

### Inleiding

Wanneer wetenschappelijke artsenverenigingen mee het voortouw willen nemen in het algemeen debat over de toekomst van de gezondheidszorg dan moeten zij meer doen dan reflecteren over de loop der dingen. Van artsen die een leidende functie in een organisatie hebben en zo mee de zorg in dit land aansturen mag men verwachten dat zij op de hoogte zijn van de nieuwe tendensen binnen de maatschappij en hier vertaling aan geven binnen de eigen beroepsactiviteiten.

### Vermaatschappelijking of extramuralisering

Deze terminologie komt eigenlijk overgewaaid uit de VSA en is nu ook in Vlaanderen aan de orde in het debat over de zorgen aan mensen met beperkingen. De discussie betreft vooral de behandeling, aanpak en begeleiding van personen met psychische stoornissen, maar ook chronische aandoeningen van lichamelijke en verstandelijke aard worden mee opgenomen.

Eigenlijk gaat het verhaal over het beperken van alle verblijven in ziekenhuizen of instellingen tot het strikte minimum en dit sluit aan bij een maatschappelijke tendens waarin ook een aantal socio-economische factoren meespelen. De tijd dat mensen “in observatie” gingen, soms voor maanden en jaren zelfs, zoals de ouderen onder ons zich nog herinneren, lijkt definitief voorbij. Nochtans lezen wij in “Utopia” van Thomas More, die een groot deel van zijn inspiratie voor dit werk uit het Vlaanderen van 1500 haalde, dat alle zieken in grote ziekenhuizen buiten de stad

moeten verpleegd worden voor hun eigen welzijn en dit van de maatschappij. De intramurale zorg is dus een eeuwenoud verhaal.

En toch gaat haast geen mens graag naar het ziekenhuis, tenzij in hoogste nood en dan nog is de eerste vraag van haast iedereen: wanneer mag ik naar huis? Kortom, al wat qua gezondheidszorg extra muros kan gebeuren verdient voor elkeen de ruime voorkeur.

### De zorg binnen een eigen gemeenschap

Vermaatschappelijking is een moeilijk woord om te zeggen dat de gemeenschap zoveel mogelijk in staat moet zijn om de zorg voor zieken en noodlijdenden in het eigen milieu te laten gebeuren. En inderdaad, de “psychiatrische patiënten” waren de eersten om dit concept aan den lijve te ondervinden. Zij waren de eerste slachtoffers van de afbouw van ziekenhuisbedden. Nu merkt men steeds meer voorbeelden van die “extramuralisering” waaronder snelle ontslagen na soms zware ingrepen, niet – opnames of extra korte verblijfsduren. Maar is de maatschappij er ook klaar voor om deze snelle ontslagprocedures op te vangen en zijn de artsen en de verzorgenden ook voldoende ingespeeld op deze nieuwste vorm van transmurale zorg? Is men op het terrein klaar om delicate en hoogtechnologische zorgen toe te dienen en voor continuïteit te zorgen?

### Een zorgvisie

Vermaatschappelijking wil niet enkel zeggen dat de gemeenschap zich zodanig organiseert dat de

zorg maximaal aan huis geleverd wordt, maar dat ook artsen, patiënten en familie bereid zijn om in deze visie mee te gaan. “Het heersende mensbeeld” zo stelt professor Herman De Dijn het, bepaalt de wijze waarop beleidsmensen, artsen, verzekeraars en anderen vandaag kijken naar, en praten en denken over ziek zijn. Wij leven immers in een tijdperk van een “ge – activeerde” maatschappij waar iedereen zich 100 % moet inzetten. “Empowerment” is nu het toverwoord en iedereen moet mee.

Maar er is natuurlijk ook de mens zelf, de familie, de mantel en de kleine kern – gemeenschap. Het goed bekende voorbeeld is de “psychiatrische gezinsverpleging” in Geel waar de lokale gemeenschap zich het lot aantrekt van de minder bedeelden. Hier is het duidelijk dat mensbeeld, zorgvisie en maatschappij door elkaar verweven zijn. En alhoewel deze aanpak in Geel de laatste decennia meer dan gedecimeerd is, stelt men zich nu de vraag of hier geen nieuwe stimulans mogelijk is. Extramuralisering gaat echter zowel over psychiatrische zorg als over somatische aandoeningen.

