

VVMV - BERICHTEN

VVMV
Verbond van Vlaamse Medisch
Wetenschappelijke Verenigingen

VGV
Vlaams Geneeskundigen
Verbond

SYMPOSIUM 25 JAAR VLAAMSE GEZONDHEIDSZORG

PREVENTIE IS SAMENZORG

ZATERDAG 18 MAART 2006

“ DE SCHELP” – VLAAMS PARLEMENT BRUSSEL

Programma

09.00: Onthaal met koffie en frisdrank

09.30: Gezondheidszorg, zo kan het in Vlaanderen
Spreker: **Prof. Dr. E. Ponette** VGV

09.40: 25 Jaar preventiebeleid in Vlaanderen. Van kronkelende holle paden naar moderne digitale snelwegen.
Spreker: **Prof. Dr. Stephan Van Den Broucke** KU Leuven.

10.10: Toespraak **Minister Inge Vervotte**
Preventie, of de eerste stap naar een homogeen bevoegdheidspakket voor de ganse gezondheidszorg in Vlaanderen.

10.40: Groepsdiscussie rond vijf onderwerpen.

1. Hoe kanker voorkomen? Hoe zwaar weegt preventie hierbij?
Inleiding: **Dr. Bart Garmyn** WVVH
Moderator: **Dr. Frans Govaerts** WVVH
2. Cariëspreventie en de zorg voor het parodontium. Of hoe een gezond gebit bijdraagt tot preventie.
Inleiding: **Prof. Dr. Luc Martens** en **Dr. Jaak Van Obbergen** UG
Moderator: **Tandarts Hugo Deleye** VVVT
3. Gezonde levensstijl en voeding: Gedrag is een ding, het veranderen een ander.
Inleiding: **Mv. Veerle Stevens** VIG
Moderator: **Mv. Myriam Deveugele** UG

Z.O.Z.

Bijlage bij Periodiek-Nieuwsbrief Jan-Feb-Maa 2006

VVMV BERICHTEN

4. Vaccinaties: Weet u wie waar, wanneer, waarom en door wie gevaccineerd werd of waarom niet?
Inleiding: **Dr. Nathalie Van De Vijver** WVVH.
Moderator: **Dr. Geert Top** Vlaamse Gemeenschap
5. G.G.Z. De geestelijke gezondheidszorg is Vlaanderens grootste zorg.
Voorkomen van depressie is beter dan genezen.
Inleiding: **Prof. Dr. Jan Heyrman** KU Leuven
Moderator: **Dr. Leo Pas** WVVH

11.40: Wissel van groepen.

De inleiders blijven in dezelfde zaal, de deelnemers wisselen van lokaal.

12.40: Middagpauze en wandelbuffet.

13.40: Verslag uit de groepsdiscussies: zo weet ieder wat elkeen te vertellen had.

14.30: De predictieve Geneeskunde: een zwaar onderschatte discipline.

Over welke aandoeningen gaat dit?

Psychologische en ethische aspecten van voorspellende testen.

Betekenis voor de preventieve gezondheidszorg.

Spreker: **Prof. Dr. Jean-Pierre Fryns** KU Leuven.

15.00: Standpunt van de organisaties over de verdere ontwikkelingen.

Kan de ervaring met preventie een model bieden voor de toekomst.

Spreker: **Dr. C. Geens** VVMV

15.20: Receptie

15.50: Einde

Accreditering werd aangevraagd onder rubriek 6: Ethiek en Economie

Inschrijven is noodzakelijk en doet u via bijgevoegde strook

Toegangsprijs: € 20.00 voor wie vóór 1 maart de betaling regelt.

Wie zich later aanmeldt betaalt € 25.00

Rekeningnummer KBC 733-1271593-50

Verdere inlichtingen kan men bekomen op het congressecretariaat

Tijdens de weekdays van 9.00 u – 12.00 u & van 14.00 u – 17.00 u.

