

Belgisch congres voor ambulante chirurgie – 13 februari 2009

Er is een groeiende evolutie aan situaties waarbij artsen op een expliciete - en in de media aangekondigde wijze - prestaties stellen buiten een erkend ziekenhuis. Dit gaat van individuele praktijken, over groepspraktijken tot echte private klinieken.

Een van de recente voorbeelden nog is Medipolis, een medisch centrum met 3 operatiekamers, 5 consultatieruimtes voor oogheelkunde, 5 tandartskabinetten en een operatieruimte voor esthetische chirurgie, dat op 5 januari 2009 in Wilrijk werd geopend.

Dit is het gevolg van een snelle groei van een aantal medische ingrepen die niet of *'niet meer'* in een ziekenhuiscontext gebeuren, maar eerder in de private praktijken van artsen. Het gaat hier vaak over ingrepen in de plastische heelkunde, orthopedie, oftalmologie...

Volgens de studie die Prof Gemmel zal voorstellen, is dit geen Belgisch fenomeen, maar een internationaal verschijnsel.

Het is voor de overheid dan ook van uitzonderlijk belang om de evolutie hiervan te volgen.

Voor de patiënt is het niet altijd even duidelijk of de zorg verleend wordt in een al dan niet erkende ziekenhuissetting. En dat maakt toch een groot verschil, want in tegenstelling met de ziekenhuizen is er op de dag van vandaag geen enkele vorm van gestructureerde controle op de praktijkvoering buiten het ziekenhuis.

En wat zien we? Het valt op dat er soms in de pers berichten verschijnen over die extra murale setting met situaties die verkeerd lopen en waar de patiënt schade oploopt of uiteindelijk zelfs sterft.

Men mag hieruit niet besluiten dat de Vlaamse Overheid de bedoeling heeft om artsen te beperken in de uitoefening van hun beroep. Dit is trouwens een materie geregeld in het kader van het KB nr. 78 van 1967, en in de code van de medische plichtenleer, en in deze materie - moest men dan nog willen - is de Vlaamse Gemeenschap niet bevoegd. Tussen haakjes – alle materie betreffende uitoefening van medische activiteiten – is nooit door het parlement behandeld, maar altijd in volmachtsbesluiten, en we hebben heden geen volmachtswet.

Wat de Vlaamse Gemeenschap **wel** kan is er voor te zorgen dat de uitoefening van deze activiteit kwaliteitsvol verloopt en dat de veiligheid van de patiënt is gewaarborgd.

Er is op dit ogenblik geen reglementering betreffende de uitbating van dergelijke praktijken.

De Vlaamse overheid ziet het als zijn prioritaire plicht om de veiligheid van de patiënt en de kwaliteit van de zorgverlening te bewaken, ongeacht de plaats waar deze zorgverlening gebeurt.

Teneinde aan deze laatste bekommernis te kunnen voldoen zijn er een aantal denkpijsten, en ik noem het niet meer dan dat – *denkpijsten* -

Eerste denkpijste

Niets doen, dan kunnen we juridisch niet in moeilijkheden geraken. Politieke verantwoordelijkheid nemen is iets anders. Formeel doen we niets verkeerd door dit alles op zijn beloop te laten, maar beleid voeren is iets meer dan formeel niets verkeerd te doen.

De overheid kan niet aanvaarden dat er scholen zijn die *geen* of *slecht* onderwijs geven. De overheid kan niet aanvaarden dat er gezondheidszorg wordt gegeven die geen gezondheidszorg kan worden genoemd, m.a.w. die niet voldoet aan een minimum van kwaliteit en die geen zorg besteedt aan de veiligheid van de patiënt.

Ook u bent hierover bezorgd. Een aantal onder u zijn vragende partij naar het normeren van de risicovolle ambulante gezondheidszorg en heeft de Vlaamse Minister van Volksgezondheid hierover reeds gecontacteerd.

Negatieve aandacht betreffende private praktijken komt niemand ten goede.

Ik meen bovendien te weten dat de *International Association for Ambulatory Surgery* **zelf** klinische indicatoren voor ambulante chirurgie, **zelf** selectiecriteria voor de patiënt en **zelf** klinische kwaliteitsindicatoren heeft opgesteld.

