

2015



VLAAMS GENEESKUNDIG STUDENTEN OVERLEG

CHARTER VAN DE VLAAMSE GENEESKUNDESTUDENTEN

VLAAMS GENEESKUNDIG STUDENTENOVERLEG
BRUSSELSESTRAAT 246
3000 LEUVEN

BESTUUR@VGSO.BE
VOORZITTER@VGSO.BE

I. INLEIDING	2
II. ZES JAAR VLAAMS GENEESKUNDIG STUDENTENOVERLEG: EEN STAND VAN ZAKEN	4
III. PLANNING VAN HET MEDISCH AANBOD	6
1. Kwaliteit en betaalbaarheid van de gezondheidszorg	6
2. Instroombeperking	7
3. Numerus Clausus	8
4. Toelatingsexamen	11
5. Vrij verkeer van artsen in Europa.....	13
6. Speciaal statuut “behouders van artsendiploma”	13
IV. AANTAL OPLEIDINGSPLAATSEN ARTS-SPECIALISTEN IN OPLEIDING	15
V. SOCIAAL STATUUT EN FINANCIERING VAN DE HUISARTS en ARTS-SPECIALIST IN OPLEIDING	18
1. Sociaal statuut.....	18
2. Financiering van de Arts-specialist in opleiding	18
VI. ORGANISATIE EN KWALITEITSCONTROLE VAN DE STAGES TIJDENS DE BASISOPLEIDING	20
1. Wie organiseert de stage?	20
2. Over welke stages gaat het?	20
3. Invulling van de stages	20
4. Praktische organisatie.....	21
5. Erkenning van de stagemeeesters	22
6. Evaluatie van de stagiair	22
7. Erkenning van de stageplaatsen	23
8. Kwaliteitscontrole	23
VII. MASTER NA MASTER SPECIALISTISCHE GENEESKUNDE.....	25
VIII. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN	27
IX. BESLUIT.....	29

I. INLEIDING

Als studenten geneeskunde zijn we begaan met de opleiding tot arts en met de gezondheidszorg in het algemeen. Daarom hebben de Vlaamse geneeskundestudenten van de faculteiten Antwerpen, Brussel, Gent, Hasselt en Leuven zich verenigd als Vlaams Geneeskundig StudentenOverleg (VGSO). Hierin zetelen verkozen studentenvertegenwoordigers.

Aangezien onze standpunten niet enkel betrekking hebben op onderwijs (gemeenschapsbevoegdheid) maar ook op de gezondheidszorg (federale bevoegdheid), vinden we een regelmatig overleg tussen VGSO en Franstalige studentenvertegenwoordigers noodzakelijk.

De standpunten die we verdedigen zijn goedgekeurd door de respectievelijke studentenverenigingen geneeskunde met lokaal verkozen studentenvertegenwoordigers. Verder zijn we bewust onafhankelijk van elke andere (studenten)organisatie en politieke kleur. De samenstelling van VGSO is statutair geregeld. Het doel van dit charter is onze visie te geven over de verschillende thema's die ons aanbelangen.

In naam van de Vlaamse geneeskundestudenten

Revisie 2014-2015

<i>Benjamin Denoiseux</i>	<i>(Universiteit Antwerpen)</i>
<i>Marjolein Willemsen</i>	<i>(Vrije Universiteit Brussel)</i>
<i>Miet Vandemaele</i>	<i>(Universiteit Gent)</i>
<i>Frederik Deman</i>	<i>(Katholieke Universiteit Leuven)</i>
<i>Julien Ceuterick</i>	<i>(Universiteit Hasselt)</i>

Bestuur 2015-2016

<i>Matthias Claeys</i>	<i>Voorzitter</i>	<i>(Universiteit Gent)</i>
<i>Joke Kuijk</i>	<i>Vicevoorzitter</i>	<i>(Vrije Universiteit Brussel)</i>
<i>Miet Vandemaele</i>	<i>Beheerder</i>	<i>(Universiteit Gent)</i>
<i>Jonas Brouwers</i>	<i>Secretaris</i>	<i>(Katholieke Universiteit Leuven)</i>

Contactgegevens

<i>bestuur@VGSO.be</i>	<i>GSM voorzitter:</i>	<i>(0032) 498/ 13.37.87</i>
<i>voorzitter@VGSO.be</i>	<i>GSM vicevoorzitter:</i>	<i>(0032) 494/ 21.53.07</i>
<i>www.vgso.be</i>		

Noot 1: Om de leesbaarheid te vergroten, spreken we in dit charter steeds enkel over de mannelijke vorm van de arts, student, stagiair en stagemeester. Natuurlijk bedoelen we hiermee steeds zowel de mannelijke als de vrouwelijke vorm.

Noot 2: Om de leesbaarheid te vergroten gebruikt het VGSO in dit charter specifieke termen om onderscheid te maken tussen enkele elementen:

Basisopleiding	<i>(7- of) 6-jarige geneeskunde-opleiding met als doel toegang te krijgen tot titel als arts.</i>
ManaMa	<i>Het <u>academische luik</u> volgend op de basisopleiding geneeskunde georganiseerd door de universiteiten.</i>
Vervolgopleiding	<i>Het <u>praktische luik</u> van de beroepsopleiding met als doel het verkrijgen van de erkenning om een bepaald specialisme uit te oefenen.</i>
Stageplaats	<i>Virtuele plaats waar je binnen de <u>basisopleiding</u> stage loopt. Dit kan zowel in de context van de huisartsenpraktijk, het perifere ziekenhuis of universitaire ziekenhuis.</i>
Opleidingsplaats	<i>Virtuele plaats die in staat is de <u>arts-specialist-in-opleiding (ASO)</u> of <u>huisarts-in-opleiding (HAIO)</u> (na behaalde basisopleiding) te vormen tot het respectievelijk gekozen specialisme tegen betaling.</i>
Begeleidingscommissie	<i>Commissie met als doel te waken over de inhoud en kwaliteit van het toelatingsexamen geneeskunde alsook adviezen te formuleren aan de Vlaamse minister van Onderwijs.</i>
Examencommissie	<i>Commissie bij de toelatingsproef met als doel de organisatie van het toelatingsexamen. Dit omvat o.a. het opstellen van concrete vragen binnen het examen en het vaststellen van de resultaten alsook de deliberatie van de verschillende deelnemers.</i>
Studenten-vertegenwoordiger	<i>Een studentenvertegenwoordiger is een student verkozen (hetzij rechtstreeks, hetzij getrap) door de studenten geneeskunde aan zijn faculteit die instaat voor het vertegenwoordigen van de studenten binnen raden aan één van de Vlaamse faculteiten of binnen instanties aan de overheid.</i>

II. ZES JAAR VLAAMS GENEESKUNDIG STUDENTENOVERLEG: EEN STAND VAN ZAKEN

Sinds de oprichting van het VGSO in 2008 is het medisch onderwijs in Vlaanderen steeds in beweging geweest. Het VGSO is dan ook bijzonder trots aan deze veranderingen actief te hebben meegewerkt.

