

# De specialistische geneeskunde van morgen: hoe zien de specialisten het zelf?



VBS-GBS

Dr. Jean-Luc Demeere

VBS - GBS

23.11.2019

# Evolutie in de komende 10 jaar

- ▶ 1. Plaats van de huisarts in het zorgaanbod
  - ▶ Van solopraktijk naar groepspraktijk
  - ▶ Verzekeren van wachtdiensten
  - ▶ Preventieve geneeskunde en chronische ziekten
  - ▶ Nieuwe ziekten, zoals burn-out, en het concept welzijn
- ▶ 2. Master Verpleegkundig Specialist en technici
  - ▶ Overname van handelingen en taken die momenteel zijn voorbehouden aan artsen
  - ▶ Master na studies verpleegkunde (4 + 2?). Geneeskunde in 6 jaar...
- ▶ 3. Rol van kunstmatige intelligentie
  - ▶ Algoritmen die even goed (of beter) onderzoeksresultaten interpreteren
  - ▶ Ontwikkeling van beslissingsbomen
- ▶ 4. Technologische ontwikkeling
  - ▶ Robotisering
  - ▶ Nieuwe technieken en mechanisatie
  - ▶ Telegeneeskunde
- ▶ 5. Patiënteninformatie en consumentengedrag
  - ▶ Internet... Dr. Google
  - ▶ Patiënt als zorgklant (beoordelingssites, forums, gepercipieerde kwaliteit...)
  - ▶ Patiëntenverenigingen (Alzheimer...)
- ▶ 6. Gezondheidszorgsysteem en beleidskeuzes
  - ▶ Echelonnering
  - ▶ Financiering (toeslagen)
  - ▶ Ziekenhuisnetwerken en referentiecentra



# Reflectie binnen het VBS: enquête

- ▶ 1. Wat is de plaats van de arts-specialist in het zorgaanbod?
- ▶ 2. Welke evolutie kan in elk specialisme verwacht worden?
- ▶ 3. Welke impact zullen de ziekenhuisnetwerken hebben in het specialisme?
- ▶ 4. Wat is de definitie van huisarts en van arts-specialist?
- ▶ 5. Werken als zelfstandige, in groep...?
- ▶ 6. Welke rol voor de verpleegkundige, de master...?
- ▶ 7. Work/life balance, bezoldiging, sociaal statuut...
- ▶ 8. Ziekenhuismanagement, arts-specialist... Opleiding?
- ▶ 9. e-geneeskunde
- ▶ 10. Welke handelingen kunnen gerobotiseerd worden in uw specialisme?



# Resultaten van de enquête

- ▶ 1. Er werd een enquête verstuurd naar alle leden van de bestuurscomités van de verschillende specialismen
- ▶ 2. Open vragen
- ▶ 3. Antwoorden: taalkeuze, niet de representativiteit per taalgroep
  - ▶ 21 Franstaligen
  - ▶ 55 Nederlandstaligen + 1
- ▶ 4. Specialismen: 23
  - ▶ Oogheelkunde, Nucleaire geneeskunde, Chirurgie, Gastro-enterologie, Fysieke geneeskunde en revalidatie, Klinische genetica, Reumatologie, Hartchirurgie, Medische beeldvorming, Orthopedie, Anatomopathologie, Inwendige geneeskunde, Neurologie, Geriatrie, Intensieve zorg, Plastische en reconstructieve chirurgie, Klinische biologie, Vasculaire chirurgie, Pediatrie, Anesthesie, Psychiatrie, Pneumologie, Neurochirurgie, Urgentiegeneeskunde.



# 1. Wat is de plaats van de arts-specialist in het zorgaanbod?

- ▶ Toenemend belang want geneeskunde wordt steeds technischer
  - ▶ Hyperspecialisatie van de geneeskunde
  - ▶ Afname van het werkterrein en de competenties van de artsen
  - ▶ **“Specialistische geneeskunde zal het antwoord bieden op gezondheidsproblemen waarvoor huisartsen of PEDIATERS niet over voldoende tijd/opleiding/apparatuur beschikken om een specifiek antwoord te geven”**
- ▶ Afnemend belang omdat algemene geneeskunde te belangrijk is
- ▶ Afschaffing of interactie van de zorglijnen (1<sup>ste</sup>, 2<sup>de</sup>, 3<sup>de</sup>)



