

LOGISTIEK

TIJDSCHRIFT VOOR TOEGEPASTE LOGISTIEK



2018

NR5

Het leveren van patiëntgerichte zorg: dealen met tradities

VOORPUBLICATIE

Dennis Moeke
Jeroen van Andel
Stef Weijers

Dit nummer is mede mogelijk gemaakt
door Connekt



Colofon

Toegepaste Logistiek

Redactie

Reinder Pieters en Stef Weijers

Vormgeving

Bureau Ketel, Nijmegen

Besteladres

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Faculteit Economie en Management

t.a.v. Charlotte Tillie

Postbus 5171, 6802 ED Arnhem

E-mail: Charlotte.Tillie@han.nl

Telefoon: (026) 369 17 89

Website: www.kennisdlogistiek.nl

ISSN 2468-4600

LOGISTIEK

TIJDSCHRIFT VOOR TOEGEPASTE LOGISTIEK



Het leveren van patiëntgerichte zorg: dealen met tradities

VOORPUBLICATIE

Dennis Moeke
Jeroen van Andel
Stef Weijers



In vrijwel elk Nederlands ziekenhuis staat de patiënt centraal. Althans, als je de beleidsdocumenten en websites mag geloven. Echter, de praktijk laat zien dat veel ziekenhuizen worstelen met de implementatie ervan in de dagelijkse zorgpraktijk.

Het leveren van patiëntgerichte zorg: dealen met tradities

Dennis Moeke,
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (KennisDC Logistiek Gelderland)
Jeroen van Andel,
Senior stafmedewerker bij Algemene Onderwijsbond
Stef Weijers,
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (KennisDC Logistiek Gelderland)

INLEIDING

In vrijwel elk Nederlands ziekenhuis staat de patiënt centraal. Althans, als je de beleidsdocumenten en websites mag geloven. Echter, de praktijk laat zien dat veel ziekenhuizen worstelen met de implementatie ervan in de dagelijkse zorgpraktijk.

De oorzaak van deze worsteling is tweeledig. Ten eerste is het concept patiëntgerichte zorg een veelzijdig en diffuus concept. Hierdoor is de visie op patiëntgerichte zorg vaak weinig concreet, laat staan dat deze is geoperationaliseerd in de vorm van kaders en uitgangspunten voor de logistieke inrichting. Het gebrek aan heldere kaders en uitgangspunten vormt een belemmering voor de succesvolle implementatie ervan.

Ten tweede zijn ziekenhuizen complexe organisaties met een relatief groot aantal hoogopgeleide zorgprofessionals, ieder vaak met een eigen idee over patiëntgerichte zorg. Dit gebrek eenduidigheid leidt tot afstemmingsproblemen tussen zorgprofessionals op de werkvloer.

Zonder begrip van, en oog voor, de complexiteit en gelaagdheid van het principe van patiëntgerichte zorg is het onmogelijk om te komen tot een succesvolle implementatie. Wij zijn van mening dat om, de complexiteit en gelaagdheid van, patiëntgerichte zorg beter te kunnen begrijpen het belangrijk is om de onderliggende kernconcepten “persoonlijke autonomie” en “zelfbeschikking” nader te beschouwen.

In deze bijdrage staat we daarom stil staan bij de historische ontwikkeling van de begrippen autonomie en zelfbeschikking. Dit zowel in algemene zin als binnen de zorg. De inzichten die gepresenteerd worden bieden ondersteuning aan bestuurders, managers en zorgprofessionals bij (1) de operationalisering van het concept patiëntgerichte zorg en (2) de implementatie ervan in de dagelijkse zorgpraktijk.

De inhoud van deze bijdrage is deels gebaseerd op eerder werk van Moeke & Van Andel (2016).

Persoonlijke autonomie: historische ontwikkeling

De Klassieke Traditie

6

De termen autonomie en zelfbeschikking kennen hun wortels in de Griekse begrippen αὐτο (autos) en νόμος (nomos), wat betekent: eigen wetten maken, of zelfbestuur. In het (pre-) Socratische Griekenland, evenals het vroege Romeinse rijk werd autonomie of zelfbeschikking echter niet gelijkgesteld aan individuele vrijheid.