#### De visie van de artsen

Waarschijnlijk is de huidige, zeer duidelijke tendens van jonge afstuderende artsen om massaal voor de huisartsgeneeskunde te kiezen, eerder dan voor een of andere intramurale subdiscipline, een belangrijk maatschappelijk signaal.

Studenten vertellen dat zij gaan voor een totale zorg van de mens, dat zij dicht bij de patiënten willen komen en de begeleiding in eigen beheer willen nemen. De elektronica, de steeds beter georganiseerde thuiszorg, de microtechnologie

en ook de verkeers- en milieuproblemen geven een duw aan de zorg dicht bij huis.

Het is nu aan de artsenverenigingen om kort op de bal te spelen, deze nieuwe tendens goed te ontleden en er een adequaat antwoord op te geven. De maatschappij is aan het woord, de organisaties moeten hierop inspelen.

#### Het VVMV

Het is logisch dat de beroepsorganisaties van artsen hier niet het voortouw nemen.

De meeste artsdisciplines zijn terecht aan het werk in de intramurale sector en dit kan best ook zo blijven. Maar wanneer veel meer patiëntenzorg terug naar de



maatschappij zou gaan, dan moeten wij vooral met de wetenschappelijke artsenverenigingen uitkijken naar de noden op diverse vlakken om voldoende kwaliteit te waarborgen. Waarschijnlijk is hier nog heel wat onderzoek nodig, maar dat mag ons niet beletten om reeds met een aantal experimenten te starten en deze maatschappelijke trend te volgen. Eigenlijk zou een goede artsenorganisatie hier een stapje voor moeten zijn om de maatschappij dat te kunnen bieden waar de zwakste leden het snelst van beter worden. De gezondheidszorg behoort de gemeenschap en niet de artsen. Wij zijn maar de uitvoerders en de dienaren en de maatschappij belooft ons nog steeds erg ruim voor ons werk; of wij nu intra of extra muros aan de slag zijn, dit zou geen verschil mogen maken.

Chris Geens

### Hoe is het gesteld met de kwaliteit van de gezondheidszorg in Vlaanderen?

Voortgaande op wat bevragingen van patiënten ons vertellen en wat beroepsorganisaties van artsen en ook heel wat politici verkondigen, doen wij het in Vlaanderen uitstekend en zijn wij een voorbeeld voor vele anderen. Maar ook België vertelt een gelijkaardig verhaal net als vele van onze buurlanden.

Maar waarover gaat kwaliteit van de gezondheidszorg?

Internationaal worden hierbij vier kernbegrippen gehanteerd: effectiviteit, veiligheid, tijdigheid (ook toegankelijkheid) en vraaggerichtheid.

Men kan dit ook omschrijven vanuit een breed perspectief: leveren wij artsen professionele, economisch verantwoorde en patiëntgerichte zorg?

Men kan zich de vraag stellen hoeveel artsen hiermee in de eigen praktijk of instelling concreet bezig zijn en hoe men kwaliteitsverzekering of verbetering zelf aanpakt. Voor de artsenverenigingen is het maar zeer de vraag hoe die de eigen leden er toe aanzetten of ondersteunen om dit streven naar kwaliteit waar te maken.

### Kijken in de eigen praktijk

Hoeveel procent van de artsen, praktijken, instellingen en organisaties hebben aangaande gezondheidszorg een visie, een missie of streefdoelen neergeschreven en gingen ook over tot metingen en bijsturing van de geleverde prestaties en aantoonbare resultaten?

Het maken en volgen van richtlijnen en standaarden voor het handelen van artsen heeft een aantal dingen een stuk eenvoudiger gemaakt.

Het goed klinisch handelen, de patiëntveiligheid, de economische regelingen en de milieurichtlijnen zijn voorbeelden van hoe wij in de praktijk kunnen werken.

Maar wie voert nu de controles uit? Is dit de federale overheid, zijn dit de gemeenschappen, zijn het de collega's, de artsenverenigingen of organiseren wij dit zelf in de eigen praktijk. Kwam er bij u al iemand kijken of de deur van de praktijk vlot openging, de drempel niet te hoog was, de telefoon voldoende snel werd opgenomen en de hygiëne in de toiletten in orde was?

