

ALLE DISCIPLINES ZORGEN SAMEN VOOR DE KWALITEIT VAN DE GEZONDHEIDSZORG IN VLAANDEREN

België:

Reeds decennia lang dichtend dit land en zijn artsen zich een hoge positie toe in de rangschikking van de kwaliteit van de zorgen binnen de Europese gemeenschap en ook zo in de wereld.

Helaas, driewerf helaas, dit is nooit met harde argumenten bewezen en steeds meer en meer bewijzen de cijfers het omgekeerde.

Zo tonen vergelijkende studies dat de Belgische zorg duurder is dan die van de andere Oeso-landen.

Op de Euro – Health Consumer Index 2008 is dit land weggezakt naar de twaalfde plaats waar het in 2005 nog vierde stond.

Nederland scoort volgens deze rangschikking haast voor alle aspecten beter. Dit gaat dan over elektronische informatieoverdracht, de terugbetaling van nieuwe medicijnen, de overleving na hartinfarct, infectie met ziekenhuisbacterie en de strijd tegen zelfdoding.

De Belgen dachten dus dat zij goed bezig waren en dat hun gezondheidszorg tot de beste van de wereld behoorde, maar niets is nog minder waar gebleken.

Kwaliteit:

Nu is kwaliteit steeds moeilijk meetbaar en het bewijs van kwaliteitsgarantie leveren is werkelijk een huzarenkunstje. Wil men over het eigen land iets zeggen dan moet men “internationaal” gaan kijken en dan merkt men dat het resultaat van allerlei interventies tot kwaliteitsverzekering vaak erg teleurstellend is. Heel wat artsen nemen niet de tijd om in de eigen praktijk tot meting over te gaan, zijn weinig gemotiveerd en onder- vinden in de eigen omgeving weinig steun om daarmee bezig te zijn.

Toch zijn er over dit land enige cijfers bekend:

- 30 – 50 % van de patiënten worden niet volgens bestaande normen en richtlijnen behandeld.
- 20 – 25 % van de artsen trekken zich helemaal niets aan van bestaande consensusteksten.
- Een klassieker als “diabetes”, waar goede internationale richtlijnen voor gelden, wordt in dit land helemaal niet volgens de regels aangepakt.

Chronische zorg beantwoordt aan richtlijnen:

Er is een algemene wereldverspreide aanvaarding om chronische zorg volgens de regels te laten lopen. Alle medische en paramedische disciplines worden hierbij betrokken en in Vlaanderen groeit de consensus om in deze beweging mee te stappen. Hier volgen een aantal kenmerken.

1. Er wordt een gezondheidszorgsysteem opgezet
Zo maakt men afspraken binnen de thuiszorg en de eerste lijn. Neem diabetes als voorbeeld. Dan pleegt men overleg met de tweede lijn, de intra-murale zorg en de endocrinologen.
2. De gemeenschap wordt betrokken
Artsen en/of verpleegkundigen slagen maar in hun opdracht wanneer zij ook lokale organisaties, waarbinnen vaak veel deskundigheid ter zake bestaat, van bij de aanvang mee in de initiatieven kunnen betrekken.
3. Ondersteuning door deskundigen
Over elke chronische aandoening bestaat heel wat expertise. Deze ervaring en kennis van specialisten moet aan de ervaring van de terreinwerkers worden toegevoegd.

4. Wat patiënten zelf kunnen doen

Sinds decennia bestaat er een erg grote betutting van patiënten door de artsen. Recente ervaring leerde dat patiënten en hun organisaties goed weg kunnen met aanbieden van zelfmeting, opzetten van sportactiviteiten en organisatie van patiëntenbewegingen.

5. Taakverdeling

Wil men binnen de lokale bevolking de zorg voor chronische aandoeningen verder organiseren dan moet aan taakverdeling gedaan worden. Deskundigen zoals huisartsen, verpleegkundigen, diabetologen, diëtisten en andere agogen moeten mee aan de kar trekken, de lijnen uitzetten en de werking opvolgen.

6. Een elektronisch informatienetwerk

De overheid moet een systeem opzetten, toegankelijk voor iedereen, waar alle noodzakelijke informatie op te lezen valt. Hier moeten ook cijfers en resultaten van acties ontstaan, zodat alle geïnteresseerden meekunnen via dit pad.

Wat kunnen artsverenigingen hieraan doen?

De zorg voor de “chronische patiënten” is een van de voorbeelden hoe gezondheidszorg in de gemeenschap kan georganiseerd worden. Heel wat artsdisciplines hebben eigen richtlijnen uitgeschreven over tal van aandoeningen.