Ten eerste kunnen we de federale goedkeuring voor het verkorten van de opleiding tot een 6-jarige basisopleiding aanhalen als een belangrijke stap in dit proces. De vervolgopleiding tot huisarts werd als gevolg hiervan volledig zelfstandig. De ongelijkheid tussen huisartsen in opleiding (HAIO's) en arts-specialisten in opleiding (ASO's) wordt op deze manier weggewerkt. Bovendien wordt op die manier ook voldaan aan de Europese richtlijn van 5 april 1993, die het vrij verkeer van artsen binnen de Europese Unie moet toelaten. Het diploma van Belgische artsen zal vanaf nu gelijkgesteld worden aan dat van hun Europese collega's.

Ten tweede werd het verdwijnen van een jaar basisopleiding gekoppeld aan de academisering van de vervolgoopleidingen. De oprichting van de master-na-masteropleiding specialistische geneeskunde kende een moeilijke start; toch blijft het VGSO achter dit concept staan mits het een correcte invulling behoudt. De kwaliteit van deze nieuwe opleiding verhogen blijft de komende jaren prioritair.

Als laatste belangrijke verandering vermelden we de wet op de arbeidsduur van stagiair-artsen. Dit is een mijlpaal die de rechten van stagiairs geneeskunde duidelijk stelt en controle hierop mogelijk maakt. Het VGSO hoopt dat de kwaliteit van de opleiding ook binnen deze 48-urenweek (of 60 uur in het kader van wachten) gegarandeerd kan blijven. Daarenboven zijn we ervan overtuigd dat deze wet de kwaliteit van het medisch handelen van de stagiair-artsen ten goede zal komen.

Doorheen de jaren onderhield het VGSO goede contacten met alle politieke actoren, meer bepaald met de kabinetten van de FOD Volksgezondheid (federaal) en Onderwijs, Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Vlaams). Tevens proberen we jaarlijks contacten te onderhouden met Franstalige studentenvertegenwoordigers om tot nationaal gedragen standpunten te komen, al dan niet verder internationale uitgedragen door BeMSA ("Belgian Medical Student's Association").

Voor het uitdragen van deze standpunten overlegt het VGSO regelmatig met belangrijke actoren in de gezondheidszorg. Het beste voorbeeld van deze samenwerkingen is de petitie procontingentering.be die bij de start van het academiejaar 2014-2015 reeds meer dan 12.400 ondertekenaars kende en het VGSO mede sterkte in de strijd voor het behoud van het

contingent¹. Hierbij aansluitend kan echter niet genoeg benadrukt worden dat het VGSO een volledig autonome organisatie is die volledig onafhankelijk opereert van eender welke politieke of syndicale strekking.

¹ <http://www.ipetitions.com/petition/contingentering>

Vanaf 1997 werd het aantal geneeskundestudenten door de Belgische overheid beperkt. We zijn ons bewust van de nood aan de beperking van het aantal afstuderende medische studenten en zo van het aantal artsen. Bijgevolg zijn de opgelegde quota in onze ogen een noodzakelijk kwaad.

1. KWALITEIT EN BETAALBAARHEID VAN DE GEZONDHEIDSZORG

De quota zijn nodig om de gezondheidszorg betaalbaar te houden en de kwaliteit van de gezondheidszorg te garanderen. De beperking van het aantal medici laat toe dat elke arts voldoende patiënten en ziektebeelden ziet, wat essentieel is om een goede zorgverlening te waarborgen. Door een overaanbod aan artsen te vermijden is er bijgevolg ook sprake van een gegarandeerd inkomen voor de arts. Dit gaat op zijn beurt de negatieve concurrentie en de 'supplier induced demand (SID)' tegen. Dit laatste betekent dat een arts bij eenzelfde patiënt onnodig veel consultaties en onderzoeken verricht om zeker te zijn van een voldoende inkomen.

SID is omwille van de verschillende gezondheidszorgsystemen moeilijk wetenschappelijk te onderbouwen, maar toch bestaat er evidence.² Dit wordt ook ondersteund in academische middens, waar economen SID ondersteunen vanuit theoretische overwegingen en aangeven dat deze maar beperkt hard te maken zijn omwille van methodologische problemen.

De theoretische onderbouw van SID gaat uit van 2 punten:

1. Fee for service: Artsen kunnen hun inkomen opdrijven door het leveren van prestaties
2. Verwachting van een "norm inkomen"

Uitgaande van deze twee punten zullen artsen hun gedrag aanpassen en streven naar dit norm inkomen. Dit gebeurt dan regelmatig door het uitvoeren van onderzoeken die volgens evidence niet nodig zijn.

² Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C, Van de Voorde C, Vrijens F, Léonard C. Het aanbod van artsen in België: huidige toestand en uitdagingen. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE reports.72A (D/2008/10.273/07)

In het KCE rapport³ aangaande contingentering wordt over SID een literatuurstudie uitgevoerd. De gevonden evidence toont aan dat de frequentie van follow-up bezoeken geïnitieerd door de arts hoger ligt bij een hogere artsensiteit. Tevens blijkt uit een vergelijking van de medische activiteit tussen artsen die een patiënten tekort percipiëren ten opzichte van artsen die dit niet percipiëren dat de eerste groep meer inkomsten per patiënt zal genereren. Ook binnen de Belgische context blijkt uit dit rapport ook beperkte evidence voor SID gevonden bij huisartsen en een duidelijke evidence voor SID bij specialisten.

Het opleggen van de quota kan nuttig zijn om dit fenomeen te bestrijden. Door een overaanbod aan artsen tegen te gaan, menen we dat ook de echelonnering beter aangestuurd kan worden. Deze trapsgewijze toegang tot de gezondheidszorg vermijdt de medische overconsumptie, aangezien de meeste patiënten geholpen kunnen worden in de eerstelijnszorg. Er dient een duidelijke taakafbakening te bestaan, die moet leiden tot een meer complementaire in plaats van concurrentiële opstelling tussen huisartsen en ziekenhuisartsen. De echelonnering is de meest logische en economische weg in de organisatie van de gezondheidszorg.

Elk specialisme dient hierbij afzonderlijk bestudeerd te worden wat betreft de noden voor de toekomst. Indien nodig dienen er bijstellingen van het contingent te gebeuren. Er moeten ook duidelijke 'knelpuntspecialismen' omschreven worden, waarvoor een specifiek beleid kan gevoerd worden om deze knelpunten op te lossen. Het is duidelijk dat de immigratie en emigratie van artsen, ontstaan door het vrije verkeer van artsen in Europa, een belangrijk onderdeel moet zijn in de planning van het medisch aanbod.

2. INSTROOMBEPERKING

Om aan de quota te voldoen, is er een beperking nodig van het aantal afstuderende studenten. We bepleiten een instroombeperking, zeker geen uitstroombeperking⁴. Op voorwaarde dat er een duidelijke lange termijnregeling is betreffende het respecteren van het contingent, vindt het

³ Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C, Van de Voorde C, Vrijens F, Léonard C. Het aanbod van artsen in België: huidige toestand en uitdagingen. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE reports.72A (D/2008/10.273/07)

⁴ Sinds 1996 is er in Wallonië een uitstroom- i.p.v. instroombeperking van kracht. Dit houdt in dat studenten die de opleiding beginnen, pas na een zekere studietijd een selectie ondergaan die bepaalt wie de opleiding tot arts mag vervolledigen. Tussen 1996 en 2003 gebeurde deze selectie op basis van de behaalde resultaten tijdens de eerste drie studiejaar van de opleiding Geneeskunde en Tandheelkunde. Sinds 2006 echter, gebeurt de selectie (zoals vastgelegd in het decreet van 26 juni, 2005) op basis van de behaalde scores op het einde van het eerste studiejaar. Hierbij worden studenten pas tot de vervolgopleiding toegelaten als ze op elk vak minimum 8/20 en minstens een globaal gemiddelde van 60% halen. De studenten mogen de examens maximaal 2 maal afleggen in een poging om aan de opgelegde selectiecriteria te voldoen. Indien de selectiecriteria niet behaald worden, wordt de betreffende studenten de toegang tot de vervolgopleiding Geneeskunde en Tandheelkunde ontzegd tenzij ze hun eerste bachelorjaar in de geneeskunde spreiden over twee jaar. Sinds 2015 is er echter een nieuw decreet van kracht in de Franse Gemeenschap.

