

Een nieuwe situatie

Morgen kennen wij een **ge-de-federaliseerde gezondheidszorg** en beslist Vlaanderen zelfstandig hoe het de gelden verdeelt en hoe de eigen visie op gezondheidszorg en welzijn vorm en uitvoering krijgt. Omdat er hier en daar nog wel een oude Belg rondloopt, die zich in deze nieuwe gedachtegang verslikt, ware het best dat wij snel de hoofden bij elkaar steken en het voorbereidend werk van vele jaren nu eindelijk afronden.

Gedaan immers met de wafelijzer politiek en het subsidiëren van projecten die eerder gericht zijn op het creëren van werkgelegenheid in de sector dan op noodzakelijke behoeften van de lokale bevolking. Gedaan ook met het investeren in dubbel werk waarbij de federale overheid een onwillige regio extra betoelaagt met geld van de andere gemeenschap die intussen wel nuttig werk verrichtte met de toegewezen fondsen.

Kortom, een gezondheidszorg, gestoeld op Vlaamse werkkraft, nuchterheid en zuinigheid. Hoe ziet die er dan uit?

Preventie is de beste geneeskunde

In dit wezenlijke onderdeel van de gezondheidszorg heeft Vlaanderen reeds ruime ervaring opgedaan en de overheid een mooi palmares voorgelegd. Met de nieuwe middelen en macht die er nu aankomen kan preventie werkelijk de echte hoeksteen worden van ons gezondheidszorg stelsel.

Alle disciplines hebben er mee te maken en beschikken over deskundigen ter zake. Investeren in wetenschappelijk onderzoek rond preventie blijft een kardinaal punt in deze strategie.

Maar ook het aanspreken en overtuigen van de patiënten behoort tot dit preventie beleid. Artsen van alle disciplines moeten een zeer goede relatie met de patiënten uitbouwen en hen de principes van goede levenskwaliteit bijbrengen. Gezondheidsvoorlichting en opvoeding maken hier een belangrijk deel van uit.

Hierbij is ook grote nood aan wetenschappelijk onderzoek naar waarde, methode, aanbreng en kosteneffectiviteit van deze aanpak.

Vlaanderen kan dus van een goede basis vertrekken

De patiënt staat centraal

Hoe men het ook draait of keert, een gezondheidszorg-systeem functioneert maar optimaal indien de organisatie ervan goed rekening houdt met de wensen, verlangens en mogelijkheden van de patiënten. Wil dit zeggen dat de patiënten en hun organisatie de wetten stellen en deze aan de artsen en aan de gezondheidswerkers dicteren? Helemaal niet natuurlijk. Maar er moet toch op zijn minst een zeer goede samenspraak zijn, wil men de gelden effectief besteden.

Er bestaat reeds een hele goed draaiende infrastructuur die programma's aanstuurt, die duidelijk hun waarde hebben bewezen.

Toch moet het preventiebeleid voortdurend de vinger aan de pols houden van wat op microniveau in onze gemeenschap gebeurt en op de voet volgen wat de specifieke noden zijn van de verschillende deelgebieden van onze regio en haar inwoners.

De huisartsgeneeskunde is de kerndiscipline

In de praktijk is het momenteel zo dat er heel wat overlap bestaat tussen het werk van de huisarts en de meeste subdisciplines. Wat huisartsen doen verschilt vaak weinig van wat andere artsen doen.

Maar alleen huisartsen hanteren doorlopend het bio-psycho-sociaal model en combineren dit voortdurend met hun klinisch bezig zijn.

Huisartsen zijn meesters in het omgaan met ongedifferentieerde problemen bij patiënten die lijden aan een vroeg stadium van een aandoening. Zij vertrekken vaak van erg beperkte informatie met geringe technische mogelijkheden en hebben geleerd beslissingen te nemen en om te gaan met onzekerheden.

Patiënten die met hun klachten bij de huisarts vertrekken, lopen meestal een veel goedkoper parcours, omdat zij gewoon zijn met beperkte middelen heel snel ernstige diagnoses uit te sluiten. Specialisten gaan terecht op zoek naar een zo groot mogelijke zekerheid van diagnose en wensen zoveel mogelijke andere hypothesen na te trekken en te elimineren.

Zal het in de praktijk zo zijn dat Vlaanderen dergelijke keuze durft te maken?

Kiest men inderdaad voor het focussen van de patiënt die onder begeleiding van de huisarts en met de steun van goed onderbouwde geneeskunde de gezondheidszorg doorloopt?

Ook hier is nog grote nood aan wetenschappelijk onderzoek om deze aanpak voldoende te onderbouwen.

En hoe kijken de specialisten en de intramurale sector naar een dergelijke de-federalisering?

Een aantal specialisten en hun beroepsgroepen hebben reeds uitdrukkelijk laten weten dat zij niet geïnteresseerd zijn in een Vlaamse gezondheidszorg die aangestuurd wordt vanuit een sterke eerste lijn. Zij stellen dat de meeste specialisten ook aandacht hebben voor de “totale mens” en dat zij net als de huisartsen best weg weten met de bio-psycho-sociale aanpak van hun patiënten.

