

Standpunt Vlaams Patiëntenplatform vzw Eerstelijnszorg

Patiënten vinden het cruciaal dat zij op ieder moment de juiste zorg krijgen. Zij denken hierbij niet in termen van eerste, tweede of derde lijn maar vragen kwaliteit en zekerheid waarbij een continuïteit van de zorg gegarandeerd wordt. Hierbij is een goede samenwerking over de lijnen heen noodzakelijk. Dit veronderstelt een vlotte communicatie tussen zorgverleners, patiënt en mantelzorgers.

Om te komen tot goede, kwaliteitsvolle zorg moet het aanbod optimaal op de individuele zorg afgestemd worden. Zorg moet behoeftegericht georganiseerd worden waarbij de patiënt en zijn mantelzorgers zelf (mee)bepalen welke zorg zij nodig hebben. De zorgbehoefte wordt vastgesteld in overleg met de zorgverlener maar is ook afhankelijk van andere factoren zoals omgeving, leeftijd,...De patiënt en zijn mantelzorgers moeten maximaal betrokken worden bij het opstellen van zijn zorgplan.

Deze eerstelijnszorg staat voor een verantwoorde inzet van de behandelcapaciteit. Ook de patiënt kiest liefst voor de minst intensieve en minst restrictieve behandeling. Het streefdoel is een gedeelde zorg op maat van de patiënt, waarbij niet uitgegaan wordt van het aanbod maar van de individuele zorgbehoefte. Eerstelijnszorg bevordert de autonomie van de patiënt en vermijdt zorgafhankelijkheid.

Dit betekent dat de eerstelijnsbehandeling moet gericht zijn op het:

- leveren van generalistische professionele zorg, waar nodig;
- tijdig doorverwijzen naar gespecialiseerde zorg, waar noodzakelijk;
- bevorderen en ondersteunen van zelf- en mantelzorg;
- bevorderen van preventieve zorg algemeen én als onderdeel van de behandeling.

1. Participatie van de patiënt

1.1. Zorgregie in handen van de patiënt

1.1.1. Autonomie van de patiënt

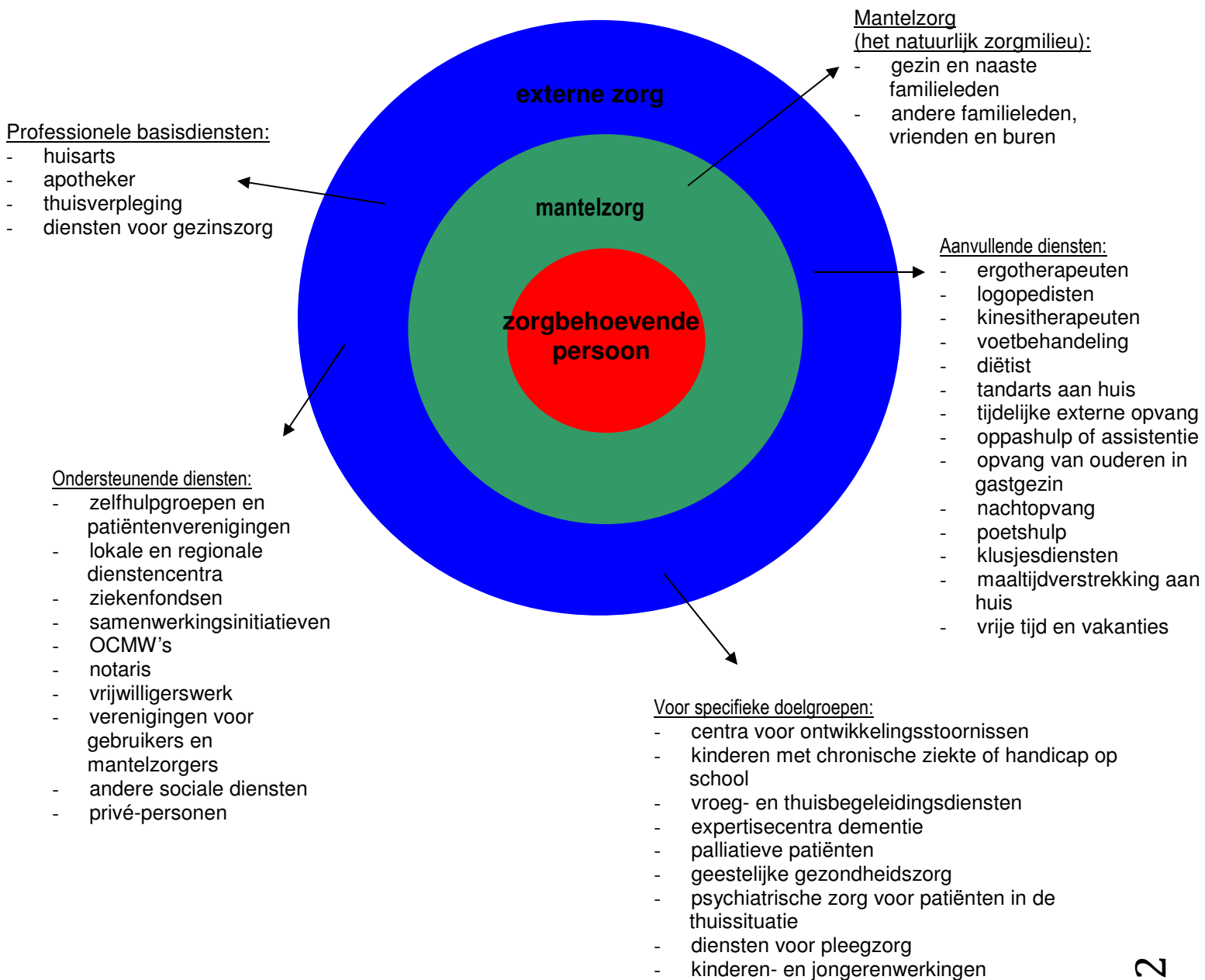
De patiënt wil, eventueel samen met de mantelzorgers, de regie van zijn eerstelijnszorg in eigen handen houden. Op basis van voldoende en correcte informatie moet hij zelf keuzes kunnen maken.

