

**18 maart 2006 – Ontwerp van toespraak Vlaams minister Inge Vervotte
Symposium 25 jaar Vlaamse Gezondheidszorg**



(...)

Vandaag heb ik er voor gekozen om geen medisch-wetenschappelijke analyse uiteen te zetten die louter de noodzaak beklemtoont van meer homogene bevoegdheidspakketten voor de gemeenschappen. Ik wil integendeel de probleemstelling benaderen vanuit mijn bezorgdheid om een kwaliteitsvolle invulling van de gezondheidszorg te kunnen waarborgen. Ook wil ik opmerken dat ik vandaag spreek vanuit mijn opdracht als Vlaams minister voor Volksgezondheid. In deze functie word ik frequent geconfronteerd met zowel bevoegdheidsproblemen ten aanzien van het federale niveau als met de zéér verschillende invalshoeken van de gemeenschappen ten aanzien van de verdere ontwikkeling van de zorg in ons land.

Op het einde van mijn betoog zal u kunnen oordelen of mijn conclusies vanuit mijn ‘maatschappijgerichte’ kijk op de zaak, afwijken van de uwe, gebaseerd op een ‘medisch-wetenschappelijke’ kijk.

Graag wil ik ingaan op onze visie die we in Vlaanderen aanhangen. Elke burger heeft recht op de meest geschikte zorg, wat betekent: aangepast aan zijn individuele noden en behoeften. Maar we stellen allemaal vast dat zorgvragen niet alleen in aantal toenemen, maar ook steeds complexer worden. Geen enkele hulpverlener of voorziening heeft de deskundigheid en de zorgcapaciteit ‘in huis’ om steeds volledig aan al deze uitdagingen tegemoet te komen. Dit is een realiteit die we in onze samenleving niet uit het oog mogen verliezen.

Tegelijk is het nodig dat diverse vormen van zorgverlening naadloos op elkaar aansluiten, dat we met andere woorden komen tot een zorgcontinuüm. Dit betekent dat de patiënt niet telkens in de kou komt te staan tussen 2 vormen van zorgverleningsaanbod in of alvorens hij weer ergens “past” in het “zorgverleningsaanbod”.

Om een kwaliteitsvol antwoord te blijven bieden aan de steeds complexere zorgvragen, zal het zorgaanbod dan ook steeds nieuwe antwoorden moeten formuleren. Met betrekking tot het aanbod veronderstelt dit alles (1) een grote diversiteit, (2) een grote flexibiliteit, (3) een goede afstemming en (4) een uitstekende samenwerking. Als we de gebruiker centraal willen stellen veronderstelt dit tegelijk een gezondheidszorg dicht bij de zorgvrager. De vraag van de patiënt is dus ons vertrekpunt, en niets anders.

Deze uitgangspunten brengen me bij een belangrijk aspect van mijn betoog namelijk het subsidiariteitsprincipe toepassen in de gezondheidszorg. Hiermee wil ik duiden dat de zorg zelf, de taakafspraken, de structurele organisatie en de besluitvorming best gebeuren op een zorgniveau dat zo laagdrempelig mogelijk is, doch wetenschappelijk verantwoord.

Subsidiariteit start in feite bij preventie. Zinnvolle en duurzame preventie, die wetenschappelijk onderbouwd en maatschappelijk aanvaardbaar is, die zorgnoden voorkomt of ze kan uitstellen. Het gaat hier om enerzijds preventie die ziekten trachten te voorkomen, die dus

gezondheidsbedreigende factoren trachten uit te schakelen. ‘Ziektepreventie’ houdt in die zin een ‘negatieve’ benadering in. Anderzijds gaat het om preventie waardoor we de gezondheid bevorderen, waardoor we gezondheidswinst boeken. Natuurlijk is dit een ‘positieve’ benadering van preventie.

Subsidiariteit van de zorg betekent ook dat de gebruiker de mogelijkheid krijgt om zijn eigen zorg zo veel als mogelijk zelf in handen te nemen, zelf te sturen. Dit betekent niet dat de keuzevrijheid totaal onbeperkt moet zijn. Maar hierop dieper ingaan zou ons te zeer afleiden van het onderwerp van vandaag.

