

Co-constructie van het beleid inzake gezondheidszorg

Sophie Cès – Studiedienst

Met dank aan Alessandro Rancati – Gemeenschappelijk Centrum voor Onderzoek (JRC), Europese Commissie

Samenvatting

Dit artikel dient ter ondersteuning van de reflectie over de veranderingen die nodig zijn om de governance van het beleid inzake gezondheidszorg te verbeteren. Co-constructie verwijst naar de samenwerking van de verschillende stakeholders rond complexe vraagstukken betreffende volksgezondheid en prestaties van het gezondheidssysteem, met het oog op de uitwerking van actieprogramma's om gemeenschappelijke prioritaire doelstellingen voor het gezondheidssysteem te verwezenlijken en de gevolgen ervan te beoordelen. Deze nieuwe opdracht vereist een aangepast overlegproces waarmee de bestaande middelen binnen het gezondheidssysteem beter kunnen worden gemobiliseerd. De uitdaging is om zowel de doorstroming van kennis als van perspectieven mogelijk te maken, binnen een collectief denkproces, teneinde op die manier innovatie te bevorderen. In het eerste deel presenteren we de beginselen waarop een participatieve governance moet worden gebaseerd. Omwille van de complexiteit, reikwijdte en diversiteit van de vraagstukken die hierbij meespelen en het nieuwe karakter van een dergelijke participatieve benadering, is methodologische ondersteuning onmisbaar. In het tweede deel beschrijven we de relevante methodologische benaderingen voor het tot stand brengen van een effectieve samenwerking voor wat betreft gezondheidszorgbeleid. Met name op Design gebaseerde benaderingen verschaffen een methodologisch kader dat enerzijds compleet genoeg is om de vele uitdagingen aan te gaan die stakeholderparticipatie komen kijken, en dat anderzijds afgestemd is op de specifieke problematiek van de gezondheidszorg.

Sleutelwoorden: Governance, participatie, innovatie, gezondheidssysteem, complexiteit, op Design gebaseerde benaderingen

1. Introductie

Door haar enorme impact op de samenleving als geheel heeft de gezondheids crisis ons er nog eens aan herinnerd hoe belangrijk gezondheidszorg is als essentieel gemeenschappelijk goed. De huidige context wordt gekenmerkt door een snelle toename van de zorgbehoeften als gevolg van de epidemiologische evolutie (vergrijzing van de bevolking, de toenemende prevalentie van chronische ziekten en multimorbiditeit, de pandemie) en het ontstaan van nieuwe behoeften in verband met de medische en technologische vooruitgang. Gezien al deze uitdagingen zullen het begrotingskader en de investeringsprioriteiten die de komende jaren worden gekozen, beslissend zijn voor het vermogen van het gezondheidsstelsel om de toegang tot gezondheidszorg voor ieder van ons veilig te stellen, zoals vastgelegd in de VN-verklaring over de universele gezondheidsdekking (Universal Health Coverage): “dat alle personen, zonder discriminatie, toegang hebben tot de nationaal bepaalde sets van noodzakelijke bevorderende, preventieve, curatieve, revalidatie en palliatieve essentiële gezondheidsdiensten, en tot essentiële, veilige, betaalbare, effectieve en hoogwaardige medicijnen en vaccins, terwijl ervoor gezorgd wordt dat het gebruik van deze diensten de gebruikers niet blootstelt aan financiële problemen, met bijzondere nadruk op arme, kwetsbare en gemarginaliseerde delen van de bevolking” (United Nations, 2019, p. 1, onze vertaling).

Om op de snelle veranderingen in de zorgbehoeften van de bevolking te kunnen inspelen, is het dus essentieel om met een betere governance op budgettair vlak het aanpassingsvermogen van het gezondheidssysteem te versterken. De jaarlijkse begrotingskeuzes binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging weerspiegelen de belangrijkste beleidsoriëntaties voor de gezondheidszorg in de komende jaren.

Het Belgische socialezekerheidsstelsel, dat van het Bismarckiaanse type is, wordt beheerd door de werkgevers en werknemers, die er via hun socialezekerheidsbijdragen de grootste financierders van zijn. Voor de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt het sociaal overleg uitgebreid naar de ziekenfondsen en de vertegenwoordigers van zorgverleners en zorginstellingen (Lambert, 2020). De gezondheidspartners (ziekenfondsen en verte-

genwoordigers van zorgverleners en gezondheidsorganisaties) beschikken binnen het Verzekeringscomité over een relatieve autonomie in het beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Dit Comité is namelijk ondergeschikt aan het budgettaire kader dat wordt vastgesteld in de Algemene Raad (waarin de sociale partners, de ziekenfondsen en vertegenwoordigers van de regering zetelen) (Reman & Feltesse, 2003). Een van de beperkingen van het huidige overlegmechanisme is dat het de mogelijkheid uitsluit om transversale gezondheidskwesties aan te pakken, d.w.z. kwesties die verder gaan dan de specifieke problemen van elke professionele gezondheidssector (bv. de integratie van of financiële toegang tot gezondheidszorg), omdat het jaarlijks begrotingsoverleg georganiseerd is in ‘silo’s’, per beroepssector. De uitdaging voor een betere governance is dat er een breder collectief debat tot stand moet worden gebracht over het gebruik van vrijgekomen middelen binnen de budgettaire groeimarge en over de mogelijkheden voor een efficiënter gezondheidssysteem. Een ander verbeterpunt dat door de ziekenfondsen wordt bepleit, is te zorgen voor coherenter investeringen doorheen de tijd op basis van een strategische langetermijnvisie op het gezondheidssysteem. Daarom moet, in het kader van de begrotingshervorming, de governance binnen de opdrachten van het Verzekeringscomité worden omgevormd, met het oog op een coherent en geïntegreerd beleid inzake gezondheidszorg¹ waarmee de collectieve en financiële inspanningen om aan de groeiende gezondheidsbehoeften van de bevolking te voldoen, beter op elkaar kunnen worden afgestemd. Dit artikel ondersteunt het lopende debat, waarvoor het wachten is op een beslissing van de regering. Bovenal moet er een theoretisch kader worden voorgesteld, vergezeld van een reeks praktische voorstellen om het debat over governance te voeden.

In dit artikel beogen we de principes te presenteren waarop we ons bij de verbetering van de governance moeten baseren, evenals de methodologische benaderingen die zouden kunnen worden gekozen om de ontwikkeling van het beleid inzake gezondheidszorg te ondersteunen. In het eerste deel leggen we uit waarom een gezondheidsbeleid in co-constructie een absolute voorwaarde is als we over de vereiste dynamiek willen beschikken om het gezondheidssysteem te kunnen aanpassen. Ook beschrijven we de gevolgen op het gebied van governance. In het tweede deel beschrijven we mogelijke methodologische benaderingen om die co-constructie te ondersteunen.

1 ‘Beleid inzake gezondheidszorg’ verwijst in dit artikel naar de organisatie van de geneeskundige verstrekkingen (exclusief het vraagstuk van de financiering van de gezondheidszorg).

Er kleven immers nogal wat uitdagingen aan het debat over het beleid inzake gezondheidszorg, dat voor de stakeholders van het gezondheidssysteem een geheel nieuwe opdracht vormt. Daarom willen we in ons artikel twee vragen beantwoorden: Volgens welke principes kunnen we de governance voor de uitwerking van het beleid inzake gezondheidszorg verbeteren? Welke methodologieën kunnen worden ingezet om ons gezamenlijk over het gezondheidsbeleid te buigen?

2. De verschillende hefboomen om de governance van het gezondheidssysteem te verbeteren

2.1. Conceptueel kader voor de governance van het gezondheidssysteem

Het conceptuele governancekader ontwikkeld door het *European Observatory of Health Policies and Systems* definieert de pijlers waarop we ons moeten richten om de doeltreffendheid van het overheidsbeleid in de gezondheidszorg te verbeteren: “het doel van het verbeteren van de governance is het verbeteren van de performantie van het beleid, met andere woorden een beter geformuleerd en beter geïmplementeerd beleid” (Greer, Wismar, & Figueras, 2016, onze vertaling). Governance draait om vijf dimensies: transparantie, verantwoordelijkheid, participatie, integriteit en beleids capaciteit.

- **Transparantie** betekent dat “de instellingen de burgers en andere stakeholders informeren over komende en reeds genomen beslissingen, alsook over het proces en de redenen waarom bepaalde beslissingen worden genomen” (idem, onze vertaling). Als patiënten, burgers, investeerders en andere organisaties weten hoe, wanneer en waarom bepaalde beslissingen worden genomen, kunnen ze overeenkomstig plannen en bepalen hoe zij met hun inzicht en kennis kunnen bijdragen, of beslissingen van de beleidsmakers betwisten. In het kader van een verbetering van de governance van de verzekering voor geneeskundige verzorging kunnen verschillende methodes worden gebruikt om transparantie te implementeren. In de eerste plaats moet worden gegarandeerd dat alle stakeholders in het gezondheidssysteem (experts, vertegenwoordigers van verenigingen, enz.) over voldoende nauwkeurige en volledige strategische informatie beschikken om een adequate bijdrage te kun-

nen leveren aan de ontwikkeling en evaluatie van het beleid inzake gezondheidszorg.

- **Verantwoordelijkheid** is niet hetzelfde als transparantie. Ze houdt de plicht in om te informeren, de ondernomen acties toe te lichten en de impact ervan op te volgen.
- **Participatie** betekent dat “de betrokken partijen toegang hebben tot de besluitvorming en macht zodat ze een betekenisvol aandeel krijgen in de werkzaamheden van de instelling” (idem, onze vertaling). Gemeenschappelijke begrotingen zijn een voorbeeld van een participatief mechanisme.
- **Integriteit** betekent “een heldere rol- en verantwoordelijkheidsverdeling en een duidelijk proces dat deze verbindt. Dit houdt in dat de processen voor vertegenwoordiging, besluitvorming en uitvoering duidelijk gespecificeerd moeten zijn. Alle leden moeten de processen waarmee een instelling beslissingen neemt, kunnen begrijpen en voorspellen, en deze toepassen; iedereen moet over een duidelijke rol en verantwoordelijkheden beschikken” (idem, onze vertaling). Integriteitsmechanismen kunnen de vorm aannemen van wetgevende mandaten, procedures (vergadernotulen, vergaderregels, enz.), audits of zelfs begrotingen.
- **Beleids capaciteit** betekent “het vermogen om voor de verwezenlijking van doelstellingen beleid te ontwikkelen dat is afgestemd op de middelen” (Greer, Wismar, & Figueras, 2016, p. 39, onze vertaling). Beleids capaciteit verwijst naar het geheel van middelen dat wordt aangewend om “oplossingen voor overheidsproblemen te identificeren, te formuleren, uit te voeren en te evalueren” (Forest, Denis, Brown, & Helms, 2015, p. 1, onze vertaling). Mogelijke mechanismen om de beleids capaciteit te verbeteren zijn bijvoorbeeld een prestatieanalyse in relatie tot bestaande problemen, gevolgen van het gevoerde beleid of inzicht in het systeem, in het bijzonder juridische of budgettaire problemen en opleiding van professionals die betrokken zijn bij beleidsontwikkeling.

Deze vijf dimensies vormen een kader om na te denken over mogelijke verbeteringen in de governance, zonder daarbij de precieze toepassingsmethodes vast te leggen.