De vrije burgers (waaronder vrouwen, kinderen en slaven uitsluiten) van steden zoals Athene of Rome werden gezien als deel van een ondeelbaar lichaam van burgers die eerder plichten hadden dan rechten om verantwoordelijkheid te nemen voor het welzijn van de stadstaat of polis. Desalniettemin besteedden denkers als bijvoorbeeld Plato (427–347 v. Chr.) en Aristoteles (384–322 v. Chr.) een deel van hun werk aan het bespreken van concepten zoals zelfbestuur en vrijheid. Voor beide filosofen gold echter dat in hun visie alleen de ‘redelijke’ of ‘verstandige’ mens in staat was daadwerkelijk zijn eigen leven vorm te geven. Op het niveau van de samenleving moest dan ook het bestuur aan de ‘redelijke’ filosofen over gelaten worden. Zelfbestuur vereiste dus ratio.

De Romeinse stoïcijn Epictetus (50–130 n. Chr.) borduurde daarop voort en vond dat zelfbeschikking niet alleen vroeg om redelijkheid maar ook om het minimaliseren van behoeften en het lijdzaam ‘ondergaan’ van het leven. Hoe minder wensen en verlangens, hoe meer autonoom een mens kon zijn.

Een christelijk denker als Augustinus (354–430 n. Chr.) voegde daaraan toe dat bij het wegen van verlangens alleen de redelijke mens welke zaken daadwerkelijk de moeite van het aardse leven waard zijn. Alleen de verstandige mens kon bepalen wat voor hem (en voor anderen) de moeite van het leven waard was.

De Moderne Traditie

Na de klassieke en middeleeuwse periode belanden we in een tijdsgewricht dat zich kenmerkt door de opkomst van de Verlichting en de geboorte van het individualisme. Immanuel Kant (1724 – 1804) omschreef de Verlichting als het ontwaken van de mens uit zijn zelfopgelegde onvolwassenheid, oftewel het afschudden van de onvolwassenheid om het eigen inzicht te gebruiken zonder de begeleiding van iemand anders. Kant stelt dan ook dat de Verlichte mens de moed moest hebben om te varen op het eigen oordeel.

Vanuit deze traditie wees een denker als Jean-Jacques Rousseau (1712 – 1778) erop dat elk mens vrij wordt geboren maar overal om hem heen werd geketend. Afstand doen van iemands vrijheid betekende voor Rousseau afstand doen van iemands menselijkheid, iemands rechten als een mens en zijn plichten.

De idealen die centraal stonden in de Franse Revolutie, werden verder ontwikkeld door John Stuart Mill (1806 – 1873). Mill stelt dat de enige vrijheid die die naam verdient, datgene is dat je in staat stelt je leven op je eigen manier vorm te geven, en waarbij je niet probeert anderen hun vrijheid te ontnemen, of hun inspanningen om die te verkrijgen belemmert. Voor Mill was ieder individu de vormgever van zijn eigen gezondheid, zowel lichamelijk, geestelijk als spiritueel.

7

De Post-moderne Traditie

In de meest recente traditie, dat wil zeggen die van de laatste decennia, worden autonomie en zelfbeschikking ingekleurd vanuit een neoliberale visie. De essentie van de neoliberalistische zelfbeschikking of neoliberale autonomie kan worden gevonden bij Nobelprijswinnaar en econoom Milton Friedman (1912-2006).

Volgens Friedman kunnen menselijke wezens het best worden gevorderd door een institutioneel kader van vrije eigendomsrechten, vrije markt en vrijhandel. De grote deugd van een vrijemarktsysteem is dat het niet uitmaakt welke kleur mensen hebben; het maakt niet uit wat hun religie is; het maakt alleen maar uit of ze iets kunnen produceren dat u wilt kopen. Het is het meest effectieve systeem dat we hebben ontdekt om mensen die elkaar haten in staat te stellen om met elkaar om te gaan en elkaar te helpen (Friedman, 1993, p.19). Niet alleen vertoont, volgens Friedman, een vrijemarktsysteem een vorm van “kleurenblindheid”, maar een vrije economie “geeft mensen wat ze willen in plaats van wat een bepaalde groep denkt dat ze zouden willen”.

