ZORGWIJZER

29 Magazine | Juli 2012

Speciale editie

"Wie heeft oog voor de arts?"

zorgnet VLAANDEREN

06 **Acute zorg onder druk**
12 **Dr. Elke Haest: "Ik hou dit vijf jaar vol"**
21 **Dr. Rudy Faelens: "Ik weet hoe ik behandeld wil worden als ik oud ben"**

Zorgwijzer verschijnt acht keer per jaar | Jg. 4 nr. 29 | ISSN 2034 - 211x | Zorgnet Vlaanderen, Guimardstraat 1, 1040 Brussel | Afgiftekantoor Antwerpen X Mass Post | P 902010

Inhoud 29

colofon

Zorgwijzer is het magazine
van Zorgnet Vlaanderen.
Zorgwijzer verschijnt acht keer per jaar.
ISSN 2034 - 211 x

Redactie: Commad

Interne coördinatie:
Lieve Dhaene, Catherine Zenner

Werkten mee aan dit nummer:
Filip Decruynaere, Lieve Dhaene,
Wim Verdoodt

Vormgeving: www.dotplus.be

Fotografie: Peter De Schryver,
Patrick Holderbeke, Jan Locus

© Zorgnet Vlaanderen
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

Zorgnet Vlaanderen – tel. 02-511 80 08.
www.zorgnetvlaanderen.be
Het volgende nummer van Zorgwijzer
verschijnt in de week van 24 september 2012.

Wenst u Zorgwijzer toegestuurd te krijgen of een adreswijziging door te geven, contacteer dan Chris Teugels, ct@zorgnetvlaanderen.be.

Voor advertenties in Zorgwijzer, contacteer Els De Smedt, tel. 09-363 02 44, eds@zorgnetvlaanderen.be.

03 Editoriaal
04 Korte berichten
06 Acute zorg onder druk
08 Hoeveel kost een zorgprestatie?
10 Dr. Philippe Duyck: “Wie heeft oog voor de arts?”
12 Dr. Elke Haest: “Ik hou dit vijf jaar vol”
14 Lieven Vermeulen: “Waar vinden we nog een geriater?”
16 Prof.dr. Wiebren Tjalma: “Ik werk niet, ik ben met mijn vak bezig”
18 Dr. Geert Dom: “De psychiatrie moet op een positieve manier naar buiten komen”
21 Dr. Rudy Faelens: “Ik weet hoe ik behandeld wil worden als ik oud ben”
24 Dr. Ward Heggermont: “Een gezond evenwicht is ook voor artsen in opleiding belangrijk”
26 Senator dr. Louis Ide schrijft nieuwe ‘Lof der gezondheid’
27 Actie in Brussel: hervormingen ggz gaan door
28 Prof. dr. Johan Menten: “Er is nog veel onwetendheid rond het levenseinde”

editoriaal

Evoluties in het artsenkorps

Artsen vormen een hoeksteen van onze gezondheidszorg. Ontwikkelingen in het artsenkorps, op welk terrein dan ook, hebben onvermijdelijk een grote invloed op de gezondheidszorg en bij uitbreiding op ons hele maatschappelijk bestel. Positieve en minder positieve gevolgen van deze evoluties moeten we in kaart brengen, zodat we waar nodig kunnen bijsturen op beleidsniveau. Er alleen maar naar kijken en niets ondernemen zou op termijn weleens op schuldig verzuim kunnen uitdraaien.

In 2011 deed Zorgnet Vlaanderen in de Vlaamse ziekenhuizen een enquête over knelpuntspecialismen. Meer dan 90% van de respondenten gaf aan dat het de laatste jaren moeilijker geworden is om artsen te rekruteren. De moeilijkst in te vullen vacatures zijn die voor geriaters en spoedartsen. Het artsenberoep is grondig aan het veranderen: het vergrijst en vervrouwelijkt. In de leeftijdsgroep 30-34 jaar bijvoorbeeld, is 60% van alle specialisten vrouwelijk.

Peter Degadt

Jonge artsen kijken heel anders tegen hun loopbaan aan dan hun oudere collega's. Jonge artsen kiezen er bewust voor om naast hun beroepsleven ook een volwaardig gezins- en sociaal leven op te bouwen. Je kan ze geen ongelijk geven. Maar die ontwikkeling blijft niet zonder gevolgen. Ziekenhuizen moeten zich anders organiseren, met meer oog voor de terechte vragen van artsen op het gebied van een sterk HR-beleid. De vervrouwelijking van het artsenberoep versterkt die tendens nog in grote mate. Hoewel artsen doorgaans nog heel veel uren kloppen, heeft het deeltijds werken de afgelopen jaren zijn intrede gedaan.

Dat artsen kiezen voor meer levenskwaliteit voor zichzelf, is niet meer dan terecht. Hoe sterk hun engagement ook, niemand is gebaat bij dokters die tot tachtig uur per week werken en naast hun job geen leven meer hebben. Niet de patiënt, en zeker ook niet de arts zelf. Meer comfort, meer tijd voor zichzelf, minder stress: het zijn begrijpelijke keuzes.

Maar waarom zou je als geneesheer-specialist eigenlijk nog kiezen voor het ziekenhuis? Is het niet veel comfortabeler om een privékliniek op te richten? Geen wachtdiensten meer. Geen avond- en weekendwerk meer. Geen onverwachte oproepen meer vanuit de spoedgevallendienst. Geen patiënten met een hoog risico meer. Geen afdrachten meer aan het ziekenhuis. Geen vergaderingen, geen multidisciplinair overleg. Meer en meer artsen kiezen effectief voor dit scenario.

Voor de gezondheidszorg blijft dit niet zonder gevolgen. Als minder artsen in het ziekenhuis werken, dan komt de acute, dringende, risicovolle, multidisciplinaire medische zorg in het gedrang. Vandaag al hebben sommige ziekenhuizen de grootste moeite om bepaalde specialismen 24 uur op 24 stand-by te hebben voor spoedgevallen.

Evoluties kan je niet tegenhouden. Maar we mogen als samenleving niet blind zijn voor de gevolgen. Begeleidende maatregelen dringen zich op. Artsen werken keihard. Ze zijn onmisbaar, ze zijn hooggeschoold en ze dragen een enorme verantwoordelijkheid. Ze hebben dan ook recht op goede arbeidsomstandigheden, een mooi inkomen en een gezonde work-life balance. Maar ook de patiënt heeft rechten, waaronder het recht op acute zorg, 24 uur op 24, in een veilige, multidisciplinaire context waar ook de meest complexe en risicovolle ingrepen in optimale omstandigheden kunnen plaatsvinden. Daarom moet werken in een ziekenhuis aantrekkelijker gemaakt worden. De extra afdrachten die artsen betalen aan een ziekenhuis moeten worden afgeschaft, en de kosten moeten op een andere manier geregeld worden. Ook beschikt de ziekenhuisorganisatie over waardevolle troeven om een heus HR-beleid voor artsen op te zetten. Om zowel aan de noden van patiënten als aan die van de artsen tegemoet te komen, zullen alle partijen, inclusief de overheden en de zorgvoorzieningen, inspanningen moeten doen. Het debat is geopend.

Peter Degadt
Gedelegeerd bestuurder

Vormingssessies RIZIV-financiering

In het najaar van 2012 organiseert Zorgnet Vlaanderen een geactualiseerde vormingssessie RIZIV-financiering voor de residentiële ouderenzorg. De cursusdag wordt vier maal herhaald, telkens in een andere provincie.

De RIZIV- tegemoetkoming, die per bewoner kan gefactureerd worden aan de mutualiteiten, bepaalt gemiddeld 41% van de omzet van een woonzorgcentrum. Deze belangrijke bron van inkomsten vergoedt hoofdzakelijk de kost van het zorgpersoneel. Voor woonzorgcentra en centra voor dagverzorging is het noodzakelijk om de financieringsprincipes te begrijpen en goed op te volgen.

Deze vormingsdagen richten zich tot directies en administratieve medewerkers van woonzorgcentra en centra voor dagverzorging aangesloten bij Zorgnet Vlaanderen. Naast de RIZIV-financieringsprincipes komt de financiering via de sociale akkoorden (derde luik en eindeloopbaan) aan bod. Er zal ook worden stilgestaan bij nieuwe beleidsmaatregelen rond dementie zoals de financiering van de referentiepersoon dementie en de nieuwe categorie voor gediagnosticeerd dementerende bewoners.

De theorie wordt toegepast op de praktijk aan de hand van het rekenmodel van Zorgnet Vlaanderen. Dit rekenmodel is een handige tool die voorzieningen in staat stelt op ieder moment RIZIV-simulaties te maken.

Naar aanleiding van deze vormingssessies zal ook het handboek RIZIV-financiering van Zorgnet Vlaanderen in een geactualiseerde versie verschijnen.

De vormingssessies gaan door op de volgende dagen:
- 28 september in Leuven
- 2 oktober in Antwerpen
- 5 oktober in Gent
- 9 oktober in Torhout

Meer informatie op www.zorgnetvlaanderen.be, rubriek onze opleidingen.

VORMINGSINITIATIEVEN

GPS 2021
Nieuwe navigatie voor ouderenzorg

Ook in het werkjaar 2012-2013 plant Zorgnet Vlaanderen diverse ondersteuningsinitiatieven voor bestuurders en directies van woonzorgcentra.

De succesvolle masterclasses voor nieuwe bestuurders en voor nieuwe directies zullen in het voorjaar van 2013 opnieuw worden aangeboden. Ook een terugkomdag voor de cursisten van dit jaar staat op het programma.

Daarnaast wordt een bijkomende masterclass aangeboden aan al doorwinterde bestuurders die zich willen onderdompelen in actuele thema's.

De academies en conferenties zullen worden opgebouwd rond een reeks nieuwe onderwerpen: kwaliteitszorg, samenwerkingsmodellen, architectuur en financieringswijzen voor (ver-)nieuwbouw van woonzorgcentra, veiligheid in de woonzorg en de toegevoegde waarde van een dynamisch communicatiebeleid.

Met dit aanbod hoopt Zorgnet Vlaanderen in te spelen op de diverse noden van de directies en de bestuurders en hen bij te staan bij de vele uitdagingen die zich aandienen.

Heb je zelf suggesties voor bijkomende ondersteunings- of vormingsinitiatieven? Meld ze ons op bvdh@zorgnetvlaanderen.be

Vanaf eind augustus zal het gedetailleerd programma van de GPS 2021 vormingsinitiatieven beschikbaar zijn op www.zorgnetvlaanderen.be

Gezocht: jonge enthousiaste ziekenhuisartsen M/V

Om samen met Zorgnet Vlaanderen na te denken over:
- Hoe kunnen we de zorg voor ernstig zieke patiënten nog verbeteren?
- Hoe kunnen we het beroep van ziekenhuisarts nog aantrekkelijker maken?
- Hoe kunnen we de (hoge) verwachtingen van de patiënt combineren met een goed gezinsleven?
- Hoe kunnen we samen bouwen aan de ziekenhuiszorg van morgen?

Bent je minder dan 5 jaar actief als ziekenhuisarts of ben je geneesheer -specialist in opleiding?

Kom dan naar onze bijeenkomst op woensdag 17 oktober 2012 van 19 tot 21u in het Holiday Inn Express, Akkerhage 2, Gent (vlakbij E-17)

Tijdens een gezellig etentje lichten we de doelstellingen van deze werkgroep verder toe, die nadien ideeën en informatie zal uitwisselen via een elektronisch communicatieplatform.

Meer informatie bij dr. Johan Pauwels, jp@zorgnetvlaanderen.be, tel. 02 501 01 73.

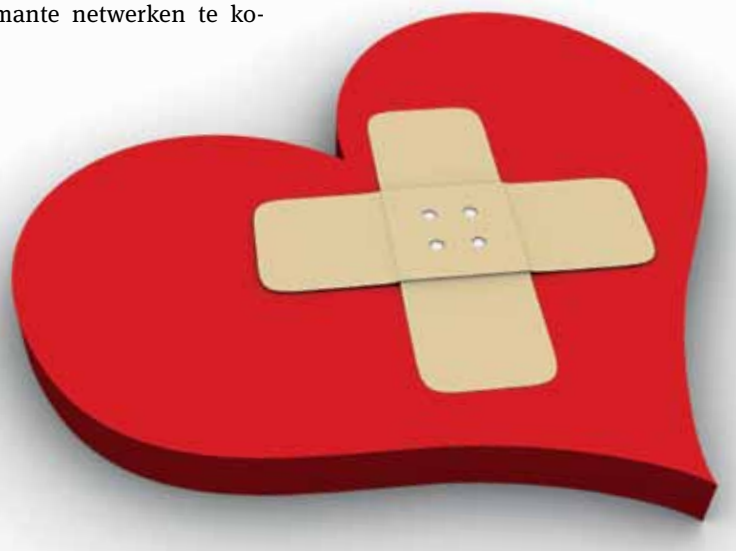
Inschrijven kan via een eenvoudig mailtje aan Anita Scheers, as@zorgentvlaanderen.be

Zorgprogramma cardiologie aangepast aan nieuwe wetenschappelijke richtlijnen

Voor de behandeling van een acuut hartinfarct wordt er in het merendeel van de gevallen best onmiddellijk een hartkatherisatie uitgevoerd. Dat stellen de Europese medische parktijkaanbevelingen. Hoe meer tijd er verloren gaat, hoe lager de overlevingskans van de patiënt. Het is dus belangrijk dat voldoende ziekenhuizen deze behandelmogelijkheid de klok rond, en 7 dagen op 7, kunnen aanbieden. Tot nu toe moesten veel patiënten en hun cardiologen zich dagdagelijks verplaatsen naar een ander ziekenhuis voor een hartkatherisatie.

Dankzij de nieuwe normen cardiologie die minister Onkelinx recent publiceerde, zullen meer ziekenhuizen deze zorg in de toekomst kunnen aanbieden. Interventiecardiologen mogen nu katherisaties uitvoeren in het ziekenhuis waaraan ze verbonden zijn, mits ze voldoende ervaring hebben en behouden (100 interventies per jaar) en dit tot goede resultaten leidt. Het zal dus niet mogelijk zijn in alle ziekenhuizen, maar enkel in ziekenhuizen die over een equipe van minstens 3 ervaren interventiecardiologen beschikken die instaan voor de continuïteit van de zorg.

Hiermee wordt het unaniem goedgekeurde advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen gevolgd. De minister volgt ook de aanbeveling om tot performante netwerken te komen die het dringende ziekenvervoer efficiënter moeten maken waardoor veel tijdswinst kan worden geboekt. Hiermee is de basis gelegd voor een echt netwerkmodel van zorg, waarin de patiënt steeds meer centraal komt te staan en de zorgaanbieders zich zo organiseren dat ze samen optimale zorg kunnen bieden.



Patiënt dreigt in de kou te blijven staan

De acute medische zorgverlening in de ziekenhuizen staat onder druk. Meer en meer artsen kiezen voor het comfort van een privékliniek en onttrekken zich aan wachtdiensten en avond- en weekendwerk. “Er zijn dringend maatregelen nodig”, zegt dr. Johan Pauwels van Zorgnet Vlaanderen. “Anders dreigt de patiënt de dupe te worden.”