VGSO immers dat iedereen die toegang krijgt tot de opleiding ook de kans moet krijgen om deze volledig af te ronden.

Om de instroombeperking te organiseren, beschouwen we een toelatingsexamen als de 'minst slechte' optie. Iedereen krijgt een gelijke kans en een onbeperkte mogelijkheid om het examen af te leggen. In februari 2008 stelde de examencommissie het witboek voor over het toelatingsexamen arts en tandarts, een (zelf)evaluatierapport over meer dan tien jaar toelatingsexamen. Uit deze evaluatie besluit de examencommissie dat het toelatingsexamen qua concept perfect in staat is om de instroombeperking te organiseren. De moeilijkheidsgraad van het toelatingsexamen dient echter goed te worden afgestemd op de vooropgestelde quota.

Er werd vastgesteld dat gemiddeld 15% van de geslaagden voor het toelatingsexamen niet start aan een opleiding tot arts of tandarts. Vaak gebruiken leerlingen dit examen als zelftest, niet zelden aangemoedigd vanuit de secundaire scholen. Dit 'verkeerd' gebruik van het toelatingsexamen maakt het de examencommissie erg moeilijk om het examen af te stemmen op de quota. De overheid dient na te denken of ze voor dit soort kandidaten geen ander soort oriënteringsexamen kan inrichten. Het oneigenlijke gebruik van het toelatingsexamen is meteen ook een bezwaar tegen het gebruik van een numerus fixus, zoals de examencommissie die voorstelt. Aangezien er geen garantie is dat de geselecteerden allemaal de opleiding zullen aanvatten, zal het aantal startende studenten niet overeenstemmen met de opgelegde quota. Dit kan pas worden bijgestuurd op het moment dat de inschrijvingen aan de universiteit afgesloten worden, lang na de start van het academiejaar. Bij een numerus fixus dient er bovendien een afzonderlijk examen voor arts en tandarts ingericht te worden. Het VGSO is van mening dat iedereen die voor het toelatingsexamen slaagt de mogelijkheid moet krijgen om aan de studies tot arts of tandarts te beginnen. Dit systeem zorgt ervoor dat ieders kansen niet bepaald worden door de prestaties van anderen, maar steeds door het eigen persoonlijk resultaat. Dit is het meest eerlijke systeem; we staan dan ook op ideologische grond niet achter een numerus fixus.

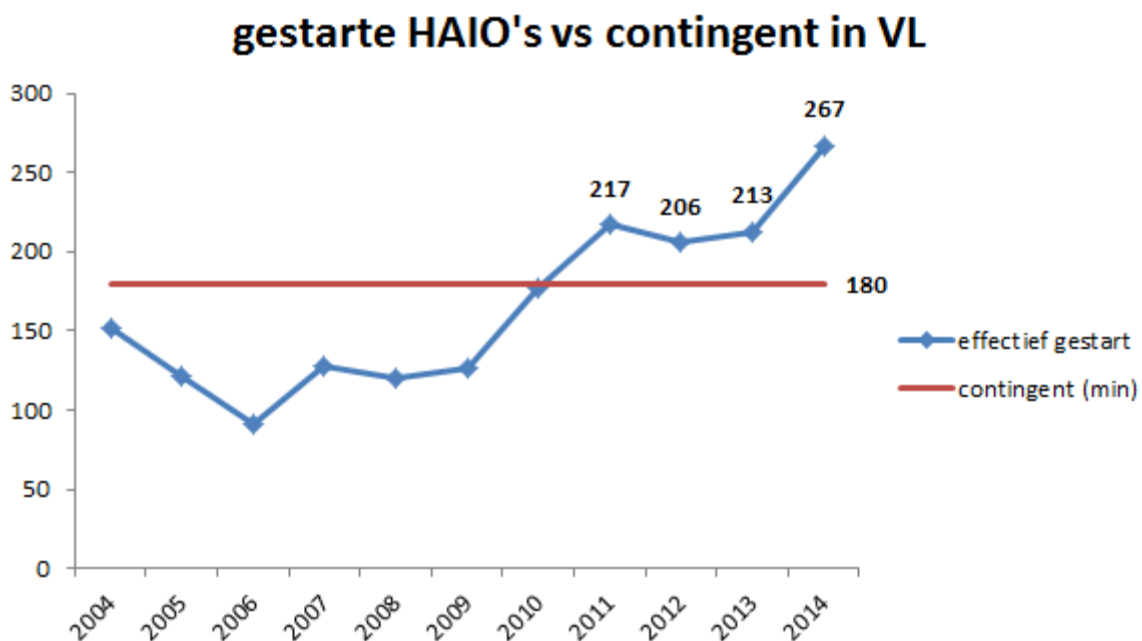
3. NUMERUS CLAUSUS

Iedereen die de opleiding geneeskunde afrondt, moet recht hebben op een RIZIV-nummer. Dit enkel in het kader van de quota opgelegd door de planningscommissie. Aangezien de instroombeperking, volgens het VGSO, via een toelatingsexamen zou moeten geregeld worden, is het noodzakelijk dat de quota in functie van het aanbod aan kandidaat-artsen toegepast wordt. Hierbij pleiten we ervoor om jaren met boven- of ondertallen te compenseren door de quota te spreiden over een beperkt aantal volgende jaren. Zo lopen we geen gevaar om afstuderende studenten de toegang tot een RIZIV-nummer te moeten ontzeggen.

Deze spreiding dient evenwichtig te gebeuren opdat er van de uiteindelijke quota over een welbepaalde periode niet mag afgeweken worden, tenzij de Planningscommissie Medisch Aanbod dringende bijsturingen nodig acht. Het is van groot belang dat de quota worden opgesteld op basis van de nood aan artsen en niet op basis van het aanbod van studenten. De berekening van de quota dient bovendien met de grootste zorg en precisie te gebeuren, om zo een wel onderbouwde planning van het medisch aanbod te bekomen. Er moet bijzondere aandacht besteed worden aan de vervrouwelijking, de vergrijzing en de productiviteit van de huidige en aankomende artsenpopulatie. Ook dient de verandering in ziektepatronen en de gewijzigde behandeling ervan bestudeerd te worden. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) haalt in haar rapport omtrent het aanbod van de artsen in België (KCE reports 72A) aan dat het geen gemakkelijke opdracht is om op basis van de huidige beschikbare gegevens te komen tot een goede planning van het medisch aanbod. We steunen dan ook hun vraag naar een meer wetenschappelijk onderbouwde medische planning, waarbij het kadaster medische beroepen van onmisbaar belang is. Dit stelt de Planningscommissie Medisch Aanbod in staat om een adequate planning op te stellen. In dit kader kunnen we vaststellen dat het Ministerie van Volksgezondheid het dynamisch kadaster van medische beroepen in mei 2015 heeft vrijgegeven. Echter zijn hieruit nog geen adviezen geformuleerd voor de Planningscommissie. Het VGSO kijkt dan ook uit naar deze adviezen en conclusies en hoopt dat deze zo snel mogelijk publiek beschikbaar zijn.

