ACW Geel

Visie op lokaal gezondheidsbeleid



" Betaalbare geneeskunde, geen lange wachtlijsten, vrije keuze van arts en ziekenhuis, tevreden patiënten, …
Ons systeem van gezondheidszorg wordt soms voorgesteld als het beste ter wereld. Toch zijn er een aantal problemen die men onder ogen moet durven zien. "



Inhoudsopgave

1. Inleiding 4
1. Waarom een thema als locale gezondheidszorg bestuderen? 4
2. Waarom houdt ACW-Geel zich daarmee bezig? 5
3. Hoe aangepakt en tewerk gegaan? 6

2. Gezondheidsbeleid: wiens taak? 7

3. Vaststellingen en voorstellen/suggesties ACW-Geel 8

1.Huisartsen: 8
A. Vaststellingen 8
Bereikbaarheid 8
Toegankelijkheid 9
Veranderende rol functie huisarts 10
Overleg met tweede en derde lijn 10
B. Voorstellen en suggesties ACW-Geel 10
Rol van de huisarts 10
Herwaardering van de functie huisarts 11
Andere organisatie van de huisartspraktijk 11

2. Specialisten: 13
A. Vaststellingen: 13
B. Voorstellen en suggesties ACW-Geel 13

3. Ziekenhuis: 14
A. Algemene bedenkingen 14
B. Vaststellingen: 14
C. Voorstellen en suggesties ACW-Geel 15
1. Rond de behandeling 15
2. De kosten 15
3. Verzorging en omkadering 16
4. Bestuur ziekenhuis 16
5. Expertise-aanbod 17
6. Multidisciplinair Oncologisch Comité 17
7. Spoed en MUG 17
8. Ziekenhuis als preventiehuis 17
9. Gezondheidsambtenaar 17
10. Fusies en samenwerkingen 17

4. Stad/OCMW: 20
A.Vaststellingen: 20
Stad Geel: wat bestaat al? 20
OCMW 20
B.Voorstellen en suggesties ACW-Geel 20

5. Mutualiteiten: 22
Vaststellingen, voorstellen en suggesties 22

6. Preventie: ... 23
A. Vaststellingen: LOGO ... 23
1. Doelstellingen ... 23
2. Acties en activiteiten ... 23
3. Structuur ... 23
4. Opdrachten ... 23
5. Projectwerking ... 23
6. Lokaal gezondheidsbeleid ... 23
7. Impact LOGO werking ... 23
8. Toekomstperspectieven ... 23
B. Voorstellen en suggesties ACW-Geel ... 24

7. Psychiatrie / geestelijke gezondheidszorg ... 24
A. Vaststellingen ... 24
B. Voorstellen en suggesties ACW Geel ... 26

8. Palliatieve zorg ... 26
A. Vaststellingen: ISPAHAN ... 26
1. Doelstellingen ... 26
2. Staff ... 26
3. Acties en activiteiten ... 27
4. Structuur ... 27
5. Toekomst, vragen en verwachtingen ... 27

9. Thuiszorg ... 28
A. Vaststellingen ... 28
B. Voorstellen en suggesties ACW-Geel : ... 28

10. Residentiële zorg ... 29
A. Vaststellingen ... 29
B. Voorstellen en suggesties ACW Geel ... 29

4. Concrete aandachtspunten ACW Geel ... 30
1. Globaal medisch dossier ... 30
2. Derde betalersysteem ... 30
3. Omniostatuut ... 30
4. Maximum factuur ... 30
5. verhoogde tegemoetkoming ... 31
6. Generische geneesmiddelen ... 31
7. Ereloonsupplementen ... 31
8. Kamersupplementen ... 31
9. Bijzonder solidariteitsfonds ... 31
10. Verzekerigen ... 32
11. Info dicht bij de mensen ... 32

Een wijkgezondheidscentrum in Geel
A. Vasstellingen ... 33
B. Voorstellen en suggesties ACW Geel ... 33

5. Epiloog ... 35



I. Inleiding:

1. WAAROM EEN THEMA ALS LOKALE GEZONDHEIDSZORG BESTUDEREN?

Wanneer er gesproken wordt over gezondheid en gezondheidszorg, zou het in eerste instantie over de 'patiënt' moeten gaan. We stellen echter vast dat in de meeste voorstellen en publicaties, het woord patiënt zelden wordt gebruikt. Het is alsof dit het 'lijdend' voorwerp is dat alles maar moet ondergaan en voor de rest zich gedeisd moet houden en tevreden mag zijn dat er gezondheidszorg is. Van inspraak en participatie is in de meeste gevallen nog weinig te bespeuren. Nochtans gaat het hier om het hoogste goed van ieder individu: GEZONDHEID. Datgene wat we mekaar om de haverklap toewensen.

België wordt altijd geroemd om zijn zeer goede sociale zekerheid en goede gezondheidszorg. Nochtans zien we de laatste jaren in verschillende rankings, dat we het er toch niet zo goed vanaf brengen. Volgens de 'European Health Consumers Index' (EHCI) staat België in 2009 11° op 33 landen. De criteria waren: patiëntenrecht en -voorlichting, e-gezondheid, wachtlijsten, medische resultaten, toegang tot diensten en toegang tot nieuwe medicijnen. Volgens een studie van 'OESO' (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) en het 'Fraser Instituut' staat België tussen de 15-20° plaats op 28 landen. Het grote probleem in België is dat de kwaliteit van de gezondheidszorg niet gemeten wordt.
Dit zou dringend moeten gebeuren. Van de andere kant zijn er natuurlijk ook sterke punten zoals:

- Toegankelijkheid van de zorg
- Vrije keuze van de patiënt
- Concurrentie
- Opleiding zorgverstrekkers.

Verder gaan we ook meer en meer naar een 'duale gezondheidszorg'. Eén (waaronder privaat) voor de goed bemiddelden en het verplichte systeem (overheid) voor de rest. Van gelijkheid in de gezondheidszorg is er dan ook geen sprake. De ongelijkheid in de gezondheidszorg is geen zwart-wit verhaal als zou slechts de laagste sociale klasse uit de boot vallen. Het is bljkbaar een graduele toestand die mee evolueert met de sporten van de sociale ladder.

Een goed toegankelijke en kwalitatieve eerstelijnsgezondheidszorg is onontbeerlijk en de sleutel voor de ganse gezondheidszorg. Het zijn vooral de laagste sociale klassen die gebruik maken van deze eerstelijnsgezondheidszorg en dus hiervan afhankelijk zijn. Studies wijzen trouwens ook uit dat een rechtvaardige en kwalitatieve gezondheidszorg voor iedereen maar kan blijven bestaan als er een goed uitgebouwde en sterke eerstelijnsgezondheidszorg aanwezig is.

Wie kan beschikken over een netwerk van mensen die thuis zijn in de gezondheidszorg, ervaring hebben op dat gebied en over nodige informatie beschikken, zal ook gemakkelijker toegang vinden tot de gezondheidszorg en zijn weg vinden naar de juiste behandeling en verstrekkers.

De gezondheidszorg in België is niet goedkoop. Eind 2008 slokte de gezondheidszorg 36% van de sociale uitgaven op. Dit doet onmiddellijk de vraag rijzen naar de betaalbaarheid, zowel voor de patiënt (persoonlijk aandeel dat telkens wordt verhoogd) als voor de overheid. De belangrijkste uitdaging bestaat erin om de kosten binnen de perken te houden en om voor een rechtvaardige toegang tot een kwalitatieve gezondheidszorg te kiezen. Alle gezondheidssystemen worden bedreigd door sterke tendensen met zware gevolgen: de toenemende verwachtingen van de burger-patiënt, de ontwikkeling van chronische ziekten, de vooruitgang van de technologieën en de behandelingen, de vergrijzing van de bevolking.

De gezondheidssector is echter niet alleen een kostensector, maar evenzeer een bron van banen en economische rijkdom. Meer dan 400.000 Belgen hebben een hoofdactiviteit in de gezondheidszorg {5.000 ambtenaren, 20.000 ziekenfondswerkers en 335.000 zorgverstrekkers (130.000 buiten en 170.000 binnen ziekenhuizen en rusthuizen) waarvan 40.000 artsen}. Dit is 2 maal meer dan in de bouwsector en vele tienduizenden meer dan in het onderwijs.

2. WAAROM HOUDT ACW-GEEL ZICH MET DEZE MATERIE BEZIG?

Het is voor ons, als sociale organisatie, noodzakelijk dat er o.a. gezorgd wordt dat iedereen de beste gezondheidszorg kan blijven krijgen. De huisartsgeneeskunde (eerstelijns) is dan ook uitermate belangrijk in dit systeem. Maar natuurlijk moet dit ook naadloos aansluiten op tweede en derdelijn. De welzijnsorganisaties en sociale organisaties moeten dringend opkomen voor een gezondheid en gezondheidszorg voor iedereen. Het medische en het sociale moeten sterk met elkaar verweven zijn. De solidariteit moet terug primeren.

Er zijn de laatste jaren heel wat studies geweest die aantonen dat de gezondheid niet gelijk verdeeld is over de inwoners van dit land. Zo sterven de mensen die onderaan de sociale ladder staan gemiddeld 3-5 jaar vroeger en verkeren zij gemiddeld ook 18-25 jaar minder in goede gezondheid.

Al langer dan vandaag vangen wij als ACW-Geel van alle kanten geruchten op over zaken die mislopen in de gezondheidszorg en vooral te maken hebben met minder toegankelijkheid en soms met het niet meer betaalbaar zijn ervan. Dit laatste moet ook bekeken worden door de bril van de laagste inkomens, die volgens vele onderzoeken ook de meest kwetsbare groepen zijn qua gezondheid en dus de meeste zorgen nodig hebben. Hier krijg je trouwens ook het fenomeen dat bepaalde noodzakelijke behandelingen en ingrepen worden uitgesteld omwille van de betaalbaarheid, wat het op termijn alleen maar erger en duurder maakt zowel voor de patiënt als voor de overheid.

Het is dan ook onze bedoeling gezondheid en ongelijkheid in gezondheid in de aandacht te brengen van het breder publiek en hoger op de politieke agenda te krijgen binnen de verschillende beleidsniveaus.

De patiëntenrechten zijn onvoldoende bekend. Op 22 augustus 2002 keurde het federaal parlement de wet inzake patiëntenrechten goed. Hierin worden de individuele rechten van de patiënt vastgelegd, waarop hij moet kunnen rekenen en waaraan een beroepsbeoefenaar zich te houden heeft. De uiteindelijke bedoeling van deze wet is het verbeteren van de kwaliteit van de dienstverlening in de gezondheidszorg. De volgende rechten zijn vastgelegd:

- Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening.
- Recht op vrije keuze van de zorgverlener.
- Recht op informatie.
- Recht op toestemming.
- Rechten in verband met het patiëntendossier.
- Rechten op bescherming van de persoonlijke levenssfeer.
- Recht op klachtenbemiddeling (ombudsdiensten).

Verschillende factoren bepalen mee de gezondheidstoestand van mensen. Wanneer de leefomstandigheden (huisvesting, milieu, enz.) en werkomstandigheden beduidend minder zijn, zal dit een negatieve invloed hebben op de gezondheid. Gezondheid heeft dus een invloed in verschillende beleidsdomeinen.
Het is dus nodig een bredere visie op gezondheid te ontwikkelen die zich niet louter beperkt tot het genezende aspect of tot de kosten die de overheid draagt, maar die rekening houdt met het welzijn van de bevolking in al zijn dimensies. Hier kan een lokale sociale organisatie als het ACW een belangrijke rol spelen.

De toekomst van de geneeskunde is 'voorkomen wordt weer beter dan genezen'. Preventie zal dus centraal moeten staan.

Reeds in 1995 was het KWB-jaarprogramma "Gezondheidszorg voor iedereen". Zij zijn blijven aandacht geven aan misbruiken en overproductie in de gezondheidszorg, met aan-

dacht voor de kwaliteit en de toegankelijkheid.

Deze brochure is een oproep aan iedereen die iets kan en wil doen aan de problematiek van de gezondheidszorg. Wij kunnen dit vanuit ACW-Geel niet oplossen, maar wel de problemen kaderen en eerlijke oplossingen voorstellen.

Hiermee doet ACW-Geel ook een oproep aan zowel ACW-Kempen als aan ACW-nationaal om onze visie rond gezondheidszorg te onderschrijven en ondersteunen ofwel dringend een eigen visie op de toekomst van de gezondheidszorg te ontwikkelen. De inspraak en medezeggenschap van de patiënt moet hierin de leidraad zijn.

Gezondheidszorg moet ook bekeken worden in het EU-perspectief. De uitbreiding van Europa maakt dat onze sterke sociale modellen, waaronder gezondheidszorg, sterk onder druk komen te staan. De meeste nieuwe lidstaten wordt een systeem opgelegd (meestal via de Wereldbank) waar ieder voor zichzelf zorgt (Amerikaans systeem van gezondheidszorg) omdat dit het minst zou kosten voor de staat. Eigenaardig genoeg zien we dat in de VS enerzijds de meeste middelen worden besteed aan gezondheidszorg, maar dat dit anderzijds het slechtste systeem is van de wereld.

3. HOE HEBBEN WE DIT AANGEPAKT EN HOE ZIJN WE TEWERK GEGAAN?

De 3 grote uitgangspunten/doelstellingen voor ACW-Geel waren: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

We hebben een werkgroep samengesteld met mensen die over de toekomst van een lokaal gezondheidsbeleid wilden nadenken. Hierin waren ook de huisartsen, specialisten, ziekenhuis, thuiszorg, mutualiteit, enz. vertegenwoordigd. Op verschillende momenten hebben we per thema info gekregen, geïnventariseerd en nagedacht welke oplossingen nodig zijn. Tevens hebben we een aantal plaatsbezoeken gebracht (o.a. wijkgezondheidscentrum) om ons ook te kunnen inleven in bepaalde situaties.