Telefoon: 02 377 51 78

Sponsors: KYPHON en V&NZ (voorlopige lijst)

Congressecretariaat
Nieuwenhovenlaan 4
1600 Sint-Pieters-Leeuw
tel: 02/377.51.78

V.V.M.V. K.B.C. 733-1271593-50

VGW-VVMV
Ergo De Waellaan 5 bus 14
2100 Deurne
tel: 03/322.28.50

Bijlage bij Periodiek-Nieuwsbrief Jan-Feb-Maa 2006

VVMV BERICHTEN

De MUG en de artsenverenigingen

1. Algemeen.

Van elke arts mag men verwachten dat hij/ zij in noodsituaties dringende zorgen verstrekt op een zo adequaat mogelijke wijze. Voor de meeste artsen, die binnen of buiten het ziekenhuis praktijk voeren, komt urgentiegeneeskunde op onregelmatige en meestal onverwachte momenten om de hoek kijken. Voor collegae die op spoeddiensten werken, voor huisartsen en voor alle wachtdoende artsen, van welke discipline dan ook, is het verlenen van urgente zorgen legio. De patiënten verwachten natuurlijk dat, wanneer zij zich in nood weten, dringende hulpverlening zo snel mogelijk klaar staat.

De bevolking, de artsen, de gezondheidsorganisaties en de overheid hanteren niet steeds dezelfde definities wanneer het over dringende hulpverlening gaat en de interpretaties over de wijze van opvang van urgenties durft nogal eens uit elkaar lopen. De ontwikkelingen tijdens de laatste decennia, binnen de geneeskundige zorg en al wat daar van dicht of van ver komt bij kijken, zijn zo omvangrijk dat er op heel wat terreinen een totaal andere aanpak nodig is.

Het verhaal van de MUG van Halle en de oplossing die daarbij nu wordt voorgesteld geeft een duidelijke illustratie van de komende ontwikkelingen.

2. De gezondheidszorg is voortdurend in beweging.

Wil kwaliteit en bereikbaarheid van zorgen behouden blijven op het huidige niveau dan is er een aanhoudende aanpassing nodig aan de ontwikkelingen binnen de maatschappij en aan de evolutie van de wetenschappelijke kennis en de praktische uitvoering ervan. De dringende medische hulpverlening is hier een mooi voorbeeld van. Zij vormt een wezenlijk onderdeel van een kwaliteitsvolle gezondheidszorg, kost hopen geld dat intussen niet naar andere zorgen kan vloeien, scoort hoog op alle waardemeters van bevolking en media, maar is een belangrijke stoornisfactor in de werkorganisatie van ziekenhuis, artspraktijk en het persoonlijk leven van de hulpverleners. Over de financiële voor- of nadelen ervan voor de organisator is de discussie nog lang niet afgerond en zijn de meningen erg verdeeld.

Het komt er dus op aan om op zo'n adequaat mogelijke wijze mensen en middelen in te zetten gebruikmakend van de voortdurende ontwikkelingen van wetenschap en technologie.

3. Hoe gedragen artsen en andere hulpverleners zich?

De laatste jaren kennen wij een toename van verregaande specialisatie bij de artsen en kandidaatartsen. Het begint bij de studenten die momenteel massaal voor een specialisatie kiezen en de huisartsgeneeskunde links laten liggen. Maar het gaat ook verder. Specialisten kiezen voor sub- of superspecialisatie en beperken zich liefst nog tot een zeer klein deel van het vakgebied.

Zo heb je nu gynaecologen die geen bevallingen meer doen, oftalmologen die zich beperken tot de voorste of achterste oogkamer of zich enkel met de orbita bezig houden. Tandartsen die enkel de tandzenuw behandelen bestaan ook al, net als cardiologen die het enkel bij ritmestoornissen houden. Deze hyperspecialisatie maakt het mogelijk dat zeer hoge kwaliteit wordt geleverd, maar die heeft zo haar prijs. Kortom, het huidige gezondheidszorg-systeem maakt het mogelijk dat elkeen zijn ding naar keuze doet en de nomenclatuur zorgt ervoor dat er loon naar prestatie komt.

In het Belgisch systeem trekt ieder zijn plan en maakt zich niet teveel zorgen over het geheel zolang de eigen haring maar braadt; intussen verdienen thuisverpleegkundigen goed hun boterham, draaien privaat rustoorden met mooie winsten, ontplooiën heel wat artsen hun deskundigheid op lucratieve wijze zonder zich nog veel te bekommeren om de gezondheidszorg in haar geheel. Intussen hebben het federale beleid en de verzekeraars begrepen dat het met de huidige ontwikkelingen niet meer verder kan, dat het systeem vast loopt op de betaalbaarheid ervan, maar zij bieden geen waardevolle alternatieven aan zoals dat van hen mag verwacht worden.