Zo zouden er over “hypertensie” meer dan 50 verschillende en waardevolle richtlijnen bekend zijn. De Nederlanders en de Canadezen waren de eersten om een kwart eeuw geleden richtlijnen op te stellen rond bepaalde aandoeningen.

Bekendste thema's hierbij waren toen:

- Eenvoudige enkelverstuijing
- Acute keelpijn
- Pijn op de borst
- Vaginaal bloedverlies

Al snel bleek dat deze richtlijnen een schat aan informatie bevatten, maar dat de toepassing ervan erg gebonden was aan de lokale gewoonten. Zo kreeg men in Nederland een klassieke standaard moeilijk verkocht in Zeeuws – Vlaanderen of Friesland wanneer die door Noord – Limburg werd ontworpen, omdat de verschillende regio's een eigen aanpak en historiek kennen.

Best gaat men dus binnen de lokale gemeenschap te werk en past men hier de implementatie aan de plaatselijke noden aan.

Samenwerken met andere disciplines is zeer noodzakelijk.

De patiënten inschakelen in de uitwerking van de consensusstukken is de sleutel op het succes. De huisarts is vooral de dichtste begeleider van de patiënt. Die maakt ook de noodzakelijke afspraken met de verschillende disciplines van de intramurale sector.

De Vlaamse Gemeenschap

Vlaanderen is een ideale regio om gestructureerde gezondheidszorg aan te bieden. Patiënt, arts en ondersteuners spreken letterlijk dezelfde taal. Het meten van de resultaten van zorg ligt binnen handbereik. Het opstellen van duidelijke objectieven is een koud kunstje in deze kleine regio.

Kwaliteit van zorg staat ook voor de veiligheid van de patiënt. Wij weten dat er in België jaarlijks +/- 2000 doden vallen in de intramurale sector ten gevolge van foute beslissingen. Dit gaat dus over de veiligheid van de gezondheidszorg.

Een recent visitatierapport in een Vlaams ziekenhuis van 160 bedden leert ons dat de grootste reden van ontevredenheid bij patiënten en mislopen van behandeling over foute communicatie gaat.

Vlaanderen moet dus een eigen plan opstellen, een meerjarenproject om de kwaliteit van de zorg op te drijven.

Samenspraak tussen de verschillende disciplines is hier zeer noodzakelijk. 2000 “vermijdbare” overlijdens per jaar is niet niks.

Het VVMV is hier best op de plaats om met disciplines aan de tafel te zitten en de kwaliteit van de zorg samen te bekijken

Tot slot. Nu reeds zijn er ziekenhuisdiensten en ziekenfondsen in Vlaanderen die bijzondere aandacht geven aan de kwaliteit van de thuiszorg in de regio en er zelf mee in investeren. Zij rekenen uit dat bij een goed georganiseerde thuiszorg ook de ziekenhuisfactuur er beter van wordt. Dit heeft een naam: het subsidiariteitsbeginsel.

Chris Geens

VLAAMSE ARTSEN IN BRUSSEL EN DE RAND

Specialisten teveel of te weinig

In Brussel en de Rand wordt het voor de Vlaamse patiënten steeds moeilijker om snel bediend te worden door bepaalde disciplines. Neem de oogartsen, de gynaecologen, de orthopedisten, de cardiologen of ook al de dermatologen.

Wanneer je als huisarts een patiënt verwijst naar een bepaalde discipline krijg je al snel het antwoord dat de wachttijd twee maanden of meer bedraagt.

De patiënt in kwestie laat dan weten dat bepaalde onderzoeken of consultaties sneller kunnen wanneer de huisarts zelf de afspraak maakt.

Hallo! De arts heeft wel net iets anders te doen dan tussen de consultaties en huisbezoeken door voor de patiënten nog pleitbezorger te spelen voor snelle afspraken.

Wat is er hier aan de hand?

Zijn er te weinig “specialisten” in Brussel en de Rand of hebben die sowieso al een voldoende lucratief inkomen dat zij zich met de nieuw aangeboden casuïstiek niet moeten bezighouden? Of, zijn er gewoonweg te weinig Vlaamse artsen in deze regio?

Hoe boeiend is Brussel?

De globalisering maakt van onze hoofdstad een bijzonder kleurrijk lappendeken, waar onder de talloze bevolkingsgroepen geen echte meerderheid meer bestaat. Het grote aantal minderheden

die men er aantreft maken van onze Vlaamse hoofdstad een centrum van Bijbelse verwarring.