Bijkomend hebben we op 24 mei 2009 onze "Geelse Zevende Dag" gehouden met als titel: '*Wat is de toekomst van de lokale gezondheidszorg voor de inwoners van Geel?*' Het was de bedoeling een aantal bevindingen te toetsen enerzijds aan een panel van deskundigen en anderzijds aan een breder publiek. Een 7-tal vragen werden voorgelegd aan een panel bestaande uit: Inge Vervotte, volksvertegenwoordiger; Prof. Dr. Mark Waer, de nieuwe rector van de K.U.L.; Dr. Jo Leenders, hoofdgeneesheer AZ St. Dimpna; Dr. Dirk Van De Voorde, vertegenwoordiger huisartsenkring Geel; Rob van den Oever, LCM; Dr. Harrie De Wit, geneeskunde voor het volk. De rijke resultaten uit dit debat tussen specialisten en de zaal werden mee verwerkt in ons dossier.



Uiteindelijk hebben we een basistekst neergeschreven met vaststellingen en aanbevelingen naar verandering en deze basistekst ook getoetst aan bepaalde doelgroepen.

Wat U hier verder kunt lezen is het resultaat van al dit vrijwilligerswerk van ACW-Geel. Het is zeker geen afgewerkt product, maar eerder een discussie en visietekst waarop iedereen kan inspelen en terugkoppelen. Wel hebben we een aantal speerpunten als voorstellen naar voor geschoven. Wij hopen dat beiden in goede handen terecht komen van mensen die scheve situaties willen en kunnen rechttrekken. Wij zullen zeker vanuit ACW-Geel zelf op deze nagel blijven kloppen de komende jaren en we blijven bereid onze visie te delen met wie er om vraagt.

Namens ACW-Geel

Jozef Goebels
voorzitter



2. Gezondheidsbeleid: wiens taak?

1. Regulering en rechten:
    - De VN mensenrechten stellen het recht op gezondheid als een internationale norm.
    - Gezondheid is ook een grondrecht.
    - Gezondheid is een basisrecht en een belangrijke voorwaarde om andere basisrechten zoals het recht op onderwijs en werk te kunnen uitoefenen.

2. Volgens de WHO is de definitie van Gezondheid: '*een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekten en gebreken'.*

3. Tal van Europese landen hebben recent programma's opgezet om de ongelijkheid in de gezondheidszorg te verkleinen. Zo is er het programma "Closing The Gap" waaraan 23 van de 27 Europese lidstaten deelnemen. België is daar **niet** bij.

4. Is het lokale gezondheidsbeleid een 'Kerntaak' voor een openbaar bestuur? **JA**! In een gedecentraliseerde staat is dit een Kerntaak van het lokale bestuur. (*Een 'Kerntaak' is een niet-wettelijke taak waarvoor de stad in ieder geval beleidsmatig verantwoordelijk dient te blijven).*
    - Lokaal gezondheidsbeleid: omvat het voorbereiden, opmaken en uitvoeren van alle regelgeving, aanbod en interventies die het behoud of de bevordering van de gezondheid van alle burgers in een gemeente of stad kunnen beïnvloeden en die onder de bevoegdheid van het lokale bestuur vallen. Dat beleid is dus gericht op:
        1. Het behoud of verbetering van onze volksgezondheid
        2. Het wegwerken van gezondheidsverschillen tussen groepen van de bevolking in de stad.

    - Een "gezondheidsplan" zou moeten opgesteld worden dat past binnen de beleidsnota van de legislatuur en specifiek binnen het lokaal sociaal beleid(-splan) van de stad.

    - De vraag kan hierbij gesteld worden wat men zelf wil en moet doen en/of uitbesteden?

De Geelse Zevende Dag - 24 mei 2009





Panel tijdens de Geelse Zevende Dag met o.a.: Inge Vervotte, Dr. Rob van den Oever, Dr. Mark Waer, Dr. Jo Leenders, Dr. Harrie De Wit.



3. Vaststellingen en voorstellen & suggesties van ACW Geel

1. HUISARTSEN

Vroeger was de huisarts het eerste contact bij ziekte. Nu wordt hij dikwijls overgeslagen en dit om verschillende redenen. Ofwel omdat de bereikbaarheid gedaald is, ofwel omdat mensen verkiezen om rechtstreeks naar een specialist of spoedgevallen te gaan om geen tijd te verliezen, ofwel omdat men op de spoeddienst toch wordt verdergeholpen indien men onbemiddeld is, ofwel omdat de concrete invulling van de rol/taak van de huisarts is gewijzigd (lees niet meer duidelijk is), ofwel omdat men in het Belgisch systeem de vrije keuze heeft en dus rechtstreeks naar de specialist of spoeddienst kan gaan, …
Wij moeten ons dus dringend de vraag stellen wat de rol is van de huisarts in de toekomst en hoe de gezondheidszorg beter kan geregeld en afgestemd worden.

A Vaststellingen algemeen:

• Bereikbaarheid:

1. Het aantal actieve huisartsen ligt in België ongeveer op het Europees gemiddelde.

Eind 2007:	
Actief:	Op 15.118 erkende huisartsen 9.259 echt actief (61.25%) = 1/1.000 inwoners
Leeftijd:	Van 9.259 actieve huisartsen is 5.160 ouder dan 50 jaar. Dus in 2022 ouder dan 65.

2. Meer dan een kwart van de huisartsenquota wordt niet ingevuld, vooral aan Vlaamse kant.

3. Meer instroom van vrouwen, maar ook meer en meer jonge mannelijke huisartsen combineren werk en familie en gaan meer naar een 9-5 job en een dag vakantie in de week.

4.Van solo naar groepspraktijken: daardoor ontstaat ook een betere omkadering en verdeling van taken. Meestal hebben collegae ook verschillende interesses, waardoor een meer gedifferentieerd aanbod en complementariteit ontstaat bij goede samenwerking.

5. Er is een patiëntenstop bij heel wat huisartsen ook in Geel. Hoe en op basis waarvan kunnen mensen een nieuwe huisarts kiezen/vinden?

6. Er worden minder huisbezoeken gedaan dan vroeger.

7. Wacht: eerste en achterwacht:

- Regio Herentals-Turnhout: een thuis bezoekende wacht en een residentiële wacht die kan bezocht worden.
- Regio Zuiderkempen: intentie om dit ook toe te passen.
- De wacht gaat in vanaf 18u alhoewel moet gezegd worden dat sommige huisartsen nog wel later werken dan 18u.
- Vaststelling in Geel dat mensen veel te lang moeten wachten bij oproep van de huisarts van wacht. Hierdoor gaan ze dikwijls rechtstreeks naar de spoedgevallendienst in ziekenhuis.

8. Veiligheidsproblemen: soms is zelfs politiebegeleiding nodig, gebruik van veilige oproepsystemen, werken met chauffeurs 's nachts, …

9. Rechtszaken bij elke fout of mogelijke fout. Dit geeft de nodige stress naar bepaalde handelingen. (gebaseerd op het Amerikaans rechtssysteem om uit alles geld te slaan).

10. Minder attractief beroep, waardoor tekort aan huisartsen, alcoholisme, zelfmoord. Hierover is federaal onderzoek gebeurd met aanbevelingen. Eén ervan is dat de verloning zou moeten verbeteren.

11. Een Numerus Clausus werd ingevoerd vanaf 1998 voor geneeskunde, waardoor er minder aanbod is. Voor Vlaanderen via een ingangsexamen. De bedoeling is het quotum ieder jaar te herzien en tevens werd het decreet de voorbije jaren al regelmatig aangepast. Zo evolueerde het quotum van 700 in 1998 tot 1.230 te voorzien in 2015.

12. De federale regering en de gemeenschapsregeringen hebben beslist om de basisopleiding geneeskunde vanaf 2011 in te korten van 7 tot 6 jaar. De maatregel komt tegemoet aan de Europese normen. De opleiding voor huisarts wordt dan 3 jaar bachelor + 3 jaar master + 3 jaar huisarts specialisatie (Master na Master).

13. Universitaire vorming: iedereen tracht specialist te worden. Moeten we huisartsenij dan ook niet als een specialisatie gaan beschouwen?

14. Minder financiële inkomsten voor huisartsen t.o.v. vroeger. Verloning herbekijken en 'herijken'. Huisartsen hebben meer en complexe opdrachten gekregen: huisbezoeken, zorgtrajecten, GMD, enz.

15. Zorgen dat huisartsen toch voldoende beschikbaar blijven. Huisarts is een bewuste keuze waarbij men weet dat men veel beschikbaar moet zijn. Tendens verandert ook hier. Huisartsen die al lang in het vak zitten zien hun taak als een missie en zijn/waren dag en nacht beschikbaar. Bij de nieuwe generatie huisartsen is dit veel minder het geval.

16. Palliatief: beschikbaar zijn (WE/nacht). Hoe regelen?

Concrete situatie huisartsen voor Geel:
1. Momenteel zijn er nog 29 huisartsen in Geel wat neerkomt op 1/1.275 patiënten. Hier zitten ook nog huisartsen bij met verminderde prestaties. Toch voelen de mensen aan dat er nu al een tekort aan huisartsen is in Geel.

2. De correcte situatie begin 2010:
< 50 jaar: 16 huisartsen
50-54 jaar: 5 huisartsen
55-59 jaar: 7 huisartsen
+ 60 jaar: 1 huisarts
Concreet betekent dit dat in 2020 er minstens 10 minder zullen zijn of 1/3de. Vraag is of en hoe die vervangen zullen worden.

• Toegankelijkheid:
1. Toename kansarmen in Geel (autochtoon en allochtoon) die de weg naar gezondheidszorg moeilijk vinden of niet kunnen betalen.

2. Betaalbaarheid: financiële drempel is soms te groot: 30% van de patiënten heeft problemen om de kosten (factuur) te betalen (vooral ZH-facturen).

3. Er is een sensibiliseren nodig naar de verstrekkers i.v.m. de verschillende mogelijkheden om kosten te drukken: omnio-statuut, systeem 3° betaler, verhoogde tegemoetkoming, enz.

4. Globaal Medisch Dossier: dit werkt, evenals de derdebetalers- regeling bij sommige huisartsen.

• **Veranderende rol functie huisarts:**

1. Psychische opvang en begeleiding zijn ook een belangrijke tijdsbesteding van de huisarts geworden.
2. De discipline van de mensen is veranderd.

• **Overleg met tweede en derde lijn:**

1. Wekelijks overleg kankerpatiënten Geel is een initiatief van het AZ Geel. Hierin zit een vertegenwoordiger van de Geelse huisartsen. Het is belangrijk dit goed uit te bouwen en dit overleg op een moment te organiseren dat huisartsen ook beschikbaar kunnen zijn.

2. Vaststelling dat er een grote opdeling en specialisatie is (fracties van geneeskunde of probleemstelling). Dit is moeilijk voor de mensen om een goede keuze te kunnen maken. Hierin is zeker een belangrijke rol weggelegd voor de huisarts.

3. Overleg huisarts – specialist ??? Hangt af van individu tot individu. Zou beter moeten kunnen in belang patiënt en beheersing van de kosten.

4. Elektronisch doorsturen patiëntengegevens (terugkoppeling): er is een aanzet gegeven, maar dit kan nog veel beter.

B. Voorstellen en suggesties ACW-Geel:

• **Rol van de huisarts:**

We zien de huisarts in eerste instantie als vertrouwenspersoon van de patiënt. De huisarts is goed op de hoogte van de 'cure' en 'care' noden van zijn patiënten en de lokale bevolking. Hij biedt zorg op maat, dicht in de buurt van de patiënt:

1. Dus vertrouwenspersoon niet alleen op vlak van medische zorg, maar wel als de regisseur op de 4 domeinen die de kwaliteit van leven in de thuissituatie versterken n.l.: lichamelijke gezondheid, een eigen woon- en leefomgeving, sociale redzaamheid en geestelijk welzijn. Vraag is of de huisarts daarvoor voldoende is gevormd, daarin de nodige tijd kan steken en of omkadering niet noodzakelijk is.

2. Ondanks (of door) de overvloed aan informatie en kennisverhoging van de patiënt, blijft de gezondheidszorg een mysterieus gegeven en groeit de specialisatie. Vraag is of een patiënt nog juist kan oordelen en op momenten van serieuze gezondheidsproblemen in staat is de juiste beslissingen te nemen. We zien de rol van de huisarts hier als diegene die de patiënt met raad en daad bijstaat (als een persoonlijk raadsman en gids). Hij/zij is de deskundige belangenverdediger van de patiënt gezien hij/zij zowel het medisch als het sociale dossier veelal kent. In die zin kan hij/zij de belangenverdediger zijn naar keuze en opvolging specialisten, ziekenhuizen en behandelingen. Hij/zij dient hier te fungeren als 'hoofdbehandelaar' in complexe situaties waarbij meerdere hulpverleners en zorgniveaus noodzakelijk en betrokken zijn. Daar specialisatie ook kan leiden tot versnippering, blijft het uitermate belangrijk dat tenminste één iemand (de huisarts) het overzicht behoudt voor de patiënt en diegene is waar alle informatie bij elkaar komt.

3. De huisarts fungeert als gesprekspartner in het lokaal overleg om te komen tot een stedelijk gezondheidsbeleid. De centrale positie van de huisarts maakt dat hij/zij een belangrijke signalerende taak kan vervullen. Op dergelijke signalementen moet dan gevolg gegeven worden via beleids- of uitvoerende activiteiten. Verder beschikt de huisarts over heel veel betrouwbare informatie die anderen niet kunnen verstrekken tenzij tegen zeer hoge kostprijs en fragmentarisch. Deze informatie is uitermate belangrijk om een goed lokaal gezondheidsbeleid uit te kunnen bouwen.