Dr. Johan Pauwels: “In een aantal grootsteden is het vandaag al bijzonder moeilijk om ’s nachts een oogarts op de dienst spoedgevallen te krijgen. Dat wordt niet graag met zoveel woorden toegegeven, maar het is wel zo.”

acute zorg

Dr. Johan Pauwels: Er zijn drie categorieën medisch specialisten: zij die 100% aan een ziekenhuis verbonden zijn, zij die naast hun werk in het ziekenhuis ook een privépraktijk hebben en zij die enkel en alleen een privépraktijk hebben. Die laatste groep artsen behandelt geen acute pathologie. Vaak zien we hier zelfs het fenomeen van *cherry-picking*, waarbij alleen laagrisicopatiënten uit de gegoede klasse worden behandeld, en dat uitsluitend tijdens de kantooruren. Dat klinkt natuurlijk bijzonder aantrekkelijk voor de artsen: geen risico’s, geen avondwerk, geen weekendwerk. Het hoeft dan ook niet te verbazen dat meer en meer medisch specialisten hiervoor kiezen, denken we bijvoorbeeld aan een aantal kinderartsen. Artsen die wel nog acute zorg verlenen in het ziekenhuis voelen de werkdruk dan ook stijgen. En die evolutie zou in de volgende jaren weleens gevaarlijke proporties kunnen aannemen.

Loopt het echt zo’n vaart? Moeten we ons zorgen maken?

In een aantal grootsteden is het vandaag al bijzonder moeilijk om ’s nachts een oogarts op de dienst spoedgevallen te krijgen. Dat wordt niet graag met zoveel woorden toegegeven, maar het is wel zo. Ook dermatologen zijn dikwijls moeilijk te vinden. Het kan snel kantelen als we geen maatregelen nemen.

Waarom laat men de oogartsen met een privépraktijk geen wachtsysteem uitbouwen, zoals bv. de huisartsen?

Omdat het probleem vooral bij de polytraumata en de multi-morbiditeit precair is. Als er bijvoorbeeld een zwaar ongeval gebeurt, waarbij een patiënt gewond is aan de milt, het rechterbeen en het oog, dan moeten die specialismen in het ziekenhuis aanwezig zijn. Je hebt de artsen nodig op één plaats, zodat ze samen het leven kunnen redden van de patiënt. In de Verenigde Staten werken de orthopedisten nu al voor een groot deel buiten het ziekenhuis. Op de spoedgevallendiensten verhogen de wachttijden. Het perverse is dat door de verschuiving naar de privéklinieken van de zorg voor gegoede patiënten met een laag risico, de ziekenhuizen achterblijven met minder artsen en minder verpleegkundig personeel voor steeds zwaardere pathologieën met hoge risico’s en voor avond- en weekendwerk. Die situatie is niet houdbaar en we moeten daarom dergelijk Amerikaans scenario tijdig voorkomen. Om het cru te stellen: op den duur zou je als arts gek moeten zijn om nog in een ziekenhuis te werken.

Met de vergrijzing wordt vooral gepraat over de toename van de chronische zorg. Maar die chronische zorg gaat altijd gepaard met acute fasen. Bovendien heeft het merendeel van deze patiënten niet één maar meerdere chronische aandoeningen, die een multidisciplinaire aanpak vereisen. De Oeso stelt dat meer dan 50% van de Europese ziekenhuispopulatie meerdere chronische aandoeningen heeft en dat dit percentage in de toekomst nog fors zal stijgen. Klinische paden en geïntegreerde behandelingen zijn alleen mogelijk als artsen samenwerken rond de patiënt. Straks dreigen we te evolueren naar een situatie waarbij de patiënt op dag 1 in privékliniek A langs moet, op dag 3 in privékliniek C en op dag 20 in privekliniek C. Dat zou een enorme stap achteruit zijn. Momenteel beschikken de erkende ziekenhuizen over de mogelijkheid om geïntegreerde, multidisciplinaire zorg aan te bieden. We moeten opletten dat zij niet opnieuw vervangen worden door monodisciplinaire entiteiten die enkel oog hebben voor één orgaan en niet voor de gehele patiënt. Dan is er niemand die de specialistische zorg op elkaar kan afstemmen, dreigen de multidisciplinaire consulten af te brokkelen en is de kwaliteit en veiligheid van patiënten bij een ongebreidelde expansie van privékliniekjes niet meer te toetsen.

Op het eerste gezicht is het verschuiven van de gemakkelijkste pathologie naar privéklinieken efficiëntiewinst. Maar alle pathologie die overblijft, wordt daardoor wel heel erg “inefficiënt”. De zogezegde efficiëntiewinst van de privéklinieken komt alleen die artsen en een deel van de patiënten ten goede en is bijna steeds te wijten aan het werken met te weinig en te laag geschoold personeel. Verschillende buitenlandse studies toonden dat aan. Patiënten met een zware pathologie en mensen die ’s avonds of in het weekend dringende medische hulp nodig hebben, dreigen in de kou te blijven staan. Laat dit nu juist de patiënten zijn die “minder efficiënt” kunnen verzorgd worden: omdat ze multimorbiditeit hebben, omdat ze gehandicapt zijn, omdat ze een ernstig probleem hadden buiten de kantooruren, omdat ze de taal niet verstaan, omdat ze minder gegoed zijn, omdat ze geen sociaal netwerk hebben.

Zijn er ook financiële implicaties?

Ook hier hetzelfde verhaal: op het eerste gezicht lijkt het wel of de privéklinieken goedkoper kunnen werken dan de erkende ziekenhuizen. Niets is minder waar. Uit onderzoek blijkt dat er in de praktijk twee situaties voorkomen: ofwel is een privékliniek veel duurder en biedt ze soms ook een hogere kwaliteit, ofwel is de privékliniek even duur maar biedt ze een beduidend lagere kwaliteit van zorg. Zo toonde een Amerikaanse studie (die twee derde van alle Amerikaanse ziekenhuizen onderzocht) aan dat de kans op overlijden voor hartaandoeningen 30% hoger lag in de commerciële versus de non-profit ziekenhuizen.

Het is ook logisch dat privéklinieken duurder zijn. Zij moeten immers hun aandeelhouders tevreden stellen én belastingen betalen. Erkende algemene ziekenhuizen hebben geen aandeelhouders en worden ook niet belast. Deze ziekenhuizen investeren eventuele winst in vernieuwing van materiaal, bijkomend personeel en vernieuwing van infrastructuur om de zorg up to date te houden.

Financieel dreigen de erkende ziekenhuizen wel de dupe te worden van de evolutie die bezig is, omdat de gemiddelde pathologie er zwaarder wordt en omdat de extra tijdrovende en minder gegoede patiënten niet in de privéklinieken terechtkunnen.

Wat moet er gebeuren om het tij te keren?

De sleutel voor een oplossing ligt bij de federale overheid. Vier maatregelen dringen zich op. Ten eerste zou men de toekenning van een RIZIV-nummer of de accreditering kunnen koppelen aan de deelname van een arts aan de acute zorgverlening en aan deelname van de ziekenhuiswachtdienst. Het zou logisch zijn dat de solidaire ziekteverzekering van de medisch specialisten eist dat ze helpen bij acute medische zorg. Zij mogen zich niet onttrekken aan de continuïteit van zorgverlening in de tweede of derde lijn.

Ten tweede moeten ook aan privéklinieken strenge kwaliteitsvoorwaarden en veiligheidsnormen opgelegd worden. Dat die normen er iets anders uitzien dan in een erkend ziekenhuis, tot daar aan toe, maar er moet wel op toegezien worden dat de normen nageleefd worden. Dat is vandaag niet het geval. Er zijn ongetwijfeld privéklinieken die in orde zijn, maar er zijn er ook die sterk te wensen overlaten. En als er zich dan problemen voordoen, dan zijn het alweer de erkende ziekenhuizen en hun artsen die ervoor mogen opdraaien. Denk aan de PIP-borstimplantaten: toen de problemen begonnen ging menige privékliniek plotsklaps failliet en mochten ziekenhuisartsen de kastanjes uit het vuur halen. Allemaal op kosten van het RIZIV bovendien. Het doet denken aan de bankencrisis: zolang er winsten te rapen zijn, gaan die naar de aandeelhouders; zodra er een probleem is, worden de kosten afgeschoven op de maatschappij. Dat is ethisch onaanvaardbaar.

Vandaar, ten derde, dat privéklinieken verplicht moeten worden om sluitende overeenkomsten te maken met een nabijgelegen erkend ziekenhuis over de continuïteit van de zorg. Als er iets foutloopt in een privékliniek, dan moet een erkend ziekenhuis kunnen klaarstaan om soelaas te bieden. Dit zal uiteraard niet gratis zijn. Afspraken hierover moeten vooraf gemaakt worden. Ook alle data moeten overdraagbaar zijn, zodat bij een recall alle patiënten gemakkelijk op te sporen zijn. Denk opnieuw aan het voorbeeld van de PIP-implantaten.

Ten vierde moeten de privéklinieken zich ook financieel indekken met goede verzekeringen die instaan voor eventuele nazorgkosten tot minstens tien jaar na de feiten. Het kan niet dat het RIZIV telkens opnieuw moet tussenkomen als het misloopt in een privékliniek voor ingrepen die het RIZIV bewust weigerde terug te betalen omdat de meerwaarde voor de gezondheid van die patiënt er niet was. Dat ondergraaft het systeem en daarvoor is de ziekteverzekering ook helemaal niet bedoeld.

Binnenkort publiceert Zorgnet Vlaanderen een uitgebreid dossier over de commerciële ziekenhuizen. De publicatie zal vanaf begin augustus 2012 beschikbaar zijn op www.zorgnetvlaanderen.be

Irina Cleemput van het Kenniscentrum: "Tarieven worden in de Medicomut doorgaans vastgelegd als resultaat van een onderhandeling met argumenten voor en tegen. Allicht zijn die tarieven niet altijd gebaseerd op de werkelijke kostprijsberekening. Dat zal voortaan wel kunnen, al zal natuurlijk ook altijd het overleg een rol blijven spelen."

studie

Hoeveel kost een zorgprestatie echt?

De prijs van een zorgprestatie wordt meestal door beleidsmakers bepaald. Maar zij beschikken niet altijd over objectieve elementen. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) maakte daarom een handleiding voor de bepaling van de prijzen van ziekenhuisinterventies op basis van de reële kosten.

De handleiding beschrijft de berekeningsmethoden en geeft prijzen per tijdseenheid voor een verpleegkundige of een specialist, maar ook die van een spoedopname of van het gebruik van het operatiekwartier. Met deze handleiding kan men sneller antwoorden op de vragen van de beleidsmakers en komt er meer samenhang tussen alle studies over dit onderwerp.

Er bestaat vandaag immers een overvloed aan cijfermateriaal over ziekenhuiskosten. Toch is het niet altijd eenvoudig om de reële kost van een bepaalde dienst te berekenen. De boekhoudkundige cijfers van de ziekenhuizen zijn vaak te algemeen, moeilijk onderling te vergelijken en te laat beschikbaar. De handleiding van het KCE beantwoordt dus aan een reële behoefte. Voor de eerste keer wordt er informatie over kosten samengebracht, die voordien confidentieel of zelfs onvindbaar was.

De kost van ziekenhuispersoneel

De ziekenhuisboekhoudingen maken geen onderscheid tussen de kosten van medewerkers met gelijkaardige titels, maar met niettemin uiteenlopende activiteiten en competenties. Het KCE wendde zich daarom tot het Instituut voor Functieclassificatie (IF-IC), dat de kost van het ziekenhuispersoneel onderzocht en berekende op basis van een enquête, en indeelde in groepen van gelijkaardige functies. Zo bedraagt bijvoorbeeld de uurkost van een verpleegkundige in een gipszaal 40,69 euro.

De kost van artsen

De ziekenhuisrekeningen over de kost van artsen zijn evenmin duidelijk. Het KCE vroeg daarom de consultants van Deloitte om een geanonimiseerd onderzoek bij de ziekenhuizen uit te voeren, om zo de gemiddelde kost van een halve werkdag voor elk specialisme te bepalen. Uiteindelijk namen 13 ziekenhuizen met een totaal van 1.511 artsen deel aan de bevraging, voldoende om een betrouwbare schatting te kunnen maken.

Het blijkt dat ziekenhuisartsen gemiddeld 460 euro honorarium ontvangen voor een halve werkdag, na aftrek van de bedragen die zij afstaan aan het ziekenhuis voor kosten m.b.t. hun prestaties. De inkomens variëren wel heel sterk naargelang specialisme en ziekenhuis.

De kost van ondersteunende diensten en algemene onkosten

De kosten van de ondersteunende diensten, zoals het operatiekwartier en de centrale sterilisatie, werden berekend op basis van de boekhoudkundige gegevens die de ziekenhuizen aan de FOD Volksgezondheid bezorgden. Daarnaast zijn er nog de algemene kosten (verwarming, onderhoud, restaurant, administratie…) die 56,6% van de directe kosten, zonder de artsenkosten, vertegenwoordigen.

De ziekenhuiskosten evolueren voortdurend, en niet alleen door indexverhogingen. Het KCE wil de handleiding daarom regelmatig herzien. Het KCE hoopt dat in de toekomst meer ziekenhuizen zullen meewerken aan de onderzoeken.

U vindt het volledige rapport op https://kce.fgov.be/nl.

“Cijfermateriaal kan overleg in Medicomut voeden”

Eén van de auteurs van de handleiding van het KCE is Irina Cleemput. “Hoewel de handleiding nu voor het eerst werd opgemaakt, bevat ze geen al te grote verrassingen”, aldus Irina Cleemput. “Het meest opvallend is misschien nog dat de algemene kosten meer dan 50% van de kostprijs bedragen. Maar dat is in andere landen ook het geval. De grote verschillen in kostprijs tussen de verschillende artsendiscplines waren al bekend. Het is wel de eerste keer dat hierover uitgebreid cijfermateriaal gepubliceerd wordt.”

“Dat relatief weinig ziekenhuizen hebben meegewerkt, heeft vooral te maken met de uitgebreide vragenlijst en de beperkte tijd om ze in te vullen”, vermoedt Irina Cleemput. “Veel ziekenhuizen hebben daarop afgehaakt, maar misschien doen ze een volgende keer wel mee. Misschien was er ook wat terughoudendheid om informatie over kostprijzen te delen, alhoewel we eigenlijk geen negatieve reacties hebben gehad. Ook het grootste artsensyndicaat had opgeroepen om deel te nemen aan onze enquête.”