2.2. Definitie van co-constructie

Co-constructie wordt gedefinieerd als “een vrijwillig en geformaliseerd proces waarbij twee of meer stakeholders het eens worden over een definitie van de werkelijkheid (een voorstelling, een beslissing, een project, een diagnose) of een werkwijze (een oplossing voor een probleem). Het oogmerk, de bedoeling van een co-constructie proces

is het definiëren, uitwerken, opbouwen van een diagnose, een analyse, een project, een verandering, een beleid, een methode, enz.” (Foudriat, 2019, p. 17, onze vertaling). In de context van gezondheidszorgbeleid verwijst co-constructie naar de samenwerking van verschillende stakeholders rond complexe vraagstukken betreffende volksgezondheid en performantie van het gezondheidssysteem, met het oog op de uitwerking van actieprogramma's om gemeenschappelijke prioritaire doelstellingen voor het gezondheidssysteem te verwezenlijken en de gevolgen ervan te beoordelen. De co-constructie van het beleid inzake gezondheidszorg vormt dus een nieuwe opdracht die bedoeld is om het gezondheidssysteem op een dynamische manier te verbeteren. Enerzijds heeft deze aanpak als voordeel dat hij concreet inspeelt op het huidige probleem van overleg in silo's (zie inleiding). Anderzijds zou - volgens de Wereldgezondheidsorganisatie en het *European Observatory of Health Systems* (Wereldgezondheidsorganisatie, 2016; Greer, Wismar, & Figueras, 2016) - deze nieuwe vorm van governance beter geschikt zijn om de vele uitdagingen aan te gaan waar het gezondheidssysteem voor staat. De complexiteit van het systeem, de onzekerheid, de constante evolutie, de veelheid aan actoren, enz. maken dat we de governance in de gezondheidssystemen dringend moeten herzien. De uitdaging is om een effectief overlegproces op te zetten, zodat via de doorstroming van kennis en perspectieven ten gunste van innovatie bestaande middelen kunnen worden gemobiliseerd.

2.3. Het gezondheidssysteem, een complex ecosysteem

De centrale pijler van co-constructie is de participatie van de verschillende stakeholders van het gezondheidssysteem in de uitwerking van het gezondheidszorgbeleid. Dit is gerechtvaardigd vanwege de aard van het gezondheidssysteem, dat moet worden gezien als een complex ecosysteem (Wereldgezondheidsorganisatie, 2016), waarin een veelheid van stakeholders in wisselwerking staan met elkaar en elkaar - direct of indirect - beïnvloeden met

verschillende prioriteiten en belangen. De grootste uitdaging voor het invoeren van verbeteringen in een complex systeem is dat het gedrag van zo'n systeem niet voorspelbaar is: “Omdat de elementen veranderlijk zijn, de relaties niet lineair zijn en gedrag opduikt en gevoelig is voor kleine veranderingen, is het gedetailleerde gedrag van om het even welk complex systeem in de loop van de tijd fundamenteel onvoorspelbaar. Uiteindelijk is de enige manier om exact te weten wat een complex systeem zal doen, het te observeren: het is geen kwestie van een beter inzicht in de medewerkers, betere modellen of meer analyse” (Plsek & Greenhalgh, 2001, p. 626, onze vertaling). Tegen deze achtergrond benadrukt de Wereldgezondheidsorganisatie het belang van participatief leiderschap boven individueel leiderschap. Los van democratische overwegingen, stelt de Wereldgezondheidsorganisatie dat een complex systeem “voor een niet-lineaire maar goed gecoördineerde werking in het hele systeem moet kunnen steunen op gezamenlijke perspectieven en uiteenlopende krachten. ‘Gespreid maar niet losgekoppeld’ beschrijft een dergelijk participatief leiderschapsmodel” (Wereldgezondheidsorganisatie, 2016, p. 13, onze vertaling). Deze nieuwe aanpak vindt zijn wortels in de filosofie van de collectieve actie, het experimentalisme dat “gebaseerd is op de idee dat collectieve actie aan effectiviteit en anticipatievermogen wint wanneer het meer participatiemogelijkheden voor de verschillende betrokkenen creëert en dat ze profijt trekt van de intensere band die deze participatie – tussen gedeeld *commitment* en gesitueerd leren – met zich meebrengt² (Maesschalck, 2021, p. 3, onze vertaling). Met name binnen de gezondheidszorg zijn interdisciplinariteit en een systeembenadering vereisten om de complexe problemen aan te pakken³. Het bepalen van gedeelde doelstellingen voor het gezondheidssysteem om een strategische langetermijnvisie vast te leggen, rondt het mechanisme voor een co-constructie in het gezondheidsbeleid af.

In het volgende deel leggen we uit hoe de co-constructie van het gezondheidszorgbeleid deze verschillende gerelateerde dimensies integreert en tegelijkertijd een meer dynamische vorm van participatief governancemodel voorstelt.

2 Gesitueerd leren is het resultaat van een sociaal proces binnen een bepaalde context: de werkplek vormt bijvoorbeeld een kader waarbinnen men bepaalde dingen kan leren, over regels, gedrag, waarden, enz.

3 The Cynefin Framework® (cynefincentre.com). De problemen kunnen van vier verschillende types zijn: eenvoudig (duidelijk causaal verband) – best practices zijn hier het antwoord –, gecompliceerd (meerdere oorzaken die de mening van deskundigen vereisen om een causaal verband te kunnen bepalen), complex (geen aanwijsbaar oorzakelijk verband buiten de specifieke context, onvoorspelbare en opkomende resultaten), chaotisch (geen aanwijsbaar oorzakelijk verband).

2.4. Gedeelde prioriteiten

2.4.1. Een strategische langetermijnvisie voor het gezondheidssysteem

Door doelstellingen vast te leggen, wordt een strategische langetermijnvisie mogelijk. Ook worden zo de vereiste instrumenten aangereikt om het gezondheidsbeleid te oriënteren en te coördineren (onder 'gezondheidsbeleid' verstaan we al het overheidsbeleid dat van invloed is op de volksgezondheid, inclusief het beleid inzake de gezondheidszorg). Het nastreven van een gemeenschappelijk doel is een van de noodzakelijke voorwaarden voor co-constructie (Topp, Mair, Smillie, & Cairney, 2020).

Binnen het gezondheidszorgbeleid hoopt men met deze aanpak de performantie van het gezondheidssysteem te verbeteren door investeringen en actieprogramma's beter af te stemmen op de vele uitdagingen om aan alle gezondheidsbehoeften van de bevolking te voldoen. Het past dus in een logische continuïteit van de evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem die tot doel heeft "de gezondheidsautoriteiten te informeren over de performantie van het gezondheidssysteem en eventuele problemen aan het licht te brengen" (Vrijens, Renard, Walkiers, Meeus, & Léonard, 2014, p. 84, onze vertaling). Naast de verbetering van de performantie van het gezondheidssysteem, is het nastreven van prioritaire gezondheidsdoelen om op kwesties van volksgezondheid in te spelen in coördinatie met ander overheidsbeleid, tevens een aanvulling op de strategische langetermijnvisie voor het gezondheidssysteem.

Dankzij de benadering per doelstelling kan in vijf dimensies van governance worden opgetreden. Het doel hiervan is om – expliciet en rechtstreeks – het zoeken naar resultaten op het gebied van volksgezondheid en performantie van het gezondheidssysteem, te integreren in de procedures van het begrotingsoverleg. Door te behalen doelstellingen voorop te stellen, kunnen verschillende expertises en perspectieven naadloos bij elkaar worden gebracht. Zo kan elke actor niet alleen meedenken op het eigen vakgebied maar tevens genieten van de inbreng van de andere deelnemers (zie deel 2.3.1.). Het vaststellen van doelstellingen biedt dus de mogelijkheid om het innovatievermogen te verbeteren door alle actoren die betrokken zijn bij het oplossen van complexe problemen bijeen te brengen en deze problemen op een zo alomvattend mogelijke manier aan te pakken met betrekking tot de meervoudige mogelijke oorzaken (in plaats van me-

teen na te denken over slechts één soort actie). Met deze nieuwe manier van structureren van de begrotingsreflectie en van het gezondheidszorgbeleid rond gedeelde doelstellingen, kunnen innovatieve, transversale, multidisciplinaire en gecoördineerde voorstellen beter worden bevorderd. Bovendien motiveert ze de stakeholders, concentreert ze hun collectieve inspanningen en responsabiliseert ze hen. En ten slotte is het preciseren van doelstellingen voor het gezondheidssysteem tevens een manier om veranderlijke beleidskeuzes in de tijd tegen te gaan. Het langetermijnperspectief versterkt de continuïteit van het gezondheidszorgbeleid. Dit beleid kan vervolgens op korte en middellange termijn worden geëvalueerd en bijgesteld volgens stabielere, objectievere en transparante criteria. Het bepalen van doelstellingen voor het gezondheidssysteem is dus ook een manier om op macroniveau transparantere prioriteiten te verkrijgen. Doordat de doelstellingen openbaar zijn, kunnen de betrokken stakeholders geïnformeerd worden over de gemaakte keuzes, in vergelijking met prioritaire investeringen en voorkeursmaatregelen, en kan de link worden gelegd met de aan te pakken problemen en met de waarden van het gezondheidssysteem.

De uitwerking van het gezondheidszorgbeleid is dus bovenal een proces van dynamische aanpassingen op korte en middellange termijn, binnen een geformaliseerd structurerend kader van langetermijndoelstellingen.

2.4.2. SMART-doelstellingen

In het gezondheidszorgsysteem zijn er allereerst de hoofdprioriteiten die zijn vastgelegd in het regeerakkoord, de 'Quintuple Aim' en de 'SMART-doelstellingen', die nog nader moeten worden bepaald (RIZIV, 2022):

- Specifiek, d.w.z. duidelijk omschreven, ondubbelzinnig;
- Meetbaar, d.w.z. kwantificeerbaar aan de hand van een indicator;
- Acceptabel, haalbaar in het licht van de mogelijke maatregelen, het gestelde probleem (een 80% vermindering van de prevalentie van diabetes is bijvoorbeeld niet haalbaar);
- Realistisch, d.w.z. haalbaar binnen het tijdschema;
- Tijdgebonden, d.w.z. met een precieze tijdslijm (Ogbeiw, 2016; Ogbeiw, 2017).

Dit type doelstelling laat zich samenvatten in een resultaat, een indicator, een streefwaarde⁴ en een tijdschema (Ogbeiw, 2017). Het definieert de tastbare resultaten die in de toekomst in het gezondheidssysteem moeten worden be-

4 Een streefwaarde duidt op de numerieke waarde van een indicator, maar het is op zichzelf geen doelstelling (onze vertaling) (Ogbeiw, 2016).

reikt en die kunnen worden geëvalueerd. Het bepalen van SMART-doelstellingen is geen exacte wetenschap. Het is vooral een symbolisch en praktisch instrument om stakeholders te stimuleren en te inspireren (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017).

Al naargelang de aard van de gewenste resultaten, kunnen er drie soorten doelstellingen worden onderscheiden (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017) die spelen op macro- (landelijk), meso- (op het niveau van zorgorganisaties of op lokaal niveau) en microniveau (zorgverleners, patiënten):

- Strategische doelstellingen
 - Binnen de resultaatdoelstellingen zijn de einddoelstellingen gericht op het verbeteren van de gezondheidstoestand (sterftecijfer, ziektecijfer) of de levenskwaliteit.
 - Intermediaire resultaatdoelstellingen hebben betrekking op de gezondheidsdeterminanten die bepalend zijn voor het bereiken van de einddoelstellingen (bv. toegang tot gezondheidszorg, gezondheidsgeletterdheid, leefgewoonten).
- Operationele doelstellingen
 - Procesdoelstellingen hebben betrekking op de manier waarop gezondheidszorg wordt verstrekt, teneinde de kwaliteit, efficiëntie en toegankelijkheid ervan te verbeteren. Dit zijn de acties die moeten worden ondernomen om de resultaatdoelstellingen te behalen. Procesdoelstellingen zijn nuttig om op korte termijn toezicht te houden op de implementatie van programma's.
 - De structuur- en organisatiedoelstellingen hebben betrekking op wijzigingen in wetgeving, infrastructuur, human resources, enz.