4. De huisarts stimuleert preventie activiteiten en preventie in het algemeen. De huisarts kent meestal de sociale samenhang van wijken en de leefbaarheid er van.

a. Hier speelt ook een probleem van bevoegdheid. Krijgt de huisarts voldoende bevoegdheid op dit vlak ?
b. Werken aan preventie vraagt een breder engagement van iedereen, ook van de

huisarts. Dit zal veelal ook inhouden het werken met vrijwilligers (via sociale organisaties e.a.). Vraag is of de huisartsen dat wel willen?

c. Huisartsen zijn wel vertegenwoordigd in het LOGO als vrijwilliger.

• Herwaardering van de functie huisarts:

1. Universiteiten moeten hun verantwoordelijkheid nemen en de opleiding "huisarts" herwaarderen. Mogelijkheden zijn:

a. Eerst en vooral moet bekeken worden of zich geen versoepeling opdringt van de numerus clausus voor geneeskunde (zie hoger) en of deze numerus clausus op korte termijn niet nefast zal zijn (zie demografische evolutie huisartsen). Binnen deze numerus clausus, wordt het blok dat door huisartsen kan ingevuld worden niet ingevuld. Dit heeft te maken met een gebrek aan instroom, maar ook door de uitstroom (huisartsen die het beroep nooit uitoefenen of na enkele jaren stoppen of iets anders gaan doen).

b. Door vanaf het 2° jaar universiteit te peilen naar de talenten (ook sociale) van de studenten geneeskunde en het imago te verlaten als zou de keuze voor huisarts een tweederangs keuze zijn (soort preselectie). Nu gebeurt de keuze pas na het 6° jaar, wat laat is.

c. Een betere vorming en begeleiding: zo vergt de transmurale zorg en het Globaal Medisch Dossier teamwerk. Gezien dit een prioritaire bezigheid is van de huisarts, moet hieromtrent goede vorming en begeleiding gegeven worden.

d. Gezien praktisch iedere student geneeskunde specialist probeert te worden na zijn doktersopleiding, moet men zich de vraag durven stellen of dan ook de huisartsenij niet als een specialisatie beschouwd moet worden?

2. Accreditatie: huisdokters die zich bijscholen en bepaalde objectieve kwaliteitsnormen halen zouden hiervoor vergoed moeten worden. Dit resulteert immers in een betere besteding van de beschikbare gelden. Vb ook door verbeteren contacten huisartsen en specialisten.

3. Andere / betere verloning huisartsen:

a. Momenteel wordt ± 5% van het RIZIV-budget besteed voor de huisartsen. Dit is hetzelfde bedrag als wat nodig is voor de administratie van het RIZIV.

b. Intellectuele prestatie is onderbetaald. Logistiek zijn er wel mogelijkheden. Prestaties met veel personeel en machines worden beter verloond.

• Andere organisatie van de huisartspraktijk:

1. Waar nu huisartsen betaald worden per act, is het de vraag of we niet naar een systeem moeten gaan waar de huisarts deels forfaitair betaald wordt voor het aantal patiënten dat vrijwillig ingeschreven is op zijn lijst. Dit betekent dat de tevreden patiënten trouw blijven aan hun huisarts, hij/zij meer tijd kan vrijmaken voor bv. preventie gezien hij/zij niet zoveel mogelijk acts moet stellen, waarbij tevens de kost voor de gemeenschap en patiënt kan gedrukt worden. Door deze koppeling van patiënt aan huisarts kan de huisarts zijn rol als regisseur en gids daadwerkelijk waarmaken.

2. Het 'Globaal Medisch Dossier' als leidinstrument. Dit dient uiteindelijk te leiden naar een vorm van inschrijving bij de huisartsenpraktijk.

3. Door schaalvergroting en netwerking evolueren we naar groepspraktijken of wijkgezondheidscentra waarbij de multidisciplinariteit en goede omkadering wordt nagestreefd. Dit betekent, naast huisarts(en) tevens een beschikking over verpleegkundigen en andere paramedici.

4. Uitbouw van een goed wachtsysteem: gezien de evolutie in de huisartsenpraktijken en de beperking van bereikbaarheid tegenover vroeger, is de uitbouw van een goed bereikbare wachtdienst buiten de normale uren van primordiaal belang. De Geelse huisartsen zouden dringend moeten overleggen om hierin tot een duidelijke oplossing te komen. Hierbij moeten vragen gesteld worden over:

a. De locatie (al of niet op één bepaalde plaats, aansluitend bij andere veiligheidsvoorzieningen i.e. brandweer – politie of ziekenhuis). Het voordeel om dicht bij een zieken

huis gelocaliseerd te zijn, is dat je bij dringende gevallen onmiddellijk op de spoedafdeling bent en er ook een soort geneeskundige back-up aanwezig is.

b. Dubbele wacht: ter plaatse en aan huis bij patiënt
c. De uitrusting (dokterskabinet, wachtzaal, WC's, instrumentarium, PC en netwerk, elektronisch patiëntendossier, oproepsysteem, …)
d. Ondersteuning technisch en materieel: voertuig, chauffeur begeleider, secretariaats functie vaste wacht, …
e. Bereikbaarheid: op zo kort mogelijke tijd bij vaste wacht of via thuisbezoekende wacht.

In het kader van een stedelijk gezondheidsplan moet bekeken worden hoe de stad kan helpen bij de uitbouw van dergelijke wachtdienst bv. via gebouw, oproepsysteem, uitrusting, personeel, informatieverstrekking, … Dit is enorm belangrijk gezien het hier over investeringen gaat ten gunste van elke inwoner van Geel.
Een goed functionerende wachtdienst zal ook vermijden dat patiënten zich voor alles en nog wat bij de spoeddienst van het ziekenhuis aanmelden.
Zowel in de regio Turnhout als in de regio Herentals zijn huisartsenwachtposten operationeel. Sinds begin 2010 is het grote nieuws voor de experimentele kleinstedelijke en plattelandswachtposten dat ze voortaan een overeenkomst voor meer dan 5 jaar kunnen sluiten met het RIZIV.
Het veiligheidsaspect van dokters en personeel moet mee bekeken worden.

5. Informatisering: voordelen van telecommunicatie en computertechnologie gebruiken. Deze bevorderen de toegankelijkheid en kwaliteit terwijl de kosten kunnen gedrukt worden. Voorbeelden zijn: elektronische patiëntengegevens (welke ook van belang zijn voor de wachtdienst), thuis-monitoring van de patiënt, interactie via internet voor lab-uitslagen, overleg met specialisten in ziekenhuizen, vaccinatie databank, sociale zekerheidskaart, CEBAM (Centre of Evidence Based Medicine).
Probleem is wel dat de huisarts zijn plan moet trekken om de informatica onder de knie te krijgen en de nodige programma's zelf moet aankopen en aanleren. Hier is wellicht ondersteuning nodig en op zijn plaats.



2. SPECIALISTEN

A. Vaststellingen:

• Het model van 'Ziekenhuisarts' (ook de raadpleging) is sterk veranderd t.o.v. vroeger.

• De samenwerking met de huisarts is noodzakelijk zowel voor aanmelding als rapportering (deze daalt). Nabehandeling gebeurt best via de huisarts wat ook de kosten zal verminderen zowel voor de overheid als voor de patiënt.

• Bepaalde behandelingen zijn overgespecialiseerd evenals de opvolging. Dit maakt dat men binnen een bepaald ziektebeeld verschillende specialiteiten en specialisten heeft VB. epilepsie.

• Universitaire Ziekenhuizen (UZ) en specialisten leren uit speciale gevallen wat dienstig is voor andere patiënten.

• Doordat iedereen in België zomaar naar een specialist kan stappen, ziet deze soms patiënten die hij eigenlijk niet zou moeten zien. In Nederland kan men alleen bij een specialist terecht na doorverwijzing van de huisarts.

• Artsen in België werken per prestatie. Daardoor kunnen ze er baat bij hebben om patiënten vaker te zien.

B. Voorstellen en suggesties ACW-Geel:

1. Daghospitaal promoten waar kan. Kort verblijf, wat tevens de kosten doet dalen voor patiënt en overheid.

2. Als patiënt zich niet goed of gelukkig voelt bij specialist tweede lijn, vrij snel doorverwijzen voor 'second opinion' naar een universitair ziekenhuis (derde lijn) en opvolging te bespreken tussen huisarts (eerste lijn), specialist (tweede lijn) en UZ (derde lijn).

3. Bijscholing volgen als specialist in UZ's. De geneeskunde is immers continu in evolutie. Met de nieuwe Europese gelijkschakeling waarbij ook in België de studieduur geneeskunde op 6 jaar wordt gebracht vanaf het academiejaar 2010-2011, zal niet alles meer in de basisopleiding zitten. Dit betekent dat een permanente bijscholing, gezien de sterke evolutie, zal nodig zijn.

4. Goede doorverwijzing en contacten 1ste , 2de en 3de lijn zijn nodig.

5. Evolutie nu: wie kent wie nog? Huisartsen en specialisten dienen nauwe contacten te onderhouden. Samenwerkingservaring is belangrijk.



3. ZIEKENHUIS

A. Algemene bedenkingen:

Voor welk soort ziekenhuis gaan we? Wat is de rol van een ziekenhuis? Wat verwachten wij concreet van een ziekenhuis?
Mensen verwachten dat wanneer zij dienen opgenomen te worden in, of doorverwezen worden naar een ziekenhuis dit uiteraard ook kan. Dit kan een acuut gegeven zijn (ongeval of acute aandoening) of een al langer geplande opname. In beide gevallen zullen de kwaliteit van diensten en personeel van een ziekenhuis en de bereikbaarheid enorm belangrijk zijn.

Ziekenhuizen moeten voldoende dicht bij de mensen staan. In die zin is een regionale spreiding waarbij voor normale behandelingen (basisgeneeskunde en basispathologieën) afstanden haalbaar blijven (dicht bij de eigen familie) nodig. Dit werkt kostenbesparend en ontheemd de patiënten niet of minder. Verder is samenwerking tussen ziekenhuizen meer dan nuttig en verantwoord voor de patiënt. Binnen samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen (Kempen) kunnen immers meerdere specialismen uitgebouwd worden ten dienste van de patiënt. Patiënten kunnen dan terecht in deze gespecialiseerde ziekenhuizen in eigen regio, maar het is best de patiënt zo snel als mogelijk weer terug te brengen voor nabehandeling naar het ziekenhuis van residentie.

Een voldoende groot volume aan activiteiten voor de behandeling van een bepaalde pathologie moet beoogd worden. Men erkent unaniem dat kwaliteit en de resultaten van de uitgevoerde tussenkomsten direct evenredig zijn met het aantal behandelde gevallen.

Tenslotte is een samenwerking met een goed universitair moedercentrum als kenniscentrum meer dan noodzakelijk gezien ook de grote interdisciplinariteit van zulk centrum. De kennisvernieuwing gaat immers zeer snel en men heeft er alle belang bij permanente updating te krijgen over ziektebeelden en behandelingen.
Dit geeft ook de mogelijkheid tot delen van kennis en inventariseren en delen van patiëntengegevens. Deze zijn trouwens enorm belangrijk, niet alleen voor andere patiënten, maar ook in het kader van wetenschappelijk onderzoek en ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen en behandelingen. De ziekenhuizen van vandaag proberen een zo breed mogelijke waaier van diensten aan te bieden. In sommige gevallen is er een hevige onderlinge concurrentie, terwijl in andere gevallen samenwerking wordt opgezet.

De ziekenhuizen van morgen, gaan zich specialiseren en zullen niet langer het volledige gamma aan diensten dekken. Het ziekenhuis organiseert zich niet langer rond diensten, maar in een nieuwe patiëntgerichte structuur met zorgprogramma's. De toegenomen kwaliteitseisen van de patiënten beklemtonen de kwaliteit als prioriteit die toegevoegd wordt aan de budgettaire zorg.

B. Vaststellingen:

• Een ziekenhuis is als het ware een katalysator tussen de verschillende componenten die in een gespecialiseerde behandeling meespelen, n.l. de huisarts, de specialist(en) en universitaire ziekenhuizen.

• De keuze voor een ziekenhuis wordt sterkt bepaald door de keuze van de specialist. Mensen kiezen (al of niet op aangeven van hun huisdokter) voor een bepaalde specialist, onafhankelijk in welk ziekenhuis die actief is. In die zin is de keuze van een ziekenhuis dikwijls van secundaire orde.

• Er is een te lange wachttijd voor de meeste gespecialiseerde onderzoeken. Het gaat niet op dat mensen in crisissituaties niet snel kunnen gezien worden voor bepaling van het juiste ziektebeeld of behandeling. Mensen beleven nu dikwijls een periode van knagende onzekerheid of permanente pijnen vooraleer ze kunnen geholpen worden. Waarschijnlijk werkt dit in een aantal gevallen ook een verslechtering van het ziektebeeld in de hand.

• Personeel heeft een belangrijke functie in het genezingsproces. Mensen bevinden zich

Een goede, vriendelijke en menselijke omkadering met alle respect voor elk individu is essentieel. Dit zou zowel in de opleiding als de jobbeschrijving en -opvolging moeten zitten. Anderzijds is er natuurlijk de stijgende mondigheid van een aantal patiënten.

• We stellen vast dat ook in Geel er een sterke diversiteit is gegroeid in de bevolking. Binnen het ziekenhuis doet men dan ook beroep op een tolkendienst om de taalbarrière te overbruggen. Een lijst met beschikbare tolken wordt door de federale overheid ter beschikking gesteld.

• Zoals hoger reeds geschreven, is een samenwerking tussen specialisten, ziekenhuizen en de huisarts enorm belangrijk. In die zin is een snelle en duidelijke communicatie naar de huisarts meer dan noodzakelijk. Er wordt vastgesteld dat dit ook meestal OK is voor het Geelse Ziekenhuis.