# Inwendige geneeskunde

- ▶ Specialisme: inwendige, reumatologie, gastro, pneumo
- ▶ PLAATS van de specialistische geneeskunde in het zorgaanbod:
  1. **Hyperspecialisatie:** zeer specifieke referentie- en adviesgeneeskunde om te vermijden dat men het domein van de algemene geneeskunde betreedt
  2. **Concentratie** van praktijklocaties
  3. Tweedelijngeneeskunde ter ondersteuning van de algemene geneeskunde
  4. Ondanks de superspecialisatie, herwaardering van de **HOLISTISCHE aanpak** van de inwendige geneeskunde en verruiming van het werkterrein van de eerste lijn voor **extramurale praktijken** zoals pediatrie, gynaecologie, **INWENDIGE GENEESKUNDE**, psychiatrie, geriatrie, waarbij de huisarts de coördinator blijft
  5. **Verdwijnen van bepaalde specialismen** door de ontwikkeling van AI, minder preventie en meer therapieën (echte patiënten) voor de SP-arts
  6. Plaats van de **teleconsultatie en telegeneeskunde**, gespecialiseerd advies voor pathologieën op basis van complexe algoritmes en ontwikkeling van geavanceerde technologieën



# Chirurgie

- ▶ Specialismen: algemene heelkunde, orthopedie, neurochirurgie, hartchirurgie, vasculaire en thoracale chirurgie, plastische en reconstructieve chirurgie
- ▶ 1. **Hyperspecialisatie** en dus verkleining van het werkterrein, en dus...
- ▶ 2. **Multidisciplinariteit** en facilitering van communicatie (advies) door middel van teleconsultatie en telegeneeskunde
- ▶ 3. Verlies van keuzevrijheid voor de patiënten met een concentratie van “pathologieën” in hypergespecialiseerde centra, **HOSPITALOCENTRISME**, zonder rekening te houden met de specifieke kenmerken en keuzes van de patiënten (mobiliteit) in een situatie waarin het aanbod georganiseerd wordt op basis van **zorgnetwerken** en dus...
- ▶ 4. Verdwijning van het begrip eerste, tweede en derde lijn, maar...
- ▶ 5. Ontwikkeling van extramurale chirurgie dicht bij de patiënt en rol van de huisartsgeneeskunde als coördinator van de zorg. **POLIKLINISCHE CHIRURGIE**
- ▶ 6. Ontwikkeling van **transmurale zorgprogramma's**
- ▶ 7. Hyperspecialisatie zal de uitoefening van het artseneroep reduceren tot het enge specifieke domein van het hyperspecialisme om juridische en organisatorische redenen.
- ▶ 8. Behoud van een ‘algemene’ **HOLISTISCHE** opleiding en activiteit, en ontwikkeling van **HYPER SPECIALISATIE**



# Technische en consulerende specialismen

- ▶ Specialismen: kindergeneeskunde, psychiatrie, oftalmologie, fysische geneeskunde en revalidatie
- 1. De groei van de medische kennis en de complexiteit garanderen de **ontwikkeling van specialismen en SUBSPECIALISMEN**
- 2. Gespecialiseerde geneeskunde moet antwoorden bieden op gezondheidsproblemen waarvoor huisartsen en kinderartsen niet genoeg tijd, opleiding of apparatuur hebben om ze aan te pakken
- 3. Hyperspecialisatie beperkt de actieradius van de praktijk van de arts en zal meer kosten, zonder garantie van meerwaarde voor de volksgezondheid
- 4. Specialistische geneeskunde zal belangrijk blijven, maar zal door **'delegatie' van haar functie worden beroofd van haar beslissingsbevoegdheid**
- 5. Noodzaak om de **meest geschikte** en gespecialiseerde zorg te bieden aan de patiënten om hun re-integratie in de samenleving te waarborgen
- 6. **Hospitalocentrisme vermijden**





