
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen van
Geneesheren Specialisten

Verantwoordelijke uitgever : Dr M. MOENS
Redactiesecretariaat : J. Van den Nieuwenhof
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel
Tel. 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@VBS-GBS.org

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

N° 2 / MAART 2003

Afgifte Kantoor : BRUSSEL 5

WAAROM MOET DE SPECIALIST HET TERREIN VERLATEN?

In deze pre-electorale periode gonst het van de politieke activiteit. Partijen draaien alle kranen van hun "denktanken" open. Deze keer komen de "rode" als eerste voor de dag met hun visies over hervormingen van de gezondheidszorg. Sedert begin januari organiseert de PS gesprekken met de artsenorganisaties, ook met het VBS. Vandaag pakt op zijn beurt de SP.A uit, zonder enig open overleg, althans wat ons betreft. En wat zie je? Precies die ideeën waar tijdens de huidige legislatuur groene ministers van volksgezondheid zoals M. AELVOET en Th. DETIENNE, voortdurend mee dweepten. Standpunten en visies die geknipt werden uit meer dan veertig jaar oude regeringsprogramma's van buurlanden waar, precies op dit ogenblik, de gezondheidszorg een puinhoop is, en waar de zgn. "centraal" staande patiënt geen andere uitweg heeft dan radeloos naar het buitenland te vluchten. Politici, open uw ogen: de echelonnering heeft afgedaan!

De enige democratische gezondheidszorg is deze waarin de individuele patiënt werkelijk centraal staat, en niet een zorgverlener, noch een verzorgingsinstelling. En die centrale positie is slechts daadwerkelijk afdwingbaar wanneer hij de volledig vrije keuze heeft van de zorgverlener tot dewelke hij zich wendt, zowel in eerste als in tweede instantie. Dit is de allereerste, onmisbare waarborg van kwaliteit. Elke beperking, elk "compromis" m.b.t. de bewegingsvrijheid van de patiënt doorheen het landschap van de gezondheidszorg, leidt tot een of andere vorm van ondergeschiktheid van zijn belangen.

Aan het sterk uitgebouwd en blijvend hospitalocentrisme van onze gezondheidszorg wil men vandaag een ander centrisme naar Brits of Hollands model koppelen, waar de General Practitioner-Huisarts het alfa en omega is. De ziekenhuisbeheerders en de huisartsen bepalen de regels van het spel, terwijl de specialist op het reservebankje moet blijven zitten. Meer dan 6000 exclusief extramurale specialisten en nog eens zoveel specialisten met gedeeltelijke extramurale praktijk wil men blijkbaar van het terrein van de ambulante en dus eerstelijnszorg sturen, terwijl vandaag meer dan 70% van hun patiënten zich tot hen wenden zonder enige verwijzing van een huisarts.

Als men weet dat meer dan 90% van de bevolking een huisarts heeft, zal die demarche van de patiënt wel aan een reële nood beantwoorden waarvan de legitimiteit door niemand kan betwist worden. Alleen "Evidence Based Medicine" mag de enige medisch geldige gedragscode zijn, voor de huisarts of de specialist.

De Algemene Vergadering van het VBS heeft op 8 februari jl. met unanimité een fundamentele stelling ingenomen. We nemen ze hierna over, samen met een reeks andere kritische documenten waarin het ideeëngoed van de echelonnering onder de loupe werd of wordt genomen. We zullen ze verspreiden via alle kanalen die het politieke landschap kunnen beïnvloeden. Om te verhinderen dat België overkomt wat de Nederlandse en Britse Europeanen vandaag naar België doet vluchten.

DE TOEGANG TOT DE MODERNE GEZONDHEIDSZORG

De actuele realiteit

Ons huidig gezondheidszorgsysteem wordt geconfronteerd met een mondige patiënt. De patiënt wil centraal gesteld worden. De wetgever heeft hem een aantal rechten toegekend. De artsen moeten daar op adequate wijze aan tegemoet komen.

De hedendaagse patiënt kan niet vergeleken worden met deze van 40 of meer jaren terug. Destijds werd in Groot-Brittannië, binnen de National Health Service, evenals in Nederland en in de Scandinavische landen, een echeloneringssysteem ingevoerd. De nadelen van dit systeem zijn duidelijk onderkend in bovengenoemde landen. De performantie en de kwaliteit van behandeling worden er helemaal niet door gegarandeerd.

Vandaag is de patiënt ontvoegd. Zijn kennis en bewustzijn van gezondheid en ziekte zijn op manifeeste wijze toegenomen, niet in het minst door de vooruitgang van zijn sociale status en de continue voorlichting via onderwijs en media. Deze patiënt eist dat 'hij/zij' en niet langer 'het systeem' of 'de zorgverstrekker' centraal staat.

De ontwikkeling van de geneeskunde in de zin van meer en meer specialisatie of meer en meer technologische inbreng, is onontkoombaar.

De toegang tot de gezondheidszorg betekent een essentiële stap waar de vrije wil van de patiënt moet gegarandeerd en gerespecteerd worden.

Vandaag is de patiënt er zich van bewust dat elk uitstel in diagnose en bijgevolg in behandeling een rechtstreekse bedreiging vormt voor zijn gezondheid. Uitstel leidt ook tot een toename van kosten van de gezondheidszorg. De "eerste lijnsgeneeskunde" is niet per definitie de goedkoopste. Ze is dit alleen in die gevallen waar eerstelijnszorg volstaat. De goedkoopste geneeskunde, weze het de huisarts- of de gespecialiseerde geneeskunde, is deze die de patiënt nodig heeft.

Een specialist kan een patiënt, met een aandoening welke niet tot zijn gespecialiseerd activiteitsveld behoort, evengoed als een huisarts doelmatig verwijzen. De directe toegang tot de specialist dient dus zo laagdrempelig als mogelijk gehouden te worden. De vertrouwdsheid die de patiënten hebben met een aantal symptomen wettigt volledig dat zij zich rechtstreeks wenden tot b.v. een oftalmoloog, een gynecoloog, een pediatr, een dermatoloog, een pneumoloog, een uroloog, een gastro-enteroloog, een vaatchirurg ... enz.. Het zou onbegonnen werk zijn een lijst op te stellen van aandoeningen waarvoor het verplicht consult bij de huisarts een overbodige stap betekent. Op het ogenblik dat de patiënt een beslissing moet nemen in verband met zijn gezondheidsprobleem, moet bovendien het recht op een "tweede advies" verzekerd blijven.

