

DE WETENSCHAPPELIJKE VERENIGINGEN EN DE OPLEIDING

De faculteiten:

Onze geneeskundige faculteiten doen hard hun best om met de opleidingen bij de beste leerlingen in Europa aan te sluiten. De regelmatige visitaties zijn een goede stimulans om de vinger aan de pols te houden en stimuleren de universiteiten om regelmatig de eigen opleiding in vraag te stellen.

Ook de bewegingen van de studentenaantallen op de markt worden nauwlettend gevolgd en zorgen snel hier en daar voor paniek of leiden tot indringende vragen.

De huisartsgeneeskunde:

In vorig periodieknummer ging VMMV – berichten voor een deel over de toenemende interesse voor de huisartsgeneeskunde bij de medische studenten. En dit kan vandaag alleen maar bevestigd worden ondanks de niet aflatende stroom van negatieve berichtgeving over het beroep in de media.

Ook hier kijken de faculteiten met argusogen naar de cijfers en plooit men zich in vele bochten om toch maar de prijs van de huisarts - vriendelijkheid te krijgen.

De studentenaantallen:

Even was het groot alarm toen bleek dat na de aanvang van de inschrijvingen aan de universiteiten in heel wat instellingen een forse daling van het aantal generatiestudenten viel op te tekenen. Vaak werd een vijfde tot zelfs een vierde minder studenten geteld in vergelijking met het zelfde tijdstip vorig jaar. En daar had je de mediajongens en -meisjes weer die rectoren en decanen diepgravend ondervroegen en zo met pittige en hoogst onwetenschappelijke verklaringen de bevolking over dit fenomeen uitleg gaven.

Heden kan men zeggen dat wij afsteveneren op een status-quo of iets meer over de hele lijn, met enkele lichte afwijkingen hier en daar. Te noteren dat in die universiteiten, waar men enkel de bachelor jaren aanbiedt, er een duidelijke stijging van het aantal studenten geneeskunde is.



Een verklaring werd nog niet gegeven of gevonden maar men kan denken aan een keuze voor kleinschaligheid, dichtere begeleiding of misschien zijn er economische redenen in het spel zoals kostprijs voor verplaatsing en uitgaansleven. Deze tendens is wel duidelijk koren op de molen van de K.U. Leuven want het overgrote deel van de bachelor studenten van Hasselt en Kortrijk trekken nadien naar Leuven. Daar kan men zich opmaken voor de bouw van nog grotere auditoria.

De vernieuwing:

Hier is het dat de wetenschappelijke artsverenigingen de situatie goed moeten opvolgen en zorgen dat hun universitaire leden regelmatig verslag uitbrengen over de nieuwste ontwikkelingen die vaak een redelijke invloed hebben op de ontwikkeling van de professie en de uitoefening ervan.

- Bachelor en Master

Zeg nooit meer kandidatuur of doctoraat, want dat is compleet obsoleet. Maar dat weet nu haast iedereen. Bij deze zijn ook de barrières opgeheven binnen de opleiding tussen basisvakken, klinische colleges en pathologie lessen. Stages lopen nu doorheen alle jaren en enkele maanden na het einde van de eerste bachelor fase staan de stagiairs al in de consultatie van de huisarts en

kijken over de schouders mee hoe die met hun patiënten omgaan.

- “De Fases” en de “Diplomaruimte”

Alle alumni weten perfect in welk jaar zij afstudeerden en de meeste kennen ook nog het jaar waarin zij aan hun studies begonnen. Een beperkt aantal studenten hebben om diverse redenen een of twee jaren meer besteed aan de opleiding dan het voorziene aantal om hun diploma te halen.

Maar momenteel zit ruim een vierde van de studenten niet meer in het generatiejaar waarin zij gestart zijn. Deze studenten volgen een aangepaste jaarregeling en krijgen ook studietraject begeleiding. Dit levert het onderwijs en de evaluatie problemen op en heeft ook invloed op het financieringssysteem en vraagt een bijzondere opvolging inzake de opbouw van leerkredieten.

Men gaat nu naar een eenvormig opleidingsmodel voor alle studenten. Zij schrijven nu in voor een opleiding van Bachelor, Master of Master na Master en de deliberatie volgt op het einde van de cyclus.

Binnen elke fase (I, II, III, IV, ...) weet de student voor hoeveel studiepunten men gaat, welke opvolging er is in lessen, studieactiviteiten en examens. Er wordt ook een volgtijdelijkheid van kracht die slaat op de volgorde waarin kredieten kunnen behaald worden en die bepaalt hoeveel studiepunten nodig zijn om tot het volgende vak te worden toegelaten.

Er komt nog heel wat meer bij kijken en er worden bij de aanvang van het systeem de nodige overgangmaatregelen voorzien.