2.4.3. Een benadering gericht op problemen en hun beperkingen

Het formuleren van SMART-doelstellingen betreft een probleemgerichte benadering. Ze begint met een analyse van de huidige stand van zaken om problemen te identificeren, om vervolgens de punten te selecteren die verbeterd moeten worden en acties te bepalen die genomen moeten worden (Ogbeiwi, 2021). Op die manier kunnen SMART-doelstellingen worden geformuleerd op grond van reeds goed gedocumenteerde en gekwantificeerde problemen (bv. ziekenhuisinfecties).

Het aantal SMART-doelstellingen moet worden beperkt teneinde het probleem vanaf het begin goed af te bakenen. Eventueel kunnen ze later in het debat (met name voor de operationele doelstellingen) nog wat worden aangevuld. We moeten opletten dat we niet vervallen in een overdaad aan doelstellingen voor een bepaald probleem, daar ze vooral een instrument zijn om het debat rond de verbetering van de gezondheidszorg te sturen (zodat acties kunnen worden gedefinieerd en de geboekte vooruitgang kan worden gemeten) veeleer dan een controle-instrument. Verder kan het interessant zijn om ook andere indicatoren op te volgen, maar deze moeten dan wel duidelijk te onderscheiden zijn van de SMART-doelstellingen.

De eerste beperking van dit type aanpak schuilt in het feit dat niet alle problemen worden gemeten, of zelfs maar meetbaar zijn. Daarom moet het gezondheidszorgbeleid ook worden gestuurd door meer algemene, niet-gekwantificeerde doelstellingen, zodat de beleidsreflectie niet te eng wordt en bepaalde belangrijke gebieden niet verborgen blijven (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017). Sommige complexe problemen kunnen niet in één enkele maatregel worden vevat. De integratie of patiëntgerichtheid van zorg, bijvoorbeeld, zijn moeilijk te kwantificeren (Champagne et al., 2005). Anderzijds kan, zelfs bij kwantificeerbare problemen, de performantie van het gezondheidssysteem op een gegeven moment niet uitputtend worden geëvalueerd, en dat vooral om technische redenen (bv. de beperkte beschikbaarheid van gegevens of middelen die voor zo'n evaluatie beschikbaar zijn). Ook de samenstelling van performantie-indicatoren is een domein dat geregeld moet evolueren in functie van mogelijke nieuwe theoretische vragen, het ontstaan van nieuwe maatschappelijke problemen, de technologische ontwikkeling (nieuwe mogelijkheden voor het verzamelen van gegevens of kruisverwijzingen naar bestaande databases), de medische vooruitgang, veranderingen in het wettelijk kader, wijzigingen in de organisatie van de gezondheidszorg, enz. Dit betekent dat reflecties over het gezondheidszorgbeleid op hun beurt de inhoud van de evaluatie van de performantie van het systeem moeten kunnen doen evolueren en dat werkzaamheden moeten kunnen worden afgestemd op het uit te stippelen beleid, met name voor de samenstelling van indicatoren die momenteel nog ontbreken of pas sinds kort onmisbaar zijn. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat er reeds tal van indicatoren⁵ bestaan die het nu al mogelijk maken om SMART-doelstellingen te formuleren,

5 De kwaliteit van indicatoren (met name wat betreft betrouwbaarheid en validiteit) is een onvermijdelijke vraag die bij de keuze van indicatoren aan de orde moet komen.

bv. op supranationaal niveau, met betrekking tot de gezondheidstoestand, de toegankelijkheid en de gezondheidsbevordering (ook al moeten ze soms worden aangepast aan de epidemiologische context van België). Op federaal niveau hebben wetenschappelijke stakeholders zoals het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) reeds een aantal SMART-doelstellingen geformuleerd, in de vorm van aanbevelingen voor te behalen langetermijnresultaten. Administratieve stakeholders zoals het RIZIV hebben op hun beurt aanbevelingen gedaan op een meer operationeel, kortetermijnniveau (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017).

Een te grote focus op indicatoren kan trouwens de reflectie beperken rond een nauwe doelstelling, zoals we zien bij te gerichte acties. In dat geval lopen we het risico dat we niet het volledige probleem in aanmerking nemen. Als de indicator bijvoorbeeld wordt berekend voor een bepaalde populatie of pathologie (zoals borstkankerscreening binnen een kwetsbare populatie), neemt dat niet weg dat het gestelde probleem ook van toepassing kan zijn op een bredere populatie of bij meerdere pathologieën, waarbij acties ook voordelen kunnen opleveren. Het risico is een versnippering van het gezondheidszorgbeleid, in de vorm van een vermenigvuldiging van het aantal kleinschalige actieprogramma's met beperkte schaalopbrengsten of die de problemen slechts gedeeltelijk aanpakken. Daarom is het van essentieel belang dat het op te lossen probleem duidelijk gedefinieerd en afgebakend wordt voordat er een actieprogramma wordt opgezet. Hiertoe moet de reflectie methodologisch worden omkaderd (zie deel 3.1), want de SMART-doelstellingen zijn slechts één van meerdere instrumenten om een relevant beleid uit te stippelen dat tot echte verbeteringen in het gezondheidssysteem kan leiden.

Een ander risico is dat we uitkomen op een ongestructureerde lijst met meerdere doelstellingen, zonder globale strategische visie, omdat ze niet gekoppeld zijn aan de onderliggende prioriteiten en waarden. Daarom is het zo belangrijk om een gestructureerde visie van de doelstellingen en actieprogramma's uit te werken (Ogbeiw, 2021). Deze gestructureerde synthese heeft geen vaste vorm, want ze moet altijd worden afgestemd op het uitgangspunt van het probleem:

- Neem bijvoorbeeld de doelstelling om de ondercon-

sumptie van tandzorg te bestrijden (strategische intermediaire resultaatdoelstelling met gezondheidszorg als één van de gezondheidsdeterminanten, zie deel 2.2.1). Deze doelstelling kan gepaard gaan met een actieprogramma op verschillende gebieden, zoals financiële toegang, gezondheidsbevordering, beschikbaarheid van het zorgaanbod, enz.

- De verbetering van de financiële toegang (een andere intermediaire resultaatdoelstelling) zou zodanig kunnen worden gepresenteerd dat we een overzichtsbeeld krijgen van alle maatregelen in deze performantiedimensie, d.w.z. specifieke maatregelen voor tandzorg naast andere mogelijke maatregelen (voor financiële bescherming of specifieke gezondheidszorgen).

Deze verschillende gestructureerde samenvattingen zouden onder andere kunnen helpen om mogelijke interacties of tegenstrijdigheden te identificeren tussen acties uit verschillende doelstellingen.

2.4.4. Een strategische visie en de performantiedimensies van het gezondheidssysteem

De strategische visie voor het gezondheidssysteem valt allereerst onder de *Quintuple Aim*, dat in de eerste plaats een waardenkader is (Schokkaert, et al., 2022; Mahieu, Cès, & Lambert, 2022; RIZIV, 2022). Verder moet worden opgemerkt dat dit een kader is om de reflectie te begeleiden dat nog nader zou moeten worden gedefinieerd en aangepast om zo nauw mogelijk de prioriteiten van geheel van actoren in het gezondheidssysteem te weerspiegelen. Ook zullen deze prioriteiten noodzakelijkerwijs tot compromissen moeten leiden, gezien de beperkte beschikbaarheid van middelen en de mogelijkheid van interacties tussen de verschillende doelstellingen (Schokkaert, et al., 2022).

Aanvullend op de *Quintuple Aim*, heeft⁶ de regering aan het begin van de legislatuur ook prioriteiten geformuleerd in de vorm van algemene doelstellingen inzake gezondheid en de performantie van het gezondheidssysteem op het vlak van financiële toegankelijkheid. Het regeerakkoord bevat de volgende doelstellingen: "om tegen 2030 de gezondheidskloof tussen mensen met het hoogste en het laagste aantal te verwachten gezonde levensjaren met minstens 25% te verkleinen, het aantal vermijdbare sterfgevallen met 15% terug te dringen en opnieuw een plaats te veroveren in de groep van de tien Europese landen waar

6 "General goals are broad aims or statements of expected long-term impact of intervention, futuristic visions and overall purposes of an organisation" (Ogbeiw, 2021, p. 328).

het aantal te verwachten gezonde levensjaren het hoogst is, en een hoge toegankelijkheid en een goede dekking te blijven garanderen” (Regeerakkoord, 2020). Een oproep tot het indienen van initiatieven kon een reeks problematieken worden gedefinieerd in 2021 die van belang zijn voor de verbetering van het gezondheidssysteem. De behandelde thema’s zijn: preventieve zorg en chronische ziekten, toegankelijkheid van de zorg, zorgtrajecten, geestelijke gezondheid, geïntegreerde zorg (RIZIV, 2021).

De SMART-doelstellingen (die nog moeten worden geformuleerd) zijn mogelijke uitgangspunten voor reflectie over het gezondheidszorgbeleid (zie deel 2.2.2.) dewelke worden vastgelegd met het oog op het bepalen van acties. De uitvoering van die acties kan, afhankelijk van de begrotingsmogelijkheden, over meerdere jaren worden gespreid, zolang de doelstelling niet is bereikt en er in de gezondheidszorg nog potentieel voor verbetering is.

Het conceptuele kader dat is ontwikkeld om de prestatie van het gezondheidssysteem te evalueren, biedt een gedetailleerde en direct bruikbare logische structuur om nauwkeuriger na te denken over mogelijke verbeteringen van het gezondheidssysteem, zowel om eventuele actiegebieden te identificeren als om prestatieproblemen op te lossen (hiervoor worden waarschuwingstekens aangeduid) (Devos, et al., 2019). Tussen de dimensies zijn tegenstrijdige effecten mogelijk (net als bij de *Quintuple Aim*). Daarom is het van fundamenteel belang de SMART-doelstellingen en de hiertoe te implementeren acties te structureren volgens de verschillende dimensies, om de algehele interne consistentie te waarborgen en te anticiperen op mogelijke interacties en negatieve effecten tussen de dimensies. Het zou er bovendien voor zorgen dat bepaalde dimensies van de prestatie van zorg niet zomaar over het hoofd worden gezien. Anderzijds kan het ook nuttig zijn om de reeks SMART-doelstellingen te structureren in relatie tot de *Quintuple Aim* en tot de algemene doelstellingen uit het regeerakkoord.

Het conceptuele kader van de evaluatie van de prestatie van het gezondheidssysteem (Devos, et al., 2019) overlapt de definitie van de universele gezondheidsdekking (*Universal Health Coverage*), het streefdoel voor elk gezondheidssysteem, op drie hoofddimensies: toegankelijkheid (inclusief financiële toegankelijkheid), kwaliteit van zorg (inclusief doeltreffendheid, gepastheid, veiligheid, conti-

nuïteit en patiëntgerichtheid) en rechtvaardigheid. Verder zijn er nog twee andere dimensies toegevoegd, efficiëntie en duurzaamheid (inclusief projecties van de toekomstige ontwikkeling van vraag en aanbod en financiële duurzaamheid met betrekking tot toekomstige uitgaven en de financiering daarvan). Efficiëntie is niet direct gekoppeld aan de universele gezondheidsdekking. Gezien de beperkte beschikbaarheid van begrotingsmiddelen op macroniveau is efficiëntieverbetering echter een fundamenteel middel om het gezondheidsstelsel te verbeteren. Aan de andere kant kan financiële duurzaamheid, om verschillende redenen, geen deel uitmaken van SMART-doelstellingen. Ten eerste kan ze niet rechtstreeks worden aangepakt in het kader van de taken van het Verzekeringscomité, omdat dat niet onder diens directe verantwoordelijkheid valt. De tweede reden is theoretisch: financiële duurzaamheid is een complexe economische kwestie die niet kan worden opgelost met behulp van drempelindicatoren die uitgaan van het bestaan van een absolute of aanvaardbare theoretische drempel. Ten slotte verwijst deze kwestie ook naar economische keuzes die worden gestuurd door maatschappelijke waarden, met name inzake sociale rechtvaardigheid, ethiek en solidariteit. De gezondheids crisis heeft duidelijk aangetoond hoezeer een gewaarborgde toegang tot zorg voor de dringendste behoeften de overhand moet hebben op de economische gevolgen. Volgens de WGO: “Een goed gezondheidsfinancieringssysteem werft voldoende fondsen voor gezondheid op een manier die ervoor zorgt dat mensen de benodigde diensten kunnen gebruiken en incentives biedt voor aanbieders en gebruikers om efficiënt te zijn” (Wereldgezondheidsorganisatie, 2007, p. 6). Op operationeel niveau moet overigens ook rekening kunnen worden gehouden met environmentale duurzaamheid.