# Pediatrie

- ▶ Evolutie van de specialistische geneeskunde:
  - ▶ Meer preventie
  - ▶ Meer subspecialismen
  - ▶ Meer therapeutische samenhang tussen maatschappij, ouders, huisartsengeneeskunde
- ▶ Binnen het specialisme
  - ▶ Promoten van vaccinaties en preventie (obesitas, agressiviteit...)
  - ▶ Ontwikkeling van transmurale pediatrie
  - ▶ Poliklinische hospitalisatie
  - ▶ Ontwikkeling van subspecialismen (gastro, pneumo...)
- ▶ Extramurale praktijk
  - ▶ Extramurale groepspraktijken
  - ▶ Pediatriche wachtdiensten in combinatie met generalistische wachtdiensten
- ▶ Universiteit
  - ▶ Betere verdeling van de activiteiten over de verschillende universiteiten
  - ▶ Beperking van het aantal NICU's en PICU's (SI)
  - ▶ Betere financiering van de subspecialismen



# Acute geneeskunde

- ▶ Specialismen: anesthesie, spoed, intensieve zorg
  1. Trend naar ontwikkeling van specialismen gezien de steeds geavanceerdere techniciteit en de steeds uitgebreidere kennis.
  2. **Superspecialisatie**
  3. Ontwikkeling van transmurale geneeskunde met het oog op een globale en multidisciplinaire aanpak.
  4. Ontwikkeling van **ALGEMENE INWENDIGE GENEESKUNDE en TRANSVERSALE DISCIPLINES**
  5. De huisarts heeft een coördinerende rol met adviserende bevoegdheid t.o.v. de patiënt.
  