“Met de handleiding maken we een standaardisering van de kostprijsberekening mogelijk. We hebben hiertoe met het KCE zelf het initiatief genomen, omdat we geregeld gevraagd worden om een kostprijsberekening te maken en we hiervoor telkens op dezelfde vragen botsen. Maar natuurlijk kunnen ook andere instanties gebruik maken van dit nieuwe instrument. Ik denk in de eerste plaats aan de Medicomut. Tarieven worden in de Medicomut doorgaans vastgelegd als resultaat van een onderhandeling met argumenten voor en tegen. Allicht zijn die tarieven niet altijd gebaseerd op de werkelijke kostprijsberekening. Dat zal voortaan wel kunnen, al zal natuurlijk ook altijd het overleg een rol blijven spelen. Maar hoe meer concrete cijfergegevens beschikbaar zijn, hoe objectiever dat overleg kan lopen. Daarom zullen we met het Kenniscentrum regelmatig een update maken, zodat de gegevens te allen tijde actueel blijven”, aldus nog Irina Cleemput.

“Goed voor openheid en maatschappelijk debat”

Dr. Johan Pauwels van Zorgnet Vlaanderen is positief over de handleiding van het Kenniscentrum. “De oefening van het Kenniscentrum is heel interessant”, aldus Johan Pauwels. “We hebben immers een basis nodig om kosten te vergelijken. Ons zorgsysteem is immers volledig gebaseerd op *activity based costing*. Dan is het maar niet meer dan logisch dat men ook tracht de kostprijs van die activiteiten te objectiveren. Ik hoop dat de overheid hiermee nu ook iets doet. En dat men eens niet alleen naar de winsten kijkt, maar ook oog heeft voor de onderfinanciering.”

“Inhoudelijk bevat de studie geen grote verrassingen. De resultaten bevestigen in grote lijnen wat we al langer wisten. Er zijn grote verschillen in kosten tussen ziekenhuizen en in inkomens tussen de artsenspecialismen. Die verschillen zijn vaak niet gebaseerd op een verschil in inspanningen of risico’s. Inzake de inkomsten van artsen geeft deze studie een wat vertekend beeld van de situatie, want de inkomsten van artsen uit privépraktijken zijn hierin niet opgenomen en ook hier zitten verschillen. Cardiologen, pneumologen,… kunnen bijvoorbeeld veel doen in een privépraktijk, terwijl dat voor anesthesisten, intensivisten, spoedartsen,… niet het geval is. Ondanks de grote inkomensverschillen zijn er gelukkig nog voldoende artsen die uit idealisme kiezen voor een bepaalde discipline, goed wetend dat ze meer uren zullen moeten werken, met hogere risico’s en met minder inkomen. Al zal het ook wel geen toeval zijn dat deze disciplines grotendeels samenvallen met de knelpuntspecialismen.”

“Uit de studie blijkt nog maar eens het grote verschil tussen Vlaanderen en Wallonië. Wallonië telt veel meer specialisten per duizend inwoners, met als gevolg dat er per specialist minder patiënten zijn en dat dus ook het inkomen lager ligt.”

“Deze studie is goed voor de openheid en het maatschappelijk debat.”

Wie heeft er OOg voor de arts?

"Toen ik startte als arts telde er maar één ding: ons beroep. Andere vragen werden niet gesteld." Dat die andere vragen - naar werk en privé, opleiding, inspraak enzovoort - nu wel gesteld worden, vindt prof. dr. Philippe Duyck een goede zaak. "We hebben nood aan een deftig HR-beleid op maat van de arts."

Werkweken van 80 uur zijn voor dr. Philippe Duyck veeleer regel dan uitzondering. De medisch directeur van AZ Nikolaas heeft het eigenlijk nooit anders geweten. En zich maar zelden afgevraagd of het anders kon, ook al beseft hij maar al te goed dat dit ritme fysiek én mentaal zeer zwaar weegt. Veelzeggend zijn de resultaten van een recente doctoraatsverhandeling. Een doctoranda van de Universiteit Antwerpen bevroeg studenten geneeskunde over hun stagejaar als arts. Dat leverde uitspraken op als: 'soms word ik onwel van vermoeidheid' en 'ik zou deze studie niet opnieuw aanvatten'.

Het klinkt Philippe Duyck, die aan het hoofd staat van meer dan 200 artsen, bekend in de oren. "De werkdruk voor artsen is enorm en neemt enkel maar toe. Maar het is de enige manier om snel ervaring op te doen. En ervaring is cruciaal in ons beroep." Dr. Duyck heeft al jonge artsen zien afhaken na vijftien jaar studie. "Vergeet niet dat je voor de leeuwen wordt gegooid. Je werkt lange dagen, draagt veel verantwoordelijkheid en wordt geconfronteerd met diepmenselijk leed." Dat jonge artsen die torenhoge werkdruk minder zien zitten, daar heeft hij alle begrip voor. "Voor mijn generatie telde enkel de job. De huidige generatie focust op veel meer: de job, het gezin, de balans werk-privé..." "Ze hebben gelijk", zegt de medisch directeur. "Ik draai al dertig jaar mee. Indertijd was er veel minder aandacht voor de mens achter de arts. Nu wil iedereen gezien en gehoord worden: patiënten, familieleden, medewerkers... En dat is correct."

Die kreten om aandacht bezorgen de artsen wel extra werk.

Ja, de druk neemt toe van alle kanten. Het zal wel zo zijn dat er daardoor te weinig tijd is voor de patiënt, maar er is ook te weinig tijd om het personeel te koesteren. Jonge artsen komen enorm snel in het 'productieproces' terecht.

Was het dertig jaar geleden dan beter?

Neen. We werkten dag én nacht: assistent-chirurgen klopten wachtdiensten van vrijdagavond tot maandagochtend. We waren daar fier op. We vonden dat fantastisch. Je kan je afvragen of dat nog verantwoord is. Zou u graag geopereerd worden door iemand die al meer dan twee dagen ononderbroken aan het werk is? Maar, zoals ik zei, een arts moet ervaring opdoen. Dat lukt enkel door veel patiënten te zien én door veel uren te kloppen. Geen gemakkelijk evenwicht. Vooral omdat dit beroep écht in je binnendringt. Een confrontatie met een kankerpatiënt, kinderen die sterven: wij zijn nooit echt getraind geweest om daarmee om te gaan of om een slechtnieuwsgesprek te voeren. Er is ook weinig overgang tussen de studie en het echte werk. Jonge artsen dragen onmiddellijk veel verantwoordelijkheid. Sommigen jaagt dat angst aan.

De lange dagen zijn bovendien zeer intensief. Mensen beluisteren, onderzoeken, ermee converseren... Uitleg geven: één keer, twee keer, nog een keer, de familie informeren... Begrijp me niet verkeerd, dat moet allemaal gebeuren, maar je moet er wel tijd voor maken. Heel veel telefoons ook. Ik heb de gesprekken van onze pediaters eens geteld: honderden telefoons per dag krijgen die. Een toppsychiater zei me onlangs dat hij elke dag, buiten zijn afspraken, wordt gebeld door twintig patiënten in nood. Die vragen allemaal: 'Wat kan u voor mij doen?' Het is en blijft een mooie en uitdagende job, maar zeer opslorpend.

U werkt 80 uur per week. Wat vindt u daar na al die jaren zelf van?

Toen ik startte, was dat de normaalste zaak van de wereld. Er werden geen vragen gesteld. Mijn rol als vader? Ik ben bewust kinderloos gebleven. Nu komen die vragen wel. Ik heb verschillende studenten gehad die me zeiden: 'Professor, ik ga zo zot niet zijn. Ik ga dat niet doen'. Jonge mensen hebben nu andere prioriteiten. Ook mannen willen hun kinderen zien opgroeien, uiteraard. Het beroep vervrouwelijkt; een goede zaak. En wat zeggen die vrouwen? 'Ik wil geen 80 uur per week werken'. Ik begrijp dat. En dus nemen ze ouderschapsverlof. Wij kenden dat vroeger niet. Het gevolg is wel dat er steeds meer mensen nodig zijn om hetzelfde werk te doen.

Artsen hebben toch ook recht op privé geluk?

Daarom is de nood aan een HR-beleid voor artsen ook zo groot. De vraag is: hoe gaan we dat organiseren? Je moet er alleszins voor zorgen dat artsen zich goed voelen op hun werk. Het financiële is daarvan één aspect. Maar artsen moet zich ook 'gekoesterd' weten. In een ziekenhuis is ook de arts 'klant', een zeldzaam goed, net zoals verpleegkundigen dat zijn. We moeten niet alleen zorg dragen voor de patiënt, maar ook voor onze medewerkers. Daar wordt niet altijd bij stilgestaan. Men gaat ervan uit dat artsen tevreden zijn omdat ze goed betaald worden. Maar is dat zo? Ik weet het niet.

Als hoofdarts ben ik bezorgd om het welzijn van mijn medewerkers. Ik tracht jonge artsen te volgen, te begeleiden en te spreken. Hoe ze zich voelen, heeft veel te maken met sfeer en omkadering. Is er letterlijk meer ruimte om te bewegen, dan zijn er minder conflicten. In een grote operatiezaal zit men minder op elkaar, het werkt aangenamer. Maar meer ruimte betekent ook meer kosten. Het is dus niet zo evident.

Hoe ziet een HR-beleid op artsenmaat er volgens u uit?

Artsen putten vreugde uit verschillende elementen: een omgeving waarin ze de beste klinische zorg kunnen geven, de kansen die ze krijgen tot bijscholing, om zich te profileren, te specialiseren... Het is niet enkel de omzet die vreugde geeft,

Dr. Philippe Duyck, medisch directeur AZ Nikolaas: "Men gaat ervan uit dat artsen tevreden zijn omdat ze goed betaald worden. Maar is dat zo?"

ook de erkenning en het respect tellen mee. Daarvoor is materiaal nodig: toestellen die hen toelaten op hoog niveau te werken. Die kosten geld. Maar even belangrijk: de mogelijkheid om vakantie te nemen. Er moeten dus voldoende artsen zijn, zodat ze het werk kunnen verdelen. Niet iedereen moet van mij 80 uur per week werken. Nederland heeft goede praktijkvoorbeelden. De werkbelasting ligt er veel lager.

Geeft u met uw lange werkweken wel het goede signaal als 'baas'?

Ten eerste, ik voel mij niet de 'baas'. Ik zet mij tussen de mensen. Ten tweede: ik wil bereikbaar zijn om mijn mensen te helpen. Ik merk dat jonge artsen heel snel opgeslorpt worden door hun werk. Daarom vind ik het aanwervingsproces zo cruciaal. De boodschap die ik sollicitanten geef, is dat dit ziekenhuis staat voor een correcte geneeskunde die het overaanbod niet stimuleert, dat ik verwacht dat ze een goede verstandhouding hebben met hun collega's en dat ze blijk geven van een frisse kijk. Ze moeten niet alleen klinisch top zijn, ze moeten ook een gezonde visie hebben op een organisatie en op de maatschappij. Waarom is dat zo belangrijk? Omdat onze organisatie gemaakt wordt door onze mensen. Elke medewerker heeft hier recht op zijn eigenheid, maar hij of zij moet wel bereid zijn om bruggen te bouwen en om zich in de groep in te voegen. Vroeger waren we allemaal solisten. De arts van nu moet in team kunnen werken. Ook dat zit niet of te weinig in de opleiding.

En dus moet 'een arts ook een manager zijn', las ik in een van uw cursussen.

Klopt. Vroeger managede een arts zijn eigen praktijk en dat was het. Nu moet een arts een groep kunnen leiden, zorgen voor een goede sfeer op zijn dienst, de communicatie tussen verschillende diensten stimuleren enzovoort. Het is geen toeval dat diensten waar het 'top' is om te werken, veel sneller personeel vinden dan andere diensten. Waar de bodem ligt van goede samenwerking, daar krijg je goede mensen.

Elke Haest, hoofdgeneesheer en hoofd spoeddienst AZ Heilige Familie Rumst: "Op sommige dagen zie ik mijn kinderen helemaal niet, op andere dagen sta ik zonder probleem aan de schoolpoort."

HR-beleid

"Ik hou dit vijf jaar vol, dan bouw ik af"

Dr. Elke Haest is 36 jaar en zowel hoofdgeneesheer als hoofd van de spoeddienst en van het daghospitaal van het AZ Heilige Familie in Rumst. Ze weet dus wat te doen. Het schuldgevoel tegenover het thuisfront dat af en toe de kop opsteekt, verdrijft ze met het voornemen over enkele jaren een keuze te maken tussen beide jobs. "Wat het wordt, weet ik nog niet."

"Ze hebben het me zelf gevraagd, begin dit jaar", lacht dr. Elke Haest wanneer ik vraag of 36 niet erg jong is om zowel hoofdgeneesheer als hoofd van de spoeddienst te zijn. "En ik heb ja gezegd, grotendeels uit sympathie voor het ziekenhuis. Ik werk hier al zes jaar, heb hier altijd graag gewerkt en ik wil nu iets terugdoen. Voor mij is dat een uiting van engagement en betrokkenheid."

Vrouwen doen het blijkbaar goed hier in het ziekenhuis. Op de spoeddienst zijn vijf van de zeven artsen vrouw.

Dr. Elke Haest: Ja, maar die verhouding vind je niet terug bij de andere artsen in

het ziekenhuis. De mannen zijn nog altijd in de meerderheid. Ik denk dat dat komt omdat we een relatief klein ziekenhuis zijn, waardoor specialisten meer van wacht moeten zijn dan in grotere ziekenhuizen. Voor vrouwen is dat vaak moeilijk combineerbaar met het gezin.

Is het op de spoeddienst niet nóg onregelmatiger werken?
Het voordeel van spoed is dat je weet dat je na een nacht werken enkele dagen thuis bent. Je weet vooraf waar je wanneer zal zijn: op het werk of thuis. Dat betekent dat ik op sommige dagen mijn kinderen helemaal niet zie, maar ook dat ik op andere dagen zonder probleem aan de schoolpoort kan staan.

Heeft dat voor u meegespeeld in de keuze om spoedarts te worden?
Neen, want ik ben ook diensthoofd, wat betekent dat ik minder recupdagen heb dan de andere spoedartsen. Ik moet hier vaker aanwezig zijn, ook na mijn nachtwacht.

U combineert twee jobs en hebt het erg druk. Denkt u dat u dat als vrouw anders ervaart dan een man in dezelfde situatie?
Ik voel me weleens schuldig tegenover het thuisfront, ja *(lacht)*. Gelukkig is er altijd opvang voor de kinderen. We hebben een au pair en mijn man heeft flexibele werkuren. Hij werkt ook vaak van thuis uit. Dat betekent niet dat hij altijd voor de kinderen kan zorgen, maar hij is er wel, wat erg belangrijk is voor hen. Als dat anders zou zijn, dan zouden mijn twee jobs niet mogelijk zijn. Dan was ik spoedarts gebleven, zonder de andere functie erbij te nemen.

Merkt u dat andere collega's er ook zo over denken?
Toch wel. Ik merk dat ook mannen meer betrokken willen worden bij het huishouden. En verder willen de meeste collega's tijd kunnen maken voor hun hobby's, hun vrienden, vakantie… Dat was vroeger toch anders.