Samenvattend: drie historische tradities

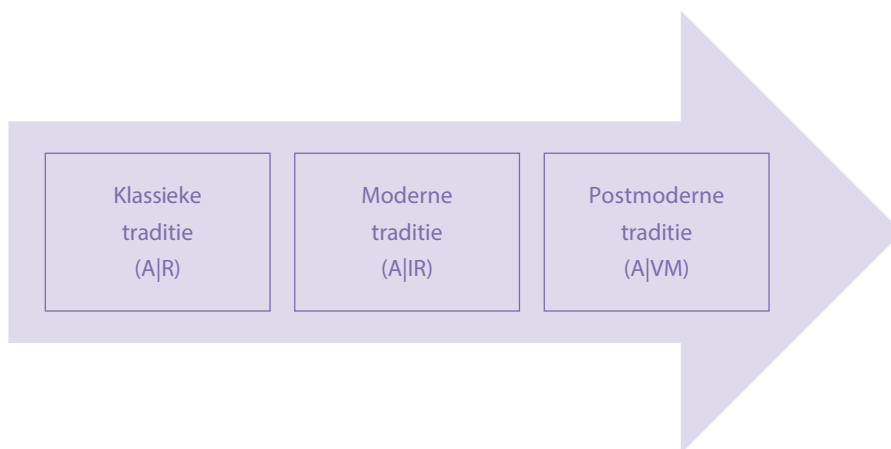
Hoewel doorlopen met zevenmijlslaarzen, hebben we hierboven de belangrijkste historische perspectieven op zelfbeschikking en persoonlijke autonomie geschetst. In het klassieke perspectief wordt rationaliteit gezien als een voorwaarde voor persoonlijke autonomie in de zin dat alleen rationele individuen in staat zijn om hun eigen leven te besturen en degenen die dat niet zijn, moeten worden bestuurd door rationele heersers. In het moderne perspectief worden individuele rechten en wetgeving gezien als de voorwaarde voor persoonlijke autonomie in de zin dat na de Verlichting individuele rechten of de rechten van de mens een belangrijk onderwerp werden voor het gewone volk en uiteindelijk ook voor regeringen.

In wezen gaf het principe van individuele rechten en wetgeving individuen de mogelijkheid om hun persoonlijke levensdoelen na te streven op elke manier die zij geschikt achten. In het Postmoderne perspectief worden vrije markt en vrijhandel gezien als de voorwaarde voor persoonlijke autonomie in die zin dat handelen als een autonoom handelen kan worden beschouwd.

Aldus kunnen de drie dominante historische visies op autonomie en zelfbeschikking als volgt worden getypeerd (zie ook Figuur 1):

8

1. *Een Klassieke Traditie (A|R)* waarin rationaliteit (R) wordt gezien als de voorwaarde voor persoonlijke autonomie (A).
2. *Een Moderne Traditie (A|IR)* waarin individuele rechten (IR) en wetgeving worden gezien als de voorwaarde voor persoonlijke autonomie (A).
3. *Een Post-moderne Traditie (A|VM)* waarin het concept van de consument, vrije eigendomsrechten, vrije markt (VM) en vrije handel worden gezien als voorwaarden voor persoonlijke autonomie (A).



Figuur 1 Perspectieven op autonomie en zelfbeschikking op basis van drie historische tradities

Autonomie en zelfbeschikking in zorg: historische ontwikkeling

De drie bovengenoemde tradities zijn ook waarneembaar in de historische ontwikkeling van de zorgsector.

Klassieke Traditie: 'Doctor knows best'

Vanuit het perspectief van de gezondheidszorg, dateert de klassieke traditie terug naar Hippocrates (460-370 v.Chr.). Hippocrates wordt vaak beschouwd als de vader van de geneeskunde als een rationele wetenschap. Hij pleitte voor een paternalistisch paradigma waarin artsen het recht hebben te beslissen wat in het belang van de patiënt is. Dit komt ook tot uiting in de zogenaamde eed van Hippocrates, die vandaag de dag nog steeds door artsen wordt afgelegd. De eed zegt: "Ik zal de behandeling gebruiken om de zieken te helpen volgens mijn vaardigheid en oordeel". Met andere woorden, een arts moet beslissingen nemen over de medische behandeling van de patiënt op basis van zijn of haar medische expertise. Volgens Will (2011) wekt de taal van de eed de indruk dat artsen (in tegenstelling tot anderen) over een superieure kennis beschikken die hen in staat stelt om ziekten te diagnosticeren, wat de verantwoordelijkheid met zich meebrengt om behandelingen aan te bieden ten behoeve van de zieken. Vandaar dat nog maar al te vaak wordt aangenomen dat alleen de zorgprofessional de kennis en dus de rede heeft om te weten wat het beste is voor de patiënt.

