

STEEDS DICHTER BIJ EEN VLAAMSE GEZONDHEIDSZORG

Het VGV-symposium van 18 oktober 2008 “Blauwdruk voor een Vlaamse Gezondheidszorg” was een schot in de roos.

Met enkele goed onderbouwde voorbeelden uit het buitenland zouden wij Vlaanderen nogmaals laten zien hoe het zijn gezondheidszorg zelf kan organiseren.

Sommigen dachten dat VGV voor de zoveelste maal wilde aantonen waarom de gezondheidszorg een gemeenschapsbevoegdheid is of moet worden.

Nee dus. VGV ging ervoor om Vlaanderen te tonen hoe de gezondheidszorg in de eigen regio moet en kan georganiseerd worden aan de hand van wat elders reeds jaren geleden georganiseerd werd en functioneert.

Doorgedreven decentralisatie

En daar gaat het natuurlijk ook in Vlaanderen en Wallonië over. Men wil de organisatie van de gezondheidszorg zo goed mogelijk afstemmen op de lokale noden en aan het nut daarvan twijfelt toch niemand.

Het Deense systeem trekt haast schrijnend goed op het ideale model voor Vlaanderen.

Denemarken is immers opgedeeld in vijf regio's van gemiddeld 1.200.000 inwoners. Waar in Europa bestaat er nog een land dat vijf provincies telt en ongeveer 6 miljoen inwoners heeft? En men gaat nog verder door elk van deze regio's volgens specifieke noden of ligging verder in meerdere kleine gebieden op te delen.

Wat zijn nu de grote voordelen van zo'n decentralisatie:

- Eerst en vooral wordt de centrale macht veel minder groot en krijgen meer mensen ruimere verantwoordelijkheid en dan nog erg dicht bij het uiteindelijk werkterrein
- Wil men innoveren, experimenten opzetten en tot creativiteit aanzetten dan kan dit beter vanuit kleinschalige initiatieven dichtbij de doelgroep
- Het leggen van specifieke accenten in bijzondere gebieden krijgt nu ruim kans:
 - grensoverschrijdende akkoorden (druggebruik, grensarbeiders, toeristen, ...)
 - samenwerking tussen regio's of deelgebieden
 - afstemming van intra- en extramurale zorg
 - afspraken met opleidingscentra

- Controle en feedback op het halen van doelstellingen.

De provinciale structuren

Zowel om economische als mobiliteitsredenen lijkt het zinvol om Brussel waar mogelijk te ontlasten.

Wanneer men FOD volksgezondheid, RIZIV en andere centrale organen meer lokaal kan herverdelen, raken meer mensen betrokken bij beleidsbeslissingen die zo ook beter op de eigen bekende regio kunnen afstemmen en evalueren.

Momenteel leven wij in een federaal land waar de centrale overheid de touwtjes blijft in handen houden, zelfs tegen de bestaande wetgeving in.

Dit is een pleidooi om in een eerste fase de bevoegdheden onmiddellijk door te verwijzen naar de provincies waarbij noch de solidariteit tussen, noch de financiering van, de gewesten in gevaar komt.

Dat met de tijd de bevoegdheden in handen van de gemeenschappen moeten komen staat nu eenmaal in de bijzondere wet geschreven. Op provinciale basis kunnen dan afspraken gemaakt worden over ziekenhuizen, dure apparatuur, samenwerkingsafspraken en ga zo maar door. Waarom kunnen de verzekeraars samen met de overheden, de zorgverstrekkers en de gebruikers geen afspraken maken op provinciaal niveau?

De buitenlandse ervaringen leren ons dat dit werkzame structuren zijn die helemaal niet duurder zijn dan federale toestanden waarbij de wafelijzerpolitiek nog welig tiert. Het staat de provincies dan vrij om zelf binnen het grote kader een eigen keuze te maken, waarbij desnoods zelfs nog onderafdelingen in kleine regio's mogelijk zijn.

En Brussel

Ook hier kan men nu korter op de bal spelen. In een eerste fase kan men de hoofdstad van België als een “elfde provincie” beschouwen waar dan de zeer specifieke situatie vanuit een eigen aanpak kan benadrukt worden.

Maar Brussel ligt in Vlaams Brabant en kan hierin ook als bijzonder deelgebied vanuit de provincie bestuurd worden waarbij bijzondere aandacht moet gaan naar de viertaligheid (Nederlands, Frans, Arabisch, Engels), want er zijn nu in Brussel alleen maar minderheden.