Bepaalde tendensen van patiëntengedragingen zijn, in het kader van de socio-economische ontwikkeling, volkomen begrijpelijk. In ons land groeit de tendens om zich rechtstreeks te wenden tot een spoedgevallenafdeling. Dit fenomeen is in de Verenigde Staten sinds decennia evident. Voor alle urgente pathologie welke niet rechtstreeks kan opgelost worden door de huisarts steunt deze houding op een perfect logische redenering : een doeltreffende geneeskundige opvang in een oord uitgerust voor elke eventualiteit, met zo nodig, de mogelijkheid van onmiddellijk technologisch onderzoek en directe adequate behandeling.

Wat plaatsen onze politici tegenover deze realiteit?

Tegen alle logica in trachten onze politici een voorbijgestreefd systeem in te voeren waarvan het failliet in een aantal EU-lidstaten inmiddels werd aangetoond. De vrijheid van de patiënt wordt vervangen door verplichte circuits. Dit resulteert in rantsoenering en wachtlijsten en leidt zelfs tot het exporteren van patiënten naar o.m. België om de nodige zorgen te krijgen in levensbedreigende ziekten zoals b.v. hartslagaderziekten. .

De door de overheid georganiseerde en betaalde publiciteitscampagne voor de huisartsgeneeskunde is eens te meer een artificiële poging om met regeringssteun één bepaalde categorie van artsen-specialisten (want de huisartsgeneeskunde heeft het statuut van specialist verworven) te promoten. Dergelijke brainwashing van de bevolking is niet op zijn plaats in een democratisch land. De patiënten moeten niet kunstmatig aan het systeem aangepast worden, wel omgekeerd.

Een aantal gratuite beweringen welke zogenaamd de huisartsgeneeskunde karakteriseren moeten doorprikt worden. "Een persoonsgerichte benadering, georiënteerd op het individu, een coördinerende zorg, een raadgevende rol, een holistische approach van de patiënt, het simultaan behandelen van acute en

chronische gezondheidsproblemen”, kwaliteiten welke volgens de definitie van de UEMO (Union Européenne des Médecins Omnipraticiens) eigen zouden zijn aan de huisarts, zijn evengoed aanwezig bij correct fungerende (andere) specialisten. De specialistische geneeskunde blijft een geneeskunde voor patiënten en niet voor organen.

De toegang tot elke vorm van geneeskundige praktijk moet dus vrij blijven. Het begrip “eerste lijn” is door de feiten voorbijgestreefd, voor zover alléén de huisartsengeneeskunde hierin zou inbegrepen zijn. Moderne concepten die het resultaat zijn van bovengeschetste logische evolutie, moeten gestroomlijnd worden om de patiënt van een correcte toepassing van het systeem te laten genieten.

Tijdens de basisopleiding tot arts moet blijvend aan de algemeen geneeskundige aspecten van de opleiding voldoende aandacht geschonken worden. De arts - specialist is geen beperkt technicus die slechts ingeschakeld wordt na tussenkomst van de “intellectuele specialisten”. De specialist is een “physician with skills in addition !” De opleiding tot specialist in België kan elke vergelijking met deze in de geïndustrialiseerde wereld doorstaan. Men moet hierbij bedenken dat om specialist te worden de kandidaat na het verwerven van het artsdiploma rond de leeftijd van 25 jaar, nog een lange en intensieve opleiding moet volgen. In de praktijk is dit b.v. voor een chirurg vandaag een vorming van 7 jaar of meer.

Ons land levert sinds jaren het bewijs dat, mits de nodige organisatie en toezicht, een dergelijk systeem van vlot toegankelijke geneeskunde op hoog niveau, niet leidt tot hogere uitgaven voor de gezondheidszorg dan het Europees gemiddelde.

Het achterna lopen van de feiten en de wanhopige pogingen om voorbijgestreefde regelingen op te dringen, zowel door de Overheid als door sommige huisartsenorganisaties, moeten plaats ruimen voor het aanmoedigen en vervolmaken van het eigen systeem. De Belgische gezondheidszorg wordt vandaag als één van de meest adequate en meest performante ter wereld erkend. De tevredenheid van de patiënt scoort er bijzonder hoog.

Om de toegankelijkheid tot en de kwaliteit van die zorg rondom de patiënt te verzekeren is het noodzakelijk de communicatie met huisartsen en andere specialisten te bevorderen, het multi-disciplinair overleg aan te moedigen en de informatie naar de patiënt te optimaliseren.

Unaniem goedgekeurd door de Algemene Vergadering van het VBS op 8 februari 2003.

OVER DE POLITIEKE VOORSTELLEN VAN DE PS

De geïnteresseerde lezer kan op eenvoudige aanvraag, elektronisch (info@VBS-GBS.org) of telefonisch (02/649.21.47), deze voorstellen (in de originele Franse versie) bekomen.

Brief van VBS-Voorzitter Prof. Dr J. GRUWEZ aan Dhr Elio DI RUPO, Voorzitter van de PS (24.02.2003)

Wij melden u goede ontvangst van uw schrijven dd 19.02.2003 evenals de nota van uw medewerker Dhr J-M. CLOSE. Wij hebben er met volle aandacht kennis van genomen doch betreuren dat er geen rekening werd gehouden met onze talrijke reeds eerder geformuleerde bemerkingen en commentaren. Er werd evenmin rekening gehouden met ons intern werkdocument “Het moderne gezondheidszorg – systeem” waarvan de definitieve versie inmiddels unaniem werd goedgekeurd op 8 februari jl. door de Algemene Vergadering van ons verbond (NB: in feite het “forum” van de geneesheren-specialisten en van de verschillende medische specialismen). In bijlage bezorgen wij u een copie van het definitieve document (cfr. blz. 2 en 3 van dit tijdschrift).

De PS blijkt haar beleidsvisie volledig te richten op een “National Health Service” naar Brits model, een politieke keuze waartegen wij ons met nadruk zullen verzetten wegens de fatale gevolgen ervan voor de patiënt, die overigens voldoende bekend zijn. Wij zullen de patiënten daarover uitvoerig informeren, via alle middelen waarover we beschikken op het terrein. We vermoeden dat de patiënt de boodschap vlug zal begrijpen.