Is dat iets waarmee u als hoofdarts rekening moet houden?
De meeste van onze diensten regelen autonoom hoe er gewerkt wordt. Ik laat me als hoofdarts niet te veel in met hun werkschema's. Ze komen pas bij mij als er echt een probleem is.

Waar wil u als hoofdarts dan wel impact op hebben?
Ik zou graag een teambuilding organiseren in het najaar. Artsen zouden meer en beter moeten samenwerken. Nu leeft iedereen wat op zijn eiland. Artsen komen werken, ze gaan naar huis en hebben daar hun praktijk. De onderlinge binding, die er volgens mij vroeger wel was, zie je nu minder. Vroeger was het meer 'één grote familie', ook omdat de artsen hier bijna 'woonden'. Nu er meer aandacht is voor zaken naast de job, gaan ze na het werk graag zo snel mogelijk naar huis. Vergaderingen organiseren lukt niet meer zo gemakkelijk.

Hoe belangrijk is flexibiliteit voor u?
Ik let daar bijzonder hard op als ik nieuwe spoedartsen rekruteer. Ze moeten flexibel zijn. Dat is heel belangrijk. Als een spoedarts niet flexibel is, is het heel moeilijk om het werk van heel de groep te regelen. Wachtlijsten worden drie maanden op voorhand gemaakt. Maar gebeurt er iets, dan moet er gewisseld kunnen worden. Als een arts dan zegt dat zijn of haar kind op maandag, dinsdag en woensdag niet in de crèche zit en hij of zij op die dagen zelf voor opvang zorgt en dus niet kan komen werken… Dat kan niet voor mij. Wat wel kan, is dat ik ervoor zorg dat die arts vaak op donderdag en vrijdag van wacht is. Maar ik verwacht ook dat iedereen flexibel genoeg is om op elk moment in te springen.

Krijgt u vaak vragen in die richting van nieuwe spoedartsen?
Ja, er komen vragen om 'vrijgesteld' te worden van bepaalde dagen en dat heeft vaak met de opvang van de kinderen te maken. Als ik dan zeg 'dat lukt niet', zijn ze verontwaardigd. Ik heb zelf misschien gemakkelijk praten met een au pair en een man die vaak thuis werkt, maar toch verwacht ik die flexibiliteit ook van anderen. Anders wordt het bijna onmogelijk om vakanties en wissels in te plannen. Daar komt bij dat bijna iedereen voltijds wil werken. Maar als een fulltimer op vakantie gaat, staat er plots 40 uur open. Het gaat toch niet op dat die uren altijd ingevuld worden door zij die thuis alles netjes geregeld hebben.

Hoeveel uur werkt u per week?
Zo'n 60 tot 70 uur.

Vindt u dat nooit te veel?
Toch wel *(lacht)*. Maar ik heb gezegd dat ik dit vijf jaar ga volhouden en het daarna rustiger aan ga doen.

Dat is een mooi voornemen. Maar denkt u dat het eenvoudig zal zijn om af te bouwen?
Tja, momenteel denk ik daar nog niet aan. Ik ben nu diensthoofd spoed, ik doe nog wachten mee… Dat wil ik zeker nog niet afbouwen, omdat ik nog niet weet hoe mijn job als hoofdgeneesheer zal evolueren. Vandaar dat ik nu even in *overdrive* ga. Maar op een bepaald moment zal ik een van de twee een beetje moeten loslaten.

Het zijn twee totaal verschillende jobs. Welke doet u het liefst?
De spoed geeft me veel meer voldoening. Dat is waarvoor ik gestudeerd heb: mensen helpen. Als hoofdgeneesheer heb ik veel meer frustraties.

Dan is de keuze snel gemaakt?
Ja, maar ik geef niet gemakkelijk op *(lacht)*.

Wat is er zo frustrerend als hoofdgeneesheer?
Ik wil de artsen op één lijn krijgen, maar dat is niet gemakkelijk aangezien ze allemaal onafhankelijk zijn van het ziekenhuis. Ik kan moeilijk zeggen: 'Jij moet dit of dat doen'.

U bent als hoofdarts ook manager. Bent u daarvoor opgeleid?
Vorig jaar heb ik een cursus gevolgd bij Vlerick. Dat was basiskennis; eigenlijk zou ik me nog verder willen verdiepen. Ik voel dat het mij hier en daar aan kennis ontbreekt: de financiële context, het wettelijke kader. Er bestaat een tweejarige opleiding in avondschool, maar die is zeer tijdsintensief. Ik heb me voorgenomen die opleiding pas te volgen als ik echt voluit voor het hoofdgeneesheerschap kies en de spoed achter mij laat.

Bestaat er in het ziekenhuis zoiets als een afzonderlijk HR-beleid op maat van de arts?
Neen, ik denk dat we daarvoor te klein zijn. Sinds ik hoofdgeneesheer ben, heb ik wel werk gemaakt van functioneringsgesprekken. Ik heb in de zes jaar dat ik hier werk nooit zo'n gesprek gehad.

Waarom bent u ermee gestart?
Omdat ik het belangrijk vind dat je feedback krijgt op wat je doet. Ik herinner me dat ik als assistent nooit te horen kreeg wat ik goed of slecht deed, terwijl ik daaraan wel nood had. Ik werkte gewoon. Tijdens een functioneringsgesprek kan je ook eens zeggen wat er op je lever ligt. Ik heb net mijn eerste gesprek achter de rug met iemand die een jaar in dienst is. Vanaf nu wil ik dat met iedereen na die periode doen.

“De vergrijzing manifesteert zich hier sterker dan elders, maar waar vinden we nog een geriater?”

Zo goed als alle ziekenhuizen hebben vacatures voor artsen. De concurrentie op dat gebied wordt dan ook scherper. Grote ziekenhuizen in grote steden lijken vaak de sterkste troeven te hebben. Maar dat hoeft niet altijd het geval te zijn. Neem nu AZ Sint-Augustinus Veurne, een relatief klein en een relatief afgelegen ziekenhuis. En toch kan algemeen directeur Lieven Vermeulen bogen op een sterk en vrij uitgebreid artsenkorps. Al zijn ook hier de uitdagingen groot.

“AZ Sint-Augustinus Veurne is een klein tot middelgroot ziekenhuis met 224 erkende en 231 verantwoorde bedden. Die cijfers tonen meteen hoe druk het hier is”, zegt algemeen directeur Lieven Vermeulen. “We liggen vlakbij de kust, wat betekent dat het hier niet alleen in de week erg druk is, maar ook in het weekend en tijdens de vakanties. Tijdens de week gaat het vooral om voorziene behandelingen, terwijl het in de weekends en ’s zomers vooral om onvoorziene pathologie gaat. Er werken in AZ Sint-Augustinus Veurne dan ook relatief veel artsen: ruim zestig in totaal. Ze zijn bijna allemaal uitsluitend voor het ziekenhuis werkzaam, zonder privépraktijk. Dat is niet altijd evident. Voor moeilijkere disciplines werken we dan ook samen met andere ziekenhuizen. Zo werken onze drie stomatologen ook in het Jan Yperman Ziekenhuis in Ieper. Onze twee plastisch chirurgen delen we met AZ Sint-Jan in Brugge en met het Jan Yperman Ziekenhuis in Ieper, en de neurochirurgen van de twee Roeselaarse ziekenhuizen zijn ook bij ons actief. Op die manier slagen we er als relatief klein ziekenhuis in om een mooi aanbod in huis te halen.”

Troeven

“Natuurlijk hebben ook wij vacatures die moeilijk ingevuld geraken. Op dit ogenblik zoeken we hoofdzakelijk een geriater, een psychiater, een reumatoloog en een NKO-arts. Geriaters, psychiaters en NKO-artsen vinden is vandaag zo goed als onmogelijk. Bijna alle regionale ziekenhuizen worden hiermee geconfronteerd. Gelukkig hebben wij een aantal troeven voor de artsen. Onze ligging aan de kust is voor veel mensen nog altijd erg aantrekkelijk. Het is hier aangenaam wonen. Er valt altijd wat te beleven en steden als Brugge en Oostende liggen op een boogscheut. Het kost meer tijd om van de ene kant van Brussel naar de andere kant te rijden, dan van Veurne naar Brugge.”

“Bovendien hebben we een relatief gunstige financiële regeling. Een minpuntje is de hogere wachtdruk. In grote ziekenhuizen met meer artsen per discipline zijn de wachtdiensten beter gespreid. Nu, het aantal artsen per discipline is een mes dat aan twee kanten snijdt. Enerzijds kunnen wij artsen met ambitie heel wat mogelijkheden bieden, anderzijds blijven de kansen op subspecialisatie veeleer beperkt. Voor orthopedie hebben wij bv. vier artsen. Subspecialisatie op het niveau van schouder, heup en knie hebben we dus wel, maar veel verder kunnen we niet gaan.”

“Toch liggen hier mooie uitdagingen voor artsen met ambitie. Onze MUG rukt jaarlijks 900 keer uit, wat veel is voor een dunbevolkt gebied. Wij vormen met het hele IJzerbekken dan ook de grootste MUG-regio van Vlaanderen. We opereren doorgaans tot aan de Franse grens, maar we hebben een samenwerkingsakkoord met het ziekenhuis van Duinkerke: als hun MUG bezet is, dan springen wij bij voor een deel van hun werkgebied en vice versa. Dat werkt uitstekend. Het is de 100-centrale die alles coördineert.”

“We hebben voor onze spoedgevallendienst met MUG-functie al sinds 1997 een voltijds korps van gebrevetteerde artsen, acutisten en urgentisten. Andere specialisten hoeven dus in eerste orde geen spoedwachten te doen. Het is soms wat puzzelen, maar we krijgen de bestaffing rond. Dat is een mooie prestatie. Het blijkt immers dat het noodzakelijk is dat de overheid de overgangsmaatregel die chirurgen, internisten en anesthesisten toelaat om bij te springen op de spoedgevallendienst, keer op keer moet verlengen. Vele ziekenhuizen slagen er immers niet in om hun spoed bemand te krijgen met gebrevetteerde spoedartsen. Begrijp me niet verkeerd, ook voor ons is het niet gemakkelijk. Het vergt wat zoekwerk. Af en toe steek ik samen met de hoofdgeneesheer en de geneesheren-diensthoofden de koppen bij elkaar om te zien hoe we ons op de krappe arbeidsmarkt kunnen profileren. Onze artsen komen ook niet uitsluitend uit de eigen regio.”

Sterke vergrijzing

“Tegenover relatief veel artsen hebben wij een veeleer zuinige bestaffing van

Lieven Vermeulen: "Er werken in AZ Sint-Augustinus Veurne relatief veel artsen: ruim zestig in totaal. Ze zijn bijna allemaal uitsluitend voor het ziekenhuis werkzaam, zonder privépraktijk."

"We hebben voor onze spoedgevallendienst met MUG-functie al sinds 1997 een voltijds korps van gebrevetteerde artsen, acutisten en urgentisten. Andere specialisten hoeven dus in eerste orde geen spoedwachten te doen. Het is soms wat puzzelen, maar we krijgen de bestaffing rond."

verpleegkundigen", zegt Lieven Vermeulen. "Door onze ligging is het hier ook in het weekend vaak alle hens aan dek, vooral door dringende heelkundige ingrepen, maar ook voor hartbewaking en intensieve zorgen. De kuststreek, en dan zeker de Westkust, telt relatief veel meer oudere mensen dan de rest van het land. De vergrijzing zal zich hier ook nog sterker manifesteren dan elders. Dat is nu al zichtbaar. We zijn ons dan ook terdege aan het voorbereiden. We bouwen aan een tweede geriatrische dienst van 24 bedden, die over een tweetal jaar in gebruik wordt genomen. En we denken nu al aan een derde dienst geriatrie voor over zeven jaar. We hebben onlangs 24 erkende bedden geriatrie bijgekocht. Terwijl de geriatrie sterk stijgt, blijft het aantal bevallingen en het aantal opnames op de pediatrie vrij stabiel."

"We zullen dus zeker ook nog een bijkomende geriater in dienst moeten nemen. We weten nu al dat dat niet gemakkelijk wordt. Er is dringend nood aan een betere afstemming over de verdeling van de specialisten in opleiding. Door de krapte die de numerus clausus veroorzaakt, is een strengere sturing vanuit de universiteiten in de opleidingen nodig. Voor sommige disciplines is er een overschot aan artsen, in andere specialiteiten is er een tekort. Misschien moet de overheid de universiteiten opleggen om per jaar x aantal artsen in knelpuntdisciplines op te leiden. Ja, dat laat wat minder vrijheid, maar het zou wel heel wat problemen kunnen voorkomen. Wat is het alternatief? Dat we artsen uit het buitenland engageren? Zoals dat nu soms al voor verpleegkundigen gebeurt? Maar dan botsen we weer op taalbarrières."

"In AZ Augustinus Veurne kunnen we gelukkig ook nog een beroep doen op assistenten heelkunde: eerste- en tweedejaars, soms ook derdejaars. Jammer genoeg niet voor alle domeinen. Daar hebben de grotere ziekenhuizen dan weer een voetje voor. Want als artsen-in-opleiding zich goed voelen op een stageplaats, dan komen ze er later gemakkelijker werken. Maar al bij al ben ik heel tevreden en ook trots op ons artsenkorps. En de kust blijft een heerlijke plek om te werken en te leven", aldus nog Lieven Vermeulen.

Dr. Wiebren Tjalma, medisch coördinator multidisciplinaire borstkliniek UZA: "Je mag jezelf een beetje uitbuiten, maar je moet op tijd weten te stoppen."

team-work

"Ik werk niet, ik ben met mijn vak bezig"

Professor dr. Wiebren Tjalma, een in Vlaanderen verzeilde Fries, is niet in één term te vatten. De waslijst aan functies onderaan zijn mail is onvolledig maar oogt nu al indrukwekkend. Wie met de man spreekt, heeft de neiging die lijst nog aan te vullen, en wel als volgt: teamplayer, gebeten om te weten. "Ik ben elke week wel 100 uur met mijn vak bezig, maar ik beschouw dat niet als werk."

Dat vak omschrijft dr. Wiebren Tjalma bondig als 'orgaanspecialist'. Na zijn studies geneeskunde specialiseerde hij zich tot gynaecoloog. Al snel kwam daar een fascinatie voor oncologie bij. Niet dat het zo gepland was, maar 'dingen kruisen nu eenmaal je pad', zegt de professor meer dan eens tijdens ons gesprek.

Blijkt dat de laatste jaren nogal veel 'dingen' het pad van dr. Wiebren Tjalma gekruist hebben. Naast professor is hij ook gynaecologisch oncoloog, borstchirurg, hoofd gynaecologische oncologie, adjunct-diensthoofd en - 'misschien wel de beste omschrijving', zo zegt hij zelf - medisch coördinator van de multidisciplinaire universitaire borstkliniek van het UZA. "Een hele mondvol, maar die beschrijft wel mijn hele loopbaan", aldus de professor. "Je begint als arts, daarna word je gynaecoloog, zo kom je in de oncologische chirurgie terecht, wat vanuit technisch oogpunt heel erg boeiend is: hoe ontstaat een tumor, hoe kan iets minuscuuls zich tot iets desastreus ontwikkelen? Geleidelijk aan slorpt dat je op,

zoek je steeds meer collega's op die met hetzelfde bezig zijn."