In een latere fase kunnen misschien beide provincies Brabant samen de gezondheidszorg in Brussel aansturen omdat toch heel wat van hun inwoners ook

gebruik maken van de diensten en structuren van de hoofdstad.

Met deze provinciale opdeling moet heel “het land” dus niet wachten op een onmogelijke oplossing voor Brussel en de Rand.

En de positie van de zorgverstrekkers

Men mag aannemen dat, wanneer de meeste beleidsorganen die betrekking hebben op de organisatie van de gezondheidszorg in de eigen provincie zetelen, de betrokkenheid van de verstrekkers veel groter wordt.

“De macht” zal nu niet meer in het verre Brussel door enkel sterke mannen/vrouwen worden uitgeoefend, maar aanspreekbaar zijn in de eigen buurt. Afstemming tussen welzijn – preventie – diagnostische en therapeutische activiteiten - chronische zorg en zorg aan het levenseinde wordt nu een echt lokaal gebeuren, waarbij men ook binnen de huidige gemeenschappen vaak grote interne verschillen ziet.

Het Vlaamse gezondheidszorgmodel neigt sterk naar zo’n aanpak, maar het staat de provinciale overheden vrij om er lokaal een eigen invulling aan te geven.

Besluit

Deze visie op de ontwikkeling van de gezondheidszorg in Vlaanderen is niet nieuw, maar het symposium van VGV in oktober 2008 heeft nog eens aangetoond dat wij op de goede weg zitten en een best haalbaar concept klaar hebben.

Misschien moeten wij als artsenverenigingen best met onze Franstalige collegae contact nemen om hen dit voorstel uit te leggen en het te toetsen op de haalbaarheid

Langs politieke weg valt te vrezen dat wij er nooit komen, daar gelden teveel persoonlijke en electorale belangen. Maar onder collegae raken wij er misschien uit.

Al wie daarover binnen VVMV wil mee over nadenken is van harte welkom en VGV is zeker ten allen tijde bereid om daarbij te helpen.

Chris Geens

EN NU DE MUG ER IS

Het is een lange strijd geweest en net toen iedereen dacht “hij komt er nooit”, was de Medische Urgentie Groep er plots toch in Halle (Vlaams Brabant). De mensen die ervoor gevochten hebben zijn blij met het resultaat en de patiënten in de Zennevallei en het Pajottenland leven op hoop.

Maar wat betekent dit op het terrein?

Het wordt waarschijnlijk even wachten eer de hele zaak op poten staat. Er is de financiële en de materiële kant, maar wat met de bemanning? En bij dit laatste punt gaat het natuurlijk ook over de meewerkende artsen en het paramedisch personeel.

Hoe blij zijn de lokale orthopedisten, de traumatologen, de anesthesisten, de chirurgen en de kinderartsen van het ziekenhuis dat dit geluk hen is overkomen?

Moeten zij nu mee in een beurtrol stappen, hun ingrepen anders plannen en ook meer weekenddagen in het ziekenhuis doorbrengen? Moeten de artsen, die jarenlang in dit systeem niet meedraaiden, nu ook specifieke opleiding volgen in urgentiegeneskunde?

En wat is er afgesproken rond hun vergoeding? Wie leidt overigens heel dit project en stuurt het verder aan? Wie organiseert de samenwerking binnen het ziekenhuis en wie houdt zich bezig met de afstemming op de buitenwacht. Welke van de ons omgevende MUG – eenheden komen van hun kennis

met ons delen en wie stuurt de interne deskundigheid aan?

Hoe reageert de lokale huisartsenkring en welke afspraken worden gemaakt tijdens de week en gedurende het weekend? Dit wordt een grote

uitdaging. Verpleegkundigen, urgentieartsen, traumatologen, internisten, pediaters en gynaecologen, thuisverpleegkundigen en huisartsen moeten de handen in elkaar slaan. Het wordt weer een voorbeeld van interdisciplinaire samenwerking waar intra- en extramuraal moeten samenwerken, een degelijke afstemming realiseren en de transmurale zorg op de kaart zetten.

Wetenschappelijke artsenverenigingen zitten hier weer goed op de plaats om hun deel van het werk te doen.

Zij kunnen protocollen aanreiken, proefprojecten opzetten, evaluatieschema’s aanbieden en van hun ervaring delen bij de coördinatie.



In de regio weet men nog niet goed waaraan men is begonnen en in en over de Rand van Brussel zullen er heel wat collegae verrast opkijken wanneer de Vlaamse MUG de patiënten voor de dorpen van hun ziekenhuis komt ophalen.