Hierna bezorgen we u dus onze laatste commentaren, hopende dat er deze keer rekening mee zal gehouden worden.

Punt 5 van de nota bevat de voorstellen van de PS met, onder 5.1. het “algemeen kader” en onder 5.2. “de concrete voorstellen met betrekking tot het artsencorps”. Het lijkt er sterk op dat deze voorstellen de twee belangrijkste polen van de kaart willen vegen die aan de basis liggen van het onbetwistbaar kwalitatief succes van onze huidige gezondheidszorg.

1. Eerste pool:

(5.1. “Algemeen kader: een globaal en coherent gezondheidsbeleid”.)

Onder de zeven te realiseren doelstellingen (p.11) vinden we in 5^e positie: “het subsidiariteitsbeginsel”: dit principe wordt helaas vaak verkeerd begrepen en doorgaans ook ten onrechte ingeroepen om, zoals trouwens blijkt uit de verdere ontwikkelingen onder punt 5.2., de echelonnering van de gezondheidszorg te verantwoorden en zelfs (erger nog!) om “de huisarts in het centrum van de gezondheidszorg” (sic!) te plaatsen”. De PS vergist zich op twee vlakken wat de bepaling van haar doelstellingen betreft:

-in plaats van de patiënt de centrale plaats in het systeem te geven, geeft ze die plaats aan de huisarts. De PS hanteert het subsidiariteitsbeginsel om de zorgverlener in het centrum de plaatsen. Tot nog toe moest de patiënt zwichten voor het “hospitalocentrisme”; de PS voegt daar nu het “General Practitioner-centrisme” aan toe (p.21).

-in plaats van de patiënt een volmondige rol van “acteur” van het systeem te geven, wordt hij een “object” van het systeem (bvb.:verplichte aanwijzing van zijn huisarts) als was hij ondergeschikt aan een “nouvelle délimitation du “pouvoir” (sic!) des différentes lignes de soins” (p.21). Puntje 4 van p.11 daarentegen (“le respect du choix des patients”) wordt dus herleid tot louter verbalisme en holle woorden. Als men de vrije keuze van de patiënt wil waarborgen, waarom moet hij zich dan verplicht inschrijven bij een huisarts?

De enige die “macht” mag hebben over het gezondheidspatrimonium van de patiënt is hijzelf. Zij vrije toegang en keuze moeten de eerste doelstellingen zijn van een zorgbeleid dat zijn naam waardig is. Een beter kwaliteitscriterium bestaat niet. Een modern zorgsysteem moet gericht zijn op de emancipering van de patiënt, niet op zijn betutteling.

Subsidiariteit? Het zou absurd zijn de toegang tot medische zorgverlening te onderwerpen aan één enkel principe. De geneesheer-specialist is een “physician with skills in addition”. Het “meest adequate niveau” van medische zorgverlening kan evenzeer geleverd worden door de geneesheer-specialist als door de huisarts. In talloze gevallen zal de zorgverlening adequater, directer en efficiënter zijn als hij zich rechtstreeks tot de door hem gekozen specialist wendt. Net zoals in talloze gevallen hetzelfde waar zal zijn als hij zich wendt tot de huisarts van zijn keuze.

De evenredigheid van de zorgverlening wordt niet bepaald door de kwalificatie van de arts tot dewelke de patiënt zich wendt, maar door de E.B.M. die deze beoefent. De huisarts heeft niet het monopolie van E.B.M., noch van de “globale aanpak” van de patiënt (cfr. nota aan Minister Detienne) (cfr. blz. 5-7 van dit tijdschrift).

De regulerende rol van de Overheid is er niet om de patiënt door verplichte banen te duwen of hem een toegangsverbod op te leggen. De rol van de Overheid is ervoor te zorgen dat de informatie - uitwisseling onder beoefenaars vlot verloopt in een multidisciplinaire context.

Stel bijgevolg de patiënt niet in een afhankelijkheidspositie, noch t.o.v. een welbepaalde arts, noch t.o.v. een instelling. Laat de patiënt zich vrij bewegen doorheen het zorglandschap, voorzien van de elektronische en beschermde referenties van zijn medische dossiers die stelselmatig kunnen aangevuld worden door de verantwoordelijke behandelende artsen waaraan hij zich toevertrouwt gedurende zijn ganse levensparcours. Maak van de chipkaart een instrument voor de individuele vrijheid van de patiënt.

Het is de onafhankelijkheid van de patiënt die ons zorgsysteem een zoveel betere toegankelijkheid geeft dan deze uit de ons omringende landen.

2. Tweede pool:

“De financieringstechnieken ...zouden zo dikwijls als mogelijk moeten afwijken van de vergoeding per vertrekking” (p.11, 3). In tegenstelling tot de PS menen wij dat de vervanging van de huidige financiering per act door forfaitaire systemen behoorlijk contraproductief zou werken en een duidelijk kwaliteitsverlies voor de patiënt zou veroorzaken.

Forfaitaire systemen kunnen hoogstens een suppletieve functie vervullen om taken te vergoeden die moeilijk door een welbepaalde prestatie (bvb. permanenties) kunnen geobjectiveerd worden, of voor bepaalde niet rechtstreeks curatieve activiteiten (bvb. administratieve taken). Overigens moet men vaststellen dat de

vandaag bestaande forfaitaire systemen doorgaans leiden tot verschillende vergoeding van gelijke of dezelfde taken, waarbij men dan volledig afwijkt van het principe "gelijk loon voor gelijk werk". Tevens veroorzaken forfaitaire systemen uiteindelijk een hogere kost voor een lagere productiviteit, terwijl de berekening ervan meeruitgaven veroorzaken waarvan de financiering veel nuttiger zou kunnen aangewend worden voor de zorgverlening zelf.

Wij kunnen nauwelijks geloven dat de PS voorstander zou zijn van een systeem dat onder-consumptie zou bevorderen, ten koste van de zorgkwaliteit.

Men mag het draaien of keren zoveel men wil, het is door de eigenheid van ons prestatie-systeem dat onze gezondheidszorg zo performant is.