Dankzij die dynamiek ontwikkelde Wiebren Tjalma zich tot veel meer dan een gynaecoloog. "Ik ben een multidisciplinair persoon. Mijn ruggengraat is gynaecologie, maar in de praktijk ga ik dagelijks om met medisch oncologen, radiotherapeuten, radiologen, pathologen, plastisch chirurgen, borstverpleegkundigen, sociaal verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychologen... We zijn geëvolueerd naar borstkankerbehandeling in een multidisciplinair team."

Verschilt die manier van werken veel met vroeger?

Dr. Wiebren Tjalma: "Vroeger kwam je eerst bij de gynaecoloog. Die deed zijn ding en gaf dat door aan de medisch oncoloog. Die deed ook zijn ding en verwees je naar de radiotherapeut enzovoort. Inmiddels hebben we geleerd dat door van in het begin samen te zitten, het leven van een kankerspecialist niet alleen veel gezelliger is, de zorg voor de patiënt gaat er ook met sprongen op vooruit. Er is veel meer interactie tussen iedereen die zich met één en hetzelfde orgaan bezighoudt.

Als medisch coördinator bent u mee verantwoordelijk voor dat teamwerk. Waar hebt u dat idee gehaald?

Nog geen tien jaar geleden werkte ik in Engeland bij John Monaghan, in Newcastle. Alhoewel dat een erg arm gebied is, hadden ze daar toen al gecentraliseerde oncologische zorg. Nu gebruiken we de term *lean* voor dergelijke modellen, maar daar bestond het al: samenwerken om tijd te winnen én een betere zorg te verlenen. Eens je daarin zit, voel je je mee evolueren: je ontmoet gelijkgestemde zielen waaruit een multidisciplinaire aanpak ontstaat. Dat is volgens mij echt de toekomst van hoe we moeten werken. Het is ook zoveel interessanter en veel meer *fun*.

Toont zich dat ook in de manier waarop u het werk hier organiseert?

De voorbije jaren zijn enkele KB's in voege getreden die een aantal zaken hebben geformaliseerd die ik op de werkvloer al langer voelde. Een van die KB's, uit 2007, legde een structuur op waardoor ik medisch coördinator werd. Ik heb onmiddellijk een team samengesteld met van elke discipline twee mensen: goed voor de interactie en de continuïteit. Hier maakt het niet uit door wie je geholpen wordt. Mijn collega's zijn mijn gelijken. Een van mijn spelregels is dat wie belt met een oncologisch probleem binnen de twee dagen door iemand van mijn team moet worden gezien.

Teamwerk vraagt om goede communicatie. Lukt ook dat?

Niet iedereen staat daarvoor open. Sommigen zeggen: 'Waarom moet ik overleggen met die dokter? Ik doe dit al twintig jaar. Ik weet toch wat ik doe'.

Wat zegt u dan?

Sommige mensen kan je niet veranderen. Ik kan alleen maar aanvoeren dat patiënten die manier van werken waarderen en aantonen dat de kwaliteit van de zorg er wel bij vaart.

Is het feit dat u in een universitair ziekenhuis werkt belangrijk voor u?

Het voordeel is dat je hier in een omgeving werkt met veel mensen die van vernieuwing en anders denken houden. Morgen moet altijd beter zijn dan vandaag. Maar dan moet je wel naar elkaar willen luisteren. Je kan enkel verbeteren door de standaard te verleggen. Dat houdt me echt bezig. Daarom maak ik er ook zo'n punt van om patiënten samen met andere artsen te zien. En soms winnen we de strijd, soms verliezen we hem. Aangezien ik niet van verliezen houd, drijft me dat steeds verder om problemen op te lossen.

Voelt u zich dan meer onderzoeker dan geneesheer?

Neen. Alles hangt samen. Ik ben zowel orgaanspecialist als wetenschapper en clinicus, allemaal met als enige doel de dingen beter te begrijpen. Hoe kan ik de ontwikkeling van een tumor tegengaan? Wat zit er in mijn armentarium? Dat zijn de vragen die ik me stel. Daarbij probeer ik *out of the box* te denken. Dat maakt het leuk.

U neemt veel hooi op de vork. Hebt u daar allemaal tijd voor?

Let op: ik doe niet alles zelf. Ik omring me graag met mensen met veel wetenschappelijke kennis die met mij meedenken. Ik werk weliswaar 100 uur per week, maar ik zou dat niet altijd 'werk' willen noemen. Ik lees bijvoorbeeld veel. Misschien is het beter om te zeggen dat ik veel met mijn vak bezig ben. Toegegeven: ik leef grotendeels voor mijn werk, maar ik vind dat geen lastige opgave.

Is die ingesteldheid noodzakelijk in uw functie?

Neen, er zijn een heleboel dingen belangrijk. Vandaag hebben mijn kinderen examen. Wel, ik zorg dat ik de hele week om halfvier 's middags thuis ben.

En dat lukt?

Ja, omdat ik er een prioriteit van maak. Vroeger was ik anders. Met het ouder worden, leg je automatisch andere accenten in het leven. Als je te veel wil doen en daardoor je werk niet kan afmaken, word je ongelukkig. Het is goed om gepassioneerd te zijn en hard te werken, maar je moet ook kunnen stoppen. Dat heb ik moeten leren: genieten van de eenvoudige dingen. Dit weekend heb ik de haag gesnoeid. Dat zag er mooi uit, daar word ik ook gelukkig van.

Hebt u dan geen last van werkdruk?

Natuurlijk is er druk. Vroeger misschien meer dan nu. In mijn huidige functie kan ik af en toe zeggen: 'Nu even niet'. Ik doe dat ook, anders wordt het onaangenaam. Als ze je tien dingen willen laten doen, maar je hebt maar tijd voor acht en je doet het toch, is de kans groot dat ze alle tien fout lopen. Je moet ambitie hebben, maar dat betekent niet dat je je in de vernieling moet laten rijden door je omgeving. Je mag jezelf een beetje uitbuiten, maar je moet op tijd weten te stoppen. Daarom heb je ook een team nodig: mensen die je op tijd en stond op zo'n zaken attent maken.

U hebt aandacht voor de verzuchtingen van uw ploeg. Kunt u die argumenten ook gebruiken tegenover uw oversten?

(Denkt even na) Ja. Ik zeg niet dat dat altijd in dank wordt afgenomen, maar dat kan. Dat is ook management. U hebt mijn functies gezien. Moet ik de grote onderwijzer zijn, de vernieuwer, de oncologisch chirurg of de leider van de borstkliniek? Ik ben maar eenmaal inzetbaar. Af en toe moeten er keuzes gemaakt worden.

U hebt er toch zelf voor gekozen om dat allemaal te zijn?

Dat is zo, maar dat betekent ook dat ik prioriteiten moet stellen. Als er morgen iemand tegen mij zegt: 'Je moet dit én dat doen', kan dat niet altijd.

Zou u bereid zijn om een stuk verantwoordelijkheid op te geven als het echt niet meer gaat?

Ja, moest ik de *fun* verliezen, of te veel druk ervaren... zonder probleem. Het allerbelangrijkste blijft toch dat je op het einde van de dag tevreden bent met wat je die dag gedaan hebt. Wat dat is, maakt eigenlijk niet uit, zolang je maar respect hebt voor je eigen werk.

“De psychiatrie moet meer op een positieve manier naar buiten komen”

GGZ

Dr. Geert Dom is hoofdgeneesheer van het Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen in Boechout en ook voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie. We hebben afspraak voor een interview de dag nadat minister Laurette Onkelinx na enkele spannende weken alsnog besliste om de projecten onder artikel 107 goed te keuren, tot grote opluchting van de sector. Ook dr. Geert Dom is een tevreden man. Al zijn nog lang niet alle problemen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) hiermee van de baan.

Dr. Geert Dom: Ja, ik ben opgelucht. Het is goed dat de kogel door de kerk is. We kunnen nu starten met de geplande projecten, waarin al veel werk gestoken is. Ook voor ons project in Antwerpen was het wachten op groen licht. Het zou een enorme teleurstelling geweest zijn, als het project werd afgeblazen. Want dit is zonder twijfel de weg die we moeten bewandelen in de geestelijke gezondheidszorg: de vermaatschappelijking of de ambulantisering van de psychiatrische zorg, met mobiele sociaal-psychiatrische (FACT) teams die in de leefwereld van de patiënt kunnen opereren. Ik heb zelf ooit twee jaar als psychiater in een sociaal-psychiatrisch team gewerkt in Nederland. Die ervaring heeft me overtuigd van het grote belang ervan.

U bent dus een gelukkig man nu alle projecten goedgekeurd zijn?
Ik blijf een aantal bedenkingen hebben. Is het bijvoorbeeld verstandig om deze projecten vanuit de bestaande zorg te financieren? Iedereen is vandaag al overbevraagd. Er zijn handen tekort. Het aanbod is te klein, wat resulteert in wachlijsten voor zowel de ambulante als de residentiële zorg. En nu moeten we vanuit de bestaande middelen een nieuw aanbod creëren en financieren, wat tot extra patiënten zal leiden. Ik betwijfel of dat met de huidige financiële middelen zal kunnen.

Als psychiater kan ik ook niet anders dan kritisch te zijn over het beperkt aantal uren psychiatrie dat binnen het project is toegekend. 36 uur psychiatrische zorg per week voor de afbouw van zestig bedden is wel een heel dunne spreiding om de twee mobiele teams – het acute (functie 2a) en het chronische (functie 2b) – 24 uur op 24 psychiatrisch te bemannen. Dat is te weinig om als psychiater bij de mensen thuis langs te gaan in crisissituaties.

Ik heb ook vragen bij de medische aansprakelijkheid. Als we uitgaan van een caseload van 150 tot 300 patiënten die in team behandeld worden, dan kan je die patiënten als psychiater niet allemaal kennen. Toch zal de psychiater advies moeten geven aan een verpleegkundige en een psycholoog die aan huis gaan. Hoe zit dat dan juridisch? Psychiaters worden, net als andere artsen, meer en meer met medisch-juridische vragen geconfronteerd. Het is goed dat de mensen opkomen voor hun rechten. Maar het noopt ons wel om ieders verantwoordelijkheid duidelijk te omschrijven. En dat is vandaag nog niet het geval. Als er iets misloopt, dan kan een patiënt een klacht indienen: ‘Ik heb op uw advies medicatie gekregen van een verpleegkundige, maar u hebt mij niet onderzocht.’ Wat doen we hiermee?

Psychiaters zullen dure verzekeringen moeten afsluiten om zich in te dekken?
Zo’n vaart loopt het vandaag nog niet, maar ik hou mijn hart vast voor de toekomst. We moeten hier proactief werk van maken, ook in het belang van de patiënt. De indirecte patiëntverantwoordelijkheid, waarbij een arts adviezen geeft die door een ander worden uitgevoerd, is niet geregeld.

Ook de eerste experimenten met telegeneeskunde botsen op dat probleem?
Inderdaad, dat is een bijkomende reden om hier snel werk van te maken. We krijgen te maken met nieuwe vormen van geneeskunde, waarbij multidisciplinariteit niet meer weg te denken is. De één-op-één-relatie van arts en patiënt is een achterhaald concept. Alleen de wetgeving is nog niet aangepast.

Nu, los van deze kritische bedenkingen, blijf ik vierkant achter de ontwikkelingen onder artikel 107 staan.

Zopas liet minister Laurette Onkelinx ook weten dat ze werk wil maken van de erkenning van de klinisch psychologen en de psychotherapeuten, wat de deur openzet naar terugbetaling. U bent hiervan ook al jaren een pleitbezorger?
Met de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie pleiten we al jaren voor een initiatief op dat gebied. Het is wel belangrijk dat er een *goede* regeling komt, zowel voor de klinisch psychologen als voor de psychotherapeuten. Op dit ogenblik liggen er drie wetsvoorstellen op tafel: een over de klinische psychologie van de CD&V en twee over de psychotherapie: een van de PS en een van Ecolo-Groen. Het stand-

punt van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie is dat psychotherapie een gespecialiseerde interventie is, die uitgevoerd moet worden door een professional op masterniveau in de psychologie of de psychiatrie, aangevuld met een geijkte psychotherapeutische opleiding. Dat sluit nauw aan bij het CD&V-voorstel. Het PS-voorstel echter, dat minister Onkelinx verdedigt, kiest voor een totaal andere piste, waarin wij ons helemaal niet kunnen vinden. Het PS-voorstel is te vaag en laat te veel openingen voor een oneigenlijke toepassing van psychotherapie. Zo is een masteropleiding in het PS-voorstel niet nodig, wat de deur wijd openzet voor misbruiken en psychotherapie van bedenkelijke kwaliteit. Dat verschil in zienswijze sleept al vijftien jaar aan. In Wallonië wil men psychotherapie openstellen voor zowat alle diploma's, ook voor bijvoorbeeld maatschappelijk werkers. Terwijl we in Vlaanderen opteren voor een universitair diploma, met de garantie op voldoende kennis van de onderliggende psychopathologie.

Vandaag is er niets geregeld. Het kan dus sowieso alleen maar beter?
Iedereen is het erover eens dat we zo snel mogelijk een wettelijk kader moeten hebben ter bescherming van de patiënten, ook minister Onkelinx. Nu kan iedereen immers een bordje met 'psychotherapeut' naast zijn deur hangen. Als ik dat vertel aan collega's in Nederland of Engeland, dan lachen ze zich een bult. De enige discussie is: hoe hoog leg je de lat voor kwaliteit? Ook de Hoge Raad heeft hierover al advies gegeven, en dat advies gaat duidelijk in de richting van het Vlaamse standpunt.

En eens de erkenningsvoorwaarden geregeld zijn, dan kan de terugbetaling snel geregeld worden?
Eerst moet de erkenning er zijn, gekoppeld aan kwaliteitsvoorwaarden, en pas dan kunnen akten van psychologen en psychotherapeuten voor terugbetaling door het RIZIV in aanmerking komen. Als voorzitter van de VVP en als psychiater zou ik dat ten zeerste toejuichen. Er zijn ontzettend veel psychische noden in ons land en we moeten dringend de financiële drempels om hulp te zoeken weghalen. De vraag is alleen: kunnen wij dat als maatschappij betalen? Waar moet het geld vandaan komen? Dat is een politiek-maatschappelijk debat. Meer en meer wordt duidelijk: wij kunnen vandaag méér dan wat de maatschappij kan of wil betalen.