Een mogelijks artsentekort zoals vaak voorgesteld in de media is onzes inziens geen basis om het contingent te verlaten. De tekorten waarover sprake is, is vooral een dreigend tekort aan huisartsen. We zien echter dat binnen het huidige contingent het aantal beschikbare plaatsen voor huisartsgeneeskunde (en andere specialisaties waar er een tekort zou zijn) jaren niet opgevuld werd maar door een steile opmars momenteel het huidige contingent overstijgt en zo mogelijke tekorten op korte termijn teniet doet. Anderzijds worden de sub quota voor specialisten met bijna 20% overschreden, vooral langs Franstalige zijde. Het is duidelijk dat er initiatieven moeten genomen worden die de mogelijke onevenredigheid tussen huisarts- en specialisatieplaatsen teniet te doen. Mogelijke tekorten zullen niet opgelost worden door het huidige contingent te verlaten. Het tekort aan huisartsen is bovendien vaak een regionaal gegeven. Het KCE heeft dit fenomeen bestudeerd en is tot de conclusie gekomen dat dit niet te wijten is aan het bestaan van de numerus clausus. Nieuwe artsen blijken zich vaak te vestigen in de buurt van hun opleidingsplaats, op plaatsen waar grote wachtdiensten bestaan of in de buurt van grote ziekenhuizen.

figuur 1. Aantal gestarte HAIO's tov het contingent aan de KU Leuven (>50% studentenpopulatie Vlaanderen)

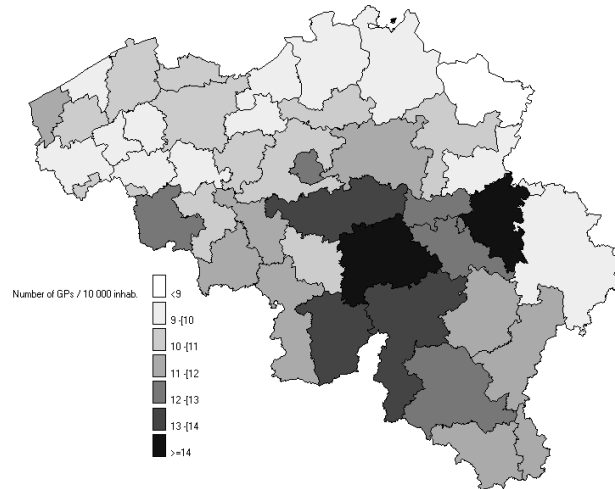


Op vlak van aantal artsen situeert België zich bovenaan het peloton, onder landen als Italië, Spanje, Portugal, Griekenland...⁵. Concreet gaat het om 36.4 artsen per 10 000 inwoners. Ter vergelijking: Nederland doet het met 12.2 artsen per 10 000 inwoners. Duitsland, waar de numerus clausus nog niet zo lang toegepast wordt, met 37 per 10 000 inwoners⁶.

⁵ op basis van cijfers EUROSTAT

⁶ Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C, Van de Voorde C, Vrijens F, Léonard C. Het aanbod van artsen in België: huidige toestand en uitdagingen. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008. KCE reports.72A (D/2008/10.273/07)

Het KCE rapport uit 2008 toont bovendien aan dat de dichtheitsverdeling van huisartsen over België zeer regionaal bepaald is. Zo blijkt de dichtheid aan huisartsen per 10 000 inwoners opmerkelijk hoger te liggen in de Franse gemeenschap. Het tekort waarover sprake is, dient dus sterk genuanceerd te worden.



figuur 2: dichtheid van artsen verspreid in België⁷

4. TOELATINGSEXAMEN

4.1. Kwaliteitsbewaking via een begeleidingscommissie aanvullend op de examencommissie

De toelatingsproef zoals ze nu bestaat, wordt sinds het invoeren van de proef in 1997 regelmatig bekritiseerd. Ze zou deelnemers van het vrouwelijke geslacht benadelen door de vraagstelling, het mannelijke geslacht zou dan weer in het voordeel zijn door de giscorrectie, er zou bijzonder veel aandacht naar taalvereisten gaan en een lagere sociale afkomst zou de kans op slagen erg naar beneden halen. Het VGSO blijft van mening dat een strikte toepassing van het contingent noodzakelijk is en dat een selectie via een toelatingsproef hiervoor de beste oplossing is. Het VGSO vindt dat een kwaliteitsvolle proef de geschikte studenten een kans op slagen moet bieden. Deze studenten moeten voldoen aan op voorhand vastgelegde competenties, die duidelijk worden gecommuniceerd.

⁷ IMA, 2005; calculation: KCE, 2007

Hoewel niet elke student over de nodige competenties beschikt, worden bepaalde groepen waarschijnlijk toch structureel benadeeld door de huidige vorm van de toelatingsproef. We kunnen ons evenwel afvragen of bijvoorbeeld de invloed van sociale afkomst niet eerder gezocht moet worden bij de vooropleiding, dan wel rechtstreeks gecorreleerd is aan de slaagkans bij de toelatingsproef. Hoe dan ook is een grondige evaluatie en hervorming van de proef dringend nodig om een rechtvaardige selectie te garanderen. Het is immers opvallend dat de inhoud en vorm van de proef sinds 1997 op enkele mineure zaken na al die jaren amper geëvolueerd zijn.

Het VGSO is erg tevreden met de oprichting van de begeleidingscommissie die moet instaan voor de permanente kwaliteitsbewaking van de toelatingsproef. Deze begeleidingscommissie heeft als doel de proef jaar na jaar te herevalueren en eventueel bij te sturen volgens tijdsgeest. Tevens evalueert deze de examenmodaliteiten en inhoudelijke competenties gekoppeld aan de toelatingsproef. Ook stelt ze zich kritisch op ten opzichte van wie kan/mag deelnemen aan de proef. Zo rijzen er vragen bij het feit dat studenten in het 4e en 5e jaar van het secundair onderwijs deelnemen ter voorbereiding.

Ten slotte is het noodzakelijk om de jaarlijkse bevraging en opvolging van de kandidaten verder te zetten. Op basis van al deze resultaten kan een duidelijk beeld verkregen worden over de kwaliteit van het toelatingsexamen en de sociale gevolgen ervan. Om haar taak grondig te kunnen uitvoeren, dient de examencommissie over voldoende autonomie en middelen te beschikken. Verder lijkt het ons noodzakelijk dat de examencommissie in nauw overleg kan werken met de Planningscommissie Medisch Aanbod zodat de examencommissie haar examen kan aanpassen, op basis van de vooropgestelde quota. De exameninhoud dient steeds afgestemd te zijn op de eindtermen van het secundair onderwijs. Dit geeft iedereen dezelfde kans om te slagen voor het toelatingsexamen en zorgt zo voor een sociale gelijkheid.