Als de patiënt zijn zorgregie zelf in handen neemt, veronderstelt dit ook dat hij op een toegankelijke manier inzage heeft in zijn (elektronisch) patiëntendossier. Hij moet zijn patiëntengegevens kunnen lezen, en eventueel kunnen aanvullen. Patiënten met een chronische ziekte zijn immers ervaringsdeskundige op vlak van omgaan en verzorging van hun aandoening en kunnen daardoor waardevolle informatie over hun ziekteproces toevoegen. Ook mantelzorgers moeten, mits toestemming van de patiënt, nuttige informatie kunnen toevoegen in het (elektronisch) patiëntendossier. Sommige mantelzorgers staan namelijk 24 uur op 24 in voor de verzorging, hulp of opvolging van de patiënt en kennen als geen ander zijn noden, gewoonten, bezorgdheden,

De patiënt moet toestemming geven aan de personen die zijn dossier willen inzien. Te allen tijde kan hij deze toestemming intrekken. Indien nodig kan de zorgbemiddelaar de patiënt de nodige ICT-ondersteuning geven.

Hieronder is een schematische voorstelling van het eerstelijnsgebeuren weergegeven.

Bron: Gids in de Thuiszorg, publicatie van het Kenniscentrum Mantelzorg



1.1.2. Zorgbemiddeling

Indien de patiënt dit wil, moet hij voor de organisatie van zijn zorg beroep kunnen doen op een zorgbemiddelaar. Op vraag van de patiënt, of waar nodig mits toestemming van de patiënt, zal deze persoon een ondersteunende rol spelen. De zorgbemiddelaar moet een vaak complexe nood of behoefte omzetten in een concrete vraag en samen met de patiënt zoeken naar het juiste aanbod.

Om de patiënt hierbij te ondersteunen is het belangrijk dat de zorgbemiddelaar over heel wat vaardigheden beschikt. Hij moet op de hoogte zijn van de sociale kaart en het totale zorgaanbod, zowel binnen de welzijnssector, als binnen de gezondheidssector. Hij moet de patiënt, op een voor hem toegankelijke manier, kunnen wijzen op zijn rechten als patiënt en inlichten over de premies en de tegemoetkomingen waar hij recht op heeft. Hij moet dit neutraal en onafhankelijk doen. Daarom is hij verbonden aan een deel-SEL.

In een zorgsituatie neemt de zorgbemiddelaar een rol op in de organisatie van de zorg. Verder vervult hij als coach van de patiënt en zijn mantelzorger ook een rol in de zorgregie. Hij kent de zorgsituatie, behoeften en wensen van de patiënt tot in de puntjes en kan deze vertalen in de juiste zorg, omkadering en afspraken naar andere formele zorg.