Verklaar u nader.
De bevolking en de beleidsmakers weten te weinig wat de geneeskunde vandaag vermag. Ook in de sector van de geestelijke gezondheidszorg. Bovendien kampen we als sector ggz nog altijd met een hardnekkig stigma. Andere delen van de geneeskunde zijn er veel beter in ge-

Dr. Geert Dom: "Zelfs al kennen zij vandaag perfect de link met hersenproblemen, toch beschouwen sommige artsen de psychiatrie nog altijd als een soort van veredeld maatschappelijk werk. Totaal ten onrechte. En bijzonder jammer ook, gezien de fenomenale maatschappelijke impact."

slaagd zichzelf op de kaart te zetten, ik denk bijvoorbeeld aan de oncologie. De psychiatrie moet meer op een positieve manier naar buiten komen. Die beeldvorming is belangrijk, omdat bewust en onbewust ook de investeringen daarop gericht worden. Er is een groot onevenwicht tussen de investeringen in somatische en geestelijke gezondheidszorg. Nochtans is er een hoge prevalentie van psychische pathologie, met zware maatschappelijke implicaties. Eén op vier mensen wordt ooit door psychisch lijden getroffen. En toch investeren we heel weinig in onze geestelijke gezondheidszorg.

Onbekend is onbemind: hoe kunnen we de maatschappij en de beleidsmakers beter laten zien wat de geestelijke gezondheidszorg vermag?
Dat is niet eenvoudig. We denken hierover al langer in de VVP. Geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie in het bijzonder, komen meestal alleen in de belangstelling met diepe ellende. Terwijl er zoveel goede dingen gebeuren! Met de VVP organiseren we om de twee jaar in samenwerking met de Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg een congres waarop we die positieve praktijken in de schijnwerpers plaatsen.* Maar het blijft moeilijk om op een positieve manier in de belangstelling te komen van het brede publiek.

Hoe staat het ondertussen met het tekort aan psychiaters? Is er beterschap in het vooruitzicht?
Ik vrees van niet. De instroom schommelt wel, maar blijft al bij al vrij beperkt. Ondertussen zet zich ook bij de psychiaters de veroudering voort. Vooral in de kinder- en de jeugdpsychiatrie blijft de situatie echt schrijnend en ik zie niet meteen een kentering. De redenen hiervoor zijn complex. Ook in andere landen, met andere gezondheidssystemen, kampt men met een tekort aan psychiaters. Wat ongetwijfeld meespeelt, is dat artsen tijdens hun opleiding bitter weinig te horen krijgen over geestelijke gezondheidszorg. We pleiten er met de VVP al langer voor, met de steun van minister Vandeurzen overigens, om aan de universiteiten meer aandacht te geven aan de ggz. Ook artsen van somatische disciplines zouden daar wel bij varen, want ook zij worden vaak geconfronteerd met psychische problemen bij hun patiënten.

Wat ook speelt, zijn de beperkte mogelijkheden voor onderzoek in de geestelijke gezondheidszorg. Zowat alle middelen voor onderzoek gaan naar somatische zorg. Ambitieuze studenten die graag onderzoek willen doen, worden bijna als vanzelf in de richting van de somatische zorg geleid. Daar liggen immers meer budgettaire mogelijkheden. Ook hierin proberen we met de VVP naar een beter evenwicht te streven.

Ook het stigma speelt de geestelijke gezondheidszorg parten. Jawel, ook onder de artsen. Zelfs al kennen zij vandaag perfect de link met hersenproblemen, toch beschouwen sommige artsen de psychiatrie nog altijd als een soort van veredeld maatschappelijk werk. Totaal ten onrechte. En bijzonder jammer ook, gezien de fenomenale maatschappelijke impact.

En een laatste element is de relatief lage verloning van psychiaters, met dan nog enorme verschillen afhankelijk van het werkterrein. Forensische psychiatrie of psychiatrie in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg wordt schandalig slecht betaald. Tot 50% minder dan collega's in Nederland, bijvoorbeeld.

Leidt het tekort aan psychiaters tot een te hoge werkdruk?
Dat varieert van sector tot sector. Het beroep van psychiater vervrouwelijkt ook sterk, wat betekent dat er meer deeltijds wordt gewerkt. Ook jonge mannen kiezen trouwens meer en meer voor een deeltijdse baan als psychiater. Ziekenhuizen vinden nog heel moeilijk psychiaters, wat vooral weegt op de wachtdiensten. Een acuut (ambulant) psychiatrisch contact bij een crisis is trouwens al quasi onmogelijk geworden. Er zijn wachtlijsten, ook voor dringende gevallen. Dat weegt ook op de voldoening van de artsen. Te lang moeten wachten kan niet alleen leiden tot verergering van het ziektebeeld en uitputting van de omgeving, maar ook tot overlijden, zoals ik recent vernam van de familie van een patient die op een wachtlijst stond voor opname.

Het tekort aan psychiaters dwingt ons tot een bezinning over onze *core business*. Hoe moeten wij ons beroep verder profileren? Die vraag wordt ook internationaal gesteld. De rol van de psychiater is aan het veranderen. Evolueren we naar een situatie waarin de psychiater nog alleen de zwaarste gevallen behandelt? Of krijgt de psychiater een meer ondersteunende functie voor de eerste lijn? We staan op het keerpunt van een belangrijke evolutie, en we gaan er alles aan doen om er een positieve evolutie van te maken.

* *Op 18 en 19 september vindt in Wilrijk het zesde ggz-congres plaats met als thema 'Macht en Kracht: zorgrelaties in verandering'. Meer informatie op www.ggzcongres.be.*

DR. RUDY FAELENS, VOORZITTER CRA-DOMUS

“Ik weet hoe ik behandeld wil worden als ik oud ben”

ouderen-zorg

“Natuurlijk is de smaak van het eten belangrijk in het woonzorgcentrum. En natuurlijk moet de infrastructuur optimaal zijn. Maar wie waakt er over de medische kwaliteit? Niemand. Zowel op Vlaams als op federaal niveau is men vandaag bezig met kwaliteitscriteria. Naast elkaar, alweer en nog altijd. En zonder de mening van de CRA’s te vragen.”

Aan het woord is dr. Rudy Faelens: huisarts, Coördinerend en Raadgevend Arts (CRA) in een woonzorgcentrum in het West-Vlaamse Koekelare én voorzitter van Cra-Domus, een gemengde werkgroep binnen de eenheidsvereniging voor huisartsen Domus Medica. Dr. Faelens ergert zich eraan dat de stem van de CRA’s onvoldoende wordt gehoord. En dat terwijl er zoveel opportuniteiten zijn: Vitalink, het tegengaan van de polyfarmacie of het versterken van de thuiszorg, bijvoorbeeld.

“Huisartsen hebben vooral expertise in chronische zorg”, aldus dr. Rudy Faelens. “Zelf leg ik mij al jaren toe op ouderenzorg. Toen ik afstudeerde in 1982, besliste Jean-Luc Dehaene om de chronische ouderenzorg uit de ziekenhuizen te halen, met de reconversie naar ‘thuisvervangende bedden’, de RVT’s. De huisarts kon blijven langsgaan bij zijn patiënten in het RVT, maar om de continuïteit van zorg te garanderen werd de CRA geïntroduceerd. Aanvankelijk was dat een soort van erefunctie, zonder vergoeding. Maar vrij snel evolueerde de opdracht van de CRA en in 1999 was er dan het eerste KB met een duidelijke taakomschrijving van de CRA als coördinator en raadgever. Korte tijd later werd ik door wzc Meunyckenhof in Koekelare gevraagd om er CRA te worden. Zo heb ik de functie vanuit de praktijk grondig leren kennen.”

“De functie van CRA werd van in het begin gekoppeld aan een vorming in de gerontologie. Daar stonden echter geen uitvoeringsmodaliteiten bij. Onder impuls van prof. dr. Jan De Lepeleire hebben de huisartsen toen zelf een vormingsprogramma voor CRA’s samengesteld. Even dreigde het mis te gaan, toen er in 2004 geen geld meer was voor de opleidingen en het jaar daarop het nut en de opdracht van de CRA openlijk in vraag werden gesteld. In 2006 is er dan een grondig debat gevoerd op het niveau van de FOD en later ook met het RIZIV. In dat debat speelden onder meer de topambtenaren van de FOD Volksgezondheid en Sociale Zaken en opnieuw Jan De Lepeleire een belangrijke rol. We slaagden erin op een constructieve manier alle neuzen in dezelfde richting te brengen. Ons huidige systeem, met de woonzorgcentra als thuisvervangend milieu, met een continuïteit van zorg en daarnaast de mogelijkheid om de eigen huisarts te behouden, is uniek en kent veel voordelen. Zo vindt men in onze buurlanden nauwelijks nog artsen die mensen met dementie of mensen in hun levenseinde willen bijstaan. Dat komt omdat in die landen in de woonzorgcentra de band met de huisarts doorgeknipt wordt. Als je als arts geen jarenlange band met iemand hebt, dan is het immers bijzonder belastend om die zware zorg op jou te nemen. Onze huisartsen doen dat wél nog, omdat ze de patiënt al vele jaren kennen en hem of haar vanuit een zeker engagement ook in die laatste levensfase willen bijstaan. Noem het gerust een ‘levensloopgeneeskunde’.”

CRA in de thuiszorg

“Per honderd inwoners in een woonzorgcentrum zijn er een dertigtal huisartsen actief. Als je die allemaal hun gang laat gaan, wordt het een knoeiboel. Je hebt een coördinator nodig. Iemand die de kwaliteit bewaakt en die het multidisciplinaire werken begeleidt. Ook het beleid erkent de rol van de CRA vandaag ten volle. En ik pleit ervoor om de expertise van de CRA zo snel mogelijk ook naar de thuiszorg over te brengen. Woonzorgcentra zijn de proeflaboratoria voor de thuiszorg. In woonzorgcentra zijn alle disciplines onder één dak aanwezig. Dat is een ideale situatie voor een CRA. Ook de huisartsenkringen kunnen hierbij nog beter betrokken worden. De kringen staan in voor de coördinatie van wachtdiensten, ze hebben een representatieve functie en sturen aan op samenwerking. Zij kunnen ook de chronische zorg bewaken.”

“Of de thuiszorg zit te wachten op de coördinatie van een CRA? Dat moeten we nog zien, maar ik vrees van niet. Toch is het belangrijk dat we hierover op korte termijn een visie ontwikkelen. Dat gebeurt ook in de ons omringende landen. Er is een coördinator nodig voor de chronische zorg, die niet louter pathologiegebonden is, maar de hele mens in ogenschouw neemt. Een coördinator die in overleg met de patiënt ook bepaalde doelstellingen kan nastreven. Als een hoogbejaarde patiënt zegt: ‘dokter, ik wil nog één keer per week kunnen gaan kaarten, zelfs al kost

mij dat enkele weken van mijn leven', dan moet die coördinerende arts erop kunnen toezien dat alle zorgverleners in dezelfde richting werken, om samen aan de wens van de patiënt te kunnen voldoen. Dat multidisciplinaire samenwerken in de eerste lijn lukt niet zonder coördinator. De CRA heeft die ervaring en expertise kunnen opbouwen in de woonzorgcentra: het zou een gemiste kans zijn om die niet te introduceren in de thuiszorg."

Vitalink

"De CRA is goed geplaatst om ook andere verantwoordelijkheden op te nemen", zegt dr. Rudy Faelens. "Denk aan de polyfarmacie. Dat is afschuwelijk. We zijn mensen aan het vergiftigen. Is het de schuld van de huisarts die al die medicatie voorschrijft? Is het de schuld van de verpleegkundige die al die medicatie vraagt? Is het de schuld van de specialisten die bij een ziekenhuisopname te veel gefocust zijn op hun eigen pathologie en te weinig rekening houden met de multimorbiditeit van de oudere patiënten? Is het de schuld van de apotheker? Feit is dat de levensduur daalt door de polyfarmacie en dat daaraan dringend iets moet gebeuren."

"In 1998 al was er de verplichting om een geneesmiddelenformularium op te maken. Dat is uiteindelijk geresulteerd in een dik papieren naslagwerk, dat weinig of niets veranderd heeft in de dagelijkse praktijk. We hebben dringend nood aan informatisering. De arts behoudt uiteraard de vrijheid van voorschrijven, maar het is perfect mogelijk om de arts op het moment van het voorschrijven alle informatie te geven over contra-indicaties, onverenigbaarheden enz. Ook als een arts op het punt staat om buiten het formularium voor te schrijven, kan hij daarop gewezen worden. Ik ben ervan overtuigd dat veel fouten vermeden kunnen worden dankzij informatisering. Neem de cholesterolverlagers: bij onze oudste ouderen werkt een lage cholesterol een sneller overlijden in de hand. Maar men blijft die cholesterolverlagers gewoon verder toedienen..."

"Er is ook nood aan medisch-farmaceutisch overleg tussen CRA, apotheker en verpleegkundige op het niveau van het woonzorgcentrum. En het mooie is: daar is al drie jaar geld voor voorzien, alleen wordt het niet gebruikt. Ja, er zijn een aantal proefprojecten. Alweer met dr. Jan De Lepeleire als voortrekker trouwens; die man verdient echt een standbeeld."

"Waar het uiteindelijk allemaal om draait: ik weet hoe ik behandeld wil worden als ik oud ben. Dat drijft mij en veel CRA's om er te blijven voor gaan. De meeste van de 650 CRA's in Vlaanderen zijn heel gedreven mensen, met een sterk engagement. We hebben onlangs een vormingsprogramma ontwikkeld rond zes thema's. Voor elk thema wordt een zaterdagvoormiddag uitgetrokken. We hebben telkens meer dan 150 aanwezigen. Dat illustreert de gedrevenheid van de CRA's."

"Daarom waren we ook zo teleurgesteld dat we niet van in het begin betrokken waren bij Vitalink. Dat was een enorme opportuniteit, zeker nu het medicatieschema als eerste prioriteit gekozen is. De woonzorgcentra waren de ideale settings geweest om hiermee te starten. Enkel en alleen in de woonzorgcentra vind je immers correcte informatie in het medicatieschema – in ziekenhuizen, in de thuiszorg en bij de huisartsen kloppen de medicatieschema's dikwijls niet met de realiteit. Vanuit de woonzorgcentra hadden wij net kunnen bewijzen dat Vitalink kan werken. Ook op dit terrein is het woonzorgcentrum een perfect proeflaboratorium. Nu, als ik zie hoe weinig financiering er voor de Vitalink proefprojecten wordt voorzien, dan ben ik ook wel blij dat we het met de woonzorgcentra niet gehaald hebben. Het zal me benieuwen hoe ze dat met die beperkte middelen gaan doen."

Stem niet gehoord

"De rol en de functie van de CRA zullen verder blijven evolueren", weet dr. Rudy Faelens. "Het is dan ook bijzonder jammer dat de CRA's zelf nergens bij betrokken worden. Wij worden buiten alle overlegstructuren gehouden. Dat baart ons zorgen. Ook de overheveling van bevoegdheden naar de Vlaamse Gemeenschap lijkt ons niet evident. Heeft de Vlaamse Gemeenschap daar de mensen voor? En wat met de traditie van bureaucratie en papierwerk op het Vlaamse niveau? En wat zullen de werkelijke bevoegdheden zijn zolang de financiële hefbomen federaal blijven? Onze stem wordt niet gehoord en nochtans zijn wij met de meest kwetsbare mensen bezig. Natuurlijk is de smaak van het eten belangrijk in het woonzorgcentrum. En natuurlijk moet de infrastructuur optimaal zijn. Maar wie waakt er over de medische kwaliteit? Niemand. Zowel op Vlaams als op federaal niveau is men vandaag bezig met kwaliteitscriteria. Naast elkaar, alweer en nog altijd. En zonder de mening van de CRA's te vragen. Maar we blijven ervoor gaan!"