9

Moderne Traditie: Opkomst van patiëntenrechten

Rechtsbescherming van persoonlijke autonomie in de gezondheidszorg kan worden teruggevoerd naar 28 januari 1891, toen de Pruisische minister van Binnenlandse Zaken een memorandum verspreidde over het gebruik van tuberculine in het gevangenisstelsel. In deze nota (Ministerialblatt für die gesamte innere Verwaltung in den Königlich Preussischen Staaten 1891. 52:27) maakt de minister een duidelijke verwijzing naar de autonomie van de patiënt. In het memorandum wordt gesteld dat:

"Voraussetzung sei dabei, daß die Behandlung mit dem Kochschen Mittel nur in frischen und sonst geeigneten Gevallen auch nicht gegen den Willen der Kranken angewendet werde. [Het is ook noodzakelijk dat de substantie van Koch alleen in recente en toepasselijke gevallen wordt gebruikt en nooit tegen de wil van de zieke in]".

Dit officiële openbare document kan worden beschouwd als een belangrijk keerpunt in de verschuiving van paternalisme naar meer respect voor de individuele rechten van een patiënt. De eerste gedetailleerde voorschriften over geïnformeerde toestemming in de westerse geneeskunde kwamen in 1900 na kritische persberichten en politiek debat in het Pruisische parlement in de zaak Neisser (Vollmann & Winau, 1996). Albert Neisser, een Duitse arts en bacterioloog, had het serum van patiënten met syfilis geïnjecteerd in een groep

gezonde patiënten, voornamelijk prostituees, die om andere redenen werden opgenomen. Hij had de vrouwen niet over de risico's geïnformeerd, noch had hij hun toestemming verkregen. Zijn experiment veroorzaakte een openbaar debat, omdat sommige vrouwen syfilis ontwikkelden. De zaak leidde in 1900 tot de goedkeuring van de zogenaamde Pruisische richtlijn, waarin de Pruisische autoriteiten medische directeuren van ziekenhuizen en klinieken adviseerden dat onderzoeksinterventies geen doorgang mochten vinden als "de mens minderjarig was of niet bekwaam om andere redenen" of als het onderwerp zijn of haar "ondubbelzinnige toestemming" niet had gegeven na een "juiste uitleg van de mogelijke negatieve gevolgen" van de interventie. Dit was de eerste bekende overheidsrichtlijn inzake klinisch onderzoek (Vollmann & Winau, 1996).

Post-moderne Traditie: De patiënt als consument

Onder invloed van het neoliberale marktdenken is het Nederlandse zorgstelsel de laatste decennia sterk geëconomiseerd. Ziekenhuizen zijn bedrijfsmatiger gaan werken, waardoor 'zorg' steeds vaker wordt beschouwd als een product of dienst. Vanuit deze bedrijfsmatige benadering wordt een patiënt gezien als kritische klant op een zorgmarkt die, in ruil voor geld, op zoek is naar een product of dienst (Calnan, 2010). De economisering van de zorg heeft onder andere geleid tot de opmars van privéklinieken, de implementatie van concepten als 'hospitality' en een toenemende focus op klanttevredenheid.

10

Autonomie en zelfbeschikking in de huidige zorgpraktijk

De drie perspectieven, zoals hiervoor besproken, spelen nog steeds een prominente rol in de huidige discussies over patiëntgerichte zorg. Hieronder wordt aan de hand van voorbeelden duidelijk gemaakt hoe de drie tradities terug te vinden zijn in de huidige zorgpraktijk.

Voorbeeld 1 Klassieke traditie (A|R)

Afdeling X biedt topklinische zorg aan patiënten na een hartinfarct. Een hoogopgeleid, multidisciplinair team van medisch specialisten en verpleegkundigen biedt zorg volgens de laatste wetenschappelijke inzichten en met de nieuwste technieken. Om de best mogelijke klinische uitkomst voor de patiënt te bereiken wordt er gewerkt volgens een gestandaardiseerd evidence-based protocol.