- ▶ **Een jurist is geen advocaat, maar een advocaat is een jurist.**



# Plaats van de specialistische geneeskunde in het zorgaanbod?

SUBSPECIALISMEN



# Plaats van de specialistische geneeskunde in het zorgaanbod?

SUBSPECIALISMEN

HOLISTISCHE  
BENADERING



# Plaats van de specialistische geneeskunde in het zorgaanbod?

SUBSPECIALISMEN

HOLISTISCHE  
BENADERING

MULTIDISCIPLINARITEIT  
ZORGPROGRAMMA



# Plaats van de specialistische geneeskunde in het zorgaanbod?

SUBSPECIALISMEN

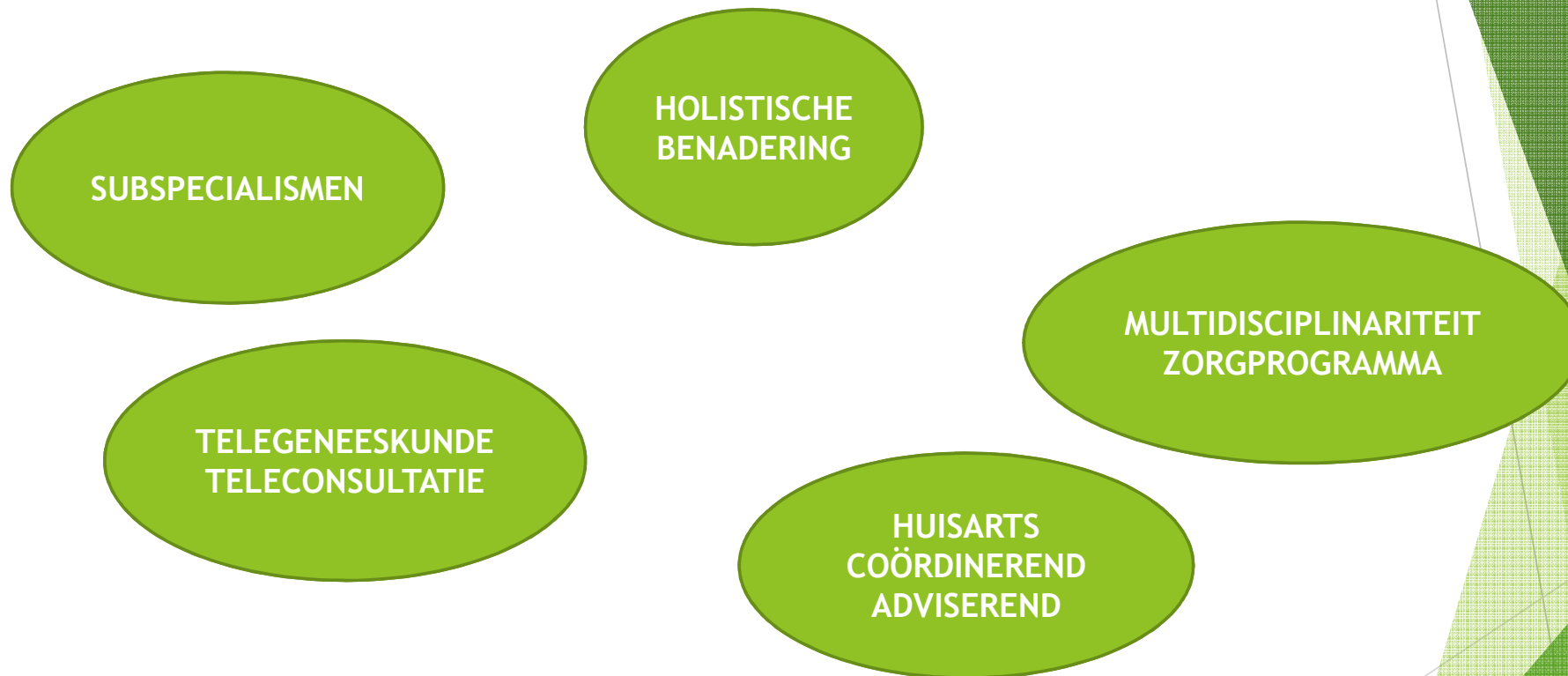
HOLISTISCHE  
BENADERING

TELEGENEESKUNDE  
TELECONSULTATIE

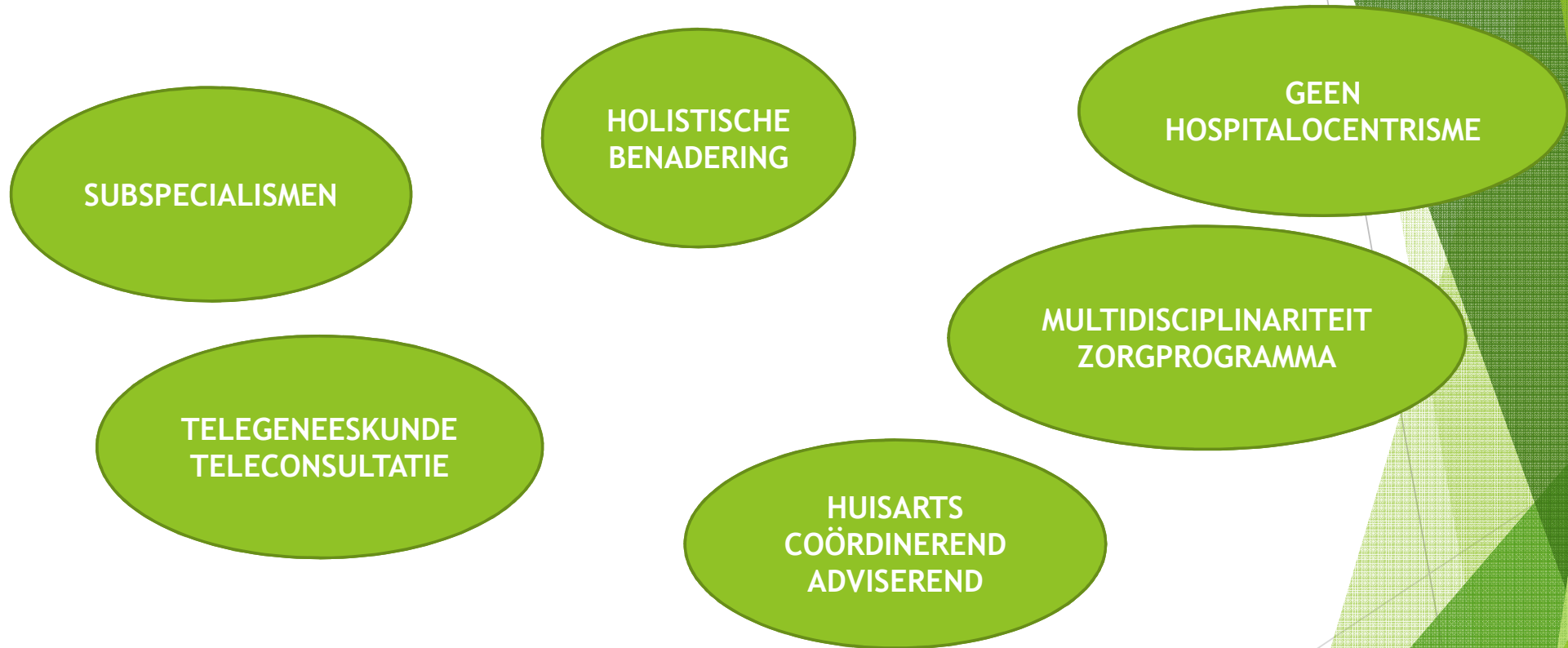
MULTIDISCIPLINARITEIT  
ZORGPROGRAMMA



# Plaats van de specialistische geneeskunde in het zorgaanbod?



# Plaats van de specialistische geneeskunde in het zorgaanbod?





# Plaats van de extramurale specialistische geneeskunde

- ▶ 1. Medisch-technisch: ziekenhuis
- ▶ 2. Chirurgie:
  - ▶ Alles in het ziekenhuis: orthopedie
  - ▶ Extramurale of poliklinische raadpleging
  - ▶ Heelkundige activiteit:
    - ▶ Oftalmo: extramuraal
    - ▶ Poliklinische chirurgie (klinisch of poliklinisch)
- ▶ 3. Inwendige geneeskunde:
  - ▶ Raadplegingen in ziekenhuis met mogelijkheid tot technische procedures
  - ▶ Activiteit buiten het ziekenhuis : raadpleging en bepaalde technische procedures (colono)
  - ▶ Eerstelijnsraadpleging
- ▶ 4. Overige specialismen:
  - ▶ Eerstelijnsraadpleging