4. Gezondheidszorg afstemmen op lokale noden

Het unieke Belgische gezondheidszorg-systeem is aan de laatste fase toe. Het is niet enkel onbetaalbaar geworden maar de gemeenschappen en de regio's en sub- regio's hebben nood aan gecoördineerde zorg die zij zelf kunnen aansturen.

Dat zorgaanbod in eigen taal belangrijk is weten Vlamingen in Brussel reeds lang en heeft de jarenlange miserie rond de MUG in Halle nog eens overvloedig aangetoond. Gezondheidszorg is maatwerk en geen confectie zoals een aantal Belgische kleine tovenaars nog steeds denken.

Echte solidariteit kan er pas komen tussen gemeenschappen die creatief met de eigen middelen omgaan en verantwoording afleggen voor de gedane investeringen. Lokale experimenten zijn de weg naar onverwachte en noodzakelijke oplossingen en tekenen schril af tegen de bureaucratie van het huidige complexe overheidsbestel dat verlamd wordt door het zoeken naar nodeloze evenwichten. De oplossing die nu uit de bus kwam voor het MUG probleem te Halle is origineel en gewaagd. Ze werd bedacht door Vlaamse deskundigen met ruime expertise ter zake , is toegespitst op de zorg in de eigen regio, en wordt ook onder Vlaams beheer geëvalueerd. De federale overheid was lange tijd eerder een rem dan een steun voor het bereiken van deze oplossing. En waar de wafelijzerpolitiek van deze overheid verder nog toe gaat leiden kan men aflezen uit de talloze toepassingen ervan uit een recent en ver verleden.

5. Nu zijn de artsen aan de beurt

“Het gaat om het allereerste Paramedisch Interventie Team (PIT) in België “ kopte een lokale krant. Feit is dat deze nieuwe aanpak heel wat inspanningen gaat vragen van artsen, verpleegkundigen, ziekenhuizen en hulpverleners in de regio. Er moet opleiding komen, aanwerving van deskundigen en vooral moeten afspraken gemaakt worden. Wat wordt de rol van de huisartsen, de lokale wachtdienst en het medisch huis? Wie bepaalt de inhoud en de intensiteit van de vorming en wie oordeelt over de kwaliteit van het urgentiewerk. Wie schrijft het samenwerkingsprotocol uit tussen huisartsen en PIT, tussen huisartsen en MUG en wie voert de onderhandelingen met het ziekenhuis?

Welke artsen uit het ziekenhuis werken mee aan de opdracht van de alternatieve MUG en wat wordt van de verpleegkundigen verwacht? Wij houden er rekening mee dat Vlaanderen in de loop van de komende jaren steeds meer deelgebieden van de gezondheidszorg krijgt toegewezen. Staan de wetenschappelijke artsenverenigingen klaar om de eigen mensen op te leiden en vorming te bezorgen. Beschrijven zij de inhoud en vorm van de nieuwe opdrachten, wisselen zij samenwerkingsprotocollen uit, doen zij gezamenlijk veldonderzoek en zorgen zij voor de publicatie van de resultaten?

6. De toekomst van MUG tot PIT.

Deze jarenlange aanslepende onfrisse MUG geschiedenis toont nog maar eens aan dat gezondheidszorg de gemeenschappen toebehoort en dicht bij de mensen moet staan.

De mogelijkheden die het huidige voorstel biedt kunnen de weg wijzen waarlangs een Vlaamse gezondheidszorg zich moet ontwikkelen.

Artsen zijn niet enkel verantwoordelijk voor de zorg van hun individuele patiënten, maar ook voor de kwaliteit van de gezondheidszorg in de regio waar ze werken. Via hun wetenschappelijke en beroepsorganisaties moeten zij modellen opzetten, onderbouwen en uitwerken die de lokale bevolking te goede komen. Ook de universiteiten hebben hier een belangrijke taak zoals in deze kwestie werd aangetoond.

Het oude “verdeel en heers principe” moet plaats maken voor direct en open overleg. Bevrijd van het federale juk krijgt Vlaanderen nu de kans om op het Europese front te tonen hoe deskundig en economisch verantwoord het weet om te gaan met de eigen gezondheidszorg-middelen.

Minister Vervotte zou het zo verwoorden: “Waar een homogeen bevoegdheidspakket al niet toe leiden kan.”

Chris Geens