In voorbeeld 1 is de kennis en expertise van de zorgprofessionals leidend bij de inrichting van het zorgproces. De patiënt wordt beschouwd als passieve gebruikers van zorg die niet of in beperkte mate in staat is om rationele beslissingen te nemen. De patiënt is dus niet zozeer subject maar object van zorg met weinig mogelijkheden tot beïnvloeding en

weinig verantwoordelijkheid in het zorgproces. Het aanbod is leidend en de focus ligt bij het optimaliseren van de klinische uitkomst, waarbij gebruik wordt gemaakt van de laatste medische inzichten en richtlijnen.

Voorbeeld 2 Moderne traditie (A|IR)

Afdeling Y biedt zorg aan patiënten met chronische nierschade. De individuele behoeften en voorkeuren van de patiënt vormen het vertrekpunt van de geleverde zorg. Na doorverwijzing door de huisarts heeft de patiënt de mogelijkheid om afspraak te maken met één van de specialisten op een tijdstip naar keuze. Patiënten worden actief betrokken bij hun behandeling en krijgen, indien gewenst, ondersteuning bij 'self-management' door middel van een e-healthapplicatie. De achterliggende gedachte hierbij is dat de patiënt zelf de regie moet kunnen voeren over het zorgproces, op een plaats en tijd die hij zelf kan bepalen.

In voorbeeld 2 vormen de individuele behoeften en voorkeuren het uitgangspunt voor de inrichting het zorgproces. De patiënt wordt beschouwd als een individu met het vermogen om actief te participeren en verantwoordelijkheid te nemen voor zijn eigen gezondheid. Er is sprake van een samenwerkingsrelatie met een gelijkwaardige interactie. De vraag van de patiënt leidt via afstemming tot een voor de zorgvrager passend aanbod en heeft daarmee invloed op de wijze waarop het zorgproces is ingericht. De focus ligt bij het zo goed mogelijk faciliteren van de eigen regievoering van de patiënt.

Voorbeeld 3 Postmoderne traditie (A|VM)

Afdeling Z heeft de ambitie om het verblijf van patiënten en bezoekers zo aangenaam mogelijk te maken. Bij binnenkomst worden patiënten en bezoekers opgevangen door hospitalitymedewerkers die hen wegwijs maken en van algemene informatie kunnen voorzien. Tevens is er een winkeltje met een comfortabele koffiecorner, waar je ook kunt lunchen. Patiënten die voor een korte behandeling of bezoek komen kunnen gebruik maken van de gratis kinderopvang. Wanneer een patiënt moet worden opgenomen is er de mogelijkheid om, tegen extra betaling, te kiezen voor een privékamer die van alle gemakken is voorzien.

In voorbeeld 3 worden patiënten en bezoekers beschouwd als klant. De focus ligt bij het realiseren van optimale klanttevredenheid. Om dit te realiseren wordt een klantvriendelijke en servicegerichte omgeving gecreëerd, waarin ruimte is voor keuzevrijheid ten aanzien van de geboden dienstverlening (eventueel tegen extra betaling).

Conclusie en discussie

Onze bijdrage laat zien dat er drie belangrijke tradities zijn ten aanzien van persoonlijke autonomie: (1) een traditie waarin 'rationeel kunnen denken' wordt gezien als voorwaarde voor persoonlijke autonomie, (2) een traditie waarin 'het hebben van individuele rechten' wordt gezien als voorwaarde voor persoonlijke autonomie en (3) een traditie waarin 'een vrijemarktsysteem' wordt gezien als voorwaarde voor persoonlijke autonomie. Deze drie tradities bepalen in belangrijke mate de huidige discussies over het concept patiëntgerichte zorg en de worsteling met de implementatie ervan in de dagelijkse zorgpraktijk.

Wij zijn van mening dat begrip van deze tradities van belang is om te komen tot een heldere operationalisering van het concept patiëntgerichte zorg en de implementatie ervan in de dagelijkse zorgpraktijk.

Hierbij dient te worden benadrukt dat de ene traditie niet per definitie beter is dan de andere. In principe spelen alle drie de tradities bij elk type ziekenhuiszorg een rol. Immers een zorggebruiker in een ziekenhuiscontext is per definitie zowel een patiënt, persoon/ individu als klant. Het is de kunst om bij het operationaliseren en implementeren van patiëntgerichte zorg een juiste verhouding te vinden tussen de drie tradities.