1.2. Participatie van patiënten in de organisatie van de eerste lijn

1.2.1. Wettelijk kader

Art. 10 §6 van het eerstelijnsdecreet¹ formuleert de opdracht van de SEL's als volgt: "het aanmoedigen van zorgaanbieders, gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers om een beroep te doen op de ondersteunende expertise van partnerorganisaties en om de hiermee verband houdende richtlijnen te integreren in de zorg"

1.2.2. De erkenning van ervaringskennis

In de organisatie van de zorg willen patiënten dat hun eigen ervaringskennis erkend wordt. Daarom vragen ze aandacht voor een samenwerking met de nulde lijn namelijk de zelfzorg en de zelfhulp. In zelfhulpgroepen en in patiëntenverenigingen is immers veel expertise aanwezig die kan bijdragen tot een betere kwaliteit van de zorg. Vooral de eerste lijn moet deze expertise meer benutten en inzien dat de ervaringskennis van patiënten een belangrijke meerwaarde biedt bij het aanbieden van zorg.

¹ Decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders.

1.2.3. Participatie in preventie

Op het vlak van tertiaire preventie, nl. het vermijden dat ziektesymptomen verergeren, is een bijzondere rol weggelegd voor een samenwerkingsverband tussen de nulde en de eerste lijn. In patiënten- en zelfhulpgroepen is er veel expertise aanwezig die patiënten kan helpen om hun levenskwaliteit stabiel te houden. Er zijn ook patiëntenverenigingen die tijdelijk individuele coaching of begeleiding opnemen.

Patiëntenverenigingen verstrekken informatie aan hun leden en aan de ruimere achterban. Een goede kennis over de oorzaken, het verloop en de behandelingsmogelijkheden van een ziekte neemt bij patiënten veel onzekerheden weg. Patiëntenverenigingen werken preventief. Ze dragen bij tot een snelle(re) opsporing van ziekte. De leden van patiëntenverenigingen kunnen de klachten die bij een bepaald ziektebeeld horen in een vroeg stadium herkennen. Hierdoor raadplegen ze sneller een arts. Patiëntenverenigingen en zelfhulpgroepen stimuleren hun leden om complicaties te voorkomen of behandelingen uit te stellen.

Verder hebben veel patiënten en hun mantelzorgers behoefte aan emotionele ondersteuning en psychologische begeleiding. Momenteel is deze dienstverlening niet aanwezig in de eerste lijn. Dit is een groot tekort (zie verder).

1.3. Participatie van patiënten omzetten in kwaliteit

1.3.1. Wettelijk kader

Art. 11 van de wet op de patiëntenrechten² geeft aan patiënten het recht om klacht neer te leggen als zijn patiëntenrechten geschonden zijn. Voor klachten in verband met eerstelijnszorgverleners moeten patiënten zich wenden tot de Federale ombudspersonen rechten van de patiënt (FOD Volksgezondheid).

Ook art. 10 § 1 van het eerstelijnsdecreet³ stelt : “....Ter uitvoering van de opdrachten, bepaald in artikel 9, vervullen de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg met betrekking tot hun werkgebied en met het oog op een kwaliteitsvolle zorg minimaal de volgende taken: 1° 11° het organiseren en ondersteunen van een klachtenmeldpunt en van de klachtenbemiddeling met betrekking tot de opdrachten en taken, bedoeld in artikel 9 en artikel 10.

² Wet op de patiëntenrechten van 22 augustus 2002

³ Decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders

1.3.2. Van klacht naar kracht

Participatie kan enkel leiden tot een betere zorgverlening als de vragen en klachten van de patiënt effectief behandeld worden. Er moet dus geïnvesteerd worden in adequate kanalen die de signalen van de patiënten omzetten en vertalen in beleid. Het klachtrecht heeft dus niet alleen de finaliteit om de rechtspositie van de patiënt te waarborgen (zoals bepaald in de wet op de patiëntenrechten van 22 augustus 2002) maar kan evenzeer vorm geven aan de kwaliteitsbewaking en –verbetering en aan de versterking van de stem van de burger in het kader van het democratiseringsproces.