Zo kunnen SMART-doelstellingen worden geformuleerd op grond van de beoordeling van de prestatie van het gezondheidssysteem. Daarnaast kunnen ook meerdere onderzoeken worden gebruikt voor het formuleren van SMART-doelstellingen.

Het besluitvormingsproces rond het bepalen van SMART-doelstellingen voor het gezondheidssysteem is een centrale strategische kwestie die het onderwerp zou moeten zijn van een diepgaande analyse⁷. Een belangrijke succesfactor van deze aanpak is het feit dat deze doelstellingen door zoveel mogelijk stakeholders worden gedeeld (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017) en dat de

7 Opgemerkt moet worden dat deze vraag niet kon worden beantwoord omdat deze ontwikkelingen vereist die te lang zijn voor een enkel artikel.

actieprogramma's in overleg met de betrokken stakeholders worden opgesteld. Het gaat om participatieve, niet technocratische doelstellingen, die van bovenaf of door henzelf worden gedefinieerd (Ogbeiw, 2021).

2.5. Uitgebreide participatie van de stakeholders

Volgens het onderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie (Wereldgezondheidsorganisatie, 2016) waren de meest genoemde kenmerken van goed leiderschap 'teamspirit', 'geïnformeerd' en 'adaptatief'. Het eerste kenmerk komt samen met alle betrokken stakeholders tot stand, het tweede vormt een grote uitdaging voor het verbeteren van de governance (zie deel 2.3.1) en het derde is niet alleen essentieel om de vereiste transformaties van het gezondheidssysteem door te voeren en zo de medische en technologische vooruitgang te integreren, maar ook om adequaat te kunnen reageren op plotselinge veranderingen in de gezondheidsbehoeften (hierbij moet wel worden opgemerkt dat deze kwaliteiten ook aanwezig moeten zijn op de andere governance-niveaus van het systeem).

De uitgebreide participatie van stakeholders in de ontwikkeling van het gezondheidszorgbeleid is vooral een manier om een completere analyse van de problemen te verkrijgen, door met name verschillende perspectieven aan het woord te laten en inzichten in de praktijkervaring van zorgprofessionals en gebruikers van diensten uit te wisselen. Ook bevordert ze een dynamiek van collectieve reflectie rond een bepaald probleem die veel verder gaat dan de eenvoudige uitdrukking van de respectieve standpunten van de deelnemers, met name door de totstandbrenging van een gemeenschappelijk inzicht. Het gezamenlijk zoeken naar oplossingen komt de innovatie ten goede doordat op die manier creativiteit en nieuwe ideeën van de stakeholders (over het beoogde probleem, de context of de mogelijke oplossingen) worden gestimuleerd.

2.5.1. Doorstroming van kennis

De complexiteit van gezondheidsproblemen, ongeacht of het op de schaal van een bevolkingsgroep, een gemeenschap of een individu is, impliceert dat keuzes voor het gezondheidsbeleid gebaseerd moeten zijn op zeer uiteenlopende elementen zoals waarden, wetenschappelijke kennis en standpunten van de betrokken stakeholders, en dat inherente onzekerheden moeten worden meegevoerd. Een van de uitdagingen bij de ontwikkeling van gezondheidszorgbeleid is allereerst het adequaat mobi-

liseren van bestaande kennis – vooral op ervaring gebaseerde, intuïtieve en contextafhankelijke, stilzwijgende kennis – uit verschillende bronnen (Wereldgezondheidsorganisatie, Open mindsets Participatory leadership, 2016).

De eerste uitdaging op het gebied van gezondheid is om wetenschappelijke kennis beter in de reflectie te integreren, met andere woorden erin slagen om wetenschappelijke expertise op een adequate manier te mobiliseren door wetenschappelijke kennis voldoende ruimte te geven, op een voldoende exhaustieve wijze rekening te houden met wetenschappelijke bijdragen en stakeholders in de gelegenheid te stellen zich de kennis eigen te maken. Naast zeer uiteenlopende contexten (tijdshorizonten, onzekerheden, vragen, enz.) schuilt de moeilijkheid er vooral in dat het beleidsdomein radicaal verschilt van het wetenschappelijk domein, in die zin dat er op een radicaal andere manier met problemen omgegaan wordt. Binnen de wetenschap worden problemen vanuit een technische invalshoek benaderd, terwijl beleidsmakers ze meer zien als een onderhandelingsproces over oplossingen die de steun van de meerderheid krijgen (Sienkiewicz & Mair, 2020). Beleidskeuzes kunnen zich echter niet alleen laten leiden door het wetenschappelijke perspectief. Bij beleidsbeslissingen moet men ook rekening houden met een reeks uiteenlopende, minstens zo geldige overwegingen, bv. maatschappelijke waarden zoals billijkheid, solidariteit of zelfs ethiek, het wettelijk kader, de sociale en economische context, de standpunten van de stakeholders die er direct of indirect door worden beïnvloed, enz. De gezondheidscrisis illustreert perfect hoe belangrijk het is om rekening te houden met een breed scala aan standpunten en belangen, teneinde voldoende geïnformeerde beleidsbeslissingen te garanderen (door een betere anticipatie van alle potentiële gevolgen en een beredeneerde keuze). In noodsituaties worden de uitdagingen van het overleg nog versterkt door de noodzaak van een snelle reactie door de beleidsmakers.

De uitdaging is in de eerste plaats van procedurele aard. Er moet voor worden gezorgd dat wetenschappelijke bijdragen niet verloren gaan in het gezondheidszorgbeleidsvormingsproces, teneinde het risico op desinformatie, onwetendheid over de behandelde onderwerpen en moeilijkheden of misvattingen zoveel mogelijk te voorkomen. Ten tweede is het ook een kwestie van het bevorderen dat stakeholders zich wetenschappelijke bijdragen eigen maken, teneinde zo de collectieve reflectie te ondersteunen (bv. over het juiste gebruik van indicatoren). Via de mobilisatie van wetenschappelijke expertise kan bovendien beter onderscheid worden gemaakt tussen wat onder wetenschappelijke kennis valt en wat eerder betrekking heeft

op specifieke waarden, overtuigingen of belangen. Slechts een deel van de gehele wetenschappelijke productie is nuttig, dat wil zeggen geconstrueerd om op de beleidsagenda in te spelen. Dat is een belangrijk criterium om in een langetermijnperspectief te laten meewegen, teneinde een nauwere samenwerking tussen politieke stakeholders en wetenschappelijke onderzoekers mogelijk te maken en zo de impact van onderzoek op de samenleving te versterken (Sienkiewicz & Mair, 2020). Een ander risico waarover moet worden gewaakt, is een overdaad aan informatie waardoor de meest relevante onderzoeksresultaten ondergesneeuwd kunnen raken. Daarom is het van fundamenteel belang om - ter ondersteuning van beleidsreflecties - een samenvatting te maken van de meest relevante wetenschappelijke bijdragen.

Ook de expertise van leken, dus van niet-wetenschappers, moet een plaats krijgen zodat alle standpunten van de stakeholders die met het betrokken probleem te maken hebben, in aanmerking worden genomen. Met andere woorden, in de eerste plaats het standpunt van de patiënten en mantelzorgers, en in bredere zin ook dat van de bevolking. De kennis van de patiënten wordt erkend als een goede aanvulling op wetenschappelijke kennis (Kohn, Dauvrin, & Cleemput., 2021). De expertise van de patiënten hangt samen met hun persoonlijke ervaring, dat wil zeggen met ervaringskennis, ongeacht of het hierbij gaat om kennis van aandoeningen (door het waarnemen van signalen of symptomen) of om kennis van de gezondheidszorg als gebruiker. In wetenschappelijk onderzoek wordt de bijdrage van patiënten op prijs gesteld vanwege de unieke expertise. In het kader van de onderzoeksactiviteiten van het KCE (Kohn, Dauvrin, & Cleemput., 2021) ziet men het voordeel in om patiënten als deskundigen te betrekken. Dit vooral om (niet-bevredigde of prioritaire) behoeften van patiënten en moeilijkheden of problemen waarmee patiënten worden geconfronteerd te identificeren, dan wel om informatie te verzamelen die niet a priori bekend is bij artsen (bv. over praktische haalbaarheidskwesties in het dagelijks leven). Op die manier kan de aanvaardbaarheid van onderzoeksresultaten worden verbeterd. Bij het betrekken van patiënten moet echter wel aan bepaalde voorwaarden worden voldaan om ervoor te zorgen dat de gekozen patiënten niet worden beïnvloed door privébelangen en dat ze goed zijn opgeleid.

De veldexpertise van de professionals is eveneens een complementaire kennis die moet worden geïntegreerd om na te denken over de mogelijkheden tot verandering. Het mobiliseren van deze kennis is immers essentieel voor innovatie. De complementariteit van kennis is essentieel voor de beleidsvorming, maar volstaat niet om complexe problemen

aan te pakken (Maesschalck, 2021). Participatieve governance is niet alleen bedoeld om de betrokken stakeholders eenvoudiger te kunnen raadplegen. De uitdaging ligt erin om de deelnemers in staat te stellen om - in alle etappes - gezamenlijk na te denken over gemeenschappelijke doelstellingen, zowel vóór de uitstippeling van het beleid als later, als de effecten ervan moeten worden geëvalueerd. Hiervoor moet wel een zekere knowhow en algemene kennis zijn vergaard.

2.5.2. Samenwerken, een leerproces

De co-constructie van het gezondheidszorgbeleid is voornamelijk gebaseerd op het vermogen van de stakeholders om samen problemen op te lossen die zij als prioriteit beschouwen. De configuratie van de co-constructie in het kader van de begrotingshervorming is a priori gunstig omdat de stakeholders zich op gemeenschappelijke doelstellingen concentreren om gecoördineerde oplossingen voor te stellen. Het vermogen om breder samen te werken hangt echter af van de totstandbrenging van een samenwerkingscultuur tussen stakeholders met zeer heterogene profielen (op het vlak van opleiding, werkcultuur, verantwoordelijkheden, rollen, interesses, enz.) die elders niet snel zullen samenwerken (al dan niet beroepsmatig). Voor de ziekenfondsen en de zorgverstrekkers vinden de formele interacties plaats in het kader van het jaarlijkse begrotingsoverleg, bij de onderhandeling over tariefafspraken. Erkend moet worden hoe moeilijk het is om een gunstig kader voor te stellen voor een effectieve samenwerking in alle stadia, ook in de besluitvormingsprocessen. De samenwerking is dus afhankelijk van het vermogen van de deelnemers om nieuwe vormen van interactie aan te leren. Dit veronderstelt van de kant van de stakeholders een zekere bekwaamheid om zich de participatieve aanpak toe te eigenen (vooral het naleven van de formalistische procedures) en akkoord te gaan met een denkproces waarbij de deelnemers soms flink van standpunt veranderen, met betrekking tot hun ideeën, hun percepties van het aangekaarte probleem, contextuele factoren, mogelijke reacties, enz. (Maesschalck & Blésin, 2009). Deze samenwerking moet tevens aan feedback worden onderworpen om de procedures in de loop van de tijd te kunnen verbeteren (Maesschalck, 2008).