De toren van Babel kon net zogoed in Brussel gestaan

hebben al is het Jeruzalem van 2000 jaar geleden ook niet ver uit de buurt.

In “De handelingen van de apostelen” lezen wij dat er toen in Jeruzalem mannen woonden afkomstig uit alle volkeren onder de hemel : Parten, Meden, Elamieten, bewoners van Mesopotanië, Judea, Asia, Frygië, Libië en ga zo maar door. Romeinen, Joden, Arabieren en Kretenzers maakten er het mooie weer uit.

“Nil novi sub sole”, zou men kunnen stellen, alleen was er toen waarschijnlijk nog geen metro in Jeruzalem, maar de glocalisering was er al wel.

Dit is een historisch moment om vanuit Vlaanderen en de Rand de Vlaamse aanwezigheid in onze hoofdstad te versterken.

Binnen de sector van de gezondheidszorg in haar meest ruime betekenis biedt Brussel alles wat medici en paramedici zich maar kunnen wensen.



Vaak trekken studenten voor hun stages naar de meest exotische landen terwijl hier de wereld aan hun voeten ligt.

Maar ook voor assistenten en alle artsen in opleiding is Brussel de doos van Pandora. De artsen in opleiding, die toch de moed vinden om richting hoofdstad van Europa te trekken voor een deel van hun stages, vergapen zich aan deze nieuwe wereld.

Koudwatervrees

Wat houdt Vlamingen nu tegen om hun provincie stad/dorp te verlaten en voor enige maanden/jaren definitief te ruilen voor de hoofdstad van Vlaanderen? “Onbekend is onbemind” is een oud maar steeds geldend spreekwoord. De Franse taal zou een hinder zijn. Laat ons niet lachen, er wordt haast evenveel Arabisch gesproken om van het Engels nog maar te zwijgen. Maar ook het Nederlands is nog steeds en zelfs groeiend aanwezig. Ook de weg vinden is niet moeilijker dan in Gent, Antwerpen of Luik. Van Brussel uit ben je trouwens zeer snel overal in het land en uit het land.

Waarschijnlijk moeten een aantal mensen het voortouw nemen en het ijs breken.

De opleiding

Men kan niet zeggen dat onze Vlaamse universiteiten grote inspanningen leveren om hun studenten in Brussel stages te laten lopen of beroepsopleiding aan te bieden.

De dorpsmentaliteit, die nog steeds bij vele Vlaamse studenten heerst, hebben zij maar gekopieerd van hun opleiders of meegekregen van hun ouders.

Men verschuilt zich ook vaak achter zogenaamd evenwicht en regionale afspraken om het terrein niet te moeten betreden. Zo mist de Vlaamse opleiding de kans om in de hoofdstad expertise op te zetten binnen een sterk evoluerende wereld.

De artsenverenigingen

Misschien moeten de organisaties van artsen hier samen eens goed over nadenken en de bestaande structuren vanuit Vlaanderen en de Rand innemen en uitbreiden. Er ligt in Brussel in alle opzichten goud te rapen voor creatieve geesten. Het helpt niet om steeds weer te zagen dat er te weinig huisartsen en collegae van de andere disciplines de weg richting hoofdstad van Europa inslaan.

De activiteiten van Pro Medicis zouden een lichtend voorbeeld moeten zijn voor de ziekenhuizen en medische raden die zich vaak vergapen op een “non possumus”.

Studenten en assistenten kennen immers Brussel niet en weten nog minder welk leuk aanbod artsenkringen, praktijken en ziekenhuisdiensten hen aanbieden.

Laten we de handen in elkaar slaan! Wij moeten veel professioneler te werk gaan en misschien voor even de diensten van een of ander interimkantoor inhuren.

Die mensen zijn bijzonder goed in het aanprijzen van hun waar, alleen, de markt kennen zij niet. Aan ons, de artsenverenigingen, om de profielen op te stellen en kleurrijk uit te lijsten.

Met enkele disciplines samen moeten wij toch leuke stage-, assistent-, meewerkende collegaeplaatsen kunnen aanbieden.

Geen werk voor wetenschappelijke verenigingen zal u zeggen!

Niets is minder waar. Wanneer ons werk meer tot de essentie van de job zou herleid worden, kunnen wij vast en zeker jongeren beter introduceren in het vak en werk laten overnemen.

Maar daarover komt in een volgende bijdrage meer.

Chris Geens