3. Tevens verzetten wij ons formeel tegen de voor de keuzevrijheid van de patiënt en de zorgkwaliteit al even contra-productieve structurering van de gezondheidszorg in "netwerken" met territoriale afbakening. Wij hadden daarover reeds ons standpunt medegedeeld in een brief gericht aan Mevr. Aelvoet in 2000, en waarvan we u eveneens copie bezorgen (cfr. blz. 8 en 9 van dit tijdschrift). Als we de PS - voorstellen lezen, merken we dat de brief niets aan actualiteit heeft ingeboet. Uiteraard kan het nuttig zijn een inventaris op te maken van het potentieel van het zorgaanbod, of instrumenten aan te reiken voor de professionele interacties tussen zorgverleners. Maar men moet zich onthouden van elke vorm van dirigisme waarbij de patiënt in verplichte banen of paden wordt geleid.

4. Wat de programmatie van het medisch aanbod betreft, beschouwen wij de afschaffing van de numerus clausus door PS – Minister Mevr. Dupuis, als een monumentale vergissing die zo spoedig mogelijk moet rechtgezet worden. De invoering van een selectieproef bij de toegang of desnoods op het einde van de eerste kandidatuur, blijkt de enige rationele keuze. Het ligt voor de hand dat het behouden van deze absurde politieke beslissing de splitsing van de federale gezondheidszorg onvermijdelijk zal maken. De PS moet zich daarvan bewust zijn.

5. Tenslotte nemen wij nota van het voornemen van de PS om nieuwe denkpijlers te volgen in verband met de responsabilisering van de zorgverleners, enerzijds via het kanaal van de accreditering, en anderzijds door het herstellen van de rechten van de verdediging via een aantal wetsaanpassingen. Elk initiatief in de goede richting op dit vlak, mag rekenen op onze steun en medewerking.

6. De benadering via een sociale dekking van de therapeutische ongevallen biedt ongetwijfeld mogelijkheden om uit de impasse te geraken waarin sommige medische activiteiten dreigen verzeild te raken. Om zulk systeem leefbaar te maken moet de impact ervan gericht zijn op het risico waarvoor er een reëel probleem van onverzekerbaarheid ontstaat, met name de "harde kern" van de ziekenhuisactiviteit (anesthesie, operatiekwartier, kraaminrichting, intensieve zorgen, spoedgevallen,...). M.a.w. de sector die functioneert op basis van een mede-verantwoordelijkheid van de Overheid (normen, erkenning, financiering), van de ziekenhuisbeheerders en van de ziekenhuisartsen.

Het heeft geen zin een schadefonds op te richten dat alle risico's dekt, inbegrepen deze van routinepraktijken en zelfs van de alternatieve geneeswijzen. Zoiets zou spoedig onbetaalbaar worden, terwijl de vergoeding van de slachtoffers van voormelde hogere risico's veel te laag zou zijn ten gevolge van de banalisering van de beroepen op schadevergoeding.

Wij herhalen dat de invoering van dergelijk systeem moet gepaard gaan met een volledige depenalisatie van de therapeutische ongevallen, en dat de financiering geen bijkomende kosten mag veroorzaken ten laste van de medische erelonen.

Wij blijven volledig te uwer beschikking voor verdere bespreking of commentaar...

HET MONOPOLIE VAN DE " GLOBALE ZORG " ?

Brief aan de Waalse Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid DETIENNE (8 juni 2000)

" Mijnheer de Minister,

Wij hebben kennis genomen van uw nota " Concrete organisatie van de eerste lijn rond de patiënt " dd. 26.04.2000 waarin wij bijzonder kwetsende uitlatingen aantreffen t.a.v. de geneesheren-specialisten en, wat zo mogelijk nog erger is, ook nog t.a.v. de artsen van de spoedgevallendiensten (citaat) :

" Er blijft verwarring bestaan over de vraag of sommige specialistische actoren ook deel uitmaken van de eerste lijn (ambulante zorg van specialisten, Centra voor geestelijke gezondheidszorg, centra voor gezinsplanning,...).

In feite maken ze er deel van uit in de mate dat de patiënt er rechtstreeks toegang tot heeft; dezelfde bedenking geldt voor de spoedgevallendiensten in de ziekenhuizen. Dit is geen ideale situatie omdat de patiënt het risico loopt er niet in zijn globaliteit te worden benaderd en de diverse tussenkomsten het geheel incoherent kunnen maken; wij willen dus prioriteit geven aan de globale benadering, en bijgevolg de eerste lijn van de huisartsen ontwikkelen. De andere actoren en structuren dienen beschouwd te worden als deel uitmakend van de tweede lijn, zelfs wanneer de patiënt er zich, in sommige gevallen, spontaan kan toe begeven zonder langs de huisarts te moeten gaan. "

"Risico van niet-globale benadering"?

Op welke grond of vanuit welke wetenschap meent U te kunnen beweren dat de patiënt " het risico loopt niet in zijn globaliteit benaderd te worden " door de geneesheer-specialist?

U gelieve er nota van te nemen dat:

-De arts, omnipracticus of specialist, het zich niet kan veroorloven een globale benadering te verwaarlozen, want dat zou betekenen dat hij een beroepsfout begaat. Op medico-legaal vlak is elke arts hoe dan ook gehouden tot een globale benadering van de patiënt bij elke professionele tussenkomst. Elke arts draagt, zodra hij een patiënt tenlaste neemt, de volledige juridische aansprakelijkheid in gans haar globaliteit. Kent U een gerechtelijke uitspraak waarbij een specialist die niet de nodige zorg heeft besteed aan de aandoening van zijn patiënt, wordt vrijgesproken wegens " aandoening niet behorend tot zijn specialisme "?

-De geneesheer-specialist is in de eerste plaats **een arts** (wettelijk diploma in de genees-,heel-, en verloskunde) die bovendien een aanvullende opleiding heeft genoten van 5 à 6 jaar, waardoor hij bijzonder performant wordt in een welbepaald deelgebied. Deze bijkomende opleiding integreert voortdurend de globale benadering **omdat de geneeskunde één geheel vormt**. De helft van deze opleiding (gemeenschappelijke stammen) is overwegend globaal, terwijl de hogere opleiding, nog steeds binnen dit globaal concept, dieper ingaat in bepaalde gebieden en beoogt de arts vertrouwd te maken met gespecialiseerde technieken.