Eigenlijk verwacht het VVMV nu van de leden uit de specialistische verenigingen dat zij heel concreet hun visie formuleren op de Vlaamse gezondheidszorg.

Werkt een “specialist” inderdaad op de tweede of derde lijn? Zijn specialisten bereid om een schakel te zijn in de zorgketen?

Binnen de huidige federale zorgverlening werken nog heel wat specialisten op de eerste lijn, gebeurt er veel te weinig verslaggeving naar de huisarts en is onderlinge doorverwijzing nog vaak de regel. Toch tonen heel wat specialisten ook dat het anders kan tot tevredenheid van patiënt en huisarts. Een aantal specialismen hebben best hun plaats op de eerste lijn, maar wie maakt de afbakening en wat zijn de spelregels?

Een voorstel

Het VVMV wil schakel zijn tussen de wetenschappelijke artsenverenigingen onderling en tussen de organisaties en het beleid. Dit is trouwens een van de voornaamste redenen geweest van de oprichting van het VVMV en dit staat ook met zoveel woorden in de statuten en de opdracht-verklaring vermeld.

Het gaat hierbij helemaal niet over de beroepsverdedigende aspecten van de zorgverstrekkers, maar wel over een afstemming van de wetenschappelijk onderbouwde visies van de artsen op de organisatie, de inhoud en de uitvoering van de gezondheidszorg.

Dit gaat over een degelijk standaarden beleid en de onderlinge afstemming ervan, over de samenwerkings-protocollen en de evaluatie er van. Maar ook de kwaliteitszorg gebeurt best in onderling overleg waarbij de artsen zelf de bewijzen aanbrengen van goede praktijkvoering.

In het najaar organiseert het VGV haar jaarvergadering op zaterdag 28 oktober 2006 te Antwerpen gevolgd door een bezoek aan het etnografisch museum.

Voorafgaandelijk, van 12.30-14.15 u plant het VVMV haar jaarlijkse statutaire vergadering, op dezelfde locatie.

Alle leden- en kandidaat leden verenigingen worden op deze open bijeenkomst uitgenodigd voor een gedachtewisseling over deze hierboven aangehaalde problematiek.

Wij verwachten geen onmiddellijke consensus maar wel een eerste aanzet tot een ruim overleg tussen de aanwezige vertegenwoordigers van de wetenschappelijke artsenverenigingen.

In een latere fase moeten wij werk maken van een beleidsadviserende nota die onze zorg voor een goede Vlaamse gezondheidszorg moet formuleren. Snel nadien maken wij deze teksten over aan het beleid en stellen wij ons op als adviserend orgaan bij het uittekenen van de Vlaamse gezondheidszorg die start bij een degelijke en ruim gedragen preventie, patiënt-gericht is, de huisarts als centrale figuur erkent en alle artsen en hun groeperingen betreft bij de uitbouw van een kwaliteitsvolle zorg.

Wij rekenen op uw aller interesse, voorstellen en medewerking.

Tot zaterdag 28 oktober 2006 te Antwerpen.

Het VVMV Bestuur

De aanloop

Wetenschappelijke verenigingen van artsen die samen een “Standaardenbeleid” uitwerken is zeker een van de eerste taken die ons bij de de-federalisering van de gezondheidszorg te wachten staan.

VVMV besprak dit onderwerp reeds ruim op haar symposium van 13.03.04 te Halle dat als thema had “De gezondheidszorg behoort aan de gemeenschappen – Een doelmatige gezondheidszorg vraagt sturing vanuit de eigen gemeenschap”.

“Ontwikkelen van richtlijnen en classificaties binnen de gezondheidszorg” was de titel van de voordracht van Prof. Dr. K. Geboes.

En net deze week valt bij mij, en waarschijnlijk bij tienduizenden artsen in dit land, een grote witte tweetalige omslag in de bus.

Service public fédéral & federale overheidsdiensten, volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu stond erop te lezen.

Besparing van de overheid dacht ik zo, maar één soort omslagen drukken en klaar zijn we.

Maar toch betreft dit waarschijnlijk een onwettelijke zaak, die tweetaligheid van overheidsmededelingen in Vlaanderen.

Ook de rugzijde van de brochure voert beide talen (sic).

Bovenaan staat te lezen: “Aanbevelingen voor een goed gebruik van antibiotica”. BAPCOC = Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee.

Dit wordt nog mooier.

“Acute lage luchtwegeninfecties bij volwassenen” is de titel van het werk.

Op www.health.fgov.be/antibiotics staat dit alles te lezen.

In de brochure zit een insteekblad, fiche voor de arts geheten met een Nederlandstalige voorzijde onder de kop “Acute lage luchtweginfecties bij volwassenen” en een rugzijde in de taal van Voltaire getiteld: “Patient avec (suspicion clinique de) pneumonie”

Is dit nu weer een vergissing of toch domheid of misschien echt kwade wil?

Op de binnenflap staat nogmaals te lezen dat het om een project gaat van het Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC) als realisatie van de werkgroep “Ambulante praktijk”. Let hierbij nauwkeurig op de vertalingen en de afkortingen, want wanneer je ter wille van de uniformiteit meerdere talen door elkaar gooit komen er de wonderlijkste combinaties uit.