2.5.3. De totstandbrenging van knowhow

Een van de uitdagingen van participatie is het verwerven van een gemeenschappelijke knowhow om het gezondheidszorgbeleid te kunnen uitstippelen. Om te beginnen is het essentieel dat de collectieve reflectie op

gang gebracht wordt aan de hand van methodologische instrumenten (zie deel 3) die de kennis samenvatten, het aangekaarte probleem omschrijven en ervoor zorgen dat de vraagstelling volledig en relevant genoeg is zodat de voorgestelde acties het aangekaarte probleem niet alleen vanuit theoretisch maar ook vanuit operationeel oogpunt kunnen aanpakken, en ze niet in strijd zijn met de overige nagestreefde doelstellingen en de waarden van het gezondheidssysteem. Uiteindelijk moeten de deelnemers zich deze tools en methodologieën ook zelf eigen kunnen maken.

Het vermogen van de stakeholders om de vaardigheden te verwerven die nodig zijn voor de ontwikkeling van gezondheidszorgbeleid hangt niet alleen af van hun betrokkenheid bij de reflectiefases over de gemeenschappelijke doelstelling en bij de besluitvorming over actieprogramma's. Ook wordt het leerproces van de stakeholders bevorderd wanneer ze betrokken worden bij de overige fases, dus ook in de uitvoerings- en opvolgingsfase (Maesschalck, 2008). De participatieve aanpak moet verder ook op langere termijn kunnen worden ingezet (dus niet alleen bij de formulering van voorstellen) om de acties te monitoren in vergelijking met de vastgelegde doelstellingen en deze zo nodig continu bij te sturen. Dit impliceert tevens een vorm van leren gericht op de ontwikkeling van het vermogen om de impact van beslissingen te monitoren, rekening te houden met eventuele veranderingen in beschikbare gegevens over het probleem (zoals medische vooruitgang) of in context, en dienovereenkomstig aanpassingen aan te brengen. Deze evaluatieve benadering kan ook aanleiding geven tot een herziening van bepaalde vooronderstellingen, standpunten of beslissingen uit het verleden.

2.5.4. De totstandbrenging van een gemeenschappelijke kennis

Naast het leren samenwerken tussen deelnemers, moet voor de uitwerking van gezondheidszorgbeleid ook een gemeenschappelijke kennis worden ontwikkeld over de interpretatie en oplossing van het probleem. De participatieve benadering levert gunstige context om samen te leren, want dankzij de sociale interactie kunnen mensen zich enerzijds scholen en anderzijds kunnen ze gemeenschappelijke inzichten ontwikkelen die verder gaan dan hun individuele kennis (de leerresultaten zijn het gevolg van de sociale context waarin zij zich bevinden) (Jafari Amineh & Davatgari Asl, 2015). Daarom is het zo belangrijk om oog te hebben voor de context, en vooral voor de manier van uitwisseling tussen de stakeholders om complexe problemen (waarvoor geen vaste oplossing bestaat) aan te pakken.

De creativiteit van de deelnemers wordt verder ook bevorderd door een goed geformaliseerde en niet-oordelende uitwisselingsruimte.

2.6. De principes van een participatieve governance

Onafhankelijk van het domein waarin participatieve processen worden geïmplementeerd (gezondheidszorg dan wel bredere collectieve maatregelen), kunnen gemeenschappelijke principes worden geïdentificeerd die gunstige voorwaarden creëren voor een collectieve reflectie (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016). Door de betrokkenheid van verschillende stakeholders houden participatieve processen namelijk een aantal risico's en praktische problemen in waarmee rekening gehouden moet worden.

2.6.1. De vertegenwoordiging van de stakeholders

Participatieve processen moeten de *ad hoc* betrokkenheid van verschillende stakeholders mogelijk maken in functie van de mogelijkheden tot inbreng en tot het delen van de verantwoordelijkheden met betrekking tot de aangekaarte vraagstukken (Wereldgezondheidsorganisatie, 2016), ongeacht de rol en de taken van de stakeholders. Een belangrijke uitdaging is de effectieve vertegenwoordiging van de betrokken stakeholders omdat het risico bestaat dat er een ongelijke machtsverhouding ontstaat met betrekking tot bepaalde specifieke belangen (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016; Sienkiewicz & Mair, 2020). Het meest acute risico is het risico dat belangen worden behartigd die in strijd zijn met het nagestreefde doel (bv. op het vlak van volksgezondheid, zoals de strijd tegen roken). In dat geval zou participatie eerder schadelijk dan heilzaam zijn (Greer, Wismar, & Figueras, 2016). Anderzijds moet erop worden toegezien dat de uitbreiding van de participatie de macht van bepaalde reeds goed vertegenwoordigde belangen niet nog versterkt. Een andere beperking aan participatie van stakeholders is het vermogen van de vertegenwoordigers om het perspectief van bepaalde stakeholders uit te dragen, in het bijzonder patiënten, gezien de enorme heterogeniteit van deze groep.

2.6.2. De kwaliteit van de relaties

In de processen moet bijzondere aandacht worden besteed aan de relaties tussen stakeholders en conflict-beheersing inherent aan het politieke domein. Een van de succesfactoren is immers vertrouwen en het smeden

van banden tussen de deelnemers (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016; Topp, Mair, Smillie, & Cairney, 2020). Tijdens interacties moet de kwaliteit van de relaties in alle fasen van het proces gewaarborgd kunnen worden (bij het nemen van beslissingen, wanneer men het woord neemt, enz.). De kwaliteit van de participatie hangt af van de plaats die aan elke deelnemer wordt toegekend. Tijdens interacties moet iedereen vrij en gelijkwaardig kunnen bijdragen aan de discussies. Doordat participatie conflicten aan het licht brengt, is er een risico op vooringenomenheid, op polariserende debatten of zelfs op bloccage van beslissingen. Door bepaalde standpunten over hun historische rol, financieringskwesties of zelfs de taakverdeling kunnen deelnemers de collectieve reflectie juist belemmeren (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016). Toch onderstreept Greenhalgh ook het belang van conflicten en de beheersing ervan, omdat deze het mogelijk maken om bepaalde belangrijke aspecten of problemen aan het licht te brengen die noodzakelijkerwijs moeten worden meegewogen om de reflectie vooruit te helpen. Als het goed gebeurt, wordt conflictbeheersing niet alleen gezien als “gezond en constructief, maar als een essentieel proces voor het bereiken van succesvolle veranderingen in een complex adaptief systeem” (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016, p. 147, onze vertaling).

2.6.3. Het besluitvormingsproces

Het besluitvormingsproces staat eveneens centraal en sommige auteurs benadrukken dat het bereiken van consensus niet altijd mogelijk is en geen doel op zich moet zijn (Greer, Wismar, & Figueras, 2016). De regel van de kleinste gemene deler mag niet zegevieren bij het bepalen van gezondheidszorgbeleid, omdat de keuzemogelijkheid dan wel eens erg beperkt zou kunnen zijn in vergelijking met de nagestreefde doelstellingen. Het gaat niet om het onderhandelen, maar om het samen oplossen van complexe problemen.

Het besluitvormingsproces moet transparant blijven en door iedereen worden geaccepteerd, d.w.z. dat het resultaat niet buiten de participatieve processen om mag worden gewijzigd of gemanipuleerd. In dat verband draait de rol van de besluitvormers om het formaliseren van de collectieve beslissing. De motivatie om deel te nemen wordt ook grotendeels beïnvloed door de manier waarop de participatie is georganiseerd, met name in relatie tot de besluitvorming.

Daarom moeten de procedures uitwisselingen mogelijk maken, zodat ideeën verduidelijkt kunnen worden en een gemeenschappelijk inzicht wordt bereikt. Zo kunnen de standpunten van de deelnemers evolueren (Wereld-

gezondheidsorganisatie, 2016). Dit is tevens een van de essentiële criteria om innovatie te bevorderen. De organisatie van de uitwisselingen moet voldoende ruimte laten voor vragen en argumenten, zodat standpunten kunnen evolueren en voorstellen de steun van de groep kunnen krijgen: “de besluitvorming is gebaseerd op consensusvalidatie. Het doel is niet om een algemeen compromis te bereiken, maar eerder om tot een akkoord te komen dat de steun heeft van alle betrokken partijen, nadat ze allen volop de gelegenheid hebben gehad om hun bezorgdheden te uiten, zich ervan verzekerd voelen begrepen te worden en meegewerkt hebben aan het vinden van de best mogelijke oplossing. Het criterium voor succes bij een dergelijke innovatie-inspanning is de mate waarin alle betrokken partijen dezelfde visie hebben of een sociale constructie delen over de te volgen nieuwe richting” (Bouwen & Fry, 1993, p. 12, onze vertaling).

Daarnaast moet de langzaam opgebouwde gemeenschappelijke visie gedocumenteerd worden en voor alle deelnemers toegankelijk zijn om het gemeenschappelijk inzicht te bevorderen en misverstanden, onnauwkeurigheden, dubbelzinnigheden en dergelijke zoveel mogelijk te voorkomen. Daarom is de traceerbaarheid van uitwisselingen tussen de deelnemers absoluut essentieel om het traject van de gezamenlijke reflectie te volgen, omdat deze waarschijnlijk nog aanzienlijk zal evolueren bij complexe onderwerpen (Maesschalck & Blésin, 2009; Foudriat, 2019).

2.6.4. Vereiste middelen

Ten slotte zijn voor het betrekken van stakeholders bij participatieve processen middelen nodig: tijd (tijd die aan de uitwisselingen wordt besteed, maar ook het voorbereidende werk om de discussies voor te bereiden), expertise in participatieve methodes om de uitwisselingen tussen stakeholders te kunnen structureren, formaliseren en begeleiden (via professionele facilitatie) (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016). Gelet op de diversiteit in vertegenwoordigde belangen en hun mogelijke onderlinge concurrentie, hangen de resultaten van de participatieve processen af van de kwaliteit van het leiderschap en de toegewezen middelen (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016).

Ten slotte wijzen we er nog op dat governance moet worden gezien als een proces dat over een langere periode wordt geïmplementeerd. De participatieve processen moeten deel uitmaken van een wederzijdse en individuele leerdynamic die het mogelijk maakt om een duurzame vertrouwensrelatie tussen de deelnemers tot stand te brengen,

met het oog op een betere samenwerking. Het is gebleken dat deze positieve dynamiek waarschijnlijk ook een overloopeffect heeft naar buiten toe (Greenhalgh, Jackson, Shaw, & Janamian, 2016). Het kan echter gebeuren dat niet alle ingrediënten van deze dynamiek aanwezig zijn, in het bijzonder bij het opstarten van participatieve processen. In dat geval zou het risico bestaan dat de aanwezige stakeholders vasthouden aan hun individuele perspectieven in plaats van een wederzijds inzicht te verwerven, wat de gedeelde visie op de aangekaarte problemen en hun collectieve oplossing zou schaden. Dit is een van de redenen waarom participatieve processen vooral moeten worden gezien als processen van continu leren en aanpassen.

Hoewel de behoefte aan een participatieve governance voor de gezondheidszorg algemeen wordt erkend, blijft het - in het licht van de genoemde potentiële problemen - een feit dat de implementatie ervan een uitdaging is. In het deel hieronder beschrijven we een reeks participatieve methodologieën die de moeilijkheden niet wegnemen, maar die wel een nieuwe manier aanbrengen om de samenwerking bij het uitstippelen van gezondheidszorgbeleid op een meer productieve en creatieve manier te benaderen.