Op dezelfde wijze beoogt de continue navorming die opgelegd werd door de officiële erkenningscriteria, het bijhouden van kennis en bevoegdheden, in het perspectief van een continuüm van globale benadering. De multidisciplinariteit wordt aanhoudend, en alsmaar meer geïntegreerd in de continue navorming. Ons accrediteringssysteem werd trouwens zodanig opgevat dat deze benadering bevorderd zou worden.

-Wat de **spoedgevallenzorg** betreft, wijzen wij U er op dat de geneesheer-specialist in urgentiegeneskunde (arts + 7 à 8 jaar, m.a.w. x 2) bij uitstrek bepaald werd als zijnde " multidisciplinair ". Uw ex-collega M.Colla heeft dit ten andere formeel ingeschreven in de erkenningsnormen voor desbetreffende ziekenhuisfuncties.

En U zou hen beschuldigen van niet-globale benadering? Gelieve U rekenschap te geven van het vitaal karakter van hun globale tussenkomst. De rol van de urgentiearts bestaat erin ogenblikkelijk een globale benadering te leveren!

Bovendien voorzien de algemene erkenningscriteria van de geneesheren-specialisten uitdrukkelijk dat de kandidaat-specialisten in de verschillende specialismen (13 in totaal) die toegang hebben tot deze aanvullende opleiding, per definitie moeten vertrouwd gemaakt worden met alle spoedgevallen en dit op multidisciplinaire wijze.

Wat de andere artsen betreft, omnipracticici of specialisten, voorzien de criteria voor urgentiegeneskunde (M.B. van 12.11.93) een theoretische en praktische opleiding van 120 uur en een stage van 240 uur gespreid over 24 maanden, met minstens 10 pre-ziekenhuisinterventies. Een werkgroep van de Hoge Raad kwam onlangs en met nadruk tot de conclusie dat deze opleiding zou moeten opgenomen worden in het curriculum van de studies voor het bekomen van het diploma van arts, menend dat elk medicus in staat moet zijn om de eerste opvang van alle spoedgevallen te verzekeren. Wat dus blijkbaar niet het geval zou zijn.

Zou U het dan, als verantwoordelijk minister, nog aandurven om op grond van enkele niet eens gestaafde (dus: dogmatische) overwegingen, het monopolie van de " globale benadering " toe te vertrouwen aan de huisarts van de eerste lijn, en tegelijkertijd aan hen die deze daadwerkelijk verzekeren, het verwijt sturen dat zij een risico doen ontstaan? Het " risico " dat wij hier aanwijzen ...is zeer reëel voor de patiënt.

(N.v.d.r.: wij zijn ons uiteraard bewust van het bestaan van een oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendiensten; maar de minister benadert dit probleem duidelijk langs de verkeerde kant)

" ...in sommige gevallen " ?

Het Rapport PEERS heeft er de aandacht op gevestigd dat 70% van de patiënten van de geneesheren-specialisten zich spontaan tot hen wenden. Slechts 30% van hun patiënten worden verwezen door de huisarts.

Deze cijfers tonen duidelijk aan dat onze patiënten geenszins uw mening delen, en helemaal niet bevreesd zijn om niet globaal benaderd te worden. Misschien is dit eerder een aanwijzing voor de tegenovergestelde vrees. Als uw politieke keuze werkelijkheid wordt, komt daarbij nog de vrees niet tijdig naar de specialist verwezen te worden en, in elk geval, niet langer te beschikken over hun zelfbeschikkingsrecht en hun vrije toegang. Denkt U niet dat, alvorens maatregelen te treffen, het aangewezen is om vooraf de rationele voorzorg te nemen de werkelijke of vermoedelijke risico's te evalueren, om tijdig de nodige nuances, het nodige voorbehoud en de nodige minimale begeleidende regelgeving te voorzien in het belang van de patiënt?

Uit de berichten die ons bereiken vanuit het buitenland, blijkt het door U voorgestelde systeem niet langer de hypothese van een betere kwaliteit te bieden, noch meer vertrouwen of voldoening vanwege de patiënten te verwekken. Noch - en dat is overduidelijk - goedkoper te zijn.

De doctrine van de echelonering is, zowel medisch als economisch, een obsoleete en voorbijgestreefde denkpiste. Ze is verouderd en strijdig met de Evidence Based Medicine.

" Er blijft een verwarring bestaan... " ?

Conclusie: de zgn. " verwarring" waarover U het hebt, is niets anders dan het doctrinair knutselwerk van enkele technocraten-ideologen die nooit vertrouwd zijn gemaakt met de dagelijkse medische praktijk.

Het Arbitragehof heeft gezegd, in het kader van een verzoekschrift tegen art. 12 van de wet van 26.07.1996 over de modernisering van de sociale zekerheid: *" Uit de bestreden bepaling zelf kan niet worden afgeleid dat de patiënt verplicht zou worden voor elke zorgverstrekking eerst de huisarts te raadplegen; evenmin kan eruit worden afgeleid dat er voor de patiënt een verbod zou zijn om een geneesheer-specialist van eigen keuze, al dan niet rechtstreeks, te consulteren. Die geneesheer-specialist behoudt uiteraard het recht een eigen medisch dossier aan te leggen. "*

Het Hof verduidelijkte bovendien dat deze kaderwet weliswaar zelf geen discriminatie scheidt tussen practici van eerste lijn en tweede lijn, doch dat de aan de Koning gedelegeerde uitvoeringsbevoegdheid niet tot discriminerende maatregelen mag leiden.

De geneeskunst bestaat, zoals Caesar's Gallië, uit " partes tres ": de geneeskunde, de tandheelkunde, en de artsenijbereidkunde.

De uitoefening van de geneeskunde heeft betrekking op het menselijk wezen in zijn geheel. Beweren dat er slechts één discipline die geneeskunde beoefent, is een grove leugen. Bovendien is het een aantasting van de beroepseer van hun collegae van andere disciplines.

Daarom zijn wij zo vrij dit schrijven te besluiten met een citaat van George Orwell, dat recent terecht kwam in Artsenkrant, precies in verband met de recente ontwikkelingen in het raam van de Engelse N.H.S.: *" Politieke taal dient om een klank van waarheid te geven aan leugens...en om een tastbare schijn te geven aan wind. "*

Wij verzoeken U daarom de kwetsende zinspeling over een vermeend " risico " tot niet-globale benadering van de patiënt uit uw nota van 26 april jl. te corrigeren. Ze getuigt van een gebrek aan eerbied ten overstaan van de 11.000 ziekenhuisartsen die dit land nog telt, zolang het huidige netwerk blijft bestaan. Maar ze is ronduit kwetsend voor de reeds 6000 nederige burgers, specialisten zonder ziekenhuispraktijk, die U en uw federale collega Mevr. AELVOET, globaal uit hun dagelijks praktijkveld willen sluiten.