12

Vanuit een zorglogistiek perspectief is de optimale verhouding afhankelijk van: (1) de specifieke zorgcontext (persoonlijke situatie, duur, complexiteit, mate van urgentie, etc.), (2) de strategische uitgangspunten en (3) de financiële ruimte.

Zo is bijvoorbeeld de mate waarin een patiënt behoefte heeft aan invloed onder andere afhankelijk van de persoonlijke situatie en het type zorg. Sommige mensen geven zich liever over aan een zorgverlener, anderen willen vooral zelf aan het roer blijven staan. Bij langdurige zorgafhankelijkheid is doorgaans de gewenste invloed groter dan bij kortdurende zorg. Een patiënt die na een auto-ongeluk op de eerstehulpafdeling terecht komt, heeft meestal weinig andere wensen dan zo snel en goed mogelijk geholpen worden. Daarentegen heeft bijvoorbeeld een patiënt met chronische nierschade in veel gevallen wel specifieke wensen of voorkeuren met betrekking tot bijvoorbeeld het tijdstip waarop de zorg wordt verleend. En een patiënt die extra heeft betaald voor een privékliniek zal over het algemeen meer klantgerichte service en aandacht wensen. Naast de specifieke zorgcontext, zijn ook de strategische uitgangspunten van de organisatie van invloed. Zo kan een ziekenhuis er bewust voor kiezen om een cliënt relatief weinig invloed te laten hebben op een (bepaald type) zorgproces. Een bekend voorbeeld hiervan is het concept 'heupstraat', waarbij volgens een strakke, vaststaande procedure de operatie en revalidatie op een klinisch verantwoorde en efficiënte wijze worden uitgevoerd. Tot slot spelen de beschikbare (financiële) middelen een rol. Meer invloed en/ of keuzevrijheid kan leiden tot duurdere zorg. Op basis

van de derde traditie (A|VM) zou ervoor gekozen kunnen worden om additionele dienstverlening (en dus keuzevrijheid) tegen extra betaling aan te bieden. Wanneer de optimale verhouding is gevonden tussen de drie tradities dient deze te worden vertaald naar een concrete visie op patiëntgerichte zorg.

Voor een succesvolle implementatie is het vervolgens van belang dat de visie op patiëntgerichte zorg wordt vertaald naar kaders en uitgangspunten voor de logistieke inrichting van de verschillende zorgprocessen. Bij de formulering van de kaders en uitgangspunten dient expliciet aandacht te worden besteed aan hoe de verantwoordelijkheden, met betrekking tot de visie op patiëntgerichte zorg, liggen.

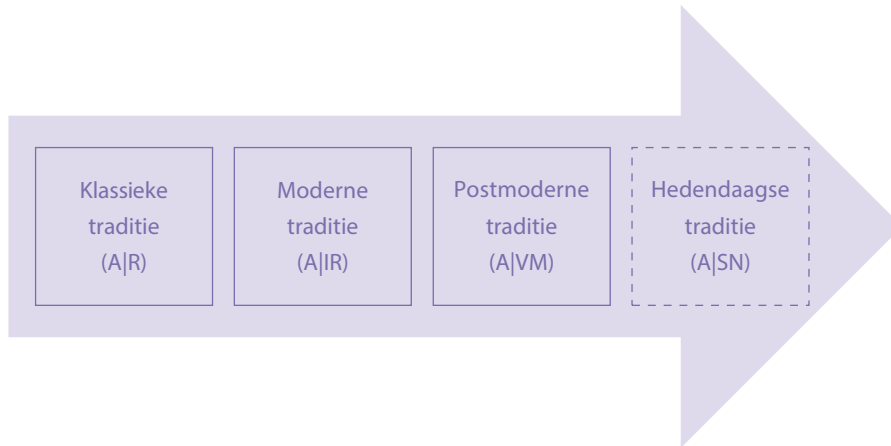
Vervolgens zal er aandacht moeten zijn voor de vertaling van geformuleerde kaders en uitgangspunten, door de betrokken zorgprofessionals, naar de dagelijkse zorgpraktijk. Iedere individuele zorgprofessional is immers in staat om op microniveau de autonomie van de patiënt te vergroten of te verkleinen. Wanneer de zorginstelling daadwerkelijke patiëntgerichte zorg wil bieden is het belangrijk om regelmatig met professionals in gesprek te gaan over of en hoe zij in staat zijn om als professional vorm te geven aan de visie die de instelling voor ogen heeft.