Dr. Rudy Faelens: "De CRA heeft ervaring en expertise in ouderenzorg kunnen opbouwen in de woonzorgcentra; het zou een gemiste kans zijn om die niet te introduceren in de thuiszorg."

"Als een hoogbejaarde patiënt zegt: 'dokter, ik wil nog één keer per week kunnen gaan kaarten, zelfs al kost mij dat enkele weken van mijn leven', dan moet de coördinerende arts erop kunnen toezien dat alle zorgverleners in dezelfde richting werken, om samen aan de wens van de patiënt te kunnen voldoen."

“Een gezond evenwicht tussen werk en privé is ook voor artsen in opleiding belangrijk”

De artsen van de toekomst zijn vandaag aan het werk als assistenten in het ziekenhuis. Ondanks de recente wetgeving op de arbeidsduur, blijft het ook voor deze ‘specialisten in opleiding’ zoeken naar een haalbaar evenwicht tussen werk, studies en een sociaal leven. Wij gingen langs bij dr. Ward Heggermont, voorzitter van de Leuvense Vereniging van Geneesheer-Assistenten in opleiding (LVGA).

Ward Heggermont is ‘arts-specialist in opleiding’ oftewel ‘assistent’ in de cardiologie. Hoewel hij op dit ogenblik aan het doctoreren is, neemt hij ook het voorzitterschap waar van LVGA. “Wij focussen met LVGA in de eerste plaats op de arbeidsomstandigheden in het eigen UZ Leuven, maar wij zijn ook een belangrijke stem in de nationale vereniging van assistenten, VASO-AMSF”, vertelt Ward Heggermont.

“De jongste tien jaar is er een duidelijk positieve evolutie aan de gang. We kunnen nog niet spreken van een uitgewerkt HR-beleid op maat van de assistenten, maar dat lijkt me ook moeilijk haalbaar. Er is nogal veel verloop van assistenten, dikwijls ook naar perifere ziekenhuizen, wat zorgt voor weinig continuïteit. Daarom mikken we met LVGA vooral op ad-hocoplossingen, zoals flexibele kinderopvang in het ziekenhuis, betere arbeidsuren en een correcte verloning. Met de nieuwe wet op de arbeidsduur van februari 2011 is er alvast op dat vlak een positieve kentering. Het blijft soms moeilijk om binnen de vastgelegde grenzen te blijven, maar de wil is er, zeker in het UZ Leuven, dat dikwijls als voortrekker fungeert. Maar ook in de andere algemene ziekenhuizen gaat het de goede richting uit. De excessen van vroeger zijn grotendeels weggewerkt. Hier in het UZ Leuven wordt toegezien op de naleving van de wettelijke arbeidsomstandigheden voor assistenten, en LVGA houdt mee de vinger aan de pols.”

Zestigurenweek

“Uiteraard blijven er andere thema’s om aan te werken met LVGA”, zegt Ward Heggermont. “We moeten de verworvenheden vasthouden en blijven werken aan een goede omkadering voor de artsen in opleiding. Twee thema’s staan vandaag

Dr. Ward Heggermont, voorzitter van LVGA: "Assistenten houden bij de keuze van hun specialisatie wel degelijk rekening met de tekorten in sommige disciplines. De eigen interesse blijft het belangrijkste criterium, maar op nummer twee staat volgens mij de werkzekerheid. Financiële consequenties spelen minder een rol, is mijn aanvoelen."

GSO

hoog op de agenda: de inhoud van de opleiding Master na Master in de Specialistische Geneeskunde en een evenwichtige work-life balance voor de assistenten."

"De Master na Master bestaat nu drie jaar en kampt nog met enkele kinderziektes. We moeten hier snel komaf mee maken, want deze Manama is een potentieel belangrijk sluitstuk van de specialistische opleiding. Het diploma kan eventueel een meerwaarde zijn voor artsen die een deel van hun opleiding in het buitenland willen doen. Daarenboven is het een scharniermoment om de erkenningscriteria te actualiseren. De basisopleiding voor een arts duurt momenteel zeven jaar, maar wordt over enkele jaren teruggebracht naar zes jaar. Daarna volgt de specialisatie, die afhankelijk van discipline tot discipline doorgaans vier tot zes jaar in beslag neemt. Het is tijdens die specialisatie dat de Master na Master in de Specialistische Geneeskunde erbij genomen kan worden. Het zijn dus geen studiejaren die erbij komen, maar wel extra vakken en een extra werkbelasting tijdens de studie. Om die belasting wat draaglijk te houden, willen we zoveel mogelijk vakken integreren in de gewone specialisatie-opleiding, zonder uiteraard aan de inhoud en de kwaliteit van de opleiding te raken."

"Wat de evenwichtige work-life balance voor de assistenten betreft, merken we een evolutie die ook bij de gevestigde artsen plaatsgrijpt. Zowel artsen als artsen in opleiding willen meer tijd voor hun gezin en een sociaal leven. Artsen werken hoe langer hoe meer in grotere associaties, zodat ze bv. de wachtdiensten onder elkaar kunnen verdelen. Voor artsen in opleiding blijft het moeilijk om een gezond evenwicht na te streven. Belangrijk is dat de opleiding efficiënt verloopt, zodat we veel kunnen leren binnen een aanvaardbare tijd. Vroeger moesten assistenten soms tot honderd uur per week werken, vandaag is dat voor de meeste assistenten nog zestig uur per week, wat draaglijk en doenbaar is."

Drop-out

"Toch haken nog relatief veel artsen in opleiding af tijdens hun opleiding", bevestigt Ward Heggermont. "Ik schat dat de drop-out tussen de 5 à 8% schommelt. Er spelen diverse factoren mee, waaronder dikwijls ook persoonlijke motieven. Maar ook de werkdruk is niet onbelangrijk. Onder assistenten wordt daar vaak over gepraat. Zoals gezegd is de situatie al flink verbeterd, maar er bestaan nog altijd verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis. In veel gevallen kunnen de assistenten gelukkig ook meer dan vroeger bij hun supervisor terecht om problemen aan te kaarten. De supervisoren merken ook dat een te hoge werkbelasting voor de assistent geen goede invloed heeft op hun dienst en op het beroep in het algemeen. Vroeger had je in sommige disciplines een overaanbod aan artsen, maar vandaag is dat voor verschillende disciplines niet langer het geval, wel integendeel."

"Studenten houden bij de keuze van hun specialisatie wel degelijk rekening met de tekorten in sommige disciplines. We praten daarover ook met elkaar. De eigen interesse blijft het belangrijkste criterium, maar op nummer twee staat volgens mij de werkzekerheid. Financiële consequenties spelen minder een rol, is mijn aanvoelen. Dat de tekorten in bv. urgentiegeneeskunde, geriatrie en psychiatrie toch niet opgelost geraken, heeft volgens mij deels te maken met de psychische belasting in deze disciplines. Het klopt dat technische disciplines nog altijd beter betaald worden, maar voor de huisartsen en de endocrinologen zijn alvast inspanningen geleverd. Ik hoop dat die evolutie zich doorzet en dat die verschillen over tien jaar grotendeels weggewerkt zullen zijn."

Een stem in het beleid

"Interessant is dat de assistenten via LVGA in het UZ Leuven en aan de Faculteit Geneeskunde ook een stem hebben in verschillende bestuursorganen, zoals de medische raad, de opleidingscommissie en vele andere organen. Al moet ik toegeven dat het soms moeilijk is om studenten te vinden die zich hiervoor willen engageren. Ik begrijp dat ook wel: de studies zijn sowieso al behoorlijk zwaar en eerstejaars assistenten concentreren zich liever honderd procent op hun opdracht in het ziekenhuis. Toch is het een meerwaarde als je een ruimer engagement opneemt en je stem laat horen op beleidsniveau. Veel oudleden van LVGA nemen vandaag trouwens ook bestuursfuncties op in bv. de medische raad van hun ziekenhuis. Dat engagement en die motivatie om verantwoordelijkheid te nemen, blijven erin zitten."

"Zelf hoop ik in eerste instantie mijn doctoraat succesvol af te ronden, en na mijn specialisatie eventueel in een grote associatie van cardiologen aan de slag te kunnen, zodat ik mij kan toespitsen op de deeldiscipline hartfalen. Uiteraard wil ik ook tijd en ruimte voor een gezinsleven. Dat blijft een moeilijke combinatie voor artsen. Het is kwestie van een haalbaar evenwicht te vinden. En een begripvolle partner is onontbeerlijk. Nu, ik focus me vooral op *quality time*, en een goede planning kan een groot verschil maken. In elk geval, ik ga ervoor!"

SENATOR LOUIS IDE SCHRIJFT NIEUWE 'LOF DER GEZONDHEID'

Hoe moet het verder met onze gezondheidszorg?

Senator dr. Louis Ide (N-VA) weerlegt in zijn nieuwe boek *Lof der gezondheid. Van apologie tot utopie?* enkele hardnekkige mythes in de gezondheidszorg. Het boek is heel analytisch, stevig onderbouwd en vlijmscherp geschreven. Een globaal voorstel tot hervorming ontbreekt evenwel. Toch heeft het boek alvast de verdienste om het debat, dat dringend gevoerd moet worden, te voeden.

Het boek van Louis Ide opent met een woord vooraf van Guy Peeters, voorzitter van het Socialistisch Ziekenfonds. Niet meteen de meest voor de hand liggende keuze, maar het toont de vaste wil van Ide om het debat op te zoeken en met zijn opponenten intellectueel de degens te kruisen. Guy Peeters neemt de handschoen op. "De gezondheidszorg verdient een verrijkend en veelzijdig debat. De gezondheidszorg verdient goede hervormingen", aldus Guy Peeters in zijn woord vooraf. Maar dat betekent uiteraard niet dat hij met Louis Ide op één lijn zit, wel integendeel.

Het nieuwe boek van Ide is een vervolg op zijn eerste publicatie *Lof der gezondheid. Diagnose van een terminaal gezondheidsbeleid* uit 2006. Daarin poneerde hij onder meer dat de taalgrens ook een zorggrens is. De voorbije jaren heeft het RIZIV met rapporten proberen aan te tonen dat dat niet zo is. Maar dat gebeurt met cijfers die niet kloppen, aldus senator Ide. "Ik kan bijgevolg niet anders dan een heel stuk van dit nieuwe boek wijden aan een verweer tegen het onrechtmatige gebruik van deze cijfers. De lezer moet immers goed beseffen hoe belangrijk neutrale en correcte gegevens zijn, om te begrijpen hoe ze misbruikt kunnen worden om er een politiek verhaal aan vast te knopen. Door de cijfergegevens van het RIZIV te weerleggen, gaan we de lezer impliciet ook vertellen hoe het dan wel moet", zegt Ide in zijn inleiding.

Maar Ide wil meer met zijn boek. "Het moet ook de richting wijzen waar we naartoe willen. Want ook dat is een vaak gehoord verwijt aan mijn adres: 'Splitsen om te splitsen, maar hij weet niet wat daarna.' Ik kan me dus niet beperken tot een aanval op de RIZIV-studie, maar ik zal de lezer er ook van moeten overtuigen hoe de gezondheidszorg het best evolueert."

Lof der gezondheid. Van apologie tot utopie? is een pamflet van een gedreven man. Het voordeel van die stijl is dat het boek heel vlot leest. Keerzijde van de medaille is dat de stijl soms storend tendentieus overkomt. Maar dat moeten we als lezer maar voor lief nemen, want Ide biedt ook wel een persoonlijke en bevoorrechte inkijk op de gezondheidspolitiek van de voorbije jaren. Zo geeft hij tal van anekdotes en flarden van gesprekken uit de Vlaamse en federale regeringsonderhandelingen van respectievelijk 2009 en 2010-2011.

Of je het nu eens bent met Ide of niet, zijn analyses zijn boeiend en op zijn minst zeer relevant. Hoopgevend is dat zowat iedereen het er ondertussen over eens lijkt dat ons gezondheidssysteem grondig hervormd moet worden. Het debat hierover kan best naar een hogere versnelling schakelen.

Louis Ide, *Lof der gezondheid. Van apologie tot utopie? is* uitgegeven bij Pelckmans.

Wenst u Zorgwijzer in de toekomst gratis toegestuurd te krijgen?

Bezorg dan uw gegevens aan Chris Teugels: ct@zorgnetvlaanderen.be

Blijf je graag regelmatig op de hoogte van de activiteiten van Zorgnet Vlaanderen?
Surf dan naar www.zorgnetvlaanderen.be en schrijf je in op onze Actua E-nieuwsbrief

Even dreigde de hervorming in de geestelijke gezondheidszorg stopgezet te worden, maar mee dankzij een samen gedragen media-actie werden de voorziene budgetten alsnog goedgekeurd.

GGZ

SUCCESVOLLE ACTIE VAN DE SECTOR SAMEN MET ZORGNET VLAANDEREN

Hervormingen in geestelijke gezondheidszorg gaan door

Maandag 18 juni was het alle hens aan dek voor de Interministeriële Conferentie (IMC) in Brussel. De hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg dreigden immers stil te vallen. Samen met de sector voerde Zorgnet Vlaanderen daarom actie. Met succes.

Een jaar geleden keurde een vorige IMC twaalf projecten goed, die mogelijk moeten maken dat psychiatrische patiënten meer thuis kunnen worden behandeld. Wegens budgettaire redenen konden toen maar tien projecten effectief starten. Daarnaast bereidden zeven andere projecten zich voor. Het zag er een hele tijd naar uit dat de voorziene financiering voor deze negen projecten toch niet zou volgen, waardoor de ingezette hervormingsbeweging dreigde te worden afgebroken.

Omdat iedereen voelde dat het vijf voor twaalf was, voerde de sector samen met Zorgnet Vlaanderen een media-actie. Zowel het VRT-journaal als De Standaard schonken hier aandacht aan. Kers op de taart was de ludieke actie bij aanvang van de IMC. Vanuit alle hoeken van het land kwamen families, patiënten, actoren uit de geestelijke gezondheidszorg en sympathisanten bijeen op het Victor Hortaplein in Brussel. Enkele banken voor de deur werden omgetoverd tot een ziekenhuisbed. Met spandoeken en ander ludiek materiaal vroegen we minister Onkelinx om alle neuzen in dezelfde richting te zetten. Ministers en voorbijgangers kregen een zakje met 'neuzen' (de echte cuberdons!) met de slogan: "De hervorming in de geestelijke gezondheidszorg: worden we bij de neus genomen? Zet alle neuzen in dezelfde richting!"