- De specialisatie:

Na de zeven jaar basisopleiding kunnen alle geslaagde studenten beginnen aan hun specialisatie. Vergeet even de plannen voor een zesjarige basisopleiding want die hebben nog heel wat voeten in de aarde en zullen bij uiteindelijke realisatie toch wel minder impact hebben dan sommige allesweters beweren.

Elke vervolgopleiding heet men specialisatie en dit is geen Vlaamse of Belgische uitvinding maar een Europees plan. Of dit nu leidt tot een snij-dende of beschouwende discipline of tot de huisartsgeneeskunde, alle studenten zijn specialisten in opleiding tijdens hun Ma na Ma. In de nabije toekomst komt er zeker een soort “Truncus Communis” waarbij alle artsen in hun Master na Master een aantal vakken gezamenlijk volgen.

De artsenverenigingen:

In welke mate beroepsorganisaties van artsen deze snelle evolutie volgen of de gang van zaken meesturen is mij niet duidelijk.

Wie vertrouwd is met de NVMO (Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs) en het tijdschrift TMO (Tijdschrift voor Medisch Onderwijs), weet hoe betrokken de artsenverenigingen bij de opleiding zijn bij onze Noorderburen. Als trouwe bezoeker van hun studiedagen ontmoet ik daar heel weinig collegae uit Vlaanderen. Het betreft nochtans een Nederlands – Vlaamse initiatief.

Hier ontmoet je Nederlandse collegae van alle disciplines, maar ook uit de diverse opleidingen en uit het beleid. Hoogste tijd dat Vlaanderen werk maakt van deze samenspraak.

Stel dat de gezondheidszorg binnenkort toch naar de gemeenschappen gaat dan wordt het hoog tijd dat beleidsmakers, mensen op het veld en hun organisaties en opleidingscentra samen aan tafel gaan. Dit zou dan ook de Babelse, hilarische en totaal inefficiënte contacten en besprekingen doen stoppen die nu de bijeenkomst van de zogenaamde Hoge Raad sieren.

Inderdaad, de artsenverenigingen en zeker de wetenschappelijke verenigingen moeten dringend meer interesse vertonen voor wat er met, en binnen, de artsenopleidingen aan de gang is.

Chris Geens

DRINGENDE MEDISCHE ZORG BUITEN DE PRAKTIJKUREN

“EEN HUISARTSENWACHTDIENST EN/OF EEN SPOEDDIENST IN HET ZIEKENHUIS”

Vlaanderen komt steeds dichterbij het zelf aansturen van het homogene bevoegdheidspakket voor de gehele gezondheidszorg.

VGV denkt al luidop na over modellen, blauwdrukken en andere plannen voor het beheer van de ganse gezondheidszorg door de eigen gemeenschap. Urgentiegeneeskunde is een van de deelgebieden waarin Vlaanderen een nauwe samenwerking ziet tussen huisartsen en de intramurale sector wat tot hogere kwaliteit kan leiden. Efficiëntie, kwaliteit en klantvriendelijkheid kunnen nog beter indien de afstemming tussen alle disciplines een nieuw impuls krijgt in originele modellen voor urgente opvang.

Dringende hulp vóór of na normale praktijkuren

In de meeste geïndustrialiseerde landen denkt men grondig na over hoe dringende medische zorg best loopt wanneer de normale huisartspraktijk gesloten is. Op vele plaatsen lopen er sinds jaren experimenten met huisartsenwachtposten buiten, in of naast het ziekenhuis. De ideale formule is zeker nog niet gevonden en bestaat waarschijnlijk ook niet. De gezondheidszorg is in de verschillende Europese regio's van heel wat lokale factoren afhankelijk en deze bepalen ook de concrete uitwerking van de noodzakelijke lokale dringende hulpverlening.

De nieuwste lichten huisartsen staan ook niet meer te springen om lange werkdagen te kloppen en dan nog meerdere malen per week, maand of jaar in kleinere of grotere wachtposten mee te draaien. Maar ook de patiënten zijn mobieler geworden en menen vaak dat de medische technologie, die in de ziekenhuizen in ruime mate aanwezig is, een betere oplossing biedt voor wat zij als noodzakelijke urgentiezorg inschatten.

In een aantal naties, waaronder hier te lande, vormt het betalingssysteem niet meteen een sti-

mulans om tijdens het weekend, 's avonds of 's nachts beroep te doen op de huisartsgeneeskunde. Kortom, het laatste decennium heeft het klassieke wachtlopen van huisartsen een flinke deuk gekregen en zitten de huisartsenwachtposten in de lift. Maar de spoeddiensten in de ziekenhuizen pronken nog steeds met mooie cijfers en lokken doorlopend veel volk.

Kan Vlaanderen hier verandering in brengen? Overaanbod op de intramurale spoeddiensten zorgt immers voor heel wat overlast en voor meer gebruik van technologie, meer interne doorwijzing en dus een duurdere geneeskunde.