Wij danken U bij voorbaat voor uw aandacht en verblijven volledig te uwer beschikking voor elke commentaar of gedachtewisseling in dit verband.

Met beleefde groeten,

Prof. Dr J. GRUWEZ
Voorzitter a.i.

ONDERSTEUNING EN STRUCTURERING VAN DE EERSTE LIJN

Uittreksel uit het antwoord van het VBS aan Mevrouw M. AELVOET, Minister van Volksgezondheid (31 maart 2000)

Mevrouw de Minister,

Betreft : Uw beleidsnota « Ondersteuning en Structurering van de Eerste Lijn: de essentiële component in de gezondheidsorganisatie ».

Met bijzondere aandacht hebben wij kennis genomen met de nota « Ondersteuning en structurering van de Eerste lijn » dd. 6.12.1999.

Wij vermoeden dat dit (zachtjes uitgedrukt) verontrustend document werd opgesteld door een medewerker-theoreticus die een zeer geringe ervaring heeft als curatief zorgverlener van patiënten. Dat blijkt duidelijk daar in de nota geenszins wordt uitgegaan van een centrale positie van de burger-patiënt. Integendeel. Deze nota is er hoofdzakelijk op gericht de patiënt elk zelfbeschikkingsrecht m.b.t. zijn toegang tot de gezondheidszorg te ontnemen.

De stellingen die hierin ontwikkeld worden, ingekleed in een pseudo-wetenschappelijke taal, blijken uitermate dogmatisch en stoelen meer op ideologie en de eigen « heilige » overtuiging dan op gevestigde feiten en wetenschap. Ons inziens zijn ze in geen geval gebaseerd op het belang van de patiënt en de volksgezondheid. Ze miskennen flagrant de effectieve rol die niet alleen de huisarts, maar ook de geneesheren-specialisten vervullen, binnen het activiteitsterrein dat hier wordt afgebakend als « de eerste lijn », wat volgens de door U gehanteerde definitie betekent « buiten het ziekenhuismilieu ».

De uitgangspunten zijn vier stellingen van het regeerakkoord: « *de zorgverstrekking aan de patiënt dient te gebeuren op de meest geschikte plaats; de eerstelijnszorgen dienen gestimuleerd, aanzetten dienen gegeven voor echelonnering en centrale rol van de huisarts (sic! Jammer genoeg dus niet de patiënt), het medisch dossier dient hierbij te worden ontwikkeld.* »

Volgens de nota is de « eerste lijn » de « setting » waar de patiënt (verplicht) terecht moet voor gelijk welke klacht, en waar moet nagegaan worden of de klacht al dan niet in een ziektemodel moet geïnterpreteerd worden of als een « zelfoplossend » ongemak. Deze « eerste professionele opvang » wordt waargenomen door iemand met « aanmeldingsverantwoordelijkheid ». Dit kan een verpleegkundige, kinesitherapeut, maatschappelijk werker of alternatieve genezer zijn, en -clement als de steller van de nota is- ook door een huisarts.

Wat concreet impliciet betekent dat de diagnose -de herkenning van een medisch probleem- niet meer gesteld hoeft te worden door een arts enerzijds, en dat de patiënt helemaal niet vrij is de zorgverlener te kiezen tot dewelke hij zich wenst te wenden anderzijds. De vrije toegankelijkheid wordt omgezet in een verplichte drempel, de inhoudelijk beperkte « eerste lijn », waarin men al meteen mogelijke sub-drempels ziet opduiken.

Gaat de overheid aldus de patiënt het risico laten lopen en de zgn. « aanmeldings-verantwoordelijke » de beslissing laten nemen een borst- of ander carcinoom te herkennen als een « zelfoplossend ongemak »? Men kan zich inbeelden hoe geruststellend voor de patiënt het advies van de « aanmeldingsverantwoordelijke » wel zal zijn.

Onder punt 4. 1. lezen wij « *In de feiten situeren zich op dit ogenblik ook de privé-specialisten en poliklinieken op de eerste lijn omdat ze ook rechtstreeks door de mensen kunnen geraadpleegd worden; dezen horen hier echter niet thuis omwille van hun specifieke functie.* ».

Het postulaat waarbij ambulante specialistische geneeskunde buiten de eerste lijn en dus buiten de rechtstreekse en vrije toegankelijkheid van de patiënt wordt gesteld, berust geenszins op objectieve noch redelijke gronden. De nota wil niet verduidelijken wat dan wel de specifieke functie van de ambulante specialistische zorg is volgens het toekomstig beleid. De nota gaat er immers van uit dat de rol van de specialist buiten het ziekenhuis geen reden van bestaan meer heeft vermits U deze assimileert met de zgn. « tweede en derde »(ziekenhuis-) lijn. Anderzijds wordt nochtans in het ziekenhuis ook dezelfde ambulante specialistische geneeskunde aangeboden.

Tevens gaat de beleidsnota ervan uit dat « speciale competentie » (punt 2.5) geen reden van bestaan meer heeft in de rechtstreekse toegang door de patiënt, daar waar deze competentie juist een verfijnde diagnose levert voor een specifiek door de patiënt herkenbare klacht, en een gepaste behandeling kan bieden, desgewenst (=de patiënt) in overleg en wisselwerking met de huisarts. Een met meer precisie georiënteerde medicatie kan heel wat «trial »- behandeling besparen. Evenzeer als een passende ambulante specialistische diagnose of behandeling onnodige hospitalisaties kan verhinderen.

Het uitgangspunt « zorgverstrekking op het meest geschikte niveau » van de regeringsverklaring wordt hier dus niet in acht genomen. Integendeel, de nota beperkt zich tot het inbouwen van toegangsdrempels, zonder enig recht van de patiënt inzake verzorging op het meest geschikte (lees- competente) niveau te poneren.