Na een uurtje vergaderen kwamen de ministers één voor één naar buiten. Het resultaat bleek positief. De ministers engageerden zich om voor de negen projecten 6,5 miljoen euro vrij te maken (9 keer 725.000 euro) vanaf 1 januari 2013 gedurende drie jaar.

Dit is een hart onder de riem voor iedereen die zich in de voorbije twee jaar heeft ingezet om het transitieproces in de geestelijke gezondheidszorg mee vorm te geven.
Het is internationaal ten overvloede aangetoond dat meer opvang in een thuisomgeving positief wordt ervaren door patiënten en familie. Met deze beslissing kan de transmurale zorg verder uitgebouwd worden in andere regio's zodat meer patiënten van dit aanbod kunnen gebruik maken.

Prof. dr. Johan Menten: "De dagelijkse beslissingen waarmee wij als artsen geconfronteerd worden, hebben veeleer te maken met al of niet nog hospitaliseren, al of niet nog opereren, al of niet kunstmatige voeding en vocht geven, wel of niet meer reanimeren... dan wel vragen voor palliatieve sedatie of euthanasie."

ethiek

"Er is nog veel onwetendheid over het levenseinde bij de bevolking"

Onlangs verscheen een Ethisch Advies van Zorgnet Vlaanderen over palliatieve sedatie. Naar aanleiding hiervan gingen wij praten met prof. dr. Johan Menten. Als kliniekhoofd Radiotherapie-Oncologie en coördinator palliatieve zorg in het UZ Leuven heeft hij een jarenlange ervaring met de problematiek van het levenseinde.

"Het palliatief support team in het UZ Leuven bestaat sinds 1992. Er is veel veranderd in die periode. Het aantal hulpvragen aan het palliatief support team is sterk gestegen. Vroeger kwam slechts 10% van de vragen van een arts, vandaag is dat gestegen naar 60%. De alertheid voor palliatieve zorg bij artsen en verpleegkundigen is enorm toegenomen. Twee op drie patiënten die in ons ziekenhuis aan een chronische ziekte overlijden, hebben in de laatste fase één of meerdere contacten met het palliatief support team of overlijden op de palliatieve zorgeenheid. Er wordt veel meer geïnvesteerd in zorgvuldigheid en transparantie van zorg bij het levenseinde dan vroeger. Hulpverleners, patiënten en familie spreken er open over en veel patiënten kiezen bewust om thuis palliatief begeleid te worden als dat praktisch mogelijk is, of om in het ziekenhuis of op een palliatieve zorgeenheid verzorgd te worden."

"Wij zijn in het UZ Leuven al heel lang aan het werk om de zorgcultuur rond het levenseinde verder te ontwikkelen", aldus prof. Menten. "In 1999 zijn we gestart met een palliatieve zorgafdeling. Wij hebben ons toen ook de vraag gesteld: wat doen we als ondanks geoptimaliseerde palliatieve zorg de patiënt nog ondraaglijk lijdt en te kennen geeft zo niet verder te kunnen of te willen. Er was in het palliatief support team al een beperkte ervaring met palliatieve sedatie. Wij hebben dat toen uitgebreid interdisciplinair en met onze facultaire medisch ethische commissie besproken en aan de hand

daarvan een concreet stappenplan geïmplementeerd op de palliatieve zorgeenheid en in heel het ziekenhuis."

"Het is belangrijk dat palliatieve sedatie alleen gebeurt bij terminale patiënten die heel dicht bij het levenseinde staan en bij wie het stervensproces niet op een natuurlijke manier sereen verloopt. Bovendien gebeurt palliatieve sedatie alleen op vraag van de patiënt en dus nooit op vraag van de familie of van een hulpverlener. Het is hier altijd de uitdrukkelijke keuze van de patiënt zelf. Meestal overleggen we met de patiënt in eerste instantie om te starten met intermittente palliatieve sedatie. De patiënt wordt in dat geval na een tijdje verminderd bewustzijn weer wakker en kan dan opnieuw over zijn actuele situatie overleggen (op voorwaarde dat de sedatie gebeurde met midazolam). Als er volgens de patiënt geen voldoende verlichting van klachten optreedt of als de patiënt wel definitief wil slapen, gaan we over op continue diepe palliatieve sedatie. Zodra de palliatieve sedatie start, wordt de patiënt continue verder met alle nodige medische en verpleegkundige zorg omringd. We zien erop toe dat de refractaire symptomen onder controle blijven. Dagelijks communiceren wij met de familie. Want ook een 'slapende patiënt' evolueert. 80% van deze patiënten overlijdt immers binnen de twee tot drie dagen. Palliatieve sedatie is dus geen kwestie van weken, zoals men soms vreest. Ik durf te stellen, na grondige analyse van onze sedaties, dat palliatieve sedatie het sterven niet bespoedigt of vertraagt."

Een goede dood

"Iedere patiënt heeft het recht om een goede dood te sterven en daarbij is goede symptoomcontrole ontzettend belangrijk. Als dat met de standaardzorg niet voldoende lukt voor de patiënt – en de patiënt zelf is daarbij de norm, niet de hulpverlener of de familie – dan kan palliatieve sedatie een optie zijn."

"Het duidelijke verschil met euthanasie is dat palliatieve sedatie symptoomcontrole nastreeft van therapieweerstandige symptomen op vraag van de patiënt zelf en dat het overlijden het gevolg is van de natuurlijke evolutie van de ziekte. Niet-terminale patiënten komen niet in aanmerking voor palliatieve sedatie volgens onze richtlijn, terwijl de euthanasiewet wel de mogelijkheid voorziet bij niet-terminale patiënten."

"Voor de familie is het levenseinde van hun patiënt vaak een erg emotionele en uitputtende periode. Het is echter ethisch en wettelijk ongeoorloofd om het sterven van de palliatief gesedeerde patiënt te bespoedigen 'omdat de familie het moeilijk heeft'. Deze familie verdient wel onze voortdurende aandacht en ondersteuning."

"Elke patiënt heeft het recht om euthanasie te vragen. Anno 2012 gebeurt euthanasie ongeveer bij 1% van alle overlijdens in België. Soms vragen patiënten euthanasie proactief, nog voor het ondraaglijk lijden aanwezig is, om zo het lijden vóór te zijn. Dat is een interpretatiecontroverse in de huidige wetgeving. Sommigen vinden dat proactieve euthanasie wel kan, anderen hebben het er veel moeilijker mee. "

"Je mag het maken van dat soort levenseindebeslissingen overigens niet onderschatten", aldus prof. Menten. "Artsen kunnen 'opgebrand of uitgeput ' geraken. De praktijk leert dat het soms veel meer met een arts doet dan men als buitenstaander zou denken. Dat geldt evenzeer voor de betrokken verpleegkundigen en paramedici. Hulpverleners moeten zich daarom in dat soort procedures goed ondersteund weten. Heldere richtlijnen en interdisciplinair overleg zijn daarbij zeer waardevol."

Patiëntenrechten

"Of de polarisatie rond de problematiek van het levenseinde afgenomen is? Ach, die polarisatie is er vooral in de media", zegt prof. Menten. "Op de werkvloer merk je daar weinig van. Akkoord, er zijn zowel katholieke als openbare instellingen die veeleer terughoudend staan tegenover euthanasie, terwijl net veel katholieke instellingen voorlopers waren om een gedetailleerd en uitgeschreven beleid of stappenplan rond de verschillende levenseindeproblematieken beschikbaar te stellen van hun hulpverleners. Het is goed dat we voortdurend interdisciplinair blijven nadenken over deze thematiek en procedures, en dat geactualiseerde richtlijnen beschikbaar zijn, zoals nu met het Ethisch Advies van Zorgnet Vlaanderen over palliatieve sedatie. Veel voorzieningen zullen hierin een heldere handleiding vinden die ze kunnen implementeren op de werkvloer. Dat leidt tot meer zorgvuldigheid en transparantie en is een stap vooruit voor de patiënt, de familie én voor de zorgverleners."

"Voor zorg aan het levenseinde in al zijn vormen moeten we blijven aandacht vragen, ook in de media. Slechts 1% van de mensen kiest voor euthanasie, maar euthanasie krijgt in de media 99% van de aandacht rond de levenseindeproblematiek, waardoor er veel misverstanden blijven bestaan bij het grote publiek. Ik ga geregeld spreken over palliatieve en terminale zorg voor heel diverse groepen. Het is ontstellend hoe weinig de meeste mensen afweten van de levenseindeproblematiek, terwijl we er allemaal mee geconfronteerd zullen worden. Veel mensen denken dat 'alles geregeld' is wanneer ze een wilsverklaring hebben neergelegd. Maar de wilsverklaring maakt alleen duidelijk wat de patiënt wenst bij een onomkeerbaar coma. Wat ik de mensen dan wel aanraad om te doen? Met de familie en vooral met de (huis)arts spreken over wat je wel en wat je niet wilt dat er gedaan wordt bij levensbedreigende situaties. Het gebeurt regelmatig dat een ziekenhuisspecialist de huisarts contacteert om te horen of er afspraken gemaakt zijn over het levenseinde. Als de huisarts dan kan bevestigen dat de patiënt twee jaar voordien inderdaad te kennen heeft gegeven dat hij bepaalde interventies niet meer wenst, dan kan de specialist met deze wensen rekening houden. Vergeet ook niet dat de individuele levenseindeproblematiek erg dynamisch kan zijn. Mensen veranderen van mening, uit zichzelf, maar ook door de veranderende omstandigheden: een nieuwe vriend(in) hebben, in blijde verwachting zijn van een kleinkind dat je graag nog geboren zou weten worden.... De dagelijkse beslissingen waarmee wij als artsen geconfronteerd worden, hebben veeleer te maken met al of niet nog hospitaliseren, al of niet nog opereren, al of niet kunstmatige voeding en vocht geven, wel of niet meer reanimeren... dan wel vragen voor palliatieve sedatie of euthanasie."

Het Ethisch Advies palliatieve sedatie vindt u op www.zorgnetvlaanderen.be, rubriek publicaties.

De Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen bracht over palliatieve sedatie een praktische vouwkaart voor zorgverstrekkers uit, en een publieksfolder voor de brede bevolking, gebaseerd op de richtlijn Palliatieve Sedatie (herziene versie 2012, hoofdauteur Prof. Dr. Bert Broeckaert, KULeuven), zie www.palliatief.be en www.pallialine.be/palliatieve sedatie

Zorgnet Vlaanderen is een toonaangevende werkgeversorganisatie die initiatieven verenigt uit de social profit. Wij zijn op zoek naar (m/v):

Regionaal stafmedewerker

(Oost-Vlaanderen & Vlaams-Brabant)

Functie

- Je staat in voor de dienstverlening aan de woon- en zorgcentra in de provincies Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant. Je detecteert problemen en vragen én formuleert adviezen op maat.
- Je treedt op als eerste aanspreekpunt en participeert aan de regionale overlegorganen.
- Je stimuleert op pro-actieve wijze de samenwerking tussen de voorzieningen.
- Je ontwikkelt mee een onderbouwde visie m.b.t. actuele trends in de ouderenzorg. Je toetst die visie op het terrein.

Profiel

- Je hebt een masterdiploma (of gelijkwaardig door ervaring) en enkele jaren relevante werk ervaring.
- Je hebt inzicht in de werking van organisaties en hun management.
- Je kan op eigen initiatief projecten opzetten.
- Je hebt uitgesproken sociale vaardigheden.
- Je kan professioneel rapporteren en presentaties brengen.
- Je bent in het bezit van een wagen en ziet niet op tegen regelmatige verplaatsingen. Je werkterrein is Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant; gemiddeld één dag per week ben je in Brussel.

Projectmedewerker Centra Geestelijke Gezondheid

Functie

- Je werkterrein: het zorgaanbod inzake de forensische ambulante GGZ, specifieke thema's voor de doelgroep kinderen en jongeren en de inhoudelijke ondersteuning van de VDIP-teams (vroegdetectie en interventie psychotische problematiek).
- Je werkt mee aan de strategische en inhoudelijke ontwikkeling van nieuwe organisatie- en zorginhouden.
- Je communiceert en overlegt met interne en externe partners: overheid, zorgverleners, directies.
- Je hanteert de verschillende dimensies van de projectmethodologie om een kwaliteitsvol resultaat op te leveren.

Profiel

- Je hebt een masterdiploma en bij voorkeur enkele jaren ervaring in de geestelijke gezondheidszorg.
- Je bent op beleidsniveau vertrouwd met concepten inzake kwaliteit, veranderingsmanagement en organisatiekunde.
- Je bent een teamspeler en kan groepen professioneel begeleiden.
- Je hebt een vlotte pen; je kan complexe boodschappen op een eenvoudige manier overbrengen.
- Je bent een 'netwerker' en legt vlot contacten.

Beide functies zijn voltijds met een contract van onbepaalde duur. Aantrekkelijk salaris met extralegale voordelen. Uitgebreid profiel en functiebeschrijving op www.zorgnetvlaanderen.be, rubriek vacatures

Interesse?

Mail dan je CV en motivatiebrief naar Lieve Dhaene, ld@zorgnetvlaanderen.be.
We garanderen een vertrouwelijke behandeling van je kandidatuur.
Voor de functie van regionaal stafmedewerker kan je solliciteren tot **24 augustus 2012**.
Voor de functie van projectmedewerker CGG kan je solliciteren tot **31 juli 2012**.

GDF SUEZ Healthcare Day

Speciaal op maat van de zorginstellingen dokterde GDF Suez een programma uit rond duurzaamheid binnen de zorgsector. Omdat wij ervan overtuigd zijn dat we de ideale oplossingen kunnen bieden voor de uitdagingen waar elke verantwoordelijke voor het algemeen beleid, de logistiek of het operationeel management van ziekenhuizen en rust- en verzorgingsinstellingen mee wordt geconfronteerd.

Op de Healthcare Day laten gereputeerde specialisten uit de zorgsector en deskundigen van GDF Suez in hun kaarten kijken en delen hun unieke ervaringen met u. Concrete cases die duidelijk aantonen dat een duurzaam beleid heel wat potentieel biedt voor uw instelling. Na de intensieve informatieve sessies is er ruimschoots gelegenheid om bij te praten met zowel de sprekers als de andere deelnemers aan deze studiedag tijdens het walking diner.

woensdag 19 september 2012 | VUB-campus, Jette

Schrijf u in op: www.gdfsuezhealthcareday.be

GDF SUEZ BY PEOPLE FOR PEOPLE · AXIMA GDF SUEZ · FABRICOM GDF SUEZ · QUENTRIS GDF SUEZ · TRACTEBEL Engineering GDF SUEZ · COFELY Services GDF SUEZ · Electrabel GDF SUEZ · SUEZ environnement Ondeo IS · SUEZ environnement SITA

Zorgnet Vlaanderen vzw
Guimardstraat 1, 1040 Brussel
T. 02 511 80 08 | F. 02 513 52 69
post@zorgnetvlaanderen.be
www.zorgnetvlaanderen.be

zorgnet
VLAANDEREN