Wat wij in de Vlaamse Rand jarenlang hebben moeten ondergaan zullen de Franstaligen nu zonder probleem genieten. Vlaanderen levert doorlopend kwaliteitsvolle zorgen in de gewenste taal tot aan de rand van Brussel. Meer en meer gaan wij vanuit de Vlaamse Rand aan de hoofdstad onze specifieke aanpak laten zien en zo nodig voelen.

VVMV wil graag samenspraak organiseren en ervaring bij de leden ophalen indien daar vraag naar is.

De lokale overheden, die in de voorbereidingsperiode vaak mee naar oplossingen hebben gezocht bij het realiseren van een MUG, zijn zeker ook nu bereid om dit initiatief verder gestalte te geven.

Het recente congres toont aan dat er specifieke noden in bepaalde regio's zijn die een eigen aanpak vergen. En zo is de cirkel weer rond VGV, VVMV, Vlaamse overheid, lokale overheden, regionale artsenkringen en alle organisaties die dit wensen inspireren elkaar en zoeken samen hoe de gezondheidszorg in Vlaanderen aan de eigen gemeenschapsnoden kan aangepast worden.

Chris Geens

WETENSCHAPPELIJKE ARTSEN VERENIGINGEN, WAT ZIJN HUN DOELSTELLINGEN?

ALGEMEEN

Bij de meeste wetenschappelijke artsenverenigingen staat in de statuten te lezen dat zij op de ene of andere manier de kwaliteit van de gezondheidszorg wensen te bevorderen.

Zij stellen zich voor dit te doen door goede navorming te organiseren voor hun leden en deze ook waar mogelijk te ondersteunen in hun dagelijks werk.

Veel minder duidelijk staat vermeld dat artsenverenigingen ook daadwerkelijk wensen mee te helpen aan de uitbouw van de verbetering van de lokale gezondheidszorg. Inderdaad, het organiseren van studiedagen en congressen, internationale bijeenkomsten en het opzetten van vaardigheidstrainingen zijn waardevolle bezigheden.

Maar zorgen onze organisaties ook voor de kwaliteitscontrole bij de leden en geven zij het beleid ook advies over nieuwe te lanceren onderzoekstechnieken en het stopzetten van obsoleete onderzoeken en testen?

Met en onze artsenorganisaties ook mee het resultaat van de vele inspanningen door hun leden geleverd en de invloed hiervan op de kwaliteit van de zorg en de tevredenheid van de patiënten?

Hebben wij als artsen ook zicht op onze interdisciplinaire samenwerkingsmodellen en onze transmurale activiteiten?

Binnen een nieuw gezondheidszorgbeleid moeten immers de verantwoordelijkheid en de kwaliteitscontrole dichterbij in handen komen van de beroepsbeoefenaar zelf, zo stellen wij ons toch de komende Vlaamse aanpak voor.

DE BASISOPLEIDING

Het is misschien nuttig om even naar de basisopleiding aan de universiteiten te gaan kijken. Sinds de opdeling in bachelor, master en master-na-master (ma-na-ma) is er veel aan 't veranderen. De wetenschappelijke artsenverenigingen hebben gelukkig steeds meerdere van hun leden die betrokken zijn bij de academische opleiding. Het werken met doelstellingen is hun dus goed bekend.

Binnen de basisopleiding betreft dit de volgende eindtermen:

1. communicatie en consultatie voeren
2. medische kennis en beslis kunde
3. praktijkmanagement
4. klinische en technische vaardigheden
5. populatie gerichtheid
6. persoonlijk functioneren.

Aan de universiteit verwachten wij dat onze studenten doorheen de verschillende studie jaren een steeds hoger niveau halen binnen elk van deze eindtermen. Het is dan ook duidelijk dat de wetenschappelijke artsenverenigingen de eigen doelstellingen hierop moeten laten aansluiten om zo binnen het levenslange leren hieraan invulling te geven.

Punten 2 tot en met 4 van de opleidingseindtermen zitten sinds jaren duidelijk in de vormingspakketten van de verenigingen verweven, maar wat met punt 1, de communicatie vaardigheden en het consultatie voeren?

De meeste artsen menen natuurlijk dat zij uitstekend communiceren met hun patiënten, met elkaar en met de andere hulpverleners en dat verdere training en opleiding hierbij niet meer nodig zijn, maar onderzoek wijst op het tegendeel.