Terloops wijzen wij U erop dat noch het thans geldende principe van de vrije keuze van de patiënt, noch de rechtstreekse toegang tot de ambulante specialistische zorg door de tekst van de regeringsverklaring werd afgevoerd. Uw beleidsnota staat dus diametraal tegenover het gedachtegoed van uw grootste coalitie-partner, met name VLD-PRL.

Anderzijds verwacht de nota op ongenueanceerde wijze een specialistische tussenkomst met het aanwenden van « gesofistikeerde of zeldzame technologie ». De laatste dertig jaren van niet aflatend hospitalocentrisch gezondheidsbeleid, hebben ervoor gezorgd dat dergelijke uitrustingen uitsluitend aanwezig kunnen zijn in de ziekenhuizen.

Het wekt enigszins verwondering dat de in de nota vooropgestelde beleidsopties niets veranderen aan dit hospitalocentrisme, met als slogan « specialistische zorg alléén in het ziekenhuis », terwijl U zich recent positief uitlaat om de CT-scan dichterbij de eerste lijn te brengen, met name bij de extra-muraal gevestigde specialist.

PERSMEDEDELING BECEP 25/02/2003

Vandaag werd in de pers bekend gemaakt dat het aantal aanbiedingen op de spoedgevallendiensten vorig jaar met 100.000 is gedaald, alleen al ten gevolge van de aankondiging van penaliserende maatregelen van de overheid.

Dit resultaat kan momenteel enkel als een succes beschouwd worden voor degenen die vinden dat het niet moeten betalen van 100.000 consultaties op spoedgevallendiensten de voornaamste doelstelling is.

Voor degenen die beseffen dat bij deze 100.000 patiënten hoogstwaarschijnlijk ook vele sukkelaars zijn die zich door de ongenueanceerde campagnes hebben laten bang maken om tijdig de zorg op te zoeken waar ze recht op hebben, is de hogergenoemde vaststelling een catastrofe.

Met een even bang hart wachten we het effect af van de maatregel waarbij er geen 12,5 € moet betaald worden wanneer de patiënt naar de spoedgevallendienst wordt gebracht na een beroep op het 100-systeem. Het is niet denkbeeldig dat dit kanaal zal overspoeld worden door mensen die zich vroeger met eigen middelen aanboden op de spoed, waardoor het ganse systeem van de extramurale dringende medische hulpverlening wordt ontwricht.

Namens de Belgian College of Emergency Physicians,

Dr. Jan Stroobants
Voorzitter
03/280 40 55
j.stroobants@village.uunet.be

Dr. Pierre Todorov
Secretaris
0475/44 84 89
peter.todorov@rhms.be

INDIVIDUELE RESPONSABILISERING

Brief van Minister F. VANDENBROUCKE aan Prof. Dr J. GRUWEZ (d.d. 24.2.2003)

Geachte Dokter,

In antwoord op uw schrijven van 5 november 2002 kan ik u het volgende meedelen:

1. De wet, die net is goedgekeurd, biedt een aantal waarborgen voor de naleving van de rechten van de verdediging.

Tijdens het onderzoek geniet de zorgverlener de in de wet Franchimont vastgestelde bescherming. De zorgverlener heeft het recht om zijn verklaringen na te lezen en de gewenste verbeteringen aan te brengen. Hij kan eveneens vragen om bijkomende onderzoeksdaden te stellen en alle stukken of documenten neer te leggen, die bij het dossier zullen worden gevoegd.

Zodra het onderzoek is afgesloten moet de zorgverlener, vooraleer er een sanctie wordt opgelegd, worden verzocht zijn verweermiddelen schriftelijk voor te leggen. Indien het Comité oordeelt dat zijn uitleg niet overtuigend is, moet het de zorgverlener meedelen dat hij door twee leden van het Comité kan worden gehoord. Een van deze twee auditoren vertegenwoordigt de verzekeringsinstellingen, de andere de beroepsgroep waartoe de zorgverlener behoort.

Bij dit verhoor is er natuurlijk geen inspecteur van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle aanwezig, teneinde directe of indirecte inmenging te vermijden.

De twee auditoren brengen vervolgens verslag uit aan het Comité, dat op die manier over een getrouw en volledig verslag van de versie van de zorgverlener beschikt.

Ook in het Comité zullen de rechten van de verdediging integraal worden nageleefd. Deze instantie wordt voorgezeten door een magistraat van de rechterlijke orde, raadsheer bij het Hof van Beroep, die de Kamer van inbeschuldigingstelling voorziet en die dus bijzonder bekwaam is inzake rechten van de verdediging en garant staat voor de naleving ervan.

De beslissing van het Comité moet worden gemotiveerd overeenkomstig de wet betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen. De rechtelijke en feitelijke argumenten, die de beslissing motiveren, moeten dus worden vermeld.

Vervolgens kan opschortend beroep worden ingesteld voor de Kamer van Beroep. Deze Kamer is een administratieve rechtbank, met alle kenmerken van onafhankelijkheid en onpartijdigheid van de gewone rechtbanken.

Tot slot kan tegen de beslissing van deze Kamer van Beroep voor de Raad van State administratief cassatieberoep worden ingesteld.

Al deze garanties tonen dus aan dat de vrees, dat de rechten van de verdediging niet worden nageleefd, ongegrond is.

2. Niets in de nieuwe wet verbiedt de Dienst of het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle om het advies van wetenschappelijke of professionele organen in te winnen, teneinde een correct oordeel te kunnen vellen over eventuele overbodige voorschriften of overconsumptie. Zoals reeds eerder is opgemerkt, heeft de zorgverlener krachtens de wet Franchimont zelf het recht om bijkomende onderzoeksdaden te vragen. Wanneer de zorgverlener vraagt dat een instantie, die volgens hem uiterst bekwaam is, wordt geraadpleegd, maakt hij gebruik van dit recht en een eventuele weigering zal moeten worden gemotiveerd, zoals hierboven is vermeld.

3. De procedure die u bekritiseert, is gewijzigd in de zin die u aanbeveelt. De Nationale raad voor kwaliteitspromotie beschikt over 6 maanden om zich uit te spreken over de indicatoren, die door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle worden voorgesteld. Na zes maanden, worden de indicatoren van de Dienst geacht te zijn goedgekeurd voor een jaar. Na deze periode, tijdens welke de geldigheid van de indicator op het terrein wordt getest, wordt verslag uitgebracht aan de Nationale raad voor kwaliteitspromotie. De indicator wordt dan definitief goedgekeurd, tenzij 75% van de leden die de

universiteiten, de geneeskundige wetenschappelijke verenigingen, de erkende algemeen geneeskundigen en de geneesheren specialisten vertegenwoordigen, hem verwerpt.