3. De methodologische benaderingen om de co-constructie van het gezondheidszorgbeleid te ondersteunen

3.1. Designmethodologieën

3.1.1. Definitie en toepassingen

Designmethodologieën zijn vooral interessant voor het oplossen van complexe problemen waarvoor a priori geen bekende oplossingen of voorspelbare resultaten zijn (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016). “Op Design gebaseerde benaderingen zijn systemisch van karakter, verkennen een complexe context aan de hand van visuele methodes, combineren meerdere vakgebieden om het de probleem te proberen te begrijpen en formuleren voorstellen die op de kwaliteit van ervaring focussen, vanuit het oogpunt van de uiteindelijke begunstigden” (Rudkin & Rancati, 2020, p. 146,

onze vertaling). Deze methodologieën zijn afkomstig uit verschillende vakgebieden, zoals psychologie en antropologie. Ze zijn gebaseerd op diverse strategieën voor gegevensverzameling die gebruikt worden in de sociale wetenschappen (bv. samenvattingen van bestaande kennis, observaties *in situ*, diepte-interviews met stakeholders, focusgroepen en co-creatieworkshops, enz.) (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019), waarbij het doel is de benodigde gegevens te verzamelen en die op een voldoende beknopte en begrijpelijke manier samen te vatten. Ons doel hier is niet om alle methodologieën te beschrijven die onder Design vallen, maar om hun belang toe te lichten wanneer ze worden toegepast in het domein van de gezondheidszorg.

Het toepassingsgebied van op Design gebaseerde benaderingen is breed en richt zich zowel op het beleidsterrein (Troussard, et al., 2016) als op het terrein van diensten: Service Design (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019). Op Design gebaseerde benaderingen die worden gebruikt op het gebied van beleidsontwikkeling zijn strategische instrumenten, waarmee we innovatie bevorderen en de manier veranderen waarop we gezamenlijk problemen aanpakken binnen de actiedomeinen van de publieke sector. De ervaring met beleidsvorming in Europa laat zien hoe deze methodes hebben geleid tot succesvolle reflecties over complexe en uiteenlopende problemen (Troussard, et al., 2016). Toegepast op diensten zijn Service Design-methodologieën, dewelke gericht zijn op het verbeteren van diensten om ze wenselijker, nuttiger, bruikbaar, effectiever en efficiënter te maken (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019). Een snelle zoektocht in de literatuur leert dat het toepassingsgebied van Design in het domein van de gezondheidszorg uitgestrekt is (Altman, Huang, & Breland, 2018; Pfanstiel & Rasche, 2019; Weller & Pallez, 2017; Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019; Weller & Pallez, 2017), en dat zowel voor aandoeningen (bv. Chronisch Obstructief Longlijden, diabetes, geestelijke gezondheid) als voor het verbeteren van zorgprocessen (bv. beheer van patiëntenstromen, mantelzorgers, integratie van zorg, introductie van digitale technologieën, ontwerp van zorgtrajecten, ontslag uit het ziekenhuis, patiëntervaring op de spoedgevallendienst, vermindering van de diagnosetijd voor borstkanker). In Zweden is de op Design gebaseerde benadering in de gezondheidszorg georganiseerd in de vorm van een “laboratorium”, Experio lab⁸. Enkele illustratieve voorbeelden zijn:

- De stad Oslo zocht een nieuwe aanpak om de vraag naar langdurige zorg voor kwetsbare bejaarden beter te be-

8 <https://experiolab.se/healthcaredesign/?lang=en>.

heren met kwaliteitsverbetering (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019). Het doel was hierbij om een visie op langdurige zorg uit te stippelen in 2025.

- Het academisch ziekenhuis Oslo verkortte de wachttijd voor borstkankerzorg (90% kortere wachttijd) (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019).
- Het kinderziekenhuis Sant Joan de Déu in Barcelona zette in 2015 een afdeling patiëntervaring op om het zorgmodel voor verschillende types patiënten te herzien (kinderen en adolescenten tot 18 jaar met diabetes of met een chronische aandoening, buitenlandse kinderen op de afdeling oncologische orthopedie voor wie een behandeling niet beschikbaar is in hun land van herkomst, en zwangere vrouwen). De patiënten, hun families en het personeel werden bij dit proces betrokken (Stickdorn, Lawrence, Hormess, & Schneider, 2019).

3.1.2. Het belang van op Design gebaseerde benaderingen binnen de gezondheidszorg

Naast de nagestreefde directe resultaten, bieden ze ook nieuwe perspectieven voor samenwerkingsvormen en transformaties in gezondheidsdiensten. De kenmerken van Designmethodologieën die interessant kunnen zijn voor de gezondheidszorg, zijn de volgende:

Patiëntgerichte zorg

Service Design-methodologieën zijn gericht op het beter begrijpen van de behoeften, ervaringen en motivaties van de gebruikers, via de ontwikkeling van empathie, en op het garanderen dat hun standpunt mee in overweging wordt genomen, aanvullend op de standpunten van de overige stakeholders (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016; Malmberg, et al., 2019). De principes van Service Design sluiten aldus op verschillende punten goed aan bij het nieuwe paradigma van patiëntgerichte zorg (Malmberg, et al., 2019):

- patiënten worden gezien als experts op het gebied van “hun ervaring en hun eigen leven”;
- er wordt gekozen voor een holistisch perspectief op het leven en de ervaring van patiënten, met een bredere focus op hun behoeften (in plaats van op oplossingen);
- men erkent dat de waarde van de dienst mee wordt gecreëerd door alle partijen die bij de dienst betrokken zijn, inclusief de gebruikers;
- er komt een machtsverschuiving tot stand tussen zorgverleners en patiënten.

Met participatieve processen kunnen de machtsverhoudingen in evenwicht worden gebracht, dankzij de participatie van stakeholders die *a priori* strategisch minder vertegenwoordigd zijn op institutioneel niveau. Door de subjectieve ervaring van alle stakeholders, d.w.z. met inbegrip van zowel het professionele als het gebruikersperspectief, een centrale plaats te geven, beogen deze methodologieën de interacties en ervaringen beter te begrijpen vanuit de insteek van serviceverbetering (Vinck, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019). Het betrekken van de eindgebruikers bij participatieve processen komt de resultaten positief ten goede, met name een verbetering van de gebruikerservaring. Binnen de beleidsvorming ligt het potentieel ervan in het bevorderen van een beter begrip van de werkelijkheid. Dit door de gemeenschappelijke visie op problemen uit te breiden dankzij de inachtneming van verschillende gezichtspunten en perspectieven. Door de gebruikerservaring in het centrum van de reflecties te plaatsen, kan een inclusiever beleid worden uitgestippeld dat beter voldoet aan hun behoeften (Rudkin & Rancati, 2020). In het bijzonder dit type benadering die de aanvaardbaarheid van zorg verbetert (“het vermogen om gezondheidszorg te bieden die voldoet aan de minimale waargenomen behoefte aan kwaliteit voor individuen om een beroep te doen op de gezondheidszorg” (Cès, 2021)).

Multidisciplinariteit

De gezondheidszorg is georganiseerd binnen een complex ecosysteem dat is gestructureerd in silo's, rond uiteenlopende vakgebieden en met een sterke verdeling van rollen, verantwoordelijkheden en kennis volgens soms concurrerende institutionele logica's. Multidisciplinariteit⁹ is een manier om deze institutionele complexiteit te benaderen aan de hand van nieuwe innovatiepraktijken, bijvoorbeeld door mogelijke verschillen in belangen, praktijken, voorstellingen en standpunten te expliciteren (Vinck, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019). Om transversale problemen op te lossen die een globale visie op de diensten vereisen, moet niet alleen kennis uit verschillende vakgebieden worden geïntegreerd, maar moeten de stakeholders ook worden betrokken bij het bevorderen van creatieve interacties, in het bijzonder op basis van uiteenlopende ideeën of standpunten (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016; Vinck, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019).

9 Dit principe van multidisciplinariteit wordt overigens ook expliciet vermeld in de Franse Volksgezondheidswet inzake gezondheidsexpertise, die als volgt luidt: “L'expertise sanitaire répond aux principes d'impartialité, de transparence, de pluralité et du contradictoire” Art. L. 1452-1, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000025071689/#LEGISCTA000025071695.

Experimentele praktijken

Een van de sterke punten van Designmethodologieën is het gebruik van prototypes om snel mee te experimenteren en vooraf te testen (Rudkin & Rancati, 2020). Het gebruik van prototypes “dient om verschillende alternatieve hypothesen en strategieën te genereren en te testen, alvorens de best beschikbare optie(s) te selecteren om ze te verbeteren” (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016). Deze experimentele fase heeft tot doel de mogelijkheden te verkennen en oplossingen snel iteratief te testen alvorens ze worden geïmplementeerd (inclusief mogelijke juridische en technische aspecten). In deze fase worden falende oplossingen gebruikt om de voorstellen iteratief te verbeteren. Vroegtijdig experimenteren met de gebruikers bespaart middelen en tijd, beschermt tegen het maken van vermijdbare fouten, maakt het mogelijk om vóór implementatie beter te anticiperen op de effecten en leidt tot relevante tussenkomsten vanuit het oogpunt van de stakeholders (Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016). Naast de aangekaarte problemen bieden Designpraktijken tevens de kans om op kleine schaal te experimenteren met samenwerkingen rond gemeenschappelijke belangen (bv. in Zweden het co-creatieproject patiëntgerichte zorg voor mensen met een chronische ziekte binnen de eerstelijnszorg) die vervolgens tot nieuwe vormen van geïnstitutionaliseerd werk op grotere schaal kunnen leiden (Vinck, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019; Roberts, Fisher, Trowbridge, & Bent, 2016).

Communicatiemiddelen

Tools en visualisaties, “*boundary objects*” geheten, worden gebruikt om een gemeenschappelijke taal te hanteren en multidisciplinaire co-creatie mogelijk te maken. Op die manier kunnen de deelnemers - los van hun institutionele of professionele segmentatie, verantwoordelijkheden, rollen, enz. - worden bijeengebracht. Er bestaan verschillende soorten visualisatietools, zoals kaarten (bv. kaarten van zorgtrajecten) of andere weergavetools. “Persona’s” zijn bijvoorbeeld hulpmiddelen om een archetype van een bepaalde groep gebruikers of andere stakeholders weer te geven. Ze maken het mogelijk om rekening te houden met de heterogeniteit van gebruikersprofielen, die niet door de deelnemers zelf kan worden weergegeven (zie deel 2.4.1). Deze instrumenten fungeren in alle fasen als aanvulling op mondelinge en schriftelijke uitwisselingen en ondersteunen de reflectie, teneinde het ontstaan van nieuwe interpretaties, concepten, ideeën, enz. te bevorderen (Rudkin & Rancati, 2020). De communicatiemiddelen creëren een gemeenschappelijke basis die iedereen zich eigen kan maken en wijzen de deelnemers op de behandelde onderwerpen. Ook tastbare, bewerkbare instrumenten zijn mogelijk.

Deze verschaffen nieuwe modaliteiten van expressie en communicatie die gunstiger zijn voor de creativiteit dan mondelinge of schriftelijke uitwisselingen (Rygh & Clatworthy, 2019).

Innovatie

Binnen de gezondheidszorg is innoveren een enorme uitdaging, want het vereist grote veranderingen in de van nature vrij rigide institutionele structuren, op het vlak van normen, overtuigingen, waarden en voorstellingen. Diensteninnovatie kan als volgt worden omschreven: “diensteninnovatie wordt beschouwd als een innovatief proces voor de integratie van hulpmiddelen, bedoeld om nieuwe vormen van co-creatie van waarde tussen de stakeholders mogelijk te maken” (Vinck, Prestes Joly, Wetter-Edman, Tronvoll, & Edvardsson, 2019, p. 21, onze vertaling).