1.3.3. Een onafhankelijke ombudspersoon

Een patiënt die een klacht heeft over een ambulante werkende beroepsbeoefenaar, kan enkel terecht bij de centraal georganiseerde Federale Ombudsdienst in Brussel. Veel patiënten ervaren deze (fysieke/geografische) afstand als een drempel om klacht neer te leggen. Daarnaast leidt de overbelasting van deze dienst tot een minder vlotte bereikbaarheid. Een face tot face gesprek van een patiënt met de ombudspersoon is daardoor niet evident.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw heeft een voorstel tot hervorming van het klachtrecht uitgewerkt. In deze hervorming zou op regionaal niveau (eventueel deelSEL niveau) een ombudspersoon voor patiënten beschikbaar zijn o.a. voor het bemiddelen van klachten over ambulante beroepsbeoefenaars opgesomd in het KB 78. Vlaanderen kan ervoor kiezen om deze ombudspersoon ook een mandaat te geven voor het bemiddelen van klachten over andere eerstelijnszorgverleners en – diensten. Deze ombudspersoon krijgt naast het beluisteren van en bemiddelen bij klachten van patiënten ook de opdracht om anoniem te registreren. Hij formuleert aanbevelingen om te voorkomen dat dezelfde problemen zich blijven voordoen. De ombudspersoon publiceert een jaarverslag dat voor iedereen toegankelijk is. Vragen en klachten van patiënten moeten finaal leiden tot een betere dienstverlening in de zorg en tot het waarborgen van de patiëntenrechten.

2. Vrije keuze zorgverstrekker

2.1. Wettelijk kader

Volgens art. 6 van de wet op de patiëntenrechten³ hebben patiënten recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar. Dat dit moet gegarandeerd blijven vinden we ook terug in art 3 van het eerstelijnsdecreet: "De vrijheid van keuze van zorg en zorgverstrekker wordt in hoofde van de gebruiker geëerbiedigd".

Eerstelijnszorg is een zorg die zich situeert zeer dicht bij, en regelmatig in, het thuismilieu van de patiënt. Het is belangrijk dat een patiënt vrij kan kiezen wie hij toelaat in zijn privé sfeer en die van zijn mantelzorger.

³ Wet op de patiëntenrechten van 22 augustus 2002

Het is duidelijk dat de vrije keuze van zorgverlener een belangrijke voorwaarde is voor de vertrouwensband tussen de patiënt en de zorgverlener welke op zijn beurt van zeer groot belang is voor de therapietrouw van de patiënt.

2.2. Vrije keuze met aandacht voor opvolging en continuïteit

In het kader van opvolging en continuïteit kan het kiezen voor bijvoorbeeld een vaste huisarts gestimuleerd worden. Zoals dit vandaag bij de huisarts reeds kan via het openen van een globaal medisch dossier kan dit ook voorzien worden voor andere zorgverstrekkers. Hieraan moeten echter voorwaarden verbonden worden:

- de keuze voor een vaste zorgverlener moet in alle vrijheid gebeuren en mag geen meerkost betekenen, noch voor de patiënt, noch voor de samenleving;
- patiënten moeten de mogelijkheid krijgen om deze keuze eenvoudig te wijzigen;
- het inwinnen van een second opinion bij een andere zorgverlener moet mogelijk zijn, zonder meerkost;
- een systeem moet uitgewerkt worden voor hoogdringende eerstelijnszorg;
- een opvangnet moet gecreëerd worden voor zorg die niet binnen een "redelijke tijd" kan geleverd worden, o.w.v. een tekort aan beschikbare tijd of mankracht.

3. Toegankelijkheid van de zorg

3.1. Nood aan informatie over het zorgaanbod

Voor patiënten is het belangrijk om geïnformeerd te worden over het totale aanbod van de eerste lijn, de zorgverleners, eventuele bestaande eerstelijnsnetwerken, de geboden kwaliteit, de manier van werken, de kostprijs,... Alleen na het verkrijgen van de juiste informatie kan er op een verantwoorde manier een keuze gemaakt worden. Deze informatie moet voor patiënten vlot toegankelijk zijn.

We pleiten voor één centraal informatiepunt dat moet voldoen aan volgende criteria:

- Zichtbaar zijn;
- Herkenbaar zijn;
- Laagdrempelig en fysiek toegankelijk zijn;
- Gemakkelijk bereikbaar zijn;
- Lokaal georganiseerd zijn;
- Neutraal zijn;
- Verplaatsbaar zijn naar het thuismilieu indien de patiënt zich niet kan verplaatsen.