4.2 Vlaamse voorbereidingssessies.

Het VGSO pleit tevens voor de organisatie van uniforme, homogene voorbereidingssessies, gecoördineerd door de Vlaamse overheid of interuniversitair georganiseerd. Momenteel is er een wildgroei aan mogelijkheden als voorbereiding op de toelatingsproef, vaak met een zeer hoge financiële kost voor de deelnemers. Het VGSO vindt dat financieel zwakkere groepen door deze ongelijke voorbereidingsmogelijkheden extra benadeeld worden. Omdat de voorbereiding op de proef zo niet enkel van motivatie maar ook van financiële draagkracht afhankelijk is, werkt dit sociale ongelijkheid in de hand. Het al dan niet slagen op de toelatingsproef geneeskunde moet een zaak van competenties en eigenschappen eigen aan de student zijn en geen zaak van financiële draagkracht. Een eenduidige en toegankelijke voorbereiding dient tot stand te komen voor alle studenten in het secundair onderwijs geïnteresseerd om de studie geneeskunde of tandheelkunde aan te vatten, om een gelijke en eerlijke kans te garanderen. Deze voorbereiding

dient ook geprofileerd te worden bij de verschillende secundaire scholen zodat ze haar doel volledig kan waarmaken.

5. VRIJ VERKEER VAN ARTSEN IN EUROPA

Door het vrij verkeer van artsen in Europa kunnen de verschillende faculteiten buitenlandse studenten aantrekken voor een opleiding tot specialist. Op deze manier willen ze een zogezegd tekort aan assistenten opvullen. Eigen studenten hebben door de contingentering immers geen toegang tot alle opleidingsplaatsen binnen de afzonderlijke specialismen. De instroom van buitenlandse artsen, die zich hier komen specialiseren of vestigen, zorgt natuurlijk voor een scheef trekking van onze contingentering. Het is noodzakelijk de buitenlandse artsen, die zich hier willen komen specialiseren, op te nemen in het contingent. Anderzijds moet bekeken worden of het schijnbare tekort aan assistenten een reëel tekort betreft.

6. SPECIAAL STATUUT "BEHOUDERS VAN ARTSENDIPLOMA"

Na het behalen van het diploma van arts en vóór de erkenning van de vervolgopleiding is het, volgens het recent aangepast KB 23.08.2014 (BS dd. 16.09.2014), voor alle afgestudeerde masterstudenten geneeskunde ("houders van een artsendiploma") toch mogelijk een RIZIV nummer eindigend op "-000" te bekomen waarmee ze bepaalde medische prestaties kunnen uitvoeren⁸:

§ 13. De houder van het artsendiploma heeft het recht voorschriften op te stellen, een raadpleging te attesteren evenals de verstrekkingen waarvoor de nomenclatuur bepaalt dat ze mogen aangerekend worden door elke arts of verstrekkingen waarvoor hij door de minister die de volksgezondheid in zijn bevoegdheid heeft gemachtigd is ze te verrichten. "

Dit statuut is gelimiteerd tot:

- geneesmiddelen voorschrijven
- assisteren bij heelkundige ingrepen (NGV, art. 16 § 5.)
- toezichtshonoraria in het ziekenhuis aanrekenen (NGV, art. 25 § 1.)
- een aantal prestaties in het kader van een spoedgevallendienst met MUG-interventie aanrekenen (medische urgentiegroep - brevet van acute geneeskunde verplicht). (NGV, art. 25 § § 3 en 3 bis.)

⁸ Sommige artsen / algemeen geneeskundigen hebben ruimere bevoegdheden (RIZIV-nummers eindigend op -001, -002, of -009).

Doch moet worden bedacht dat het gebrek aan tijdsbeperking van dit statuut een bedreiging kan vormen voor effectieve planning van het medisch aanbod doordat deze “-000” artsen in competitie gaan treden met opleidingsplaatsen van de artsen wel kaderend binnen een vervolgopleiding en contingent. Ook kan men zich de vraag stellen of de onbepaalde duur van dit statuut de kwaliteit van de gezondheidsverstrekkingen niet in gevaar brengt doordat deze afgestudeerde artsen buiten een vervolgopleiding vallen. Hoewel dit statuut gelimiteerd is in competenties en verantwoordelijkheid, merken we in praktijk dat dit niet altijd wordt nageleefd.

Ook het potentiële negatieve effect op de huisartsenpopulatie dient in rekening gebracht te worden.

Eveneens zal met het oog op de dubbele cohorte die afstudeert in het academiejaar 2017-2018 ook rekening gehouden moeten worden met het bestaan van deze nummers. Er zal immers een overaanbod aan (basis)artsen ontstaan die geen beroepsopleiding in België kunnen aanvatten wegens het overschrijden van het vastgelegde contingent.

Bovendien wordt er een echte grijze zone gecreëerd met tweederangs artsen. Al deze elementen samen dringen wij er op aan dit Koninklijk Besluit teniet te doen.

Het aantal artsen in opleiding wordt sinds 1997 gecontingenteerd. In theorie zouden de in het contingent voorziene plaatsen het aantal reëel bestaande opleidingsplaatsen moeten beperken. Zo wordt er een overaanbod aan artsen vermeden. In de praktijk ligt voor sommige specialiteiten en sommige universiteiten het aantal toegekende opleidingsplaatsen echter jaar na jaar duidelijk lager dan het cijfer dat binnen het contingent is voorzien. Meer dan een gebrek aan geschikte kandidaten, blijkt het hier te gaan om een structureel tekort aan opleidingsplaatsen of de middelen om deze plaatsen te financieren of aan het niet transparant invullen van het officieuze sub contingent. Ondanks het feit dat er op papier contingent plaatsen bestaan en er voldoende geschikte personen zijn om deze in te vullen, wordt het contingent niet volledig opgevuld omdat de nodige opleidingsplaatsen onbestaande zijn. Ook de zogenoemde knelpuntspecialisaties hebben te lijden onder dit gebrek aan opleidingsplaatsen.

Belangrijk is ook het aantal opleidingsplaatsen in 2018 onder de loep te nemen. Volgens de laatste rapporten van de planningscommissie⁹ zal het theoretische aanbod aan opleidingsplaatsen voor de dubbele cohorte aan basisartsen in 2018 ruim onvoldoende zijn. Wetende dat bovendien niet elke arts die voldoet aan de criteria om stagemeeester te worden, effectief start als stagemeeester en assistenten tewerk stelt is een dringend actieplan om dit tekort op te vangen nodig.

Het VGSO stelt de volgende oplossingen voor om het tekort aan opleidingsplaatsen weg te werken:

- Er is een structureel tekort aan financiële middelen voor de medische vervolgopleiding, zowel in niet-universitaire als universitaire ziekenhuizen. Boven alles dient er dus meer geïnvesteerd te worden in de opleiding van arts-specialisten. Deze **nieuwe middelen** dienen volgens ons niet in het B7-fonds te belanden, maar moeten rechtstreeks terechtkomen bij de universiteiten of bij een **onafhankelijke instelling**, zoals nu al het geval is voor de huisartsgeneeskunde in de vorm van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsopleiding (ICHO). Immers, dit bewuste fonds is een onderdeel van de gesloten enveloppe aan financiering die een ziekenhuis ontvangt en wordt vaak niet (rechtstreeks) aangewend voor de creatie van opleidingsplaatsen. Bovendien kunnen enkel universitaire ziekenhuizen aanspraak maken op de middelen uit het B7-fonds, terwijl er vooral een grote nood is aan opleidingsplaatsen in regionale ziekenhuizen. Op deze wijze wordt er

⁹ Rapport planningscommissie: Gretel Dumont, Anne Delvaux, Pieter-Jan Miermans, Joëlle Pieters, Aurélie Somer, Pascale Steinberg, Veerle Vivet, Patrick Waterbley, **Kwantitatieve projectie van het dubbele cohorte-effect**, Oktober 2014

getracht de financiering van de beroepsopleiding transparant te maken en ervoor te zorgen dat de middelen beschikbaar voor de opleiding van artsen hiervoor ook aangewend worden.