Ja, daar begint het mee: toegankelijkheid, wachttijd, netheid, correctheid of dienstbaarheid. Erger wordt het wanneer men in uw dossier komt kijken of alle parameters van goede, klinische praktijkvoering wel worden bijgehouden. En volgt u ook steeds de richtlijnen van uw wetenschappelijke artsenvereniging en noteert u waarom u er soms ook van afwijkt. Of hebt u een verklaring waarom u de normen niet haalt qua rookstop, diabetes-scores of behandelingsresultaten voor hypertensie?

En vooral, vergeet u toch niet de kritische incidenten te noteren, want dit is eigenlijk een verplichting en een erg belangrijk leerpunt!

### Wat doen wij hier nu mee als artsenvereniging?

De vraag is natuurlijk of kwaliteit nu zo belangrijk is; immers wanneer elkeen maar zijn (haar) uiterste best doet, dan is het toch ook al goed?

En inderdaad, zijn best doen heeft niets met kwaliteit te maken. Individuele artsen zijn net als gelijk welke andere beroepsgroep niet zo goed in het stellen van eigen normen in goed bezig zijn. Wij moeten dus als wetenschappelijke organisatie mee bepalen aan welke norm onze collegae moeten beantwoorden bij hun medisch handelen, hoe controle hierop verloopt en wat kwaliteitsverbetering/verzekering inhoudt.

In vele disciplines zijn hier een aantal voorbeelden van bekend. Zelf maak ik als huisarts gebruik van de aanbieder van de wetenschappelijke huisartsenvereniging en de huisartseninstituten om de normen te halen. Maar tot op heden is slechts een beperkte groep artsen hier expliciet mee bezig. Natuurlijk zijn de meeste artsen vol aandacht voor het “werken aan kwaliteit” maar de gemeenschap en de betalende overheden eisen nu eenmaal registraties en cijfers. Het is dus aan de artsorganisaties om de overheid voor te zijn en zelf borg te staan voor interne kwaliteitscontrole.

#### Welk systeem gebruiken wij?

Alle artsen die hun accreditering haalden en wensen te behouden behoren tot een LOK-groep en kunnen zo hun praktijkgedrag inter pares vergelijken. Hoe sluitend dit systeem is en hoeveel procent van de groepen echt tot kwaliteitsmeting komen, is minder belangrijk dan het feit dat hier een signaal wordt gegeven en een kans ligt voor alle collegae van goede wil. Maar zoals alle aankomende artsen een master-proef moeten maken eer zij hun diploma halen en later ook tot de praktijk worden toegelaten, zo zouden ook alle artsen om de zoveel jaren bewijs moeten leveren van kwaliteitsvol bezig zijn. En eigenaardig ge-

noeg is het voor artsen die in de opleiding staan, waarbij het in huis nemen van een stagiair vaak een eerste stap kan zijn, een grote hulp om via deze deelneming aan de opleiding ook tot kwalitatief bezig zijn te worden aangespoord. Studenten zijn leergierig, willen alles weten en meten en zijn bijzondere boeiende werkkrachten voor onze eigen kwaliteitsmeting.

#### De artsorganisaties

De tijd is lang voorbij dat algemene indrukken van patiënttevredenheid volstaan om van een kwaliteitsbeweging te getuigen. Waarom zouden de wetenschappelijke artsverenigingen de handen niet in elkaar slaan om een gezamenlijk basissysteem uit de grond te stampen dat in verdere fase volgens de noden van elke vereniging kan uitgerafeld worden. Aan de kant blijven staan is geen optie want dan nemen de academische opleidingen zeker de teugels in handen en iedereen weet hoeveel weerstand dit weer op het veld zal uitlokken.

Laat de artsverenigingen en -instituten dus samen bedenken hoe zo'n kwaliteitsstreven in goede banen kan geleid worden. De huisartsen hebben hier al de eerste stappen gezet zoals dit ook met de academisering van het beroep gebeurde.

Een goed uitgebouwd VVMV zou ook hier een mooie rol kunnen spelen, maar dan moeten meerdere verenigingen zich mee voor de kar spannen en een gemeenschappelijk stramien uittekenen waarmee op een vlotte wijze werken aan kwaliteit kan geïntroduceerd worden

Chris Geens