De gebruiker zorgt dus in de eerste plaats maximaal voor zichzelf. Vaak zal hij hiervoor een beroep doen op mantelzorg en/of op zorg door vrijwilligers. Indien professionelen worden ingeschakeld, volstaat in de meeste situaties ambulante zorg. Denken we aan gezinszorg, aan eerstelijnsgezondheidszorg waarin de huisarts, de thuisverpleging, de kinesist, de apotheker aan bod komen. Denken we ook aan de raadpleging bij een specialist, aan het beroep doen op een centrum voor geestelijke gezondheidszorg, enzovoort. Maar soms zal uiteraard residentiële zorg nodig zijn: een intrek in een rust en verzorgingstehuis, een opname in een ziekenhuis, enzovoort.

Als we de gebruiker de de meest geschikte zorg willen geven die hij nodig heeft, dan zal hij een beroep moeten kunnen doen op een brede waaier van zorg. Deze diversiteit slaat zowel op de aard van de zorg, of anders gezegd het multidisciplinaire karakter van de zorg, als op de intensiteit van de zorg.

- Wat betreft zelfzorg, gaan we vandaag nog te vaak uit van wat iemand niet meer kan. Ik wil vertrekken van wat hij wél nog zelf in handen kan nemen. Ik wil ook meer rekening houden met de expliciete zorgvraag van de patiënt zelf. De ‘inschaling’ en de ‘zorgindicatiestelling’ moet van hieruit vertrekken. Het zorgaanbod moet geven wat nodig is, niet meer, maar ook niet minder.
- Wat betreft mantelzorg en vrijwilligerszorg, wordt het belang hiervan door iedereen erkend in de thuissituatie. Toch kunnen we ons afvragen of de mantelzorger voldoende betrokken wordt bij de residentiële zorg. Wordt de mantelzorger daar wel steeds voldoende betrokken? Of, pejoratief uitgedrukt, ‘loopt hij maar wat in de weg’?
- Wat betreft de professionele hulpverlening, moet een verpleegkundige niet doen wat een verzorgende kan doen, wat een verpleegkundige kan moet een huisarts niet doen, wat een huisarts kan moet een specialist niet doen. Ieder biedt zorgen aan die een evenwaardig belang hebben voor de gebruiker, maar de taken gebeuren best door personen met de passende kwalificaties én in een goede onderlinge afstemming. Daarom vind ik praktijkaanbevelingen bijzonder belangrijk die door de verschillende beroepsgroepen gedragen worden en wetenschappelijk sterk onderbouwd zijn. Ik zou daarbij willen verwijzen naar de klassieke kwaliteitscyclus, wat we noemen Plan-Do-Check-Act. Hierbij plant men eerst grondig om vervolgens dit ook daadwerkelijk te doen, de resultaten permanent te evalueren en dan op basis van de vastgestelde resultaten de richtlijnen en/of de uitvoering bij te sturen. Zo zie ik ook de beroepsgroepen op wetenschappelijke basis en in onderling overleg multidisciplinaire consensus richtlijnen uitwerken over wie, wat én hoe doet. Waarna deze richtlijnen (1) verspreid en geïmplementeerd worden via de bestaande kanalen, (2) geëvalueerd worden via een beperkte en (3) volledig geautomatiseerde data-analyse en mee worden gebruikt tijdens een actualisering van de richtlijnen en/of een bijsturen van de implementatie. Momenteel registreren we te veel in functie van de verantwoording van de toegekende financiële middelen. Denken we maar aan de zorgplannen. De registratie moet vooral in functie staan van de beoogde

kwalitatieve resultaten, bijvoorbeeld het aantal oudere patiënten gevaccineerd voor de griep, en veel minder in functie van het aantal ingevulde formulieren, het aantal belegde vergaderingen, de dikte van het jaarverslag.

Deze visie op zorg heeft alvast consequenties op de wijze waarop we de gezondheidszorg moeten organiseren.

Uiteraard moeten we in de gezondheidszorg vertrekken vanuit een coherent preventief gezondheidsbeleid dat toegankelijk is voor iedereen. Hiervoor hebben we al een heel aanbod van complementaire voorzieningen en lokale netwerken. Een verdere afstemming op elkaar én een meer flexibel aanbod zijn belangrijke aandachtspunten voor de toekomst. Hierbij kunnen we diverse aspecten moeiteloos combineren zonder dat we noodzakelijkerwijs opteren voor heel het aanbod van een voorziening.

Voorts zal de predictieve geneeskunde in de nabije toekomst veel beleidsaandacht vergen. Denken we maar aan het zeer vroeg inschatten van de kansen op borstkanker, op diabetes, op hypertensie, op colonkanker, op bipolaire stoornissen zoals depressie, enzovoort. Hier moeten we de bijzondere mogelijkheden voor gerichte preventie maximaal benutten. Niettemin moeten we tegelijk de grote maatschappelijke gevaren uitschakelen die hieraan verbonden zijn. Denken we maar aan de verzekeringsaspecten – mensen die als een te hoog risico zouden kunnen worden beschouwd – en de tewerkstellingsaspecten.

Voorts moet elke hulpverlener, en in feite heel de samenleving, bij preventie zijn rol vervullen. Informeren en sensibiliseren zijn slechts een beperkt deelaspect van preventie. Het zwaartepunt ligt bij de daadwerkelijke gedrags- of mentaliteitsverandering en de ondersteuning daarbij van samenleving en hulpverleners.

Een organisatie van de gezondheidszorg die rekening houdt met het subsidiariteitsprincipe, moeten we bovendien best geëchelonneerd opbouwen. Een financiële differentiëring moet dit realiseren, waarbij iemand die door de huisarts doorverwezen wordt minder dient te betalen bij de specialist.

Aan deze organisatie van de gezondheidszorg zijn meteen enkele randvoorwaarden gekoppeld:

- Een adequate multidisciplinaire samenwerking moet vermijden dat de gebruiker in ‘vakjes’ zou gestopt worden en van het ene vakje, door de echelons heen, in het andere terecht komt. Bedoeling is dat de huisarts de patiënt kan informeren, adviseren en ondersteunen in zijn keuzes. De huisarts kent de patiënt, kent zijn omgeving, kent zijn voorgeschiedenis. De huisarts kan dan ook meer naar zorgaspecten kijken dan enkel het strikt therapeutische. Hierbij mogen we zeker niet de fout maken om de huisarts als een filter te gebruiken voor de rest van het zorgaanbod.
- Dit betekent dat we kiezen voor een model waarbij verschillende zorgpartners instaan voor een bepaald aspect van de zorg. Dit op basis van taakafspraken die gebaseerd zijn op onderbouwde praktijkaanbevelingen en van in het begin multidisciplinair opgevat. De diversiteit én de autonomie van de gebruiker zijn meer gebaat bij verschillende partners die goed samenwerken, waarbij de huisarts als spilfiguur optreedt voor de medische zorg en ondersteuning, dan bij één zorgaanbieder die alles zelf in handen tracht te houden. Want dit laatste is ver voorbijgestreefd in de hedendaagse complexiteit van alle therapeutische en supportieve mogelijkheden.

- Ik ben groot voorstander van een “evidence-based medicine”, maar ook van een “evidence-based policy”. Waar de geneeskunde zich maximaal richt op sluitende studies om wetenschappelijk onderbouwde therapeutische beslissingen te nemen, zo moet ook het beleid zich meer en meer baseren op transparante onderbouwde resultaatsgegevens om te beslissen. Voor een maatschappelijk probleem moeten we dus zoeken naar een bewezen effectieve oplossing. Indien deze er niet is dan moeten we dit eerst wetenschappelijk onderzoeken. Het gebeurt nog te veel dat we als antwoord snel een klein project opstarten of enkele mensen in een vzw aanstellen om zich daar mee “ bezig” te houden. De meeste van deze projecten worden bovendien na enkele jaren stopgezet, zonder dat er enige goede analyse gebeurde. Ik vind dat enkel pilootprojecten, die echt als een aanloop bedoeld zijn om te beslissen voor een al dan niet grootschalige toekomstige implementatie nog kunnen.
- Het is dus nodig om zowel voor de zorg als voor het beleid te beschikken over kwaliteitsvolle studies. Om die studies te kunnen uitvoeren en om de effectiviteit van het gevoerde beleid te kunnen toetsen diende ik een ontwerp van decreet in voor een Vlaams gezondheidsinformatiesysteem.
Dit moet leiden tot een coherent systeem om alle relevante data samen te brengen waar dit nodig is en dit moet ook een duidelijke stap zijn tot verdere administratieve vereenvoudiging. Uiteraard dienen tegelijk de rechten van de privacy gevrijwaard te blijven. Dit komt de burger, de verstrekker en de overheid ten goede. Een mooi voorbeeld van een pas gerealiseerd informaticaproject is Vaccinnet dat rechtstreeks ten dienste staat van alle betrokkenen: op de eerste plaats de patiënt die zijn vaccinatiekaartje niet langer moet zoeken of die de benodigde attesten niet meer nodig heeft. Maar ook de arts die automatische leveringen krijgt en de overheid die een overzicht verkrijgt op het bereik van de verschillende vaccins.
- Goede taakafspraken zullen echter niet volstaan. Vanuit een globale strategie in het gezondheidsbeleid zal een aansturing vanuit de overheid noodzakelijk blijven. Elke burger moet immers eenzelfde toegankelijkheid tot de gezondheidszorg krijgen. Dit betekent naast een financiële bescherming van de patiënt ook een goede zorgplanning.
 - De financiële RIZIV mechanismen geven vandaag de dag nog steeds de richting aan naar een gespecialiseerde technische en residentiële invulling van de gezondheidszorg. Ik wil dat de financiële mechanismen neutraal zijn ten opzichte van het type zorg. Gaat het nu om thuiszorg, huisarts, rustoord, ziekenhuis, specialist of welk ander zorgaspect ook, de nood én de keuze van de patiënt moeten bepalen welke zorg het wordt en niet de financiële mechanismen. Daarom heb ik ook beslist om in het kader van de zorgverzekering de premie voor wie thuis verblijft gelijk te schakelen met wie opgenomen is. De keuze van de mensen moet primeren en dus moeten we op termijn streven naar een evenwichtige spreiding van de kosten van zorg. Bijvoorbeeld in functie van de psychische en fysieke draagkracht van de personen en niet langer meer in functie van de zorgaanbieder waar men beroep op doet.
 - Verder hebben we een aanbodsplanning nodig op basis van objectieve parameters. Hiermee kunnen we objectief vastgestelde ‘blinde vlekken’ vermijden én een goede spreiding van de zorgcapaciteit bekomen. Een goede zorgplanning impliceert ook dat deze gebeurt op basis van de noden in de Vlaamse gemeenschap en geënt is op de maatschappelijke visie in Vlaanderen. In dit kader zal ik dan ook het zorgregiodecreet invullen, waarbij we de fluxen van welzijn en de gezondheidszorg als uitgangspunt hanteren.

Als de wijze waarop we de gezondheidszorg organiseren, zich baseert op het subsidiariteitsprincipe, dan dient de besluitvorming met betrekking tot die zorg dezelfde principes te hanteren. Dit lijkt evident, maar dagelijks moet ik ondervinden dat het realiseren van alle principes die ik tot nu toe hanteerde, heel vaak bemoeilijkt worden door het gebrek aan een homogeen pakket aan bevoegdheden op vlak van gezondheidszorg.

Zorg is bij uitstek een persoonsgebonden en sociaal gebeuren. Maatschappelijke factoren spelen een grote rol in de gezondheidszorg, zowel op vlak van het voorkomen als van het behandelen van gezondheidsproblemen. Op basis van het subsidiariteitsprincipe moet de besluitvorming rond zorg en maatschappij op een niveau gebeuren dat zich zo dicht mogelijk bij de gebruiker bevindt. Besluitvorming houdt immers in dat degene die beslissingen neemt er ook de verantwoordelijkheid voor draagt en dat degene die zo geresponsabiliseerd wordt, ook de middelen krijgt om het beleid te sturen.

De financiering van het zorgsysteem moet het beslissingsniveau dus volgen. Hiermee is niet gezegd dat we het solidariteitsprincipe moeten verlaten. Wel moet die solidariteit gedragen zijn door de maatschappij, transparant zijn en zich baseren op objectieve gronden.

In vele vormen van de gezondheidszorg zoals in de eerstelijnsgezondheidszorg, de chronische zorg én de ouderenzorg gaan ‘care’ en ‘cure’ immers intens samen. Maar ‘cure’ is federale bevoegdheid en ‘care’ is gemeenschapsmaterie.

Als we pleiten voor een optimale samenwerking tussen diverse disciplines dan moeten hun respectievelijke regelgeving en financiering ook op elkaar zijn afgestemd. Dit lukt niet in het huidige model. Waar is de strikte grens tussen gezondheid en welzijn? Tussen medische en niet medische zorgen? Of tussen preventie en curatie ?

- Nemen we als voorbeeld het ouderenbeleid: de meest geschikte zorg veronderstelt een diversiteit in het aanbod. Residentiële zorg en thuiszorg moeten naadloos op elkaar aansluiten. Voldoende crisisopvang, kortverblijf en dagopvang is noodzakelijk. Dit alles kan slechts efficiënt gebeuren als de normering én financiering op alle vlakken samengaan. Wanneer ligdagen kort worden gehouden in ziekenhuizen – helaas niet ingegeven vanuit kwaliteitsredenen, maar louter uit financiële drijfveren – dan dient er logischerwijs meer ondersteuning te zijn vanuit de ambulante sector. Maar de middelen die op het federaal niveau worden uitgespaard, komen niet over naar de gemeenschappen.
- Een tweede voorbeeld is de geestelijke gezondheidszorg, waarbij belangrijke delen van de ambulante zorg en de instellingenzorg tot een verschillend bevoegdheidsniveau behoren. De broodnodige samenwerking in netwerken en zorgcircuits wordt daardoor ernstig bemoeilijkt.

Ook in de ziekenhuiswereld is het ontzettend moeilijk werken.

- Nemen we de programmatieregels. In bepaalde omstandigheden kan het nodig zijn het aanbod van de zorg aan beperkende regels te onderwerpen, en dit om kwaliteitsredenen. Denken we aan een afdoende patiëntenaanbod om ervaring te hebben én te houden. Een correcte spreiding van de dienstverlening moet echter gebeuren met slechts 1 doelstelling: een optimale zorg voor de patiënt, rekening houdende met bereikbaarheid enerzijds, en voldoende patiëntenaanbod en bestaffing anderzijds om een kwaliteitsvol aanbod te kunnen blijven bieden. De medische wereld evolueert nu eenmaal razendsnel en subdisciplines en bijkomende expertises blijven toenemen. Ik denk alleen al aan de

revolutie die de genetica en het toenemende inzicht in stofwisselingsprocessen met zich brengen.

- In de geestelijke gezondheidszorg werd ik onlangs nog sterk geconfronteerd met een duidelijk verschil in aanpak rond forensische psychiatrie. Het principe van meest geschikte zorg, met verschillende gradaties van therapie en beveiliging in functie van de objectief vastgestelde noden, stond in schril contrast met de opvattingen van de Franstalige gemeenschap.
- Ook op vlak van palliatie zitten we in Vlaanderen op een andere golflengte dan Wallonië. Voor Vlaanderen pleit ik voor én werk ik aan een sterk gediversifieerd aanbod dat tegemoet komt aan de vragen en noden van de patiënt en waarbij we sterk tegemoet komen aan de vraag van 70% van de Vlamingen die, indien het mogelijk is, thuis wensen te sterven. In Wallonië daarentegen is men eerder geneigd om alles op te lossen in het ziekenhuis en amper te investeren in de ambulante setting.
- Een aantal marktgebonden domeinen worden best op supranationaal (Europees) niveau geregeld. We moeten ons de vraag stellen of het erkennen van geneesmiddelen op Belgisch niveau, mede gezien de enorme traagheid die België kenmerkt, nog wel een meerwaarde heeft. Ook de problematiek van de voedselveiligheid is een supranationaal fenomeen dat best op dat niveau een oplossing krijgt.

Tot slot wil ik me er niet over uitspreken of de andere gemeenschappen in dit land dezelfde visie moeten hebben over de zorg, de organisatie ervan en de besluitvorming errond. Ik wil er ook niet op aandringen. Wat ik wel verwacht is dat Vlaanderen de ruimte én de middelen krijgt om voor iedereen die hier verblijft, te zorgen volgens de inzichten en verwachtingen die hier leven.

De besluitvorming in en de organisatie van de gezondheidszorg in Vlaamse handen nemen, is geen doel op zich, maar slechts een middel om elke zorgvrager de juiste zorg te geven die hij nodig heeft en om de – vaak overwerkte – hulpverlener effectief ter hulp te komen als overheid.

Met deze uiteenzetting heb ik me niet gehouden aan de werktitel dat preventie de eerste stap naar een homogeen bevoegdheidspakket voor de ganse gezondheidszorg zou kunnen zijn. Ik heb een stap verder willen gaan. In Vlaanderen zijn we al bezig met een homogene aanpak in heel het gezondheids- en welzijnsbeleid. Er is geen weg terug. Het enige wat ons rest is het opbrengen van de maatschappelijke én politieke moed, in alle landsdelen, om daadwerkelijk een stap vooruit te zetten.

(...)