Tweede denkpijste

Een aantal **akten opsommen**, die buiten de ziekenhuismuren mogen gebeuren. Dit lijkt echter niet eenvoudig gezien de continue evolutie van de geneeskunde. Men heeft dit geprobeerd.

De federale wetgever voorzag een bijkomende bepaling in de ziekenhuiswet die een mogelijkheid voorziet om bepaalde aktes niet toe te laten buiten de beveiligde omgeving van een erkend ziekenhuis. Maar het blijft moeilijk - zo niet onmogelijk - realiseerbaar.

Ook de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen gaf aan dat het onmogelijk en zelfs niet wenselijk is om dergelijke lijst op te stellen omwille van de continue technologische evolutie van de geneeskunde.

Derde denkpiste

Een **reglementering** uitvaardigen, waarbij de randvoorwaarden van de uitoefening van de geneeskunde in dergelijke extramurale settings wordt vastgelegd. Dit is niet eenvoudig. Men moet een sluitende omschrijving vinden van hetgeen er gebeurt.

1. Welk is het onderscheid met een dagziekenhuis?

Er bestaat een lijst binnen het RIZIV met de verstrekkingen waarvoor een dagziekenhuis een forfaitaire betaling krijgt. Geen enkele lijst vermeldt welke verstrekkingen **niet** in een dagziekenhuis mogen en - bij afleiding - dus in het klassieke ziekenhuis zou moeten gebeuren. De Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen stelt dat die lijst indicatief zou kunnen zijn om te stellen wat er in een extramurale setting kan gebeuren, **maar** zoals bij de vorige denkpiste, dit is een zeer ingewikkelde methode en niet vol te houden.

Kan het onderscheid **extramuraal centrum/ziekenhuis** gezocht worden in de grens tussen overnachtingsmogelijkheid of niet, en beperkte duur van de medische opvolging b.v. 12 u. Maar:

- Wat bij een ingreep die om 16 u gepland is?
- Hoe wordt de medische permanentie geregeld?
- Quid bij overschrijding?
- Wat zijn de verantwoordelijkheden?

2. *Wat is het verschil tussen een extramuraal medisch centrum en een 'gewone' medische praktijk of groepspraktijk?*

Het is de verdienste van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid om een poging te hebben gedaan een definitie te schrijven, ze staat in de volgende tekst. Men mag erover nadenken;

“Als extramuraal medisch centrum wordt beschouwd de voorziening voor gezondheidszorg die niet erkend is als ziekenhuis en waar - op afspraak en op een gestructureerde wijze - geëigende medisch-specialistische chirurgische ingrepen en/of invasieve technieken worden toegepast waarbij - conform de wetenschappelijke evidentie - een beperkte periode aan observatie- of opvolgingstijd ter plekke is vereist.”

Buiten de moeilijkheid van een omschrijving van het beoogde, is het ook nodig na te kijken welke elementen bepalend zijn om kwaliteitsvereisten in te schrijven

Wij denken dan aan:

- technische uitrusting
- verpleegkundig, paramedisch personeel – aantallen en kwalificaties
- transfusie
- transfers in geval van complicaties
- zorgcontinuïteit
- postoperatief toezicht
- informed consent
- patiëntendossier
- hygiëne/sterilisatie
- Algemene veiligheidsmaatregelen
- Afval.
- E.a.

Vierde denkpiste

De verantwoordelijkheid leggen bij de praktiserende arts door b.v. een **meldingsplicht** in te voeren voor alle artsen om aan de Vlaamse overheid te melden of ze risicovolle praktijken hebben buiten de setting van het ziekenhuis, en, welke veiligheids- en kwaliteitsmaatregelen hiervoor werden genomen.

Men kan zich dan afvragen wat er moet worden gemeld. Een rondje nadenken heeft ons tot een drietal vragen geleid:

1. zijn er risicovolle prestaties die gesteld worden buiten de setting van een erkend ziekenhuis, en zo ja, welke?
2. Welke maatregelen worden getroffen om de kwaliteit van de zorgverlening te waarborgen, en de patiëntveiligheid te verzekeren?
3. Zijn er formele samenwerkingsovereenkomsten met erkende ziekenhuizen m.b.t. bijstand en doorverwijzing van patiënten in acute medische situaties.