4. De aanbevelingen en de indicatoren zullen geen terugwerkende kracht hebben om tegenstelbaar te zijn aan de zorgverleners, zullen ze vooraf moeten worden gepubliceerd krachtens de door de Koning vastgestelde bepalingen.

5. Alle beslissingen van het Comité en van de Kamers van beroep in verband met de controle van de realiteit, de conformiteit, het te veel voorschrijven of de overconsumptie van geneeskundige verstrekkingen, moeten voortaan anoniem worden gepubliceerd op de Internetsite van het RIZIV. De rechtspraak zal dus voor iedereen toegankelijk zijn.

Bovendien is hierboven gezegd wie de auditeurs zijn, die door het Comité zijn aangewezen, welke hun opdracht is en hoe ze zal worden uitgevoerd. De zorgverlener zal zich dus in alle vrijheid kunnen verantwoorden zonder te worden tegengesproken en zonder dat een inspecteur of een ambtenaar van de Dienst daarbij aanwezig is.

6. De zorgverlener die niet verleende verstrekkingen aanreket, moet die natuurlijk terugbetalen. Als men het bij die ene maatregel zou houden, zou de zorgverlener natuurlijk ertoe worden aangezet om het opnieuw te doen. Het is dus gerechtvaardigd hem te straffen, niet alleen om recidive te voorkomen maar ook om hem te straffen omdat hij de goede werking van de verzekering voor geneeskundige verzorging heeft verstoord.

De boete in dergelijk geval ligt tussen 50 en 200 % van de waarde van de verstrekkingen. De boete is evenwel niet verplicht. Het Comité kan ze al of niet opleggen of opschorten.

Dezelfde regels gelden voor de niet conforme verstrekkingen, met dit verschil dat de boete in dit geval tussen 1 % en 150 % ligt.

Voor de feiten van overconsumptie ligt de boete, die eventueel ook kan worden opgeschort, tussen 1.000 en 5.000 € zonder terugvordering van het onverschuldigde bedrag. In ernstige gevallen van overconsumptie en aanzienlijke schade voor de verzekering, zal het Comité evenwel kunnen beslissen om herstel ervan te vragen voor de gewone rechtbanken op basis van het artikel 1382 van het burgerlijk wetboek. In dezelfde zin, indien de betwiste feiten duidelijk frauduleus zijn, zou bij de strafrechtbank een klacht met burgerlijke partijstelling kunnen worden neergelegd teneinde schadeherstel te bekomen.

Frank Vandenbroucke

WETENSCHAPPELIJKE VERGADERINGEN

Belgian Professional Union of Specialists in Pathology
Symposium Ethics and Economy
QUALITY ASSURANCE AND LEGISLATION IN PATHOLOGY LABORATORIES
Saturday, April 26th 2003
Auditorium Institut Parnasse, Avenue Mounier 84, site UCL 1200 Brussels

Programme :

- 9.00 a.m. Introduction
 - 9.15 a.m. Implementation of the existing regulation of Quality Assurance in Europe
 - 10.00 a.m. Eléments pour établir un référentiel dans un centre d'Anatomie Pathologique
 - 10.45 a.m. Coffee break
 - 11.15 a.m. Quality accreditation in different disciplines : lessons to learn and problems to avoid.
 - 11.45 a.m. Quality assurance in a Belgian Pathology laboratory : personal experience
 - 12.45 p.m. Demonstration of tests used by AFAQAP for quality improvement
 - 12.40 p.m. Round table and concluding remarks
-

« *First European Summer Course on Vascular Lymphatic Diseases* »

*From the Saturday 26th of July (at 08.00 am)
to the Saturday 3rd of August 2003 (at 6.00 pm),
in Brussels (Belgium)*

Organized By the « European School (or Academy) of Lymphology (EAL or ESL)»
Opened to Physicians (vascular surgeons, angiologists,...) and other specialists (physical therapists, nurses, health care professionals...), either interested in lymphology, or for whose the practice includes lymphology

For the program of the Course and for further informations and/or registration, contact local organizing committee and secretariat:

Dr Pierre BOURGEOIS : E-mail : pierre.bourgeois@bordet.be, Fax : 32-2-5413224 or 32-2-4101636

Mr Jean-Pol BELGRADO : E-mail : belgrado@ulb.ac.be

AANKONDIGINGEN

- 03015 **POLYVALENTE RADIOLOOG** verzorgt uw vervanging in BRU, VL. BRAB., O. VL. en ANTW. Tel. : 0486/06.59.73
- 03018 **ANTWERPEN** : Medisch kabinet 80 m² voor arts-specialist met telefonie – receptie in Antwerp Medical Building, Karel Oomsstraat 44, 2018 Antwerpen. Te bevragen 03/237.35.72.
- 03020 **ZOEK** : occasie EMG type SAPPHIRE of aanverwante (draagbar). Dr G. Ghyselen tel. /fax : 09/348.11.12.
- 03022 **FRANCE** (Bretagne – Bord de mer) : Groupe **PÉDIATRIQUE** recherche 5° associé(e). Cabinet centre-ville, informatisé, astreinte 1 jour/5 dans maternité niveau 2 neuve. Unité de néonatalogie 6 lits (possibilité d'échographie). Ecrire au bureau du journal.
- 03023 **BRUGGE** : Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Noord-West-Vlaanderen zoekt voor snelle indiensttreding **PSYCHIATER** voor doelgroep volwassenen, sociaal psychiatrische en psychotherapeutische setting halftijds. Brief en CV richten aan : Philip Marroyen, directeur-coördinator, Langestraat 113, 8000 Brugge. Tel. 050/342424
-

Inhoudstafel

• Waarom moet de specialist het terrein verlaten?	1
• De toegang tot de moderne gezondheidszorg	2
• Over de politieke voorstellen van de PS	3
• Het monopolie van de " globale zorg " ?	5
• Ondersteuning en structurering van de eerste lijn	8
• Persmededeling BECEP 25/02/2003	9
• Individuele responsabilisering	10
• Wetenschappelijke vergaderingen	11
• Aankondigingen	12