• Het ontwikkelen van een privé praktijk buiten het ziekenhuis is een recht, maar hoever gaat dit recht? Een specialist mag 2/11° van zijn activiteit buiten het ziekenhuis ontplooien. Dit moet echter steeds aangevraagd aan en goedgekeurd worden door de RvB van het ziekenhuis. Elke wijziging moet ook schriftelijk meegedeeld worden en wordt bekeken in overleg met medische directie en RvB.

• Antennefuncties kunnen soms nuttig zijn. D.w.z. dat in een bepaalde gemeente een soort satelliet ambulante consultatie van specialisten wordt georganiseerd, i.s.m. het ziekenhuis. Een voorbeeld is het medisch centrum Tessenderlo (koppeling aan service in ZH Geel).

• Samenstelling RIZIV beheer: er is een overwicht van bepaalde specialismen waardoor deze vooral aan de bak komen en ook de meeste middelen krijgen.

C. Voorstellen en suggesties ACW-Geel:

1. Rond behandeling: duidelijke informatie over welke behandelingen worden voorgesteld of die een patiënt zal ondergaan, zijn een deel van het genezingsproces.

2. Rond kosten:

i. Duidelijk kenbaar maken van kosten voor opnamen. Zie bv. nu al TV aan onthaal in ZH Geel waarop informatie staat over prijzen van de kamer.

ii. Toch blijft de vraag of patiënten wel voldoende de kost van een opname kennen?

a. Probleem hospitalisatie verzekering: moet dit gevraagd worden bij opname? Waarom vraagt men dit? Als info op kost eenpersoonskamer? Deze info mag zeker niet misbruikt worden voor het invoeren van hogere prijzen. Rol toezicht mutualiteiten is belangrijk. In hoeverre wordt die gespeeld?

b. Wie informeert patiënt? Wanneer?

c. Voorschotten: worden in het ZH Geel nergens gevraagd.

d. Patiënt kiest geen ZH, maar een geneesheerspecialist en gaat naar het ZH waar deze actief is. Zou het dan niet goed zijn dat ook de info wordt verspreid via deze specialist?

e. Correcte facturatie + leesbaarheid factuur: hier zou een initiatief moeten genomen worden! Wat is verplicht te vermelden op een factuur? Rol mutualiteit als verdediger van zijn leden! Mensen moeten nu hun factuur meebrengen naar het loket van de mutualiteit om uitleg te vragen. Via witte bussen is er ook minder contact om uitleg te vragen. Dit is een drempel die moet bekeken worden.

f. Op www.cm.be/ziekenhuisfactuur kunt U de kostprijs van een opname in het ziekenhuis berekenen en vergelijken.

iii. Ereloonsupplementen in Geel: op kamer, materialen, prestaties?

a. Twee of meerpersoonskamer: geen supplementen.

• Sinds 01/01/10 is wettelijk geregeld dat patiënten die kiezen voor een twee persoons-kamer of gemeenschappelijke kamer, geen kamersupplement meer hoeven te betalen.



• Sinds 01/01/10 is eveneens wettelijk geregeld dat patiënten die kiezen voor verzorging tegen verbintenis- of conventietarief ook geen honorarium supplementen hoeven te betalen.

b. Eenpersoonskamer: in Geel wordt 100 % (Maximum) supplement aangerekend. Dit is echter geen verplichting. (Zie ook verder)

c. Vaststelling dat bij de uitgaven in de gezondheidszorg de kost op materiaal-supplementen in de ziekenhuizen gestegen is met 77% tussen 2002-2004.

iv. Tussenkomst vervoerkosten revalidatie via het ZH van Geel is positief. Dit bevordert het gebruik van deze dienst waardoor patiënten sneller gerevalideerd zijn.

v. Bij een geplande opname, een week voordien de nodige info opsturen met een begeleidende brief. Indien nodig kan dan alles besproken worden met de mutualiteit of private verzekeraar.

3. Verzorging en omkadering:

- Patiënten moeten te lang wachten voor bepaalde gespecialiseerde onderzoeken. Hoe kan dit opgelost worden?
- Hetzelfde geldt voor sommige consultaties → PLANNING !
- Gezien de multiculturele samenleving, zou er een interculturele bemiddelaar moeten aanwezig zijn in het ziekenhuis. Of toch zeker een tolkendienst, welke er ook is in Geel. Dit zou kunnen gecombineerd worden als een service aan de eerstelijnszorg vanuit het ziekenhuis en in het kader van een goede en afgestemde samenwerking.

4. Bestuur ziekenhuis: "Hospital Governance"

• Het woord "Governance" is hot. Hoewel "Governance" in een ziekenhuis er wel anders moet uitzien dan in een doorsnee bedrijf.
• Het CZV (Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschappen in Leuven) zegt dat het eindproduct van "Hospital Governance" moet zijn een maatschappelijk gelegitimeerde doelmatige zorg wat betekent kwalitatieve en toegankelijke gezondheidszorg.
• Om bovenstaande te garanderen is een maatschappelijke lokale verankering noodzakelijk. Dit wil zeggen een gezondheidszorg met openbaar karakter.
• Er zijn een aantal fundamentele ontwikkelingen bezig:
  - enerzijds een tendens van blijvende schaalvergroting door: groepering, associatie, fusie, netwerking en vorming van zorgketens
  - anderzijds het terugtreden van de traditionele inrichtende machten zoals congregaties en overheden.

.

• Vandaag staat in een ziekenhuis de patiënt centraal met zijn/haar zorgbehoefte.
• "Ziekenhuisbeleid wordt in essentie zorgbeleid".
• Om "Hospital Governance" waar te maken moet volgens het CZV een aantal voorwaarden vervult zijn:

→ - zo moet er een **beleidsplan** opgesteld worden dat alle organisatiedoelstellingen ondersteund. Hierin moeten zowel een verantwoorde maatschappelijke visie zit ten, als een strategisch plan dat deze visie omzet in concrete doelstellingen alsook uit meetpunten waarop de leiding kan worden geëvalueerd.

→ - de **algemene vergadering** is het orgaan waarin de verschillende groepen (stakeholders i.e. huisartsen(kringen), sociale verenigingen, patiëntenorganisaties, bejaardenvoorzieningen, enz.) rechtstreeks kunnen participeren aan het beleid en de leidinggevenden hun verantwoording afleggen. Er is dus een rechtstreeks contact en rechtstreekse inbreng van verschillende belangengroepen.

→ - de **raad van bestuur** is volgens de Ziekenhuiswet verantwoordelijk voor de goede werking van het ZH. De RvB voert het algemeen beleid en houdt toezicht op de uitvoering van het beleidsplan. Tevens sturen zij de directie aan De directie is uitvoerder van de beslissingen van de RvB. De samenstelling moet deze opdrachten gestalte geven:

  - Het is dan ook belangrijk dat de RvB bestaat uit een evenwichtige vertegenwoordiging van leden die de statutaire inrichters vertegenwoordigen (vb. OCMW-raadsleden), onafhankelijken en eventueel een

vertegenwoordiging van de executieve.
- Afgezien van de laatste, bekleden de bestuurders geen uitvoerende functie in het ziekenhuis.
- De RvB kan werken met specifieke werkgroepen om hun werking voor te bereiden.
- Men mag verwachten dat er een aantal deskundigen aanwezig zijn en dat de verdeling qua leeftijd en geslacht bewaakt wordt.
- Een goede voorzitter met leiderskwaliteiten en oog voor open discussie en overleg is belangrijk. Het efficiënt functioneren van de raad zal daar voor een stuk van afhan gen.

– de **executieve** (directieteam) tenslotte, is het orgaan waar de uitvoerende beslissingen genomen worden. Het gestalte geven aan de dagelijkse leiding, het ontwikkelen van strategieën en de voorbereiding van het beleidsplan.

- De aanwezigheid van artsen in de executieve is nodig. Het kan een mix zijn van leden van het management (directie) en artsen. Deze worden benoemd en ont slagen door de RvB.
- Beslissingen worden best zoveel mogelijk gezamenlijk genomen waarbij de artsen ook zelf verantwoordelijkheid nemen.
- Een goede communicatie met de andere structuren is noodzakelijk en men moet overlapping met de RvB te vermijden. De voorzitter van de RvB kan dan ook niet uit de executieve komen.
- De hoofdgeneesheer zetelt als lid van het managementteam in de executieve.
- De voorzitter van de executieve is de voorzitter van het ziekenhuis.

5. Expertise aanbod:
Het zou goed zijn dat men in kaart brengt wat er aan expertise is in de regio. Op basis hiervan kunnen gemakkelijker lacunes aangekaart worden en afstemmingen gebeuren naar samenwerking tussen ziekenhuizen.

6. Multidisciplinair Oncologisch Comité (MOC):
hier worden concrete dossiers besproken. Vraag is of men niet zou moeten vertrekken vanuit een 'case directed' overleg i.p.v. vanuit een algemeen overleg.

7. Spoed en MUG:
Een goed werkende spoedgevallendienst en MUG zijn voor een lokaal ziekenhuis met regionale uitspreiding levensnoodzakelijk.

8. Ziekenhuis als preventiehuis? Toekomst:
- Vooraleer patiënten opgenomen worden.
- Uit te bouwen i.s.m. OCMW / sociale dienst stad / LOGO / …
- Specialisten ook inschakelen voor correcte preventie informatie en voor verschillende doelgroepen.
- Infoavonden via sociale organisaties rond preventie i.s.m. ZH.
- Interne preventie binnen ZH: vb:
  - infrastructuur: rug en nekvriendelijke wachtzalen.
  - lokalen afgeschermd.
  - ziekenhuisbacterie.
  - ...

9. Gezondheidsambtenaar:
Evolutie naar een functie van 'gezondheidsambtenaar' die zaken van patiënten regelt. Er is momenteel een ombudsdienst aanwezig in ZH Geel. Dit wordt ook meegedeeld aan de patiënten en staat in de onthaalbrochure.

10. Fusies en samenwerkingsverbanden:

Hoe het groeide:
Bij de opmaak van de eerste ziekenhuiswet, in de jaren '60, werd de Kempen onderverdeeld in de ziekenhuisregio Turnhout en Geel. Later, begin de jaren '90 deelde

minister Weckx de Kempen op in 2 regio's rond Geel (Mol, Herentals) en Turnhout ofte Zuider- en Noorderkempen. Voor de Zuiderkempen was het de bedoeling van eerst een samenwerkingsakkoord te krijgen tussen Geel en Mol en dan in een tweede fase Herentals hierbij te betrekken.

In Geel werd al een eerste fusie doorgevoerd in 1988, tussen het OCMW ziekenhuis en GAG ziekenhuis. Dit was een fusie van 2 ziekenhuizen die zich in dezelfde gemeente bevonden op nog geen 500m van mekaar.

We stellen vast dat vorige, regionale of arrondissementele fusieplannen meestal bekeken werden of steunden op een 'concurrentiemodel'.

In 2005-2006 werd dan AZAT opgericht als samenwerkingsverband tussen de 5 Kempische Ziekenhuizen (Geel, Mol, Herentals, Turnhout St.-Elisabeth en Turnhout St.-Jozef). Ook dit bleek niet te werken omdat oeverloze discussies en politiek getouwtrek rond het aangekondigde hartcentrum voor de Kempen in een zo sterke polarisatie resulteerde dat we nu kunnen spreken van een bipolaire feitelijke opdeling in Zuiderkempen (in maart 2009 samenwerkingsverband als ziekenhuisgroepering ondertekend tussen ZH Geel – Mol. Zie verder) en Noorderkempen (de 2 Turnhoutse ziekenhuizen die intussen gefuseerd zijn) met daartussen Herentals, dat bij Turnhout wil aanleunen.

Toekomst:
In de toekomst zal men dus bij alle verdere fusieonderhandelingen rekening moeten houden en uitgaan van dit feitelijk gegeven. De vraag moet gesteld worden of men tot een fusiebeweging moet overgaan of tot andere samenwerkingen (netwerk vorming, associatie).

Zolang er geen gemeenschappelijke visietekst komt of een globaal Kempens zorgstrategisch plan waarbij elke partner evenwichtig aan bod komt en blijft komen, met een doorgedreven financiële en administratieve samenwerking, dreigt elke poging op een sisser uit te lopen. DikwijIs blijken het ook geforceerde keuzes te worden waardoor alleen een grotere polarisatie ontstaat die nefast is voor elk ziekenhuis afzonderlijk en van de andere kant weinig efficiënt en daarenboven geldverspillend.

Nochtans zijn o.i. de Kempische ziekenhuizen het verplicht om samen te werken, willen ze hun missie waarmaken om een kwaliteitsvol en ruim zorgaanbod voor alle Kempenaars te verwezenlijken. Te meer ook omdat ze voor de zorgprogramma's nog altijd beschouwd worden als een associatie van 5 ziekenhuizen (AZAT) en om kwaliteit te leveren zal men ook een bepaald volume moeten halen.

Men kan dus wel dromen van één gemeenschappelijk ziekenhuis voor de Kempen, maar dat zal niet voor morgen zijn en ook niet voor overmorgen. Intussen moeten er oplossingen gezocht worden ten dienste van de patiënten en moet men zich ook de vraag durven stellen of alle infrastructurele investeringen die de laatste jaren gebeurd zijn en nog staan te gebeuren dan weggesmeten geld zijn en zo maar overboord moeten gegooid worden. Het opstellen van een draaiboek voor één groot regionaal/arrondissementeel ziekenhuis met concentratie van specialismen moet evenwel op de agenda blijven. Hiervoor zal voldoende fantasie, creativiteit en vertrouwen nodig zijn en werkt men waarschijnlijk best vanuit het twee-staps model dat stilaan vorm krijgt met het bipolaire model dat nu wordt uitgebouwd.