# Netwerken en universiteit

## ▶ 1. Netwerken:

- ▶ Paradox: personalisatie van de zorg versus een “economische” organisatie van de zorg in een systeem. Wat is de verwachting en de behoefte van de patiënt?
- ▶ Essentieel voor een adequaat en transparant zorgaanbod
- ▶ Noodzaak van protocollen voor overbrenging, diagnostiek en therapie. Standaardisatie
- ▶ Ontwikkeling van referentiecentra, maar probleem van patiëntenvervoer en mobiliteit van patiënten
- ▶ Concentratie van middelen, in het bijzonder IZ en optimalisatie van het rendement in functie van de behoeften
- ▶ Handhaving aantrekkelijkheid “kleine centra”
- ▶ Rol van de netbeheerders die de praktijk van de artsen aan de hand van economische criteria zullen definiëren

## ▶ 2. Universiteit:

- ▶ Ontwikkeling van gepersonaliseerde en humane geneeskunde BUITEN de universitaire centra voorbehouden voor onderzoek en “zeldzame” gevallen
- ▶ Mineure pathologie voor niet-universitaire centra. EXOTISCHE gevallen op de universiteit, maar niet de “interessante” gevallen? Universiteiten moeten een keuze maken en niet concurreren met de niet-universitaire ziekenhuizen
- ▶ Ontwikkeling van referentiecentra in netwerken en secundaire doorverwijzing naar universitaire centra. High tech medicine for the happy few!
- ▶ Onderwijs en onderzoek over de complexe gevallen. Maar de opleiding van assistenten is vaak theoretisch en bijgewoond vanop de vijfde rij...
- ▶ Er moeten referentiecentra buiten de universiteit worden ontwikkeld
- ▶ Rol in ontwikkeling AI en beheer