Dit informatiepunt situeren we op het niveau van de deel-SELS (vroegere SIT – samenwerkingsinitiatieven thuiszorg). Artikel 4 § 1 geeft aan een SEL⁴ immers de opdracht om: “te beschikken over een geactualiseerd bestand van de zorgaanbieders en dit ter beschikking stellen aan de bevolking, ...” Ook informatie over het zorgaanbod van de welzijnssector moet aan de patiënt meegegeven worden.

3.2. Nood aan betaalbare eerstelijnszorg

3.2.1. Vereenvoudiging van betaling

De eerstelijnszorg moet betaalbaar zijn voor iedereen. Daarom vragen patiënten een automatische toepassing van de derdebetalers-regeling.

3.2.2. Automatische toekenning van voordelen

Voor patiënten is het niet altijd gemakkelijk te achterhalen op welke tegemoetkomingen en financiële voordelen ze recht hebben. Voor veel mensen vormt dit een doolhof met onduidelijke wegwijzers, laat staan voor patiënten die minder mondig zijn en helemaal hun weg niet vinden. Daarom is een algemene automatische toekenning van tegemoetkomingen en financiële voordelen een belangrijke voorwaarde voor een betaalbare eerstelijnszorg. Op die manier moeten patiënten niet zelf op zoek gaan en kunnen ze er zeker van zijn dat ze krijgen waarop ze recht hebben.

3.3. Nood aan informatie over de toegang tot tegemoetkomingen en financiële voordelen.

Specialisatie leidt tot fragmentering van zorg maar ook tot fragmentering van kennis. Patiënten ervaren vandaag een groot tekort aan één centrale plaats waar ze uitleg kunnen krijgen over hun rechten en begeleid worden in de stappen die ze moeten zetten om te bekomen waar ze recht op hebben. De ongelijkheid inzake kennis van, en toegang tot verschillende sociale (zorg) voorzieningen en tegemoetkomingen moet weggewerkt worden. De patiënt moet op maat geïnformeerd worden over zijn rechten en begeleiding krijgen in zijn zoektocht naar het juiste statuut en de daaraan verbonden voordelen.

Omdat we vinden dat ook deze informatie neutraal moet zijn stellen we voor om ook dit toe te voegen aan de opdracht van de SEL. Deze taak kan uitgevoerd worden door de zorgbemiddelaar. Een uitgebreide elektronische sociale kaart met premiezoekers en rechtenverkeners kunnen hierop slechts gedeeltelijk antwoord bieden. De eerste lijn moet rekening houden met de bestaande digitale kloof en alternatieven zoeken op maat van de patiënt.

⁴ Besluit van de Vlaamse Gemeenschap betreffende de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg van 19 december 2008.

3.4. Intentieverklaring van eerstelijnsverleners

De kloof tussen arm en rijk wordt steeds groter. De impact van de socio- economische status op de gezondheid eveneens. Wij stellen ook vast dat ons vangnet van sociale voorzieningen zeer complex wordt.

Daarom vragen wij aan alle zorgverleners om een intentieverklaring te onderschrijven.

Deze verklaring houdt in dat elke zorgverlener zich engageert om:

- elke patiënt te informeren over het bestaan van een neutraal informatiepunt (deel-SEL). (Elke patiënt moet weten dat hij daar informatie (in een voor hem duidelijke taal) kan krijgen over en begeleiding bij het aanvragen van tegemoetkomingen en premies);
- de betrokken medewerker (zorgbemiddelaar) ter plaatse te sturen indien het voor een patiënt moeilijk is om zich te verplaatsen.

4. Nood aan meer deskundigheid inzake geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn

Er is in de eerste lijn nood aan meer expertise inzake geestelijke gezondheidszorg. Huisartsen zijn vragende partij voor betere opleidingsprogramma's inzake diagnose, vroegdetectie en indicatiestelling. Mensen met psychiatrische problemen doen vaak beroep op thuiszorgdiensten. dit gebeurt meer en meer doordat de opnames in het ziekenhuis alsmar korter worden en patiënten veel sneller ontslagen worden. Ofwel komen ze na ontslag uit het ziekenhuis in het thuismilieu terecht, welk ondersteuning nodig heeft via de thuiszorgdiensten ofwel komen patiënten in een beschermde of begeleide woonvorm terecht. Vanuit deze woonvorm doen patiënten 'terecht' beroep op de eerstelijnszorg. Deze heeft echter te weinig achtergrond en expertise om ondersteuning en begeleiding te bieden zowel aan de patiënten als aan hun mantelzorgers.