In de Zuiderkempen is, met de groeiende samenwerking tussen de ziekenhuizen van Geel en Mol, het ziekenhuislandschap aan een ernstige verandering bezig. Beide ziekenhuizen hebben ondertussen een intentie tot fusie ondertekend met als uiterste streefdatum 2014.

Daarbij is de niet onbelangrijke vraag wat het voordeel zal zijn voor de patiënt. Door zulke schaalvergroting zullen alleszins heel wat patiënten uit de brede regio Geel-Mol niet meer moeten uitwijken naar verder afgelegen instellingen omdat het fusieziekenhuis met een capaciteit van ruim 500 bedden meer zorgprogramma's mogelijk maakt en bovendien ruimte creëert voor subspecialiteiten. De locatie van een nieuwe campus voor de Zuiderkempen en de uitwerking van een zorgplan voor deze regio moeten gebaseerd zijn op objectieve parameters en criteria. Het streven naar één groot zorgplan voor de hele

Kempen kan daarbij stimulerend aanwezig blijven en inspirerend zijn. De ultieme vraag zal dan zijn of dit alles budgettair nog haalbaar is in de toekomst.

Bij samenwerkingsverbanden moeten de specialismen eerlijk verdeeld worden op basis van leefbaarheid en bereikbaarheid en in het achterhoofd de kenniscentra die nu al lokaal zijn uitgebouwd.

Het openbaar karakter van het ziekenhuis moet alleszins blijven:
Naast 'hospital governance' (behoorlijk bestuur in het ziekenhuis), is voor ons het openbaar karakter van het ziekenhuis essentieel. Er moet een waarborg ingebouwd worden dat het ziekenhuis zijn maatschappelijke opdracht kan blijven waarmaken. Vandaag staat de patiënt centraal met zijn of haar zorgbehoefte. Dit betekent dat de patiënt, de omgeving waarin hij leeft en woont en waarin het ziekenhuis is ingebed, belangrijke en niet te negeren 'stakeholders' worden. Van het ziekenhuis wordt een externe verantwoording verwacht naar de klanten, samenleving en overheid.

Dit kan via de participatie van het lokaal openbaar initiatief en zowel door mandatarissen als afgevaardigde deskundigen. Het moet een evenwichtige combinatie zijn van representativiteit en onafhankelijke deskundigheid. Stakeholders kunnen dan zijn: huisartsenkring, sociale verenigingen, patiëntenorganisaties, residentiële ouderenzorgvoorzieningen, enz.

Er moet bekeken worden wat de inhoud van dergelijke openbaar karakter is. Zo kan een convenant afgesloten worden met de lokale overheid op het vlak van financiële participatie, enz.

Het is ook goed dat artsen en personeel vertegenwoordigd zijn in de beleidsstructuren van het ziekenhuis. Voor artsen kan het zowel gaan over de eigen ziekenhuisartsen als over artsen die het ziekenhuis kennen die dan optreden als deskundigen.



4. Stad - OCMW:

In de rubriek "Gezondheidsbeleid: wiens taak?" p.7, hebben we duidelijk aangegeven dat het lokale gezondheidsbeleid een 'Kerntaak' is voor een openbaar bestuur. Het is dan ook logisch dat zowel de stad als het OCMW hierin hun verantwoordelijkheid opnemen.

A. Vaststellingen:

• Stad Geel, wat bestaat al?:

1. Lokaal sociaal beleid: dit is gebaseerd op het strategisch plan van de stad. Een belangrijk besluit uit dit strategisch plan is 'betaalbare gezondheidszorg'.
2. Preventie wordt aangepakt via de preventiedienst.
3. Gehandicaptenbeleid.
4. Toekomstplan Oudere Gelenaren: vermeld ondersteuning voor palliatieve zorg. Ispahan wordt hiervoor gesubsidieerd door de stad.
5. Psychosociale hulpverlening.
6. Diensten Kind & Gezin.
7. Ondersteuning van het Ziekenhuis.

• OCMW:

1. Preventie: de dienst Samenlevingsopbouw tracht in te spelen op de mogelijkheden die LOGO-Kempen aanbiedt (vb: gezonde voeding voor kansarmen).

2. Het OCMW heeft steunnormen uitgewerkt om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor minderbedeelden te verhogen. Zo is er steun voor de bijdrage voor mutualiteit, tussenkomst in farmaceutische- en medische kosten, tussenkomt in ziekenhuiskosten, enz. De middelen hiervoor bedragen ongeveer € 60.000/jaar.

3. Verder is het OCMW-Geel lid van Welzijnszorg Kempen en zo betrokken in de raad van bestuur van het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Kempen (CGG-Kempen). Deze organisatie waakt er over dat de zwaksten in de samenleving zeker gebruik kunnen maken van de dienstverlening van dit centrum, wanneer ze dat zelf willen. Meer daarover onder punt 7, p 24.

B. Voorstellen en suggesties ACW-Geel:

• Taken:

Er dient een geïntegreerd beleid gevoerd te worden. Het gezondheidsaspect moet inherent verweven zijn met sociaal beleid en dus niet als aparte sectoren beschouwd worden. Gewesten en gemeenschappen moeten een goed lokaal gezondheidsbeleid, dat volle aandacht heeft voor de gelijke kansen van alle burgers, aanmoedigen en ondersteunen. Lokaal is het nodig dat een lokaal gezondheidsbeleidsplan opgemaakt wordt. Dit moet gaan over alle gezondheidsaspecten in de gemeente. Dus zowel het preventieve als curatieve dienen hierin opgenomen te worden.

• Preventie:

Uit de studie van de ongelijkheid in gezondheidszorg van CM blijkt dat preventie als een belangrijke pijler moet benadrukt worden. Levensgewoonten en –stijlen bepalen immers iemands gezondheidstoestand voor 60%, de geneeskunde maar voor 40%. Er is weinig aandacht voor de grote sociale ongelijkheid in de gezondheidstoestand van de Belgen.

1. Zowel de lokale besturen als de sociale organisaties hebben een rol in preventieve acties en maatregelen. Wanneer alleen de dokter iets oplegt zal dit niet zo snel gevolgd worden. Er moet bekeken worden hoe je best iemand in beweging krijgt om dat ook op te volgen. Dit gebeurt best tussen gelijken. Hoe bereik je echt diegenen die het nodig hebben? Kan iedereen de preventie die gepromoot wordt wel betalen (vb aan sport doen: niet alleen inschrijvingsgeld, maar ook vb verplaatsing er naartoe voor gehandicapten)?

2. Lokale besturen kunnen ook voorbeelden stellen en deze promoten via hun preventie-

diensten: vb. fruit en water op de werkplek (bedrijfsrestaurant), enz.

3. Acties ter bevordering van de gezondheid en preventieve acties moeten afgestemd zijn op de doelgroepen. Men kan hier dus niet komen met een eenheidsworst. Er zal ook moeten gemeten worden wat het effect is/was van deze acties bij verschillende doelgroepen en bijgestuurd worden.

4. Groepen stigmatiseren omdat ze het niet zouden begrepen hebben of niet voldoende inspanningen doen om aan hun eigen gezondheidsprofiel te werken is uit den boze. Hier moet in solidariteit gewerkt worden met de bedoeling een bepaald niveau te bereiken voor iedereen.

5. Het curatieve en preventieve moeten aan elkaar gelinkt worden. Hiervoor moeten ook de nodige middelen voorzien worden. Momenteel is het budget voor gezondheidspromotie en –preventie nog geen honderdste van het federale gezondheidszorgbudget.

6. Het inschakelen van sociale organisaties, adviesorganen en welzijnssectoren als werkmiddel moet dringend onderzocht en uitgewerkt worden.

7. Scholen worden nu alleen betrokken op vraag vanuit de scholen zelf: kennen zij voldoende het aanbod van het Logo? Wat is de invloed van het CLB hierin? Moet dit niet besproken worden op schoolraden?

8. Het beleid dat aangaande gezonde levensstijl en –omgeving gevoerd wordt in crèches, scholen, bedrijven, organisaties en gemeenten kan een sterke hefboom zijn in het bereiken van attitudes en gezondheidspromotie.

• Lokaal gezondheidsbeleidsplan en lokale gezondheidsraad:
Een evolutie naar een sterk lokaal gezondheidsbeleid is nodig, ondersteund door het LOGO (zie besluit VL Regering 30/01/09 betreffende de LOGO's: opdracht 11: "*de lokale besturen adviseren bij de opmaak van het deel over preventieve gezondheidszorg van hun lokaal sociaal beleid") en andere organisaties."*

1. Op stedelijk niveau zou een 'gezondheidsraad' moeten gecreëerd worden waarin verschillende partners een vaste plaats hebben. Via VIGeZ (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie) en de Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen kan het LOGO het Stadsbestuur en de lokale gezondheidsraad adviseren en ondersteunen. De lokale gezondheidsraad kan dan zorgen voor concrete uitwerkingen met steun van het middenveld. Uiteraard zal hier een goede omkadering nodig zijn. Momenteel wordt in Geel vooral gewerkt rond preventie via de 6 Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen binnen het lokaal sociaal beleidsplan.

2. Concrete data over de lokale situatie zijn onontbeerlijk en zouden moeten opgelijst worden.

3. Een actieve 'gezondheidsraad of werkgroep' kan de motor en gangmaker zijn van preventie. Hiervoor is het geloof van het College B&S in gezondheidsbeleid nodig (best is gezondheidsbeleid ook een schepenbevoegdheid).

4. De 'gezondheidsambtenaar of preventieambtenaar' die nu deeltijds werkt kan hiervoor een specifiek mandaat krijgen en dit gezondheidsbeleidsplan mee uitbouwen.

5. Vrijwilligers zijn perfecte partners om een stuk van het werk mee te doen. Men moet hen en de gezondheidsraad dan wel aux sérieux nemen. Ambtelijk ondersteuning is belangrijk, maar deze dient niet als loutere uitvoerder van alle bedenksels.

6. Er kan steun gevraagd worden aan sterke partners: ziekenhuis, hogeschool/universiteit, …

7. De financiële middelen voor deze gezondheidsraad en gezondheidsambtenaar kunnen zowel via eigen middelen lokaal bestuur als anderen (subsidies, sponsoring, …) voorzien worden. Er kan ook materiële steun gezocht worden. Vraag provinciale, gewestelijke en federale ondersteuning en aansturing.

8. Een sterke eerstelijnsgezondheidszorg kan sociaal-economische gezondheidsverschillen terugdringen. Dit vooral door het beter afstemmen van de sectoren welzijn en ge-

zondheid. Hierbij worden voor welzijns- en gezondheidsproblemen laagdrempelige voorzieningen die ook nauw met mekaar samenwerken ontwikkeld op buurtniveau. Dit zou bv kunnen in een wijkgezondheidscentrum.

9. Sectoren als wonen, werken, omgeving, … zullen bij de aanpak moeten betrokken worden. Daarvoor is een bewustmaking van de lokale besturen en bevolking erg belangrijk.

10. Best is een mix van acties/interventies toe te passen: t.a.v. gedrag, leefstijl, omgeving, beleid.

11. "Think global, act local".

5. MUTUALITEITEN:

Studie CM "Sociale ongelijkheid op vlak van Gezondheidszorg"

A. Vaststellingen, voorstellen en suggesties:

Indeling op basis van mediane inkomsten fiscale statistieken 2005.
Bij het samenstellen van een sociale ladder dient men gebruik te maken van ***fiscale statistieken gerelateerd aan de statistische sectoren*** *(geografische eenheid ter grootte van een wijk). Doordat we de domicilie kennen van onze leden, kunnen we een sociale ladder samenstellen bestaande uit vijf klassen statistische sectoren, ingedeeld van de laagste tot de hoogste fiscale inkomsten (gebaseerd op de mediaan van een statistische sector). De limieten van die vijf klassen werden zo bepaald, dat elke klasse overeenstemt met 20% van de Belgische bevolking (dat deel van de bevolking dat de inkomsten heeft aangegeven).*

1. Probleem is vaak de onwetendheid over rechten en voorzieningen + de financiële kost. VB: mantelzorg. CM belt sinds 2008 bepaalde categorieën zelf op.

2. Long- en hartziekten: dikwijls worden roken en voeding als causaal verband aangegeven en dewelke meer voorkomen bij lagere sociale klasse. Is preventieaanbod aangepast aan deze groepen? LOGO / OCMW / stad / thuiszorgdiensten / …

3. Werkomstandigheden spelen ook een rol. Lagere klasse doet meer ongezond werk.

4. Huisvesting en Milieu idem: hoe en waar zijn deze lagere klassen gehuisvest? Kwaliteit sociale woningen, manier van samenleven, wijken, omgevingsfactoren (industrie, verkeer, enz.). Hier is een belangrijke taak voor het lokaal bestuur weggelegd binnen een lokaal gezondheidsbeleid!

5. Probleem Geel huisvesting: veel van de hogerbedoelde mensen zitten op kamers (exstudentenkamers) die niet aangepast zijn (huisjesmelkers). Het zou gaan om een 100-tal mensen (ook illegale verblijvers). Moet niet opgelegd worden dat deze woningen door de eigenaar moeten aangepast worden!? Het resultaat zal zijn dat de huur stijgt of men moet sluiten. Het probleem is dan dat bij sluiting er plaatsen tekort zijn. Welke alternatieve oplossingen zijn er voor huisvesting van deze mensen? Onbewoonbaar verklaren?:
de stad is bezig met deze problematiek.

6. Voor wat mentale gezondheid betreft, is dit hetzelfde verhaal: hier stelt men overlevingsproblemen vast (financies, huisvesting, kinderen, relatie, enz.). Antidepressiva / psychiatrie.

7. Georganiseerde preventieve acties en deelname lagere sociale groepen hieraan:
griepvaccinatie minder (in rusthuis beter); kankerscreening minder; enz. Is de kost van deze testen geen probleem? Is tegemoetkoming via OCMW mogelijk?