De huisartswachtpost in of bij het ziekenhuis

Huisartsen zijn over het algemeen goed in het communiceren met hun patiënten maar dit lukt hen veel minder met verpleegkundigen, apothekers of met de collegae in het ziekenhuis.

De meeste artsen uit de intramurale sector verlaten meermaals per jaar hun veilig huis om voor huisartsenkringen te gaan spreken of zij nodigen samen de huisartsen in hun instelling uit voor mooie seminaria.

Huisartsen doen dit nagenoeg niet en lossen hun probleem zelf op in eigen kring.

Wanneer het nu over dringende hulpverlening gaat buiten de gewone werkuren functioneert in vele streken nog de goede oude wachtdienst.

Toch zijn de huisartsenwachtposten aan een flinke opmars bezig nadat zij aanvankelijk grote weerstanden ondervonden. Maar zoals gezegd lijkt de drukte in de ziekenhuis spoeddiensten er niet minder door te worden.

Dit fenomeen is een internationaal gegeven en ook waar huisartsenwachtposten dicht bij het

ziekenhuis gevestigd zijn blijven patiënten, met niet echt urgente klachten, buiten de uren de intramurale spoeddienst bezoeken. Gebrek aan samenwerking en afspraken tussen de intra- en extramurale zorgsector duidt men hierbij aan als belangrijkste oorzaak voor dit inefficiënt gebruik van de schaarse middelen.

Samenspraak op de eerste plaats

Heel wat huisartsen en hun kringen gaan nog gebukt onder een minderwaardigheidscomplex en vrezen dat zij bij overleg met de intramurale sector steeds geminoriseerd worden. De drang om zich te bewijzen is nog sterk aanwezig en leidt tot koudwatervrees die hen belet om met de ziekenhuissector in bad te gaan. Zij vrezen dat de ziekenhuis spoeddiensten hen de das omdoen, patiënten afpakken en hun inkomen bedreigen. Maar niets is minder waar. Een goed draaiend ziekenhuis is de spoeddienst op zich waarschijnlijk liever kwijt dan rijk. Men kijkt hier uit naar experimenten om deze specifieke zorg efficiënter, patiënt- en artsvriendelijker en kwaliteitsvoller te organiseren.

In een aantal Europese landen bouwt men grote telefonische onthaalcentra uit voor de dringende hulpverlening in de regio's en vandaar uit regelt men de triage, de doorwijzing naar de huisartsenwachtpost of de spoeddienst of geeft men advies. Nu nog huisartsenwachtposten uitbouwen onafhankelijk van, en buiten, de onmiddellijke omgeving van het ziekenhuis lijkt niet meer van deze tijd.

Huisartsenwachtposten en ziekenhuisspoeddiensten zijn complementair.

Meervoudige onderzoeken toonden aan dat de meeste patiënten, die naar de ziekenhuis spoeddiensten trokken, ook door de huisarts even goed konden behandeld worden. Met een acuut trauma van enige allure klopt de patiënt waarschijnlijk beter rechtstreeks bij het ziekenhuis aan. Deze studies tonen ook aan dat ongeveer de helft van de mensen, die een huisarts naar de spoed door-

stuurt, ook effectief worden opgenomen. Van de zelfverwijzers, die dus op eigen houtje naar de spoeddienst trekken, wordt minder dan 15% opgenomen.

Maar er is meer. Wanneer de wachtdoende huisarts in/dichtbij het ziekenhuis ook kan beschikken over enige basistechnologie (RX, Echo, labo,...) is de doorwijzing naar het ziekenhuis nog beperkter. Samenspraak op regionaal niveau tussen de intra- en extramurale gezondheidszorg staat dus hoog op het verlanglijstje van de effectieve patiëntgerichte zorg.

Besluit:

Dringende medische zorg buiten de kantooruren is een blijvend heikel punt. Toch leren de literatuur en de voorbeelden uit binnen- en buitenland dat samenspraak ook in deze materie loont.

Indien wij op zoek zijn naar besparingen en een efficiëntere werkwijze, moeten de verschillende disciplines eens grondig met elkaar praten. De tijd dat zij bang voor elkaar waren en dat het eigen inkomen de beperkende factor was voor samenwerking is lang voorbij.

Onze verenigingen VGV en VVMV hebben duidelijke ideeën over de gezondheidszorg van de toekomst, zij beschikken over een uitstekend netwerk en goede beleidscontacten. De integratie tussen de huisartsenwachtposten en de spoeddiensten in de ziekenhuizen leidt tot hogere kwaliteitsvolle zorg voor de patiënten, grotere tevredenheid bij de artsen en waarschijnlijk kosteneffectievere zorg. Enige medische technologie dicht bij de huisarts brengen behoort zeker tot een van de mogelijkheden om meer patiënten uit het ziekhuis te houden al huiveren heel wat tegenstanders hiervoor wegens vrees voor verharding van de zachtste medische sector.

Chris Geens