4.1. De eerstelijnspsycholoog

Wij onderschrijven het idee om in de eerste lijn een eerstelijnspsycholoog te integreren. Huisartsen geven vandaag de dag vaak zelf al een vorm van gesprekstherapie aan patiënten die niet terecht kunnen of willen in de sector van de geestelijke gezondheidszorg. De eerstelijnspsycholoog zou vlot toegankelijk moeten zijn voor zowel de eerste lijn als voor de patiënten. Hij zou:

- kunnen optreden als coach en zo zijn kennis ter beschikking stellen van eerstelijns zorgverleners;
- rechtstreeks toegankelijk kunnen zijn voor patiënten die een verwijfsbrief hebben;
- ingeschakeld kunnen worden om groepssessies te organiseren.

4.2. De referentieverpleegkundige psychiatrische zorg

Ook referentieverpleegkundigen psychiatrische zorg in de thuissituatie kunnen een belangrijke rol spelen in het uitbreiden van de GGZ expertise. Zij kunnen een ondersteunende, coachende en een vormende rol spelen voor formele en informele zorgverleners. Zo kunnen ze ook mantelzorgers ondersteunen in hun moeilijke opdracht door bijvoorbeeld psycho-educatie aan te bieden. Hiervoor is een mandaat en erkenning van de referentieverpleegkundigen psychiatrische zorg nodig binnen de georganiseerde diensten voor thuisverpleging.

4.3. E-mental health

E-mental health projecten (zoals “fitinjehoofd” en “kleurjedag”) zouden in Vlaanderen nog sterker moeten uitgebouwd worden. Deze programma’s hebben een aantal voordelen. Ze zijn laagdrempelig bereikbaar en daardoor relatief goedkoop. Ze hebben echter ook nadelen. Het is zeer belangrijk dat dit E-mental health aanbod voldoet aan kwaliteitsnormen (label). Ze mogen enkel als ondersteunend hulpmiddel gebruikt worden en er moet gewaakt worden over het dichten van de digitale kloof.

5. Samenwerking in/met de eerstelijnszorg

5.1. Volgens art. 4 van het eerstelijnsdecreet heeft de eerstelijnszorg (ELZ) volgende taken:

- 1° het aanbieden van de eerste deskundige opvang bij gezondheidsproblemen;
- 2° het verzorgen, begeleiden en opvolgen van gebruikers met acute of chronische gezondheidsproblemen;
- 3° het bijdragen tot het voorkomen van het ontstaan of het verergeren van gezondheidsproblemen;
- 4° het ondersteunen van de gebruikers bij de zelfzorg, de mantelzorgers, de vrijwilligers en de anderezorgaanbieders;
- 5° het opnemen van het eigen aandeel in het zorgcontinuüm.

5.2 Chronische patiënten hebben ook eerstelijnszorg nodig. Het gaat hier om algemene gezondheidszorg, ondersteuning van zelfzorg en van mantelzorg. Soms kan het ook gaan om specialistische zorg die onder supervisie van de tweede of derde lijn wordt gegeven.

5.3 Patiënten verwachten dat zorg niet start en eindigt in de eerste lijn. Ze vragen dat de eerste, tweede en derde lijn via samenwerkingafspraken, transmurale klinische paden en een samen uitgewerkt ontslagmanagement, continuïteit van kwaliteitsvolle zorg garanderen. Aangezien ziekenhuisopnames steeds korter worden, neemt het belang van de organisatie van de thuiszorg toe. Wij vragen hiervoor bijzondere aandacht. Het is zeer belangrijk dat er vanuit de

derde lijn, concrete afspraken gemaakt worden met de eerste lijn. Dit moet plaatsvinden in samenspraak met patiënten en mantelzorgers, alvorens voor de patiënt ontslagen wordt uit het ziekenhuis.