De designers fungeren als facilitatoren om de verschillende perspectieven te verzamelen, ernaar te luisteren en ze samen te vatten, en om de collectieve reflectie te sturen. De designer is niet de “eigenaar van de oplossing”, maar wel de eigenaar van de “denkruimte”. In deze ruimte kunnen alle verschillende standpunten naast elkaar bestaan en is een systemische visie mogelijk. Door het wederzijds begrip van de rol van elk van de deelnemers te stimuleren, kunnen deze samenwerkingspraktijken standpunten, voorstellingen en zelfs overtuigingen aanzienlijk veranderen. Innovatie wordt ook bevorderd door het feit dat Service Design een fase omvat waarin het probleem wordt herkaderd. Soms betekent dit dat de oplossing ergens anders moet worden gezocht of dat de beoogde oplossingen in de loop van het denkproces moeten evolueren. Hierbij moet worden opgemerkt dat voor het oplossen van complexe problemen ook verschillende opties naast elkaar kunnen worden overwogen, met name bij uiteenlopende standpunten of conflicten (zie deel 2.4.3). Zo voorkomen we bijvoorbeeld dat we het verkeerde probleem proberen op te lossen. De complexe aard van problemen houdt in dat de oplossingen niet vooraf kunnen worden uitgedacht zonder een proces van collectieve reflectie dat in etappes is georganiseerd. Het iteratieve karakter van het Designproces is gebaseerd op het principe dat men “al doende moet leren” om nieuwe voorstellen en ideeën te verkrijgen. Deze methodologieën willen expliciet de creativiteit van de deelnemers bevorderen door de nadruk te leggen op de verkenning, zonder oordeel, van uiteenlopende paden en verschillende ideeën, aan de hand van tools en technieken.

Door eventuele tegenstrijdigheden in de organisatie van diensten aan het licht te brengen, bieden deze methodologieën eveneens de mogelijkheid om de gewoonten of fun-

damenten van de organisatie ingrijpend te wijzigen. Naast het zoeken naar oplossingen, stellen op Design gebaseerde benaderingen ook een nieuwe filosofie voor om transformaties te ontwerpen die op participatie en reflexiviteit gestoeld zijn, en die de stakeholders zich in bredere zin kunnen toe-eigenen teneinde de dynamiek van innovatie binnen de organisaties te steunen. Hierbij werd opgemerkt dat het gebruik van Designtools eveneens tot veranderingen kan leiden die verder gaan dan het kader waarin ze worden gebruikt, doordat ze samenwerking, participatie en de keuze van meer gebruikersgerichte routines stimuleren.

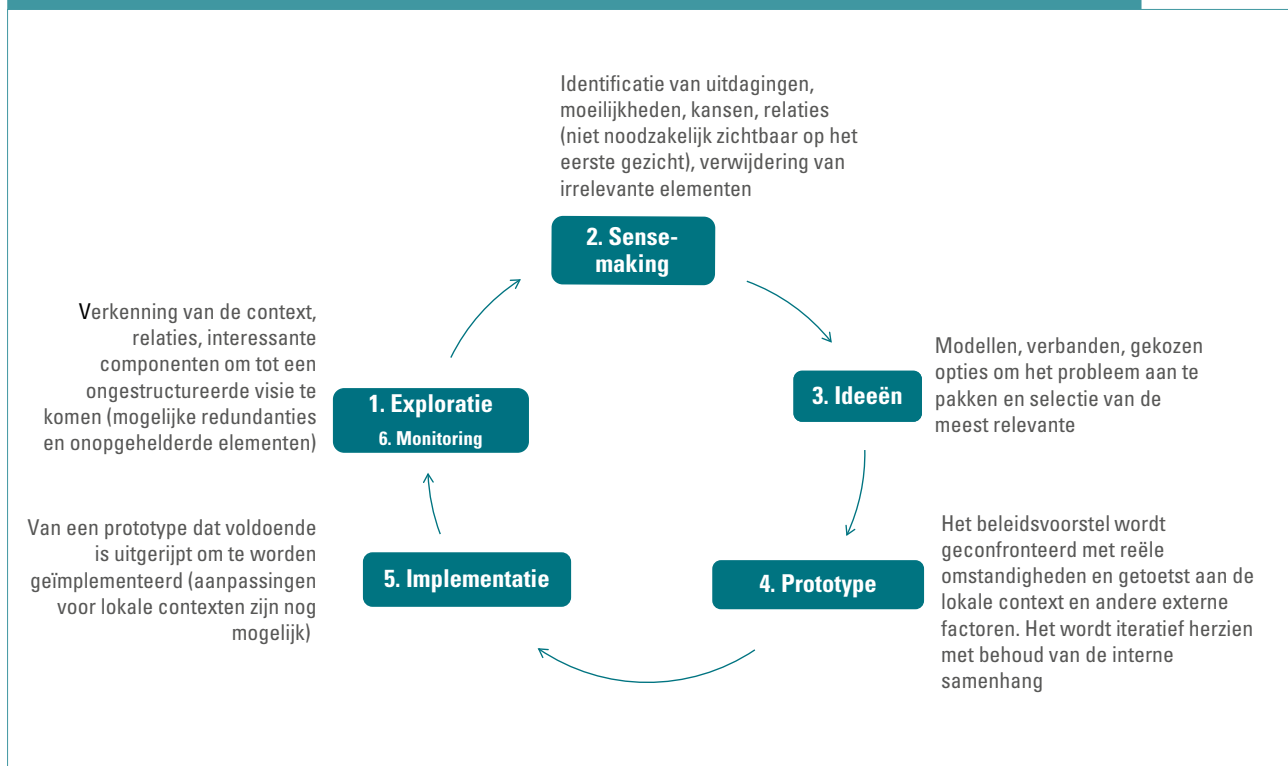
De verschillende etappes van beleids Design worden weergegeven in Figuur 1.

De eerste fase, de verkenningsfase, is van essentieel belang om aspecten van het probleem te ontdekken die niet altijd duidelijk zijn. Het risico bestaat dat het probleem wordt vereenvoudigd, wat ten koste zou gaan van de kwaliteit van de tweede fase, de analyse van de betekenis. Deze twee stadia zijn gericht op een verdieping van het

wederzijds leren van de deelnemers, voorafgaand aan het stadium van het zoeken naar oplossingen, naar ideeën om het probleem op te lossen. In stap 3 worden verschillende ideeën vergeleken en worden de ideeën met het meeste potentieel geselecteerd (één of meer). Stap 4 is de testfase van de geselecteerde ideeën om een prototype te verkrijgen dat kan worden uitgevoerd en stap 5 is de operationaliseringfase.

In de praktijk is de kwaliteit van de interacties tussen de deelnemers van essentieel belang voor het bevorderen van een gemeenschappelijk begrip van complexe problemen en het stimuleren van collectief denken. Designmethodologieën bewerkstelligen interacties tussen deelnemers in de vorm van gestructureerde gesprekken (door middel van tijdsbeheer en het gebruik van participatieve methoden, zie ook hoofdstuk 3.1.). De vergaderingen vergen voorbereiding vooraf om het precieze verloop ervan en de te bespreken punten, uit te werken (Troussard, et al., 2016).

Figuur 1: Beleids Designprocessen (aangepast naar Troussard, et al., 2016)



3.1.3. Andere participatieve methodes

Andere, meer generieke en minder geavanceerde, methodologieën (die ook kunnen worden gebruikt in Designmethodologieën) kunnen eveneens nuttig blijken, afhankelijk van de context en de behandelde problemen, zoals participatief leiderschap¹⁰ (Scordialos, et al.) of “*The Art of Hosting*”¹¹. Er bestaan talloze technieken die allen worden gekenmerkt door geformaliseerde procedures en nauw omschreven toepassingen. De deelnemers kunnen hierop invloed uitoefenen volgens zeer duidelijke regels. Enkele voorbeelden:

- De *World Café-methode* is waarschijnlijk de bekendste. Het principe is hier om rond belangrijke kwesties een dialoog op gang te brengen in kleine gespreksgroepen (4 of 5 personen) met een gastpersoon die notities maakt. Bij elke ronde wisselen de deelnemers van groep en gaan ze verder waar het gesprek in de vorige ronde was opgehouden. De laatste fase is bedoeld om al wat besproken werd, samen te brengen. De uitgangsvraag kan in de loop van de discussies evolueren. De toepassingen zijn legio: deelnemers connecteren, een grondig collectief denkproces verkennen of uitvoeren, of acties plannen.
- ‘*Ritual dissent*’ is een methode om voorstellen en ideeën te testen en te versterken. Het doel is hier om de robuustheid en veerkracht van een actieplan te testen (deze methode past dus eerder in een breder proces). De procedure is heel nauwkeurig en moet worden gerespecteerd om interessante resultaten te verkrijgen. Eén persoon legt het voorstel voor aan een kleine groep, legt het gedurende een paar minuten uit en luistert dan zonder tussen te komen (met de rug naar de groep toe om het voorstel niet te personifiëren). Vervolgens wordt gediscussieerd over mogelijke kritieken en alternatieven. Er is zowel sprake van een leerproces bij degene die het voorstel indient als bij de deelnemers die het evalueren. Er vinden verschillende gespreksrondes in kleine groepjes plaats.
- De cirkelpraktijk is een methode om een gesprek te focussen, wat kan helpen om een onderhandeling vooruit te helpen. Het principe is hier om de aandacht te vestigen op het probleem, dat symbolisch in het midden van de cirkel wordt geplaatst. Iedereen praat om de beurt.

Binnen dezelfde horizontale, participatieve filosofie is Hocracy¹² een managementmethode voor organisaties die een interessant besluitvormingsproces voorstelt voor strategische bijeenkomsten. Het verloop hiervan wordt bepaald door specifieke regels, om er met name voor te zorgen dat het standpunt van elk van de deelnemers gehoord kan worden. Er zijn verschillende fasen en de mogelijkheden voor reacties van en interacties tussen de deelnemers zijn duidelijk afgebakend, met in elke fase een specifiek doel (indiening van een voorstel, verzoek om verduidelijking, mogelijkheid tot reageren op het voorstel, eventuele wijzigingen van het voorstel op basis van de voorgaande discussie, gemotiveerde bezwaarronde, integratiefase met een open discussie over mogelijke aanpassingen als antwoord op bezwaren en op de problematiek van het oorspronkelijk ingediende voorstel).

Deze methodologieën laten zien hoe belangrijk het is om de discussies tussen de stakeholders in goede banen te leiden volgens welomschreven procedures en regels, om een constructieve dialoog te bevorderen die het gezamenlijke denken vooruit helpen.

3.2. Samenvatting van de co-constructie

De co-constructie van het gezondheidszorgbeleid steunt op verschillende componenten:

- **Een strategische visie** voor het gezondheidssysteem, met een kader van nauwkeurig gedefinieerde gemeenschappelijk waarden, algemene doelstellingen en gedeelde SMART-doelstellingen;
- **Participatieve governance:**
 - totstandbrenging van een permanente geformaliseerde ruimte voor uitwisseling en reflectie:
 - participatie van de betrokken stakeholders op ad-hoc basis, in functie van de behandelde problemen, in alle fasen van de ontwikkeling en aanpassing van actieprogramma’s,
 - met een onafhankelijke externe facilitator die gespecialiseerd is in participatieve benaderingen,
 - interacties die geformaliseerde en transparante principes en regels volgen, met name in het besluitvormingsproces en bij conflictbeheersing, gebruik makend van participatieve methodes,

10 “Participatief Leiderschap is een gestructureerd proces met inbegrip van instrumenten, methoden, conceptueel denken en een systeembenadering om groeps- en organisatiedynamiek op gang te brengen. Hoewel gericht op groepen, schaaft het van het individu over teams, naar hele organisaties en gemeenschappen. De aanpak is gebruikt om afstemming en actie te bewerkstelligen in complexe situaties door middel van diepgaande, gefaciliteerde gesprekken.” (Zie <https://participatoryleadership.eu/index.php/faq-s>).