# Differentiatie tussen huisartsgeneeskunde en de specialist

- ▶ Waar de competentie van de huisarts eindigt, begint die van de arts-specialist. Het is aan de huisarts en/of de patiënt om deze competentie te definiëren.
- ▶ “De huisarts weet iets van alles en de specialist alles van iets” of “de specialist kijkt met een loep en de huisarts met een verrekijker”.
- ▶ De huisarts heeft een rol in de globale benadering van de patiënt, de arts-specialist binnen zijn specialisme.
- ▶ **De huisarts is, wat er ook gebeurt, de hoeksteen van de behandeling van de patiënt. De specialist geeft ad-hoc specialistisch advies, maar kan bij zeldzame en complexe ziekten ook de algemene behandeling aansturen.**
- ▶ Huisartsen houden zich steeds minder bezig met acute geneeskunde (hechtingen, gipsen...) en steeds meer met preventieve geneeskunde of chronische aandoeningen.
- ▶ Fundamentele rol van de huisarts:
  - ▶ Behandeling van de patiënt in zijn sociale context (gezinsarts, specialist, instellingen...)
  - ▶ Integratie van de verschillende pathologieën
  - ▶ Zorgcoördinator en houder van het medisch dossier van de patiënt
  - ▶ Adviserende bevoegdheid bij bepaalde behandelingen van de patiënt (coach). Op sommige gebieden hebben huisartsen te weinig ervaring om beslissingen te nemen.
- ▶ De huisarts is beperkt voor pediatrie, gynaecologie, ORL, orthopedie (overmatig gebruik van röntgenstralen).
- ▶ De algemene geneeskunde beperkt haar activiteit (patiëntenstop). De specialist wordt de SOS of vervanger van de huisarts.
- ▶ Echelonnering of de verplichting om bij de huisarts te langs te gaan voordat een specialist kan worden geraadpleegd.
  - ▶ Zuivere echelonnering : chirurgie (orthopedie, neurochirurgie en hartchirurgie)
  - ▶ Samenwerking tussen specialistische geneeskunde en huisartsgeneeskunde (verdwijnen van de 1<sup>ste</sup>, 2<sup>de</sup>... zorglijn)
  - ▶ Partnerschap tussen specialisten en huisartsen
  - ▶ Geen zuivere echelonnering voor de andere specialismen



# OPLEIDING: essentiële innovaties in uw vakgebied

1. Meer KLINISCHE en praktische opleiding
  - ▶ Academisering legt de nadruk op kennis. Ze weten het, maar weten niet hoe ze het moeten doen.
  - ▶ Evenveel stages in universitaire als in niet-universitaire omgeving
2. Opleiding van assistenten, geen 'lucratieve' fellowship, maar echte begeleiding
  - ▶ Nood aan een nationale evaluatie van stage- en opleidingsplaatsen
  - ▶ Plan voor opleiding en opvolging van de assistent
  - ▶ Assistenten: artsen-specialisten in opleiding, geen medische stafleden
3. Opleiding in nieuwe technieken
  - ▶ Medisch (AI, robot...)
  - ▶ Communicatie (telegeneeskunde en communicatie)
    - ▶ tussen artsen
    - ▶ met de patiënten
    - ▶ met de ziekenhuisbeheerder
4. Erkenning van nieuwe opleidingscriteria (curriculum of specifieke criteria)
5. Opleiding management en economie, met inbegrip van beheer artsenpraktijk
6. Ontwikkeling van attitudes, vaardigheden en kennis met jaarlijkse evaluatie
  - ▶ Communicatie
  - ▶ Empathie en vermenselijking