- Er bestaat naast een gebrek aan middelen ook een gebrek aan incentives voor ziekenhuisdiensten om assistenten aan te nemen. Immers, de tijd die stagemeeesters aan opleiding besteden, kan niet gebruikt worden voor het leveren van medische prestaties en het vergaren van een inkomen. Op die manier betalen ziekenhuisdiensten en artsen opleidingsplaatsen al dan niet rechtstreeks uit eigen zak. Dit probleem stelt zich a fortiori bij de knelpuntspecialismen, omdat dit niet toevallig de specialismen zijn met een beperkte prestatienomenclatuur en bijgevolg een gebrek aan eigen middelen om opleidingsplaatsen te financieren. Het VGSO stelt dan ook voor om een **nomenclatuurnummer** toe te kennen aan het **opleiden van arts-specialisten**. Andere mogelijkheden om opleidend werk meer te waarderen, zijn het invoeren van een **accreditatie voor stagemeeesters** die zich regelmatig bijscholen of het verlenen van **toegang tot universitaire bibliotheken en databanken** aan stagemeeesters uit niet-universitaire ziekenhuizen.
- Hierboven werd reeds gesteld dat het voor niet-universitaire ziekenhuizen onaantrekkelijk is om assistenten op te leiden omdat ze geen beschikking hebben over de middelen van het B7-fonds en omdat ze op deze manier minder prestaties kunnen leveren. Een derde reden is het gegeven dat assistent-specialisten zich vaak slechts gedurende relatief korte tijd in deze ziekenhuizen bevinden, waarna ze terugkeren naar de universitaire ziekenhuizen. Dit maakt investeren in opleiding nog minder rendabel. **Assistenten voor een langere periode tewerkstellen in niet-universitaire setting (mits voldoening aan criteria voor opleidingsdienst)**, kan dit mogelijk deels verhelpen.
- Het herbekijken van de **criteria** om stagemeeester te kunnen zijn door de federale overheid. Deze criteria zijn vaak reeds sterk verouderd¹⁰ en niet meer geactualiseerd. Onzes inziens kunnen er meer stagemeeesters aangetrokken worden door de criteria te herevalueren.
- Via kruising van **databanken** binnen het RIZIV, de criteria om stagemeeester te kunnen worden monitoren en zo artsen die aan de criteria voldoen waarschuwen en aanmoedigen te starten als stagemeeester.
- **Transparantie** over het verdelen van de contingent plaatsen per deeldiscipline per universiteit en waarborging van invulling van deze plaatsen, onder controle van de Vlaamse overheid.
- **Een beleid op Vlaams niveau over de sub quota voor geneesheren-specialisten:** Sinds de zesde staatshervorming is de Vlaamse gemeenschap bevoegd voor de erkenning van de arts-specialisten en het bepalen van sub quota. Tot op heden is het beleid dat hierrond

¹⁰ <http://www.vlaamsartsensyndicaat.be/wetgeving/erkenningscriteria>

gevoerd zal worden echter onbepaald. Nu de regering bijna een jaar ervaring in deze materie heeft, kijken wij uit naar hoe men dit nieuwe beleidsdomein concreet wil invullen. Wij pleiten voor een onderbouwde planning, met sub quota bepaald door het aankomend kadaster van Medische beroepen. Hierbij aansluitend willen wij verder benadrukken dat ook de verdeling onder de verschillende Vlaamse universiteiten dient gerespecteerd te worden.

1. SOCIAAL STATUUT

Huisartsen en arts-specialisten in opleiding vallen momenteel onder het zogenaamde Sui Generis-statuut. Hoewel de arts in opleiding steeds onder contract van een werkgever valt, valt dit statuut niet te vergelijken met dat van de doorsnee werknemer. Zo is er geen pensioenopbouw, geen ontslagregeling en geen recht op palliatief verlof,... Dit gebrek aan sociale rechten kan leiden tot onmenselijke omstandigheden die in de huidige maatschappelijke context geen plaats lijken te hebben. Bovendien is dit statuut sterk nadelig bij een pensioenregeling in functie van de loopbaanduur.

Het VGSO pleit dan ook tot een opwaardering van dit sociaal statuut. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de financiële draagkracht van de stagemeeesters die de arts in opleiding in dienst nemen. Een opgevaarderd sociaal statuut mag ook geenszins betekenen dat het nettoloon van de arts in opleiding een flinke reductie krijgt.

Dit geheel conform de situatie bij de collega's in diverse buurlanden. Ook zij hebben een volwaardig statuut met sociale bescherming die ook in andere sectoren geldt. Het opwaarderen van het sociaal statuut mag geenszins een loonhandicap inhouden ten opzichte van de huidige situatie of in vergelijking met artsen in opleiding in het buitenland. Er kan dus onder geen enkele voorwaarde geknipt worden in het huidige nettoloon van de arts in opleiding.

2. FINANCIERING VAN DE ARTS-SPECIALIST IN OPLEIDING

Om de financiering hiervan te voorzien kijken we naar het model van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding (ICHO) bij de HAIO's. Momenteel is er daar zowel een bijdrage van de ziekteverzekering als van de stagemeeesters. Omdat de opleiding van artsen ook de ziekteverzekering op termijn ten goede komt en de stagemeeester tijd maakt voor educatie en zo minder voor eigen rekening werkt, lijkt voor het VGSO een gedeelde bijdrage van zowel het RIZIV als de stagemeeester in de financiering evident.

Ook kan er via deze constructie een ontkoppeling plaatsvinden tussen de werkgever en de stagemeeester wat ideologisch een goede zaak is. Ook de kwaliteit van de diverse opleidingsplaatsen kan via deze gecentraliseerde VZW opgevolgd en gewaarborgd blijven. Tevens heeft de VZW de mogelijkheid om de werkomstandigheden van de arts in opleiding te homogeniseren.

Wat betreft het creëren van opleidingsplaatsen (zie ook VII) kan zulke structuur zorgen voor meer transparantie inzake de financiering van opleiding. Tevens zorgt dit ook voor meer transparantie wat betreft de verdeling van de opleidingsplaatsen naar de arts in opleiding toe. Zo lijkt het momenteel dat de universitaire ziekenhuizen een voorafname kunnen doen op assistenten waardoor niet-universitaire potentiële opleidingsplaatsen afhaken omwille van de geringe garantie op continuïteit wat betreft het aantal aanwezige assistenten.

Wij zien binnen deze vzw een paritaire vertegenwoordiging van universiteiten en perifere niet-universitaire stageplaatsen. Ook een volwaardige vertegenwoordiging van de arts in opleiding (met stemrecht binnen de beleidsorganen van de vzw's) heeft volgens het VGSO een enorme meerwaarde.