11 <https://artofhosting.org/fr/>.

12 <https://www.holacracy.org/>.

- een regelmatige evaluatie van de governance door de deelnemers, met van tijd tot tijd aanpassingen om de procedures te verbeteren,
- beheer en samenvatting van bestaande en geproduceerde kennis (relevante wetenschappelijke bijdragen, uitwisselingen tussen deelnemers en voortgang van het collectieve denkproces),
- financiële middelen om de kosten te dekken van de participatie en methodologische ondersteuning.
- **Iteratieve verbeteringscycli:**
 - Continue leerprocessen op het gebied van samenwerking en ontwikkeling van het gezondheidszorgbeleid voor de betrokken stakeholders,
 - een onafhankelijke evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem en afgestemd op het gezondheidsbeleid,
 - Iteratieve verbetercycli met geformaliseerde etappes (omschrijving van het probleem, voorstellen, implementatie, monitoring, bijstellingen en aanpassingen).
- **De publicatie van een jaarverslag,** inclusief:
 - strategische visie en voorgestelde actieplannen,
 - vorderingen in de operationalisering en uitvoering van de acties,
 - monitoring van de impact van de acties en evaluatie van de mate waarin de operationele en strategische doelstellingen zijn bereikt,
 - verslag van de werkzaamheden van de werkgroepen rond de doelstellingen en evaluatie van de participatieve procedures.

4. Conclusie

De erkende complexiteit van het gezondheidssysteem, de vele uitdagingen waarmee het wordt geconfronteerd en de vele onzekerheden vragen om nieuwe vormen van samenwerking, van werkcultuur waarbinnen met succes kan worden gewerkt aan een deugdzame dynamiek van leer- en verbetercycli. De co-constructie van het gezondheidszorgbeleid, waarmee men het gezondheidssysteem op een participatieve en iteratieve manier hoopt te transformeren, is een nieuwe opdracht voor de stakeholders.

Om deze dynamiek tot stand te kunnen brengen, moeten er duurzame ruimtes voor transdisciplinaire uitwisseling en reflectie tot stand worden gebracht. Dit voorstel sluit aan bij het concept van waardescheppende, lerende gezondheidssystemen (*value-creating learning health systems*), die als volgt worden gedefinieerd: “dynamische gezondheidsecosystemen waarin de wetenschappelijke, sociale, technologische, politieke, juridische en ethische dimensies synergetisch op elkaar zijn afgestemd, opdat de continue leer- en verbetercycli routinematig in het gehele systeem kunnen worden geïntegreerd en de waarde wordt vergroot, dankzij een geoptimaliseerde balans tussen de effecten op de ervaring van patiënt en zorgverlener, de volksgezondheid en de kosten van het gezondheidssysteem” (Menear, Blanchette, Demers-Payette, & Roy, 2019, p. 3, onze vertaling). Ook al is het begrip waarde moeilijk te definiëren vanwege de vele legitieme belangen die allemaal voorrang verdienen, kan niettemin een aanvaardbaar evenwicht worden bereikt, aan de hand van open participatieve processen die alle bestaande kennis – op grond van ervaringen, wetenschap en context – in aanmerking nemen (Menear, Blanchette, Demers-Payette, & Roy, 2019).

Los van de verschuiving van leiderschapsparadigma voor het gezondheidssysteem, is co-constructie een nieuwe manier om innovatie in de gezondheidszorg te stimuleren die verder gaat dan de bekende bottom-up- en top-down-benaderingen, in een meer representatief en dynamisch horizontaal systeem.

In het licht van de complexiteit, de omvang en de diversiteit van de vraagstukken is methodologische ondersteuning essentieel. Met name op Design gebaseerde benaderingen verschaffen een methodologisch kader dat compleet genoeg is en dat afgestemd is op de specifieke problematiek van de gezondheidszorg. De toekomstige veranderingen in het gezondheidssysteem zullen sterk afhangen van de manier waarop de problemen worden aangepakt, hoe erover wordt gereflecteerd en welke middelen ervoor worden uitgetrokken. De uitdaging is om een methodologisch kader voor governance te bieden dat goed geformaliseerd en gestructureerd is, maar tegelijkertijd flexibel en adaptief genoeg om deze transformaties in goede banen te leiden.

Bibliografie

- Altman, M., Huang, T., & Breland, J. (2018). Design Thinking in Health Care. *Preventing Chronic Disease, 15*, 1-13.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?* Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Bouwen, R., & Fry, R. (1993). Innovation et apprentissage organisationnel : quatre modèles de dialogue entre la logique dominante et la logique nouvelle. *Communication & Organisation, 3*.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie, 286*, 4-22.
- Devos, C., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., . . . Meeus, P. (2019). *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2019*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg KCE Reports 313A.
- Forest, P.-G., Denis, J.-L., Brown, L., & Helms, D. (2015). Health reform requires policy capacity, *International Journal of Health Policy and Management, 4*(5), 265-266.
- Foudriat, M. (2019). Définition et dimensions de la co-construction. Dans M. Foudriat, *La co-construction: Une alternative managériale* (pp. 15-36). Rennes: Presses de l'EHESP.
- Greenhalgh, T., Jackson, C., Shaw, S., & Janamian, T. (2016). Achieving research impact through co-creation in community-based health services: literature review and case study. *The Milbank quarterly, 94*(2), 392-429.
- Greer, S., Wismar, M., & Figueras, J. (2016). *Strengthening Health System Governance, Better policies, stronger performance*. The European Observatory on Health Systems and Policies.
- Jafari Amineh, R., & Davatgari Asl, H. (2015). Review of constructivism and Social Constructivism. *Journal of Social Sciences, Literature and Languages, 1*(1), 9-16.
- Kohn, L., Dauvrin, M., & Cleemput, I. (2021). *Process note: patient involvement in KCE research*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Lambert, L. (2020). De begroting van de gezondheidszorg in historisch perspectief. Gaan we naar een afbrokkeling van ons sociaal model? *CM-Informatie, 281*, 4-22.
- Maesschalck, M. (2008). Normes de gouvernance enrôlement des acteurs sociaux. *Multitudes, 3*(34), 182-194.
- Maesschalck, M. (2021). Critiques de l'expérimentation : paradigmes politiques et technologies gouvernementales. *Cahiers du GRM, 18*, 1-20.
- Maesschalck, M., & Blésin, L. (2009). Apprentissage social et participation locale Les enjeux de l'autotransformation des pratiques. *Cahiers philosophiques, 119*, 45-60.
- Mahieu, S., Cès, S., & Lambert, L. (2022). Budget 2022: Een nieuwe methodologie voor de begroting van het budget gezondheidszorg. *Gezondheid & Samenleving, 2*.
- Malmberg, L., Rodrigues, V., Lännerström, L., Wetter-Edman, K., Vink, J., & Holmlid, S. (2019). Service Design as a Transformational Driver Toward Person-Centered Care in Healthcare. Dans M. Pfannstiel, & C. Rasche, *Service Design and Service Thinking in health-care and hospital management* (pp. 1-18). Cham: Springer Nature Switzerland AG.
- Menear, M., Blanchette, M.-A., Demers-Payette, O., & Roy, D. (2019). A framework for value-creating learning health systems. *Health Research Policy and Systems, 17*(1), 1-13.
- Nations Unies. (1948). *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme*. Paris: Nations Unies.
- Obyn, C., Cordon, A., Kohn, L., Devos, C., & Léonard, C. (2017). *Exploratory steps for the formulation of Belgian health system target*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Ogbeiwi, O. (2016). Defining goal terms in development and health. *British Journal of Healthcare Management, 22*(11), 544-550.
- Ogbeiwi, O. (2017). Why written objectives need to be really SMART. *British Journal of Healthcare Management, 23*(7), 324-336.
- Ogbeiwi, O. (2021). General concepts of goals and goal-setting in healthcare: A narrative review. *Journal of Management & Organization, 27*, 324-341.
- Pfannstiel, M. A., & Rasche, C. (2019). *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management*. Cham: Springer.
- Plesek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *Bmj, 323*(7313), 625-628.
- Regeerakkoord. (2020). Récupéré sur https://www.belgium.be/sites/default/files/Regeerakkoord_2020.pdf
- Reman, P., & Feltesse, P. (2003). L'évolution de la gestion paritaire de la sécurité sociale en Belgique. *Reflets et perspectives de la vie économique, 4*(XLII), 101-113.
- RIZIV. (2021). *Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024 Intermediair rapport*.
- RIZIV. (2022). *Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024 Finaal Rapport*.
- Roberts, J. P., Fisher, T. R., Trowbridge, M. J., & Bent, C. (2016). A design thinking framework for healthcare management and innovation. *Healthcare, 4*, 11-14.
- Rudkin, J.-E., & Rancati, A. (2020). Design for Policy. Dans *Science for Policy Handbook* (pp. 144-151). Brussel: Elsevier.

- Rygh, K., & Clatworthy, S. (2019). The Use of Tangible Tools as a Means to Support Co-design During Service Design Innovation Projects in Healthcare. Dans M. Pfannstiel, & C. Rasche, *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management* (pp. 93-115). Cham: Springer.
- Schokkaert, E., Baeten, R., Bruffaerts, R., De Maeseneer, J., Geerts, J., Godderis, L., . . . Vandewaetere, S. (2022). *Naar een meerjarenbegroting voor de gezondheidszorg met gezondheidszorgdoelstellingen*. Brussel: RIZIV.
- Scordialos, M., Corrigan, C., Moller, T., Nissen, M., Arthur, M.-A., Kleinschmager, M., . . . Hillbrand, U. (s.d.). *Participatory Leadership in the European Context Leading Through Conversations That Matter*. Art of hosting stewards and European Commission hosts.
- Sienkiewicz, M., & Mair, D. (2020). Against the Science– Policy Binary Separation: Science for Policy 1.0. Dans V. Šucha, & M. Sienkiewicz, *Science for Policy Handbook* (pp. 1-13). Brussels: Elsevier Limited.
- Stickdorn, M., Lawrence, A., Hormess, M., & Schneider, J. (2019). *This is Service Design doing Applying Service Design thinking in the real world*. Sebastopol: O'Reilly Media.
- Topp, L., Mair, D., Smillie, L., & Cairney, P. (2020). Skills for co-creation. Dans V. Šucha, & M. Sienkiewicz, *Science for Policy Handbook* (pp. 32-42). Elsevier.
- Troussard, X., Scapolo, F., Svanfeldt, C., Cuccillato, E., Giovannini, S., Rancati, A., & Rudkin, J. (2016). *Lab connections Innovations in policy making*. Brussels: European Commission.
- United Nations. (2019). *Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world"*. New York: United Nations.
- Vinck, J., Prestes Joly, M., Wetter-Edman, K., Tronvoll, B., & Edvardsson, B. (2019). Changing the Rules of Games in Healthcare Through Service Design. Dans M. Pfannstiel, & C. Rasche, *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management* (pp. 19-37). Cham: Springer.
- Vrijens, F., Renard, F., Walkiers, D., Meeus, P., & Léonard, C. (2014). Evaluer la performance du système de santé : l'expérience de la Belgique. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 4(Tome LIII), 83-102.
- Weller, J.-M., & Pallez, F. (2017). Les formes d'innovation publique par le Design: un essai de cartographie. *Sciences du Design*, 1(5), 32-51.
- Wereldgezondheidsorganisatie. (2007). *Strengthening health systems to improve health outcomes Who's framework action*. Geneva: Wereldgezondheidsorganisatie.
- Wereldgezondheidsorganisatie. (2016). *Open mindsets Participatory leadership*. Geneva: Wereldgezondheidsorganisatie.