5.4 Het (elektronisch) uitwisselen van patiëntgegevens kan de samenwerking in/met de eerstelijnszorg bevorderen, maar moet voldoen aan een aantal voorwaarden:

- de patiënt moet geïnformeerd toestemming geven over welke zorgverlener zijn gegevens geheel of gedeeltelijk mag inzien;
- de patiënt (of zijn vertegenwoordiger) heeft inzage in zijn dossier;
- de patiënt (of zijn vertegenwoordiger) heeft schrijfbevoegdheid in zijn dossier.

Er moet steeds aandacht zijn voor de digitale kloof zowel voor patiënten en mantelzorgers die de zorgregie opnemen als voor eerstelijnsverleneren.

6. Kwaliteit van de zorg

Momenteel heeft men geen goed zicht op de kwaliteit van de geleverde zorg in de eerste lijn. Om deze kwaliteit in beeld te brengen moet er een set van kwaliteitsindicatoren opgesteld worden. De kwaliteit van de eerstelijnszorg kan op drie niveaus worden gemeten: op het niveau van het klinisch handelen, op het niveau van de praktijkorganisatie en op het niveau van de ervaringen en de tevredenheid van de patiënt.

De resultaten van deze metingen dienen transparant gemaakt te worden opdat de patiënt geïnformeerde keuzes kan maken.

6.1. Meten en evalueren van de kwaliteit van de zorg in de eerste lijn

Om zicht te krijgen op het klinisch handelen, moeten klinische indicatoren geregistreerd worden. Deze moeten aangevuld worden met indicatoren die voor patiënten belangrijk zijn.

Voor huisartsen bestaat er een Europees kwaliteitsmodel EPA. Dit model voor kwaliteitsverbetering bestaat uit indicatoren die huisartsen in staat stellen de organisatie en het management van hun praktijk te verbeteren en onderling te vergelijken. Het is belangrijk dat deze indicatoren aangevuld worden met indicatoren die voor de patiënt belangrijk zijn. Ook voor de andere disciplines zou praktijkevaluatie mogelijk gemaakt moeten worden.

Tenslotte moeten ook de ervaringen en de tevredenheid van de patiënt over de geleverde zorg in de eerste lijn gemeten worden. Om de patiënt centraal te stellen is het noodzakelijk om het patiëntenperspectief glashelder in beeld te brengen. Een patiënt verwacht een goede klinische zorg, maar kan in de meeste gevallen geen oordeel vellen of een welbepaalde standaard gevolgd werd of niet. Toch heeft de patiënt een beeld over de deskundigheid van zijn zorgverleners. Dit oordeel

wordt eerder bepaald door bejegening, gedrag, organisatorische aspecten en kwaliteit van communicatie in de informatieoverdracht, maar is daarom niet minder waardevol.

6.2. Efficiënt en gericht meten omzetten in weten

Registratie moet door de overheid (elektronisch) ondersteund worden. Het meten en registreren mag niet ten koste gaan van kwaliteit van de eerstelijnszorg en tijd voor de patiënt.

Gegevens verzamelen zonder dat deze bewerkt en geïnterpreteerd worden is tijdverlies. De overheid heeft hierin een belangrijke verantwoordelijkheid.

6.3. Transparantie van de kwaliteit van de zorg in de eerste lijn

Transparantie heeft alles te maken met informatie over de zorg. Gegevens over de kwaliteit van de zorg moeten beschikbaar gesteld worden voor de patiënt. Het gaat hier om informatie over de geleverde kwaliteit en de uitkomsten van de zorg. Het verzamelen en ter beschikking stellen van kwaliteitsinformatie via zorgbemiddeling, zelfhulpgroepen,... laat de patiënt en zijn mantelzorger toe om bewuste keuzes te maken.

Voor de patiënt is het belangrijk dat de informatie die beschikbaar gesteld wordt gebaseerd is op goede metingen. Het is niet de bedoeling om patiënten te overladen met informatie. De aangeleverde informatie moet gepresenteerd worden op een manier die voor patiënten hanteerbaar is.

6.4. Continue kwaliteitsverbetering: accreditering van de individuele zorgverlener

Na het bekomen van een bepaald diploma wordt binnen de eerste lijn bijscholing te weinig gestimuleerd. Het systeem van accreditatie voor bepaalde zorgverleners leidt niet altijd tot het optimaliseren van de geleverde kwaliteit van de zorg. Het is belangrijk dat alle eerstelijnszorgverleners zich continue bijscholen om de kwaliteit van hun zorg te verbeteren.

Heverlee, mei 2010