8. Contacten met dienstverleners: frequenter bezoek aan huisarts, maar men wacht langer vooraleer te gaan.

9. Tandheelkunde: minder, zeker orthodontie. Hier ook weer: kost en toegankelijkheid?

10. Boekje RIZIV over aanwending generische geneesmiddelen: onderzoek naar voorschrijfgedrag 2008 voor generische geneesmiddelen: indien men bewijst dat het generisch product niet werkt, mag men ander voorschrift maken.

6. Preventie:

Preventie kan zowel op medisch als niet-medisch vlak en is een enorm instrument, in de eerste plaats om mensen gezonder te houden en dus beter te laten functioneren. Anderzijds kan men de mensen een deel miserie besparen en ook financieel heel wat uitsparen, zowel voor de patiënt als voor de overheid.

A. Vaststellingen:

LOGO

1. Doelstellingen:
- Minstens het nastreven van de 6 Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen (verplicht). Aangepast aan lokale realiteit.
- Daarnaast kunnen eigen lokale doelstellingen naar voor geschoven worden vb.: diabetes, baarmoederhalskanker, enz.
- Jaarlijks verantwoording voor subsidiëring vanuit Vlaamse Gemeenschap.

2. Acties en activiteiten:
- Inschakelen, inpassen, integreren in de eigen werking van diverse instellingen en organisaties.
- Aandacht voor mix van acties.
- Netwerk van partners.
- Multidisciplinair team.

3. Structuur:
Vanaf 01/01/2010 van 26 naar 15 Logo's in Vlaanderen. Dan zal Logo Zuiderkempen en Logo Noorderkempen samensmelten tot 1 Kempens Logo (= Arr. Turnhout).

4. Opdrachten:
Overleg - Informatie en advies - Opbouw capaciteit - Aanreiken afgewerkte producten en methodieken - Coördinatie en begeleiding.

5. Projectwerking.

6. Lokaal gezondheidsbeleid:
- Besluit VL Reg. betreffende de Logo's (30/01/09): opdracht 11: "*de lokale besturen adviseren bij de opmaak van het deel over preventieve gezondheidszorg van hun lokaal sociaal beleid*"
- Logo-regionaal overleg met gemeenten en OCMW's (4x/jaar).
- Bijdrage van lokale besturen:
  - 5 cent/inwoner voor Logo-werkingskosten.
  - Logistieke en materiële ondersteuning aan projecten.
  - Informatieverspreiding.
  - Uitvoering van projecten.

7. Impact Logo-werking:
- Een web van samenwerkingen en netwerken.
- Logo = gedragen en aanvaard als regionaal steunpunt.
- Afgewerkte en gebruiksvriendelijke producten.
- Positief procesverloop: plannen, netwerken, groeien.
- Creatieve dynamiek in uitvoeren van projecten met diverse partners.
- Goed bereik van doelgroepen.
- Gezondheidseffecten moeilijk meetbaar.
- Lokale data ontbreken vaak, terwijl dit de basis zou kunnen zijn voor goede preventie.

8. Toekomstperspectieven:

- Verdere uitbouw van lokaal gezondheidsbeleid.
- Uitwisselen van ervaringen.
- Implementeren 6° doelstelling: bevorderen geestelijke gezondheid.
- Blijven netwerken en communiceren.
- Partners stimuleren tot zelfwerkzaamheid.
- Herhalen, blijven pleiten en overtuigen.
- Verder invullen van de randvoorwaarden om aan preventie en gezondheidsbevordering te doen.
- Kansen creëren voor participatie specifieke en prioritaire doelgroepen.

B. Voorstellen en suggesties ACW-Geel:

1. Evolueren naar een lokaal gezondheidsbeleid, ondersteund door Logo (zie besluit VI. Regering 30/01/09 betreffende de LOGO's) en andere organisaties.

2. Gezondheid en preventie zijn belangrijke elementen in het lokaal sociaal beleid van een gemeenschap. Tevens is een goede eerstelijnsgezondheidszorg een belangrijke hefboom voor het terugdringen van sociale ongelijkheid en kansarmoede. ***Een lokaal gezondheidsplan*** dient opgemaakt te worden in overleg met de private welzijnssector en de lokale stakeholders zoals OCMW, Kind&Gezin, huisartsen… De stad kan hierin een regierol innemen. Op dit ogenblik is er in de stedelijke preventiedienst een gezondheidswerkster deeltijds tewerkgesteld, die over een eigen werkingsbudget beschikt. Dit kan een aanzet zijn naar een bredere taakomschrijving en implementatie.

7. Pyschiatrie - geestelijke gezondheidszorg:

A. Vaststellingen:

Maatschappelijke stellen we een verhoging vast van het aantal en de ernst van psychische ziektebeelden, met toenemend risico (bv owv agressie, collocatie...). De evolutie in de geestelijke gezondheidszorg geeft aanleiding tot het creëren van zorgnetwerken met partners op de eerstelijn of andere welzijngezondheidsvoorzieningen waarbij een continuüm van naadloze zorg dient te ontstaan voor de cliënt. Overleg op arrondissementeel, provinciaal, Vlaams en federaal niveau is voorzien.

Het zorgaanbod hiervoor zoals het nu bestaat vertoont leemten. Het is voor menig Gelenaar onvoldoende duidelijk voor welk psychiatrisch of psychosociaal probleem hij bij welke instantie terecht kan. Cliënten hebben vaak meerdere problemen waarbij diverse organisaties en hulpverleners betrokken zijn. Professionele, kwalitatieve hulpverlening kan zich niet afspelen op een eilandje. Met respect voor de keuzes van de patiënt /cliënt is het noodzakelijk om te vertrekken van het netwerkidee. Een goede communicatie tussen diverse diensten is absoluut noodzakelijk. Er is duidelijk nood aan een zorgcoördinatie. De realiteit is echter nog ver af. Er is een pril begin van cliëntenoverleg merkbaar. Dit dient verder uitgebouwd te worden.

Op ons grondgebied is een openbaar psychiatrisch zorgcentrum aanwezig. OPZ Geel is sinds 2004 een extern verzelfstandigd Agentschap van de Vlaamse overheid. OPZ is een openbaar psychiatrische zorg- en kenniscentrum met een tweedelijnsopdracht, dat voor mensen met een psychiatrische problematiek en hun directe omgeving, op respectvolle wijze professionele zorg organiseert om samen te werken aan herstel. OPZ Geel draagt dit openbaar karakter bewust uit en garandeert dat elke medemens in psychische nood –ongeacht zijn herkomst, overtuiging en geaardheid – professionele en kwaliteitszorg vindt.
De tweedelijnszorg betekent dat de zorg vooral bedoeld is voor patiënten voor wie de eerstelijnszorg niet (langer) volstaat en voor wie diagnose, behandeling of begeleiding door specialisten noodzakelijk is. Met eerstelijnszorg wordt de thuiszorg bedoeld (incl. huisarts). Anders dan enkele decennia geleden is de opname in een psychiatrisch zieken-

huis in de regel een zeer tijdelijk gebeuren.
OPZ Geel is wereldvermaard owv de psychiatrische gezinsverpleging. Gezinsverpleging is een eeuwenoude maar toch nog steeds innovatieve zorgvorm. De essentie van gezinsverpleging is dat het gaat om zorg in de gemeenschap, door de gemeenschap met ondersteuning van een psychiatrische equipe. Door het wonen in een pleeggezin kunnen heel wat cliënten met ernstige en langdurige psychiatrische problemen zich in de samenleving handhaven… Een meerwaarde voor de hele gemeenschap die hierdoor in contact staat met andersbegaafde mensen.

Dit systeem staat vandaag de dag erg onder druk. Slechts 64% van het aantal erkende gezinsopvangplaatsen wordt nog ingevuld. Dit heeft meerdere oorzaken. Enerzijds zijn er meer opvangmogelijkheden voor psychiatrisch patiënten dan in het verleden (b.v. begeleid wonen, thuisopvang, …) anderzijds is de financiële vergoeding voor pleeggezinnen ondermaats waardoor er ook steeds minder kandidaat pleegouders gevonden worden. Er is tevens geen financiering vanuit de overheid voor ondersteunende diensten voor de gezinsverpleging zoals vervoer, infrastructuur, … wat maakt dat dit een zware investering vraagt van het zorgcentrum.

OPZ Geel is daarnaast een volwaardig regionaal psychiatrisch centrum met alle basisdiensten (crisisopvang, observatie en diagnose, behandeling van complexe en acute ziektebeelden, e.d.m.) voor een geografisch uitgestrekte regio van circa 410.000 inwoners (Kempen).
OPZ focust zich op een 4-delige doelgroepbenadering: ouderen, volwassenen, rehabilitatie en jongeren. Gezien de evolutie van de bevolking verwacht men een sterke toename van de dementieproblematiek in onze regio. Het zorgcentrum erkent dat er op dit ogenblik reeds nood is aan psychiatrische thuiszorg (toenemende dementie ...) en beschut wonen maar heeft onvoldoende ruimte om dit uit te bouwen.

Verder is er de vaststelling dat psychiatrische patiënten, ook jongeren (waaronder de drugverslaafden), na hun ontslag uit het zorgcentrum in Geel blijven wonen wat de nodige problemen met zich meebrengt op het vlak van huisvesting, begeleiding…
De aanwezigheid van vele studentenkamers werkt dit in de hand.

♦Centrum voor drugverslaafden: op lokaal niveau wordt via de drughulpverlener, die ingebed is in de stedelijke preventiedienst, zowel aan preventie als aan hulpverlening gewerkt. In Geel is er nood aan een multidisciplinaire aanpak van deze problematiek. Vanuit Geel en vanuit CAW-Kempen werd aan de Geelse huisartsenkring reeds meerdere malen de vraag gesteld om medische bijstand (o.a. toedienen vervangende middelen) te verlenen aan drugverslaafden op het grondgebied zodat ook in Geel een CAD-werking kan opgestart worden. Hoe is dit op te lossen? Is hier samenwerking mogelijk met het OPZ?

♦Dikwijls is er onvoldoende informatie naar cliënten beschikbaar. Wat met mensen die nu geen hulp krijgen? Hoe kan hieraan verholpen worden?

♦Goede doorverwijzingen: INFO: kan dit via het sociaal huis ???

♦Lange wachtlijsten bij de centra voor geestelijke gezondheidszorg: de Geestelijke Gezondheidszorg is nochtans sterk uitgebouwd in Geel via het OPZ, vzw Beschut wonen Kempen en de vzw Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Kempen.

♦Geen residentiële drugopvang in de Kempen: op regionaal niveau is er regelmatig overleg tussen de verschillende Kempische drughulpverleners. Vanuit dit overlegorgaan wordt er al geruime tijd melding gemaakt aan beleidsverantwoordelijken dat er een gebrek is aan residentiële opvang van drugverslaafden.

♦Tevens is er niks voorhanden in de regio voor patiënten met een dubbele diagnoseproblematiek (psychische en verslavingsproblematiek). Het Strategisch Plan Kempen startte betreffende deze problematiek een werkgroep op.

♦Blijkbaar zouden er in Geel wel mogelijkheden zijn via: OPZ – CGG – welzijnszorg Kempen. Kollocatie mogelijkheid via OPZ.

B. Voorstellen en suggesties ACW Geel

1. Meer middelen voorzien voor de centra geestelijke gezondheidszorg (CGG) in de Kempen: in het najaar 2008 startte MSOC-Kempen op initiatief van CAW De Kempen en CGG-Kempen een medisch-sociaal opvangcentrum voor mensen met een verslavingsproblematiek. Dit als antenne van CAD-Limburg en met ondersteuning van MSOC-Free Clinic Antwerpen. MSOC-Kempen is nog niet actief in Geel, terwijl daar wel zeker nood aan is en dus zou moeten gerealiseerd worden.

2. Draagvlak maken voor een residentiële drugopvang in de Kempen.

3. Lokaal overleg rond de geestelijke gezondheidszorg (zie lokaal sociaal beleidsplan, vraagbaken, psycho-sociale hulpverelening).

4. Uitbreiding van het aantal plaatsen beschut wonen, met mogelijkheid van dubbele diagnose patiënten te begeleiden.

5. Wij sluiten ons aan bij de aanbeveling van het Regionaal Economisch en Sociaal OverlegComité **(RESOC)**: wegwerken van de structurele achterstand van de capaciteit in de geestelijke gezondheidszorg in de Kempen en uitbouw, versterking en differentiatie van het bestaande aanbod aan geestelijke gezondheidszorg in de Kempen.

8. Palliatieve zorg:

A. Vaststellingen en besluiten:

Hoe goed organiseren we het levenseinde in onze samenleving en hoe optimaal is de kwaliteit van leven van patiënten in hun laatste levensfase?
De toenemende medische mogelijkheden, de evolutie van de ethiek in de gezondheidszorg, de juridisering van de zorg (wet op de patiëntenrechten, euthanasie) en de nieuwe generatie zorgvragers dwingen ons om zich hierover te bezinnen. De netwerken palliatieve zorg werden ruim 10 jaar geleden opgericht en hebben hun meerwaarde bewezen. Sterven krijgt opnieuw meer plaats in onze samenleving. Maatschappelijke ontwikkelingen dwingen palliatieve zorg echter ook om verder te evolueren en kritisch naar zich zelf te kijken.
Palliatieve zorg zal zich in aansluiting met de rest van de gezondheidszorg meer moeten richten op nieuwe doelgroepen: mensen in armoede en andere culturen.
Net zoals de medische wereld zal ze moeten loskomen van hardnekkigheid. Er dient voldoende aandacht te gaan naar de psychosociale en spirituele zorg. De valkuil om te verglijden in medisch technisch handelen, blijft om de hoek loeren.
Het lokaal bestuur kan een bijdrage leveren door palliatieve zorg meer bekendheid te geven bij de bevolking en door daadwerkelijk de werking financieel te ondersteunen. Palliatieve zorg in de rust- en verzorgingssector dient verder uitgebreid.

