze in sommige gevallen onmogelijk, bijvoorbeeld bij dringende ingrepen, tijdens de wachtdienst of in de door de wet geregelde situaties, Commentaar bij art. 15 van de Code van Medische Deontologie 2018

(7) "Ziekenhuisnetwerken: van uittekening naar operationalisering: noodzakelijke randvoorwaarden", Zorgnet-Icuro, 7 juni 2018

(8) Art. 27, Code van medische deontologie 2018

(9) Art. 7, Code van medische deontologie 2018