In deze zaken worden we gesteund door een bevraging bij de ASO's en laatstejaarsstudenten geneeskunde in 2015. Hieruit bleek overduidelijk dat een grote meerderheid van de ondervraagde studenten deze eisen ondersteunen.

Stages nemen een belangrijke plaats in tijdens de opleiding tot basisarts en hun didactische kracht kan moeilijk overschat worden. Het is dan ook van groot belang dat deze stages in optimale omstandigheden gebeuren en dat over de kwaliteit ervan gewaakt wordt.

1. WIE ORGANISEERT DE STAGE?

Op dit moment worden de richtlijnen omtrent de stages en stageplaatsen door de geneeskundefaculteiten zelf bepaald, de praktische invulling ervan gebeurt voor een groot deel door de stageplaatsen zelf. In de realiteit zien we daarom grote verschillen tussen deze verschillende stageplaatsen en helaas soms ook in de kwaliteit.

Toch zijn we ervan overtuigd dat de verschillende universiteiten, in samenspraak met de stageplaatsen, een zekere autonomie moeten kunnen bewaren. Hierdoor bewaren ze de mogelijkheid om hun stages zelf concreet in te vullen en klemtonen te leggen. We vragen een wettelijke kader waarbinnen de stages tijdens de basisopleiding georganiseerd worden. Deze wet moet de verdere reglementering verzorgen zoals een kader voor de stagemeester - al dan niet met verloning van de geleverde diensten als stagemeester- en een breder kader betreffende de arts-stagiair, in zoverre bepaalde punten nog niet geregeld zijn door de wet op de arbeidsduur van 12 december 2010 en door de interuniversitaire richtlijnen die zijn opgesteld naar aanleiding van de wet op de arbeidsduur en goedgekeurd door de verschillende faculteiten.

2. OVER WELKE STAGES GAAT HET?

We hebben het hier over alle stages tijdens de opleiding tot basisarts, georganiseerd in huisartsenpraktijken, regionale of universitaire ziekenhuizen. Gezien het heel eigen karakter moet voor de buitenlandse stages een aparte regeling voorzien worden.

3. INVULLING VAN DE STAGES

Het uiteindelijke doel van de stages is de student inzicht te geven en kennis te laten maken met de werking van verschillende medische disciplines terwijl de student met 2 voeten in de praktijk staat. De stages moeten kaderen in een leerproces en dit in het belang van de stagiair. Door deel te nemen aan consultaties, zaalwerk, operaties e.d. , doet de stagiair ervaring en kennis op die noodzakelijk is voor de opleiding tot basisarts.

De stagiair dient tijdens de hele duur van de stages aanwezig te zijn op de stageplaats en er actief deel te nemen aan alle werkzaamheden die belangrijk zijn voor de opleiding. De stagiair mag in geen geval worden aanzien als een gratis werkracht. De administratieve taken die de stagiair krijgt toegewezen, moeten dan ook beperkt blijven tot dat wat rechtstreeks aansluit bij het

medische werk van de stagiair. Jammer genoeg stellen we vast dat stagiairs soms meer bezig zijn met administratieve taken dan met het aanleren van de medische zorg, uitvoeren van klinisch onderzoek,

Tijdens de stages moet de stagiair begeleid worden door en onder het toezicht staan van een stagemeeester. Door frequent persoonlijk contact leert hij de stagiair kritisch redeneren en oordelen. De stagemeeester leert, als rolmodel, de stagiair ook een gepaste beroepsattitude. Het is van groot belang dat de stagiair niet meer verantwoordelijkheden krijgt toegeschoven dan diegene die overeenstemmen met zijn opleidingsniveau en die overeenstemmen met de bepalingen hieromtrent in de wetgeving.

In het kader van zijn vorming moet de stagiair de kans krijgen om didactische activiteiten, georganiseerd door geneeskundige faculteiten en andere wetenschappelijke instellingen, bij te wonen. Alle ingerichte lessen, voordrachten en werkgroepen georganiseerd door de universiteit in het kader van de opleiding moeten kunnen gevolgd worden. De stagiair moet ook voldoende vrije momenten krijgen tijdens zijn stages om zich toe te leggen op didactisch en/of wetenschappelijk werk.

Stageplaatsen dienen daarnaast rekening te houden met bijzondere statuten die een stagiair kan bezitten. Dit gaat over zowel statuten als topsportstatuut, studentenvertegenwoordigers als functiebeperkingen...

Op het einde van elk stagemoment (en eventueel tussentijds) moet de stagiair beoordeeld worden door de stagemeeester en dient de stagiair zelf een evaluatie te maken van de stage(-plaats). Deze dient te gebeuren in een constructieve sfeer waarbij persoonlijke feedback een belangrijke rol speelt.

4. PRAKTISCHE ORGANISATIE

Een stagiair komt meestal terecht in een nieuwe werkomgeving, daarom dient er voldoende aandacht besteed te worden aan de praktische organisatie van de stage.

Om vanaf het eerste moment vlot te kunnen meedraaien op de stageplaats is een goed onthaal van groot belang. De stagiair moet op de eerste dag van de stage kunnen kennismaken met de stagemeeester en de werking van de stageplaats. Op dat moment moeten de afspraken binnen de dienst overlopen worden, alsook de verdere praktische en didactische invulling van de stage.

Tijdens de verdere duur van de stage zal de stagemeeester, of één van zijn medewerkers, steeds aanwezig zijn op de stageplaats om de stagiair persoonlijk te begeleiden. Bedside teaching is een bijzonder belangrijk aspect van het praktische gedeelte van de opleiding.

De universiteit dient meer aandacht te hebben voor de opvang van de stagiair en een aanspreekpunt te voorzien bij problemen tijdens de voltijdse stages. In dit kader dient zij te fungeren als meldpunt bij klachten en als controleorgaan voor de kwaliteit van de stages. Hierbij kan de lat niet hoog genoeg gelegd worden.

Ondanks de wet op de arbeidstijd van 2012, die een duidelijk kader schepte voor de stagiair en ASO, blijven excessen inzake arbeidstijd bestaan. Het VGSO blijft pleiten voor een strikte naleving van de 60-urenweek. Een objectieve controle - bijvoorbeeld door gebruik van een tikkllok - dringt zich in sommige situaties op en kan een halt toeroepen aan de vele indianenverhalen die regelmatig de kop op steken en soms hallucinante situaties uit de doeken doen. Het VGSO vindt ook dat er binnen het kader van de wet op de arbeidstijd ook ruimte moet zijn voor (zelf)studie.

Hierbij pleit het VGSO er ook voor dat in het kader van wachtdiensten steeds de mogelijkheid bestaat om gebruik te maken van (gratis) slaapaccommodatie en maaltijden aan een democratische prijs.

5. ERKENNING VAN DE STAGEMEESTERS

Tijdens het verloop van een stage is de rol van de stagemeeester van zeer groot belang. We pleiten er dan ook voor om die rol te erkennen, al dan niet op wettelijke basis.

Omdat het noodzakelijk is dat de stagemeeester voldoende tijd vrijmaakt om de stagiair persoonlijk te kunnen begeleiden, zijn we van mening dat de overheid moet voorzien in een financiële vergoeding voor deze activiteiten, zoals dit in onze buurlanden al gebeurt. Financiële middelen zijn echter beperkt. Dit probleem stelt zich ook in andere opleidingen.