Een voorbeeld van een palliatieve zorgorgaan: ISPAHAN:

1. Doelstellingen:
- Gestart door dokter, verpleegkundige en enkele vrijwilligers in 1990.
- Ondersteuning voor eerstelijnsgezondheidszorg: Palliatieve thuiszorg.
- Mensen die thuis willen sterven: aanbod pakket = maatwerk.
- Aanvullende ondersteuning.
- Begeleiding binnen Arrondissement Turnhout.

2. Staff:
- Verpleegkundigen (5): contact met patiënten, afhankelijk van geval per geval (ook telefonische opvolging).
- Huisartsen (2): bezoeken zelf geen patiënten. Ter ondersteuning en informatie van verpleegkundigen. Krijgen zelf ook permanente bijscholing.
- Vrijwilligers (44):
  - Wekelijks bezoek aan patiënten. Huisbezoek als bewuste keuze.
  - Dienstpermanentie (gezelschap): om verzorgende familieleden eens iets anders te laten doen (≠ van oppas).

• Psycholoog: “zorg voor zorgenden”.

3. Acties en activiteiten:

• O.a.: Pijnbestrijding: plaatsen pijnpomp en opvolging.
• Informatie allerhande: bv. mogelijkheid palliatief verlof, euthanasie, enz..
• Doorspelen van info aan thuisverzorgenden, enz.
• Huisbezoeken en telefonisch contact verpleegkundigen.
• Wekelijks bezoek vrijwilligers.
• Permanentie dienst.
• Wachtdienst 24u/24u (verplicht) voor patiënten. Deze dag/nacht beschikbaarheid is belangrijk voor familie.
• Elektronisch patiëntendossier: door eigen personeel en huisartsen in te zien.
• Huisarts is ‘key’ persoon ook in palliatieve thuiszorg. Op het einde van een behandeling is de patiënt terug thuis.
a. Voor opvolging door huisarts geeft deze telefoon door aan Ispahan die eerst ter plaatse gaan en een filter zijn voor de huisarts.
b. Zonder huisarts, kan Ispahan niet ingeschakeld worden (werken aanvullend).

4. Structuur:

• Financieel afhankelijk van RIZIV (forfait/patiënt). Maximum 300 patiënten op jaarbasis (a rato van aantal inwoners).
• Normaal wordt dit overschreden (meer vraag). Daardoor moet men extra inkomsten gaan zoeken: giften, erfenissen, …
• Eind april 2009 al 150 patiënten. 65 patiënten tegelijkertijd onder controle.
• Zeggen nooit nee !!!

5. Toekomst, vragen en verwachtingen:

• Pertinente vraag van Ispahan is ‘Wanneer worden we ingeschakeld?’ Dit wordt bepaald door de huisarts. Indien vroeg ingeschakeld betekent dit nog meer patiënten. Indien reeds terminaal, te laat.
• Aantal patiënten dat kan geholpen worden?
• Wat is palliatief? Terminaal of vroeger.
• Minder mantelzorgers en minder vrijwilligers voorhanden. Landelijk gebied nog iets beter dan in stedelijk gebied.
• In 2008 zijn 82% van de gevolgde patiënten door Ispahan thuis overleden. Dit is hoger dan het gemiddelde.
• 1/3° van de bestede werktijd brengt men op de baan door, onderweg naar iemand.
• Werk wordt beschouwd als een plezante, fantastische job met ook veel humor. Er is veel voldoening en dankbaarheid.



9. THUISZORG:

A. Vaststellingen

Bij een specialistische ingreep rijzen dikwijls ook sociale gevolgen door het feit dat iemand langdurig afwezig zal zijn en het huishouden moet gerund worden. Hier spreken we van omkadering van de sociale gevolgen en dus niet alleen over de medische kant van de zaak. Een goede samenwerking tussen de huisartsen en organisaties die thuiszorg aanbieden is dan ook onontbeerlijk.

1. overgang van **SIT** (SamenwerkingsInitiatieven Thuiszorg) naar **SEL** (Samenwerking EersteLijnszorg). Vanaf 01/01/2010 is een SEL werkzaam in het zorgregiogebied Turnhout. Het werkingsgebied van het SEL komt overeen met een gebied van een regionale stad. Voor ons valt dit samen met het arrondissement Turnhout. Het SEL vindt zijn basis in het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders. De structurele scheiding tussen de federale Geïntegreerde dienst voor thuisverzorging (**GDT**) en het Vlaamse SEL vervalt hierbij grotendeels. SEL en GDT kunnen op basis hiervan meer nog dan in het verleden als een structurele eenheid beschouwd worden. Deze lijn kan doorgetrokken worden zowel op organisatorisch en beleidsmatig vlak als op gebied van financiën en personeelsbeheer. In de bestuursorganen van SEL-Kempen worden 10 categorieën van partners/zorgverstrekkers onderscheiden: huisartsen; diensten voor gezinszorg; ingebouwde CAW's van de ziekenfondsen; thuisverpleegkundigen en vroedvrouwen; OCMW's; ROB/RVT's; regionale dienstencentra en lokale dienstencentra; verenigingen van vrijwilligers, mantelzorgers en gebruikers; overige professionele zorgverstrekkers (kinesisten, apothekers, logopedisten, …) en netwerkorganisaties (Tandem, PNAT, …).
Het SEL neemt, binnen zijn werkgebied, initiatieven die bijdragen tot de afstemming van het zorgaanbod en de noden van de bevolking en de individuele gebruiker. Zij bevordert de samenwerking tussen de zorgaanbieders onderling, tussen de zorgaanbieders en andere organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod, alsook tussen zorgaanbieders en de gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers. Het SEL informeert de bevolking over het zorgaanbod. Daarnaast moet zij fungeren als neutraal aanspreekpunt voor gebruikers, mantelzorgers, vrijwilligers, andere hulpverleners en voorzieningen, en voor de Vlaamse overheid voor zover het om aangelegenheden gaat die het niveau van de praktijkvoering en van de individuele zorgaanbieder overstijgen. Het SEL levert ten slotte bijzondere inspanningen om de toegankelijkheid van de zorg te optimaliseren, in het bijzonder voor bevolkingsgroepen die leven in achtergestelde situaties.

2. Mantelzorg daalt waardoor ook eenzaamheid ontstaat.

3. Wachttijden in dienst Gezins & Bejaardenhulp: VB poetsdienst: wachttijd 1 jaar.

4. Tendens dat ook thuiszorgdiensten geconfronteerd worden met toenemende psychiatrische problematiek. (zie ook luik over Psychiatrie/Geestelijke gezondheidszorg p. 24).

B. Voorstellen en suggesties ACW Geel

1. Meer aandacht voor het Toekomstplan Oudere Gelenaren.

2. Preventie uitbouwen en stimuleren ook in de thuiszorg.

3. Aanbod dagopvang: Collectieve Autonome DagOpvang (**CADO project**) is een voorziening die zorgbehoevende personen overdag opvangt in een gewoon huis. Ouderen en zorgbehoevenden willen liefst zo lang mogelijk in hun eigen thuisomgeving blijven wonen. Dat kan met de hulp van mantelzorgers, vrijwilligers of thuiszorg. Om de ganse mantelzorg even op adem te laten komen, kan de zorgbehoevende terecht bij CADO. Bij CADO brengt de zorgbehoevende een gezellige, huiselijke dag door samen met andere gasten. Dagdagelijkse dingen worden samen gedaan. 's Middags een broodmaaltijd of een warme lunch eten, samen koffiekletsen, de afwas doen, groenten snijden, een pot soep koken, in de tuin werken, naar de bakker gaan, enz. Dit initiatief is zeker meer dan de moeite waard en een welgekomen verpozing voor de dagelijkse zorgdragers.

4. SEL blijven ondersteunen, ook na de evaluatie in 2012.

10. RESIDENTIELE ZORG:

A. Vaststellingen

Uit een onderzoek van de CM: '*De gezondheidsuitgaven van de 65-plussers, vergelijking tussen residentieel verblijf en thuiszorg i.v.m. kostprijs voor de ZIV en de betrokkene'* blijkt dat betrokkene minder betaalt in een residentieel verblijf dan in de thuiszorg maar dat het residentieel verblijf voor de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (ZIV) veel meer kost dan de thuiszorg. Hier moet men wel rekening houden met het feit dat de gezins- en bejaardenhulp gefinancierd wordt door de Vlaamse Overheid.

B. Voorstellen en suggesties vanuit ACW Geel

1. Beeldvorming woon- en zorgcentrum verhogen (vb via film Geelse seniorenraad).
2. Kortverblijf stimuleren.
3. Overleg organiseren tussen de verschillende woon- en zorgcentra.





4. Concrete aandachtspunten ACW Geel

Dringende en dwingende maatregelen om de gezondheidszorg enerzijds betaalbaar te houden en anderzijds toegankelijk voor iedereen:

1. Globaal Medisch Dossier:
Het GMD dient veralgemeend te worden en moet als leidraad dienen voor gans het systeem van gezondheidszorg.

- *In het GMD worden **alle gegevens** bijgehouden over de gezondheid van de patiënt zoals zijn medische voorgeschiedenis, zijn geneesmiddelengebruik met eventuele nevenwerkingen, de gevolgde behandelingen, verslagen van specialisten en andere zorgverleners.*
- *Voordelen:*

  ***Efficiënte medische opvolging**: zo kan de arts onder meer beter beoordelen welke onderzoeken nodig of overbodig zijn en of de behandelingen op elkaar zijn afgestemd.*

  Remgeldvermindering:

  - 30 procent remgeldvermindering voor consultaties bij de huisarts die het GMD bijhoudt of een andere huisarts die toegang heeft tot het GMD (bv. omdat hij in dezelfde praktijk werkt). In bepaalde gevallen wordt ook meer terugbetaald voor een huisbezoek.
  - Hogere terugbetaling voor een consult bij een specialist, na verwijzing door de huisarts en indien aan andere voorwaarden is voldaan (zoals een GMD heb ben, lijst van specialismen waarop deze hogere terugbetaling slaat, eerste consult voor dat specialisme in het kalenderjaar).

- Half februari 2010 hebben artsen en ziekenfondsen beslist dat de huisarts die het GMD beheert, ook een actieve rol zal spelen op het vlak van ziekteprevention. Hij/zij engageert zich om de patiënt goede raad te geven over zijn levenswijze. Daarbij horen o.m. voedings- en bewegingsgewoonten, rookgedrag, alcoholgebruik en stressfactoren. Hij/zij moet zijn patiënt ook wijzen op preventieve kankeronderzoeken en op noodzakelijke vaccinaties. Deze nieuwe prestatie geldt in een eerste fase enkel voor patiënten van 45-75 jaar. De huisarts die het GMD beheert, zal het honorarium eenmaal per jaar aanrekenen. Deze prestatie wordt volledig terugbetaald en kan worden vergoed volgens de regeling 'betalende derde'. Alles laat voorzien dat het wetgevend werk de volgende maanden klaar zal zijn en dat de maatregel nog voor de zomervakantie 2010 kan ingaan.

2. Derde betalersysteem:
Het derde betalersysteem versoepelen of veralgemenen en sociale betalende derde verplichten. Nu enkel toe te passen mits akkoord verstrekker. De zorgverleners die er wel voor open staan worden geconfronteerd met een ingewikkeld administratief kluwen. Er bestaat momenteel geen steunpunt om hen hierin bij te staan. Vraag is of dit niet de rol is of moet zijn van de mutualiteiten.
*De **regeling betalende derde** betekent dat de patiënt aan de zorgverlener enkel het remgeld betaalt. Het terugbetaalbare deel van het honorarium ontvangt de zorgverlener rechtstreeks van het ziekenfonds.*

3. Omniostatuut:
Automatisch invoeren. Verlaagde bijdragen Vlaamse zorgverzekering (zie punt 5).
*Personen met een **laag gezinsinkomen** kunnen het Omnio-statuut krijgen. Hierdoor hebben ze onder meer recht op een **hogere terugbetaling** van hun ziektekosten.*

4. Maximum factuur (MAF):
*De maximumfactuur (MAF) is een financiële beschermingsmaatregel die de **jaarlijkse***

medische kosten voor gezinnen tot een plafondbedrag beperkt. *Zodra de uitgaven voor geneeskundige zorg in de loop van het kalenderjaar dit plafondbedrag bereiken, krijgt een gezin voor de daaropvolgende verstrekkingen het remgeld volledig terugbetaald.*
Volgende kosten ***worden meegeteld*** *om de uitgaven te berekenen en terugbetaald als het plafond is overschreden:*
• remgeld voor verstrekkingen door artsen, tandartsen, verpleegkundigen, kinesithera peuten en andere zorgverleners;
• remgeld voor ***geneesmiddelen uit de categorieën A, B en C en voor magistrale bereidingen;***
• remgeld voor technische prestaties zoals operaties, RX-foto's, labonderzoeken;
• bepaalde kosten bij opname in het ziekenhuis zoals het persoonlijk aandeel in de ligdagprijs (bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis enkel tot de 365ste dag);
• afleveringsmarge voor implantaten;
• ...
De ziekenfondsen houden, per gezin en per lid, het remgeld bij. Het remgeld dat het plafondbedrag overschrijdt, wordt ***automatisch terugbetaald.***

5. Verhoogde tegemoetkoming:
Verlaagde bijdragen Vlaamse zorgverzekering
Sommige personen met ***een laag inkomen en behoren tot een bepaalde categorie*** *hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming. Zij betalen minder voor gezondheidszorg.*
Volgende personen hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming, op voorwaarde dat hun bruto ***belastbaar gezinsinkomen*** *niet hoger is dan 15.063,45 euro, te verhogen met 2.788,65 euro per persoon ten laste (bedragen geldig sinds 1 januari 2010):*

• gepensioneerden, weduwen en weduwnaars, wezen, invaliden;
• langdurig werklozen ouder dan 50 jaar;
• ambtenaren die langer dan een jaar in disponibiliteit zijn wegens ziekte;
• personen met een handicap;
• verblijvenden in België vanaf 65 jaar;
• religieuzen vanaf de pensioenleeftijd;
• kinderen met verhoogde kinderbijslag wegens handicap;
• personen die een van onderstaande uitkeringen ontvangen:
    o leefloon;
    o gewaarborgd inkomen voor bejaarden;
    o inkomensgarantie voor ouderen (IGO);
    o inkomensvervangende tegemoetkoming voor personen met een handicap;
    o integratietegemoetkoming voor personen met een handicap;
    o tegemoetkoming hulp aan bejaarden.