Wie in die club zit?

- Belgische Vereniging van NKO- artsen
- Belgische Vereniging van Kinderartsen
- Belgische Vereniging van Pneumologen
- Belgische Vereniging voor Infectiologie en Klinische Microbiologie
- Société scientifique de Médecine Générale
- Domus Medica
- FOD Volksgezondheid: Directoraat-generaal: geneesmiddelen

De auteurs zijn huisartsen uit Gent en Antwerpen, CEBAM (Belgian Center of Evidence Based Medicine) heeft gevalideerd.

Richtlijnen

Onder richtlijnen verstaat men systematisch opgestelde aanwijzingen om artsen en patiënten te helpen in specifieke klinische situaties de juiste beslissingen te nemen, zo haalt Prof. K. Geboes het citaat van Field en Lohr uit 1992 aan. Geen zinnig mens ook die er aan twijfelt dat dit een nuttige werkwijze is. Maar in een tijdsperiode waar de medische literatuur zo toegankelijk is geworden en waar reeds zoveel goede en

nuttige teksten bestaan rond dit thema, vindt de Belgische overheid het nodig om een specifieke aanbeveling te maken voor het eigen grondgebied. Voor welke artsen is dit juist bedoeld? In hoeveel exemplaren werd dit verstuurd? Wat is de kostprijs van dit project en wie gaat er met de centen lopen? Wij gaan niet in op de inhoud van het verhaal en ook niet op de structuur, maar het taalgebruik met afkortingen en afwisselend Franstalige en Nederlandstalige opschriften en voetnoten is eigenlijk ontoelaatbaar.

Enkele illustraties:

- Blz. 5: “Patiënt met CAP”
Wij vermoeden dat de doorsnee doel-arts COPD kent en hopelijk ook RCT kan plaatsen, maar “Community Acquired Pneumonia” (CAP) ligt niet zo voor de hand en de beslisregel van Fine ligt waarschijnlijk niet bij elke huisarts op het nachtkastje.
- Blz. 10: “Notes et Références” (ja, plots verandert men hier weer van taal!!!!): voor wie niet alles begrijpt zijn hier drieënzestig voetnoten uitgesmeerd over de resterende zeventien bladzijden die als onderband dragen: “Recommandation ~ Infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez l’adulte.”

Misschien gelooft u dit allemaal niet, wel ik dacht na de eerste inkijk ook dat ik een vuiltje in mijn oog had of misschien wel wat moe was van de zware dagtaak. Maar neen, dit is de droeve werkelijkheid. Je zou kunnen vermoeden dat dit de enige soort brochure is die rondgaat, waarbij men in het zuiden van het land vanuit de FOD volksgezondheid een taalbad krijgt aangeboden, maar dit lijkt te ver gedacht.

De-federalisering NU!

Dit gestuntel moet echt ophouden. Hier wordt slecht en dubbel werk gedaan, uitbesteed aan bevriende organisaties zonder enige aandacht voor doelgerichtheid of gebruiksvriendelijkheid. Het geld gaat hier wel weer doelloos over de balk.

Vlaanderen kan dit stukken beter, zuiniger en met meer zorg.

Het meeste werk rond standaarden is ook al wel ergens verricht. Maar de concrete implementatie in de regio, daar ontbreekt het aan.

Niets maar dan ook niets in heel dit verhaal zet aan tot praktijkvriendelijk gebruik.

Indien het met de presentatie (zie hierover het door mekaar halen van drie verschillende talen – voetbalken en titels in het Frans of het Nederlands) al zo goed loopt, wie garandeert ons dan dat het met de inhoud wel goed zit!

Gepresenteerd in diverse Lok groepen staat er op bladzijde 9. Recent maakte ik rond een ander thema zo’n vergadering mee in eigen kring. De aanbrengrster kwam uit het zuiden des lands en verstond geen gebenedijd woord Nederlands. Zij was totaal verrast dat wij daar moeilijk over deden. De inhoud van het verhaal was van zeer dubieuze origine, maar de lieve jonge collega was wel betaald door de FOD.

Beste wetenschappelijk ledenverenigingen, wanneer worden jullie wakker.

Dit is een waar verhaal, de documenten zijn in mijn bezit en waarschijnlijk ook in handen van vele Vlaamse collegae.

Wensen wij nu echt zo verder te gaan?

Is het nu echt niet de tijd om de hoofden bij elkaar te steken en onder artsenverenigingen uit te maken wie wat gaat doen, in samenwerking met paramedici en mensen van de eerste lijn?

Natuurlijk is het beleid ook betrokken partij maar niet op de wijze die wij nu vanuit federale hoek meemaken.

Nogmaals, stuur een afgevaardigde naar onze ledenvergadering van zaterdag 28 oktober 2006 over de middag te Antwerpen.

Wij moeten dringend met elkaar praten want de FOD produceert verder aan de lopende band dergelijke enormiteiten met de centen van onze Vlaamse mensen die wij zelf veel beter kunnen helpen.

CG