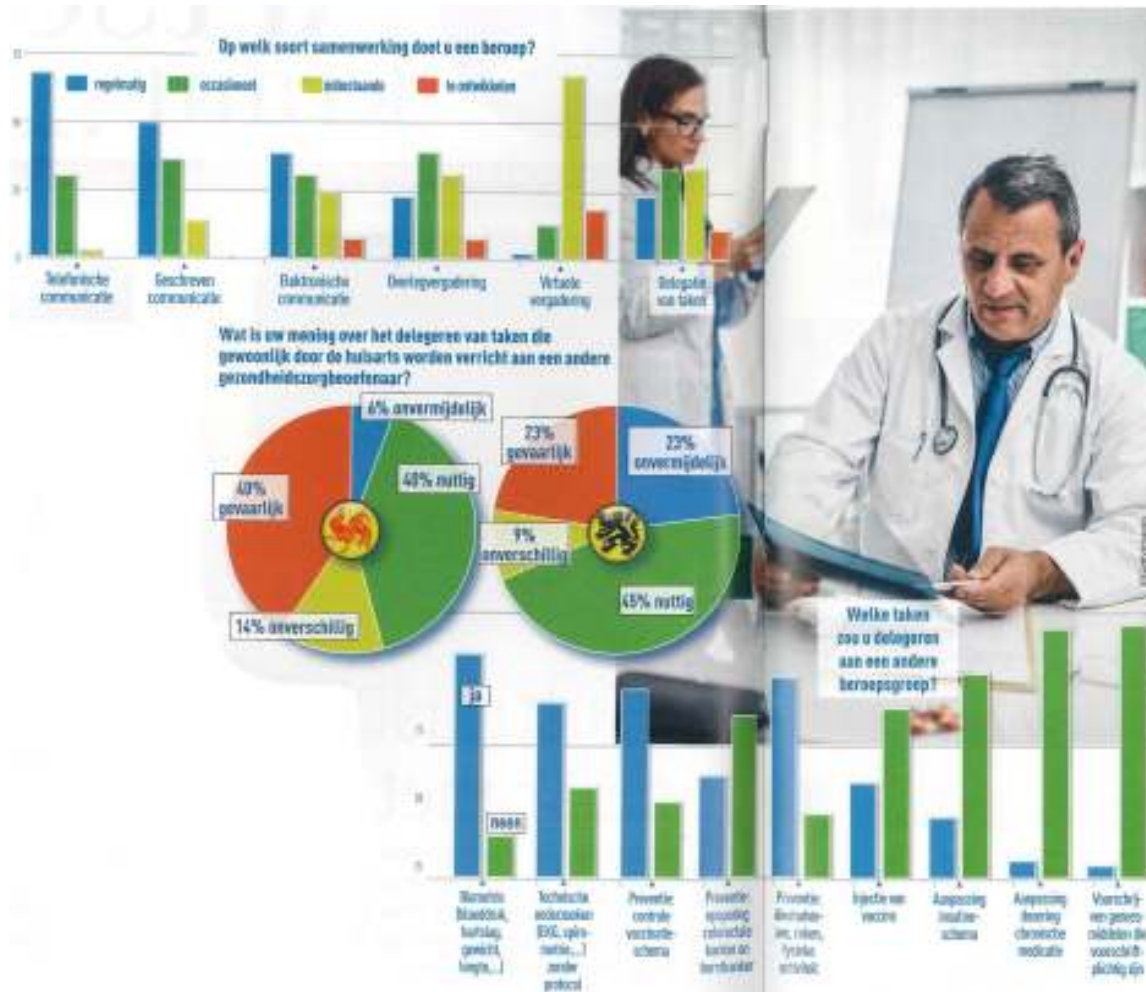
# Verpleegkundige en gespecialiseerd verpleegkundige

- ▶ 1. Rol: onmisbaar, onbetwistbaar en bijna onberispelijk
  - ▶ Geen primaire diagnose of therapie
  - ▶ Beheer en administratie, bijstand van arts, beheer van overeenkomsten met de ziekenfondsen
  - ▶ Follow-up en waarneming van de behoeften van de patiënt (medisch, psychologisch en sociaal)
  - ▶ Informatie aan de patiënten
  - ▶ TEAMWORKING :
    - ▶ **BEÏNVLOEDEN TE VEEL HET MEDISCH BELEID VAN DE INSTELLING**
- ▶ 2. Handelingen: (getuigschriften van specifieke competenties)
  - ▶ Verpleegkundige zorg aan patiënten
  - ▶ Steriliteit, uitrusting, veiligheid (patiënten, OK...)
  - ▶ Meting vitale functies en screening voor de consultatie
- ▶ 3. Toevertrouwde handelingen:
  - ▶ **Wondhechting**
  - ▶ **Hechting wondranden en initialisatie heelkundige procedure**
  - ▶ **ASSISTENTIE TIJDENS DE OPERATIE**
  - ▶ **Eenvoudige hemostases**
  - ▶ Gips
  - ▶ Monitoring en toezicht patiënten
  - ▶ **Volgens een vastgesteld protocol therapeutische handelingen en beslissingen conform richtlijnen**
  - ▶ I.V. (onco) behandelingen, vaccinaties
  - ▶ Functionele tests (pneumo, cardio, EEG, allergietests, psycho-educatieve en cognitieve tests, OCT...)
  - ▶ **VERVOLGCONSULTATIES**