6. Generische geneesmiddelen:
Zo veel mogelijk gebruiken van generische geneesmiddelen: voorschrijven van het actieve bestanddeel van de medicatie. Vraag is of we ook niet moeten gaan naar een beperkter aantal stuks per verpakkingseenheid. Nu belandt veel op de afvalinzameling.

7. Ereloonsupplementen:
Conventionering arts / kamerkeuze patiënt respecteren. Daardoor gelden wettelijke regelingen die voor iedereen duidelijk zijn. (zie ook hoger p. 16).

8. Kamersupplementen:
Dienen beperkt te worden : is beperkt door wet op de ziekenhuizen (zie ook hoger p. 16).

9. Bijzonder solidariteitsfonds:
Het bijzonder solidariteitsfonds kan in ***uitzonderlijke situaties*** *tegemoetkomen in:*
• prestaties die niet door de ziekteverzekering worden terugbetaald;
• prestaties die wel worden terugbetaald maar waarbij betrokkene niet aan de voorwaarden voldoet om de terugbetaling te verkrijgen;
• geneeskundige verstrekkingen verleend in het buitenland en de reis- en verblijfskosten

aldaar.
Voorwaarden:

- *De aandoening is zeldzaam en tast vitale functies aan.*
- *De kosten voor de behandeling zijn hoog en worden niet terugbetaald.*
- *De behandeling heeft een erkende wetenschappelijke waarde en doeltreffendheid en heeft het proefstadium overschreden.*
- *De behandeling is absoluut noodzakelijk op medisch-sociaal vlak.*
- *De behandeling is voorgeschreven door een geneesheer-specialist.*

10. Verzekeringen:

Iedere Belg heeft een verplichte ziekteverzekering. Vraag is of deze nog voldoende is om van het totale pakket gezondheidszorg te kunnen genieten? Gaan in de toekomst alleen de hoogste risico's in dit systeem blijven zitten waardoor het onbetaalbaar zal worden?

Daarnaast is er de private verzekering aanvullend op de verplichte. Deze zijn alleen weggelegd voor de meest gegoeden en het gevaar zit er in dat deze op de duur een deel (meest attractieve of lucratieve) van de verplichte verzekering zullen overnemen waardoor een hele groep mensen in de kou zal blijven staan omdat het niet betaalbaar is voor deze groep. Dit is het begin van een polariserende geneeskunde naar het Amerikaans liberale model waarbij ieder voor zichzelf zorgt. Dit is ver weg van de solidaire zorgverzekering die wij in België altijd gekend hebben.

Tenslotte wordt iedereen ook nog aangeraden een hospitalisatieverzekering te nemen (of aangesmeerd). Nochtans is deze voor velen onbereikbaar. TA BR nr207 november 2009 stelde dat een hospitalisatieverzekering spectaculair duurder is geworden dan in 2004. Er werd in 2007 weliswaar een wet goedgekeurd om de stijging te beperken, maar de toepassing ervan laat nog steeds op zich wachten. Senioren en zieken vinden nog moeilijk een betaalbare hospitalisatieverzekering. De lat moet hier dus duidelijk lager gelegd worden.

11. Info dicht bij de mensen

Vraag is hoe al deze informatie en toepassingen ook bij de juiste mensen en groepen terecht komen. Hiervoor zou men de instellingen en organisaties moeten betrekken die zich om deze mensen ontfermen: OCMW, Sociale Dienst Stad, MIN, Al-arm, OKRA, Allochtonen verenigingen, …

- Het is nodig dat documenten voor aanvraag van dergelijke statuten vereenvoudigd worden. Liefst een elektronisch document dat al op voorhand kan ingevuld worden zodat de huisarts daar zijn tijd niet moet insteken.

- Ook de regelgeving en normering om in aanmerking te komen zou eenvormig en transparant moeten zijn. Nu is het dikwijls afhankelijk van wie het document invult of men in aanmerking komt voor tegemoetkoming of niet.

- Een rondvraag leert dat deze systemen onvoldoende bekend zijn, ook bij verstrekkers. Het zou nuttig zijn een infoavond voor huisartsen te organiseren via de bestaande periodieke vergadering van de huisartsen in Geel en een half uur tijd vragen om informatie te geven over de verschillende mogelijkheden.

EEN WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM IN GEEL:

A. Vaststellingen:

1. Ontstaan:
In het landschap van de eerstelijnsgezondheidszorg zijn wijkgezondheidscentra (WGC's) een vreemde eend in de bijt. Meerdere pogingen sinds WOII om de plaats en rol van huisartsgeneeskunde in ons land te hertekenen, ketsten af op de weerstand van de artsenlobby. In het midden van de jaren '70 ontstond een nieuwe stroming in de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze richtte zich in het bijzonder, maar niet exclusief, tot mensen met minder behartigde belangen.

Ondertussen zijn er 21 centra opgericht verspreid over Vlaanderen en blijft het aantal verder groeien. Het zijn VZW structuren die thuis horen onder een nationale koepel. Men streeft naar 100.000 patiënten de komende jaren.

WGC's werden dikwijls opgericht vanuit vrijwilligers uit het buurtwerk (buurthuis). Daar werd opgemerkt dat preventie nodig was en maatwerk t.t.z. patiëntgerichte gezondheidszorg. Krijgen ook nogal wat psychiatrische of ex-psychiatrische patiënten over de vloer: kunnen soms nergens anders terecht dan in WGC.

2. Wat:
Het concept van een WGC start vanuit de vraag 'wat is nodig in de wijk, in de omgeving'?

- De nationale koepel zorgt voor de beeldvorming en begeleidt de startprocedure. Het is een concept met 11 criteria.
- WGC's worden meestal opgericht in steden (Alken is een uitzondering) en heeft een groepspraktijk van huisartsen als kern.
- WGC's zijn wijkgebonden en groeien vanuit de buurt. Meestal in buurten met veel sociale huisvesting, maar intussen worden in deze buurten huisjes ook opgekocht door tweeverdieners en komt er een mix van mogelijke bewoners en patiënten.
- De multidisciplinaire benadering (huisarts, verpleegkundige, kine, tandarts, … zijn een aantal mogelijkheden) is enorm belangrijk naast preventie (samen met Logo) en 'evidence based medicine' (geneeskunde op basis van bewijs), wijkgerichtheid (community primary health care WHO) en natuurlijk de kwaliteit.
- Samenwerking met andere instellingen (netwerk) + vertegenwoordiging in andere instellingen om het beleid mee te kunnen sturen.
- Het feit dat de 'Federale Armoede Prijs' voor Vlaanderen in 2009 werd toegekend aan een wijkgezondheidscentrum toont duidelijk aan dat de gezondheidsvragen een belangrijk aandachtspunt zijn voor een beleid inzake sociale uitsluiting.

B. Voorstellen en suggesties ACW-Geel:

Gezien het nijpend tekort aan huisartsen in Geel en de vaststelling dat de eerstelijnsgezondheidszorg voor velen onbetaalbaar wordt, tevens vanuit de voordelen van het concept, wordt best overwogen om ook in Geel een Wijkgezondheidscentrum op te starten.

- De wet Leburton van 1963 stelde dat naast prestatiegeneeskunde er ook forfaitaire geneeskunde mogelijk is. Groepspraktijk doet een aanvraag bij het RIZIV. Iedereen mag forfaitair werken.
- Patiënten schrijven zich in bij het Centrum. Dit is een soort contract. Ze kunnen zich terug uitschrijven de 1° van de daaropvolgende maand. Dit betekent wel dat patiënten niet naar een andere dokter kunnen gaan tenzij bij heirkracht (ongeval, buiten uren, op verplaatsing, …). Wel indien voorgeschreven.
- Maandelijks wordt de lijst overhandigd aan de mutualiteit voor terugbetaling.
- Elke patiënt heeft een GMD: hiervoor wordt het centrum ook vergoed.

• Bij de start zijn nodig: dokters / verpleegkundige / + extra: kinesist / tandarts / …. Deze verstrekkers werken alleen via dit forfaitair systeem, dus kunnen niet nog een andere prestatiegebonden praktijk hebben. Start kan met 2 halftime dokters om continuïteit te verzekeren.

• Artsen en verpleegkundigen (ander personeel) zijn in dienstverband.

• Men moet continue zorg aanbieden. Dus bv open van 8u-19u. Daarna valt men terug op het reguliere wachtsysteem. Het WGC wordt ook mee ingeschakeld in de wachtdienst (hier geldt voor de dokters van het WGC dat ze deze opdracht in zelfstandig bijberoep doen en daarvoor wel vergoed worden per act). De weekwachtdienst gebeurt in het kabinet in het WGC als hun dokters van wacht zijn. In het WE binnen de eventuele voorziene gemeenschappelijke huisartsenwachtpost.

• Samenwerking met het reguliere circuit op alle vlakken is nodig (tandartsen, ziekenhuizen, ander huisdokters, kinesisten, thuisverpleging, enz.).

• Het is een VZW structuur en dus onafhankelijk. De RvB wordt gevormd door vrijwilligers. Dit kan bv uit de sector (mutualiteit, apothekers bond, enz.) en bedrijfsmanagers (management) + een ervaringsdeskundige armoede. Best is profielen op te stellen van wie je nodig hebt. Op bepaalde plaatsen wordt de RvB ook gevormd door patiënten en personeel. De AV wordt wel bevolkt door vertegenwoordigers van vb stad, OCMW, enz.

• Vrijwilligerswerking: een aantal mensen die instaan voor het onthaal. Deze krijgen een opleiding (beroepsgeheim). De toelevering kan gebeuren vanuit de sociale sector.

• Ontvangst en onthaal zijn belangrijk. Vrijwilligers aan onthaal zorgen voor “intake”.

• Patiënten zoveel mogelijk naar het WGC laten komen (geen huisbezoeken indien niet echt nodig) omdat dit het sociaal contact bevordert.

• Medische kant is primordiaal, daarom ook niet gelinkt aan buurthuis.

• Het model van interdisciplinariteit is belangrijk voor het aantrekken van alle soorten patiënten. Niet alleen rekruteren op gemakkelijke toegang want dan trekt men alleen bepaalde categorieën aan.

Bestaffing:

- Een aantal huisartsen (kan deeltijds) 38-u week (60% met patiënten bezig en 40% ander werk).
- Verpleegkundige(n)
- Kinesist(en)
- Administratief personeel (personeelsadministratie, administratie, logistiek)
- Een coördinator
- Vrijwilligers.

Financieel:

- Financies komen vanuit federale overheid (RIZIV / Mutualiteiten).
- In principe is geen startkapitaal nodig (wel voor infrastructuur).
- Andere mogelijke inkomsten: provinciale gelden (bepaalde periode), OCMW (voor hun cliënteel), sponsors, stad (via stedenfonds een ½-time preventiewerker), DSO, …
- Gebouw: eigendom of huur: onthaal, kabinetten, kine-ruimte, WC’s, …
- Projectwerk is nodig als instap en opstart via kansarmoede. Dan omschakelen om niet afhankelijk te zijn hiervan.
- Inkomsten via: mutualiteiten (70% van de inkomsten); loonsubsidies 30% (gelijkschakeling ziekenhuizen) en projectsubsidies (het is een permanente opdracht om te zoeken naar mogelijke projecten).
- Vanaf 500 patiënten kan het WGC zelfbedruipend zijn. Meestal mikt men op 2.000-4.000 patiënten.

EPILOOG:

We beseffen dat we een aantal belangrijke stukken van de gezondheid en gezondheidszorg hebben benaderd. Toch dekken deze natuurlijk niet het volledige plaatje en is gezondheidszorg in zijn algemeenheid een complex samenspel van verschillende actoren, diensten en instellingen.
Zo spelen ook kinesisten, apothekers, thuisverpleging, thuisbevallingsprojecten, enz. een belangrijke sleutelrol in het ganse gezondheidssysteem en laat keuze aan de patiënt.

Gezien dit dossier een werkdocument en discussietekst is, hopen we daarop een vervolg te maken en zeker aanpassingen door te voeren in de toekomst. Misschien dat we dan de bredere categorie van diensten ook zullen opnemen.



We moesten echter ook keuzes maken om het geheel werkbaar en overzichtelijk te houden en er als vrijwilligers daar geen jaren over te doen om een einddocument en stellingname neer te schrijven. Dit is zeker geen beoordeling naar meer of minderwaardigheid, maar een pragmatische keuze.

Met dank aan de werkgroep en iedereen die heeft bijgedragen om mee te denken rond deze materie. Zeker ook alle instellingen en diensten die daarover mee in dialoog wilden gaan.

Info - contact

ACW Geel

p/a Jozef Goebels
Technische Schoolstraat 22
2440 Geel

jozef.goebels@skynet.be

Het ACW is de koepel van de christelijke werknemersorganisaties. Het ACW en z'n partnerorganisaties komen op voor een leefbare, solidaire en rechtvaardige samenleving. Samen vertolken we de zorg van vele gewone mensen.