Daarmee willen we overigens niet in de professionele ruimte van de professional treden. Zorgprofessionals worden immers geacht goede en verantwoorde zorg te verlenen. Vanuit deze professionele verantwoordelijkheid moeten zij in staat zijn en blijven om (afwijkende) individuele afwegingen te maken.

Wanneer we het overall doel van de zorglogistieke bedrijfsvoering definiëren als 'het op een zo efficiënte mogelijke wijze leveren van de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plaats, door de juiste persoon' (Moeke, 2016), dan kunnen we stellen dat de professionele verantwoordelijkheid met name betrekking heeft op het aspect 'de juiste zorg'. Oftewel, de professionele verantwoordelijkheid gaat veelal over de vorm en inhoud van de zorgverlening (het hoe en wat). Voor een succesvolle implementatie van patiëntgerichte zorg is het van belang dat zorgprofessionals, binnen een zorgproces, een gemeenschappelijke visie creëren ten aanzien van de professionele verantwoordelijkheid en hoe deze zich verhoudt tot de geformuleerde kaders en uitgangspunten.

Tot slot willen we nog benadrukken dat de tradities wat betreft het concept persoonlijke autonomie, zoals beschreven in deze paper, ook zijn terug te vinden in de langdurige zorg en welzijnssector. Echter, in deze sectoren zorgt de verschuiving richting een "participatiemaatschappij" voor het ontstaan van een nieuwe traditie: een traditie waarin *'het hebben van een sociaal netwerk'* wordt gezien als voorwaarde voor persoonlijke autonomie (A|SN) (zie

ook figuur 2). We verwachten dat op termijn deze vierde traditie ook in de ziekenhuiszorg een grotere rol zal gaan spelen.

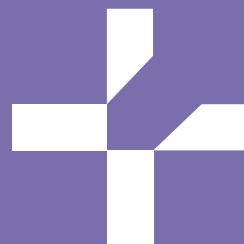


Figuur 2 Perspectieven op autonomie en zelfbeschikking in de langdurige zorg en welzijnssector.

Referenties

- Calnan, M. (2010). Consumerism and the provision of health care. *British Journal of Healthcare Management*, 16(1), 37-39.
- Friedman, M. (1993). *Why government is the problem*. Stanford, CA: Hoover Institution Press Publication.
- Moeke, D., & Van Anandel, J. (2016). Historical analysis of personal autonomy for prospective healthcare. *International Journal of Person Centered Medicine*, 6(2), 91-97.
- Ministerialblatt für die gesamte innere Verwaltung in den Koniglich Preussischen Staaten (1891)
- Moeke, D. (2016). *Towards high value(d) nursing home care: providing client-centred care in a more efficient manner* (Proefschrift). Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam.
- Vollmann, J., & Winau, R. (1996). Informed consent in human experimentation before the Nuremberg code. *BMJ: British Medical Journal*, 313(7070), 1445.
- Will, J. F. (2011). A brief historical and theoretical perspective on patient autonomy and medical decision making: part I: the beneficence model. *Chest Journal*, 139(3), 669-673.

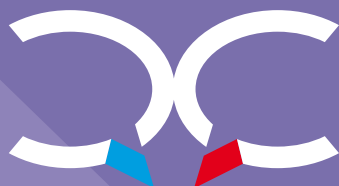
LOGISTIEK



Logistiek⁺ is een podium voor logistieke kennis, ontwikkelt door student- en docentonderzoekers, lectoren, partners van de KennisDC's uit het bedrijfsleven en de brancheverenigingen TLN en EVO.

Alle KennisDC's ontplooiën nieuwe, interessante activiteiten. Ieder regionaal KennisDC kent een eigen specialisme en kan tegelijk expertise op alle uiteenlopende themavelden van de logistiek aanbieden aan bedrijven en instellingen in de regio én hun eigen opleiding Logistiek. Elk KennisDC rolt enerzijds zijn eigen parels landelijk uit en brengt anderzijds aan de hand van de behoefte van regionale bedrijven de parels van andere KennisDC's in binnen de eigen regio. Op die manier worden we samen slimmer. En dat is de kern van het KennisDC Logistiek.

Kortom: in Logistiek⁺ leest u de actuele onderzoeksresultaten van de zes KennisDC's en hun netwerken.



KennisDC Logistiek

www.kennisdclogistiek.nl