Om een goede teaching te kunnen waarborgen dient de stagemeeester over voldoende didactische, klinische en organisatorische eigenschappen te beschikken. Hij zou zijn klinische, wetenschappelijke en/of onderwijskundige activiteiten tijdens de hele duur van zijn erkenning moeten uitoefenen.

Er kan maar voldoende persoonlijke begeleiding zijn, als de stagemeeester de vorming van slechts een beperkt aantal stagiairs op zich neemt.

6. EVALUATIE VAN DE STAGIAIR

Op regelmatige momenten zou de stagemeeester, samen met zijn medewerkers, de vooruitgang van de stagiair moeten evalueren. Deze beoordeling dient te gebeuren met objectieve maatstaven. De faculteit kan aan de hand van deze maatstaven een eindbeoordeling geven aan de student. Deze maatstaven dienen bij voorkeur kwalitatief (zeer goed, goed,...) te zijn dan kwantitatief (18/20, 10/20,...). Na de afloop van de stage dient de stagemeeester een gemotiveerd eindoordeel op te stellen in overleg met de verschillende betrokkenen, dit om het leerproces van

de stagiair maximaal te sturen. Dit oordeel wordt na afloop van de stage doorgegeven aan de faculteit.

De stagiair heeft nood aan feedback in het kader van zijn opleiding. Deze is onontbeerlijk om artsen op te leiden tot een excellent niveau. Binnen de stage dient er plaats te zijn voor minstens een tussentijds en een eindgesprek ter evaluatie van de stagiair. Optimaal worden in dit gesprek de bevindingen van de stagemeeester/stageplaats getoetst aan een kritische zelfreflectie van de stagiair. Zo kan de student tot nieuwe inzichten komen en zijn niveau verder opkrikken doorheen zijn verdere opleiding.

7. ERKENNING VAN DE STAGEPLAATSEN

Om de stage zo optimaal mogelijk te laten verlopen, is het noodzakelijk dat de stage plaatsvindt op een degelijke stageplaats. Er moeten garanties zijn dat de activiteiten van de stageplaats voldoende omvangrijk en verscheiden zijn, zodat de stagiair kan kennismaken met een groot aantal verschillende ziektebeelden, onderzoeken en ingrepen. De universiteit speelt hierin een belangrijke rol.

8. KWALITEITSCONTROLE

Om de kwaliteit van de stages en stageplaatsen te kunnen waarborgen, is er nood aan een systematische evaluatie. De overheid zou daarom elke geneeskundefaculteit moeten opdragen om te voorzien in een evaluatie van bovenstaande criteria. Dit gebeurt echter al in de meeste faculteiten.

Specifiek zouden volgende aspecten zeker bevroegd moeten worden:

- Invulling van de stage
- Praktische organisatie op de stageplaats
- Begeleiding door de stagemeeester
- Kwaliteit van de stageplaats, met inbegrip van het medisch aanbod

We pleiten ervoor dat elke faculteit de mogelijkheid krijgt zelf deze evaluatie te organiseren, zoals nu reeds het geval is, om naast de criteria die opgelegd worden door de overheid, ook andere zaken te bevroeden waaraan ze belang hecht. Bij deze evaluatie is het noodzakelijk dat alle stagiairs bevroegd worden. Vanzelfsprekend moet op elk moment de anonimiteit van de stagiair gewaarborgd zijn. Op deze manier worden zowel de stages, de stagemeeesters, als de stageplaatsen optimaal beoordeeld en kan er, indien nodig, tijdig bijgestuurd worden.

De resultaten van deze bevestigingen dienen openbaar te zijn voor studentenvertegenwoordigers en besproken te worden op de verschillende opleidingscommissies. Deze bevestigingen dienen doorheen het academiejaar gehouden te worden om kort op de bal te spelen.

“

In een van de vorige edities van het charter van het Vlaams Geneeskundig StudentenOverleg, pleit het VGSO voor de invoering van de master na master (ManaMa) om zo de vervolgopleiding te academiseren. Er werd gehoopt op die manier de vervolgopleiding meer te structureren en de kwaliteit nog te verhogen.

In 2010 werd de master na master in de specialistische geneeskunde hals over kop ingevoerd. Dit zorgde voor heel wat commotie, zowel bij de assistenten als bij de beroepsverenigingen. Na de laatste visitatie¹¹ bleek deze commotie niet geheel onterecht. Drie van de vier opleidingen kregen een onvoldoende op hun bord voorgeschoteld. Verder werd in 2014 deelname aan de ManaMa specialistische geneeskunde verplicht om als arts-specialist erkend te worden.

Het VGSO is nog steeds van mening dat de academisering van de vervolgopleiding onder de vorm van een ManaMa een meerwaarde kan bieden.

De huidige invulling van de ManaMa dient echter geoptimaliseerd te worden.

In eerste instantie dient er over gewaakt te worden dat er geen overlap is met de basisopleiding. De vervolgopleiding kan geen surrogaat zijn van het wegvallende zevende jaar. In de huidige invulling voelen heel wat studenten de behandelde onderwerpen aan als herhaling (vb. EBM).

Daarnaast adviseert het VGSO de ManaMa meer specifiek in te vullen en meer gericht naar de specialisatie waarvoor de assistent in opleiding is.

Het VGSO ziet in de ManaMa een grote opportuniteit om interuniversitair kennis en expertise uit te wisselen. Op dit niveau zou onzes inziens verschillende onderwerpen interuniversitair gedoceerd kunnen worden opdat de ManaMa meer uniform zou worden. Hiervoor is interuniversitair overleg waarbij studenten van de basis –en vervolgopleiding betrokken worden van bijzonder groot belang.

De laatste visitatie bracht -zoals hierboven reeds aangehaald - vele problemen binnen de opleidingen aan het licht. Deze dienen op korte termijn opgelost te worden via specifieke maatregelen, in overleg met de arts-specialisten in opleiding. Ook vandaag zorgt de ManaMa voor vele frustraties bij de ASO's waar de universiteiten niet blind voor mogen zijn.

¹¹ http://www.vluhr.be/media/docs/VLUHR_special_geneesk_web.pdf

Het VGSO pleit tevens voor een grotere integratie van de ManaMa en de beroepsopleiding. Deze dienen beter op elkaar afgestemd te worden. Het afstemmen van beide programma's is noodzakelijk, voorkomt overlap, dubbel werk voor de student/assistent en streeft naar een hogere efficiëntie van inzetten van beroepskrachten (zoals bijvoorbeeld het gelijkstellen van portfolio en stageboekje).

Het VGSO vindt het noodzakelijk dat er een naadloze overgang is van de basisopleiding naar de vervolgopleiding. In de basisopleiding ervaart het VGSO een tekort aan informatie omtrent de vervolgopleiding. Studenten dienen van bij het begin geïnformeerd te worden over het derde luik van de opleiding. Daarnaast is het belangrijk dat vanaf de masterjaren de student gradueel in contact komt met informatie over de ManaMa.

Een groot probleem binnen de huidige vervolgopleiding is het grote gebrek aan beschermde tijd om zich met de opleiding te kunnen bezighouden. Assistenten vinden door hun grote klinische opdracht als arts onvoldoende tijd om op een adequate manier deel te nemen aan de ManaMa. Het VGSO pleit er enerzijds voor de