**REPETITIEVE TAKEN en GEEN AANSPRAKELIJKHEID**



# Artsenkrant 15.11.2019: 61 % huisartsen JA



# Management, CEO, vergoeding

- ▶ Moet de CEO van een ziekenhuis arts zijn?
  - ▶ JA: 55%
  - ▶ NEE: 44%
- ▶ Heeft de arts-specialist een rol te spelen in het ziekenhuismanagement?
  - ▶ JA: 97%
  - ▶ NEE: 3%
- ▶ Is er een specifieke opleiding nodig voor het uitvoeren van managementtaken in een ziekenhuis? (MR...)
  - ▶ JA: 57%
  - ▶ NEE: 43%
- ▶ Hoe wilt u vergoed worden voor uw activiteit als specialist?
  - ▶ Honorarium per act: 56%
  - ▶ Loondienst: 9%
  - ▶ Gecombineerd statuut: 23%
  - ▶ Zelfstandig en forfait: 10%
- ▶ Eenheidsstatuut:
  - ▶ JA: 29%
  - ▶ NEE: 71%



# Virtuele geneeskunde





# e-geneeskunde en uw praktijk - robotisering: radicale omslag in de uitoefening van het beroep: voordeel voor patiënt en zorgverstreker

- ▶ E-geneeskunde:
  - ▶ Thuiswerk
  - ▶ Medisch dossier, data management
  - ▶ Communicatie, telegeneeskunde, teleconsultatie, tele-opleiding
    - ▶ TRANSPARANTIE
    - ▶ EVIDENCE (EBM)
    - ▶ ONDERWIJS (e-learning, 3D-simulators)
  - ▶ Informatie en medische kennis (internet)
  - ▶ Interpretatie van gegevens en voorstel diagnose
    - ▶ Medische beeldvorming (3D)
    - ▶ Diagnostiek in anapath, digestieve endoscopie...
    - ▶ Diagnostiek op basis van klinische algoritmen
  - ▶ Follow-up: outcome
- ▶ Nederland: dematerialisatie van gegevens en oprichting van e-ziekenhuis
- ▶ Robotisering
  - ▶ Chirurgie (behalve orthopedie?)
    - ▶ Robot = marketing
    - ▶ Opgepast voor bugs!
    - ▶ Kosten
  - ▶ Endoscopisch
  - ▶ Protheses
  - ▶ Laboratoria
  - ▶ Closed-loop process: insuline, anesthesie...



## e-geneeskunde: risico's

- ▶ 1. Ontmensenlijking van de zorg en virtuele patiënt
- ▶ 2. Leegloop ziekenhuis
- ▶ 3. Risico van standaardisatie en simplificatie
- ▶ 4. Vertrouwelijkheid
- ▶ 5. CONTROLE door de OVERHEID
  - ▶ Kwaliteitsprojecten
  - ▶ Opgelegde therapeutische keuzes
- ▶ 6. Kosten en macht
  - ▶ Uberisering van de specialismen door consults vanuit het buitenland
  - ▶ Risico's van betaalde algoritmes (Google, Apple...) die contracten met ziekenhuizen hebben
  - ▶ Controle door de verzekeringen
- ▶ 7. Verantwoordelijkheid:
  - ▶ Een machine heeft geen rechtspersoonlijkheid, een arts wel
- ▶ 8. Tijdverlies?
  - ▶ KISS
  - ▶ Simplificatie of onvermijdelijke procedure



# Besluiten

- ▶ Ontwikkeling van de specialistische geneeskunde
- ▶ Eliminatie van de zorglijnen, maar geïntegreerd functioneren in een op competenties gebaseerd systeem
- ▶ De arts-specialist is een arts (holistische medische kennis) die een specifiek onderdeel van de geneeskunde beoefent met een bepaalde expertise en een bepaald technisch karakter, die hij kiest samen met de patiënt en in functie van deze patiënt
- ▶ E-geneeskunde verandert de praktijk van de geneeskunde en de communicatie met de geïnformeerde patiënt en zorgpartner volledig
- ▶ Robotisering en technologie sturen de praktijk
- ▶ Algoritmes standaardiseren de geneeskunde en veranderen de kunst van het genezen in geneeskundige praktijk





MERCI  
BEDANKT