De praktijk is inderdaad het beste oefenterrein om artsen steeds beter te leren communiceren, maar het ontbreekt vaak aan leermeesters, of aan de wil en de instrumenten om de prestaties te laten meten en aan gepaste remediëringstechnieken.

Inderdaad de arts-patiënt relatie wordt binnen de meeste opleidingsprogramma's van de artsverenigingen erg stiefmoederlijk behandeld als vormingsthema. Toch zou training in consultatievoeren ook voor gevestigde artsen erg nuttig kunnen zijn.

Een goed voorbeeld van deze nood vormt het verhaal dat een collega gynaecoloog onlangs bracht in een van de vermeende Vlaamse kwaliteitskranten. Zij sloeg bijna aan het huilen omdat zij aan een dochter en haar moeder de pil niet kon slijten die zij zelf de meest geschikte achtte voor de jonge dame. Het haast volledig uitgeschreven consultatieverhaal, waarbij de arts en de patiënte een totaal verschillende agenda hadden, toonde een compleet foute methodiek van consultvoeren. En zeggen dat aan de instelling waar deze collega doceert er een ongelooflijk goed centrum bestaat waar experts in consultvoeren jaarlijks meer dan honderd artsen in opleiding aan de les houden. Echt waar, consultvoeren kun je leren en steeds opnieuw erover bijleren.

POPULATIE GERICHTHEID

Dit is nog een ander facet van de opleiding waar ook tijdens de navorming best veel aandacht wordt aan gegeven.

De tijd is lang voorbij dat artsen enkel hun individuele patiënten verzorgden. De ziekenhuisartsen en de huisartsen zorgen nu mee voor patiëntengroepen en regionale cohortes van patiënten. Dit kan gaan over jeugdgezondheidszorg, maar ook over procreatie, de menopauze en ouderenzorg. Maar ook sociaal achtergestelde groepen, mensen met een handicap of werklozen vallen binnen de focus van artsen, net als verslaafden en ontheemden.

Het is dus aan de artsverenigingen om dit groeps- of bevolkingselement binnen de navorming mee te nemen. Denk maar aan de endocrinologen die ook het bezit van de diabetespas promoten, en patiënten op het belang van het GMD wijzen en vertellen hoe

belangrijk het is om bepaalde doelstellingen in de zorg te halen. Als arts hierbij gecontroleerd worden op het halen van de gestelde doelen maakt de nood aan goed gestructureerde wetenschappelijke artsverenigingen pas echt noodzakelijk.

PERSOONLIJK FUNCTIONEREN

De situatie van de huisartsen is tegenwoordig niet uit de pers. Mogen wij het federale kenniscentrum geloven, dan zijn slechts weinig artsen en studenten in dit vak geïnteresseerd en stappen er zelfs nog heel wat na enkele jaren uit het vak. Maar ook binnen het ziekenhuis lopen er heel wat artsen rond zonder een duidelijk omschreven beroepstitel. Er zijn spoedartsen, zaalartsen, weekendwachtartsen en andere collegae met onduidelijke functieomschrijvingen.

Wie houdt zich met het statuut van deze mensen bezig? Wie bekommert zich om de artsen met burn-out. Wie begeleidt collegae die van richting of job wensen te veranderen?

Arts zijn is veel meer dan de individuele patiëntenzorg en ook hier moeten de verenigingen aan denken. Misschien is er wel nood aan een koepelvereniging die al deze vakoverstijgende problemen aanpakt en specifieke vormingspakketten aanbiedt.

BESLUIT

Wij zijn nog niet thuis. Er komt een nieuwe en boeiende evolutie aan. De dynamiek binnen de opleiding, het beroep en de organisatie van maatschappij en gezondheidszorg rekenen op onze activiteiten. Staan de wetenschappelijke artsverenigingen klaar?

Elke artsvereniging heeft wel de eigen specifieke doelen, maar er kan ook heel wat gezamenlijk werk worden afgeleverd.

De verschillende disciplines binnen het artsberoep mogen geen grenzen hebben wanneer het gaat over de kwaliteitsbevordering van de ganse gezondheidszorg.

Wij hebben allen samen de zelfde basisopleiding doorlopen: waarom zouden enkele jaren van verdere beroepsopleiding onze visie op elkaar veranderen?

Zeker in de organisatie van de gezondheidszorg moeten wij schouder aan schouder gaan staan en bij de uitwerking van de navormingsprogramma's is er veel samenspraak mogelijk.

Chris Geens