Natuurlijk, ook in deze materie moet men gaan zoeken naar correcte omschrijvingen, bv van een begrip '**risicovolle**' prestaties.

Om dit te omschrijven hebben we wel enkele bruikbare informatiebronnen, bv. :

- de vragenlijst die artsen voor hun verzekeringsmaatschappij moeten invullen,
- de tariefklassen van de verzekeringsmaatschappijen.
- er is een omschrijving gegeven in het kader van de Nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen,
- en misschien nog andere...

Als 'niet arts' weet ik ook wel dat het niet voldoende is enkel te oordelen op basis van de interventie. Een tussenkomst bij een jonge gezonde patiënt kan een zeer beperkt risico inhouden, terwijl dezelfde interventie bij een oudere patiënt met meerdere onderliggende pathologieën een ernstig risico kan inhouden.

Als men het heeft over **kwaliteit van zorgverlening en veiligheid van de patiënt**, zou de vraagstelling betrekking kunnen hebben op materies als:

- de hygiëne
- de continuïteit van zorg, en van de bestaffing
- quid in geval van spoedgevallen? Mogelijke afspraken met spoedgevallendiensten.

- de beroepsaansprakelijkheid, is deze voldoende geregeld?
- het respecteren van de wet op de patiëntenrechten,
- het gebruik van een informed consent,
- het patiëntendossier,
- een procedure in verband met klachtenbehandeling...
- e.a.

Een **samenwerkingsovereenkomst met erkende ziekenhuizen**. Dit lijkt nodig in het kader van (onverwachte) urgenties, die dan kunnen doorstromen naar meer gespecialiseerde settings. Tevens kan dit nuttig zijn om de continuïteit van de medische beschikbaarheid te garanderen of te vergroten.

Dergelijke samenwerkingsovereenkomst kan tot een nieuw evenwicht leiden tussen de ontwikkeling van private initiatieven in de gezondheidszorg en de werking van de ziekenhuizen. In dergelijke context zal ook moeten nagedacht worden over de werking van de ziekenhuizen, en zal de huidige manier van financiering tevens moeten worden aangepast.

Deze **denkpiste rond een meldingsplicht** heeft wel een aantal voordelen:

- Het is een vrij brede scope, waarin alle settings die 'risicovolle' interventies doen buiten ziekenhuisverband worden vervat. Op dit ogenblik heeft de overheid geen betrouwbare cijfers hierover,
- Met deze meldingsplicht wil de Vlaamse overheid een signaal geven naar de sector dat zij bekommerd is over de kwaliteit van zorg en de veiligheid van de patiënt;
- Op die manier kan men komen tot een breed draagvlak, zowel bij de artsen, ziekenhuizen als verzekeringsmaatschappijen, een vorm van zelfregularisatie en misschien een vorm van sociale controle;
- Het zou een eerste stap kunnen zijn naar een vorm van reglementering, die dan op een breder draagvlak kan rusten;
- Vertrouwen en ervaring in het systeem kunnen groeien (geen juridische sancties in de eerste fase).

Geachte vergadering,

We hebben het hier gehad over denkpistes.

In deze materie heeft de Vlaamse overheid nog geen besluiten genomen. Voor het zover is zullen deze, en mogelijk nog andere denkpistes met de betrokken actoren worden besproken. Ze zullen op het Vlaamse niveau zeker onderwerp van gesprek zijn bij een van de volgende vergaderingen van het structureel overleg met de artsen en de ziekenhuizen.

In ieder geval wil de Vlaamse overheid een duidelijk signaal geven naar de medische sector, dat kwaliteit van zorg en de veiligheid van de patiënt van primordiaal belang is.

Het is ook mijn overtuiging dat dit ook uw visie is, en de visie van de sector. Daarom denk ik dat een eventueel initiatief de steun zal krijgen van de verschillende beroepsgroepen.

Uw input in deze materie wordt bijzonder geapprecieerd.

De Vlaamse overheid zal werk maken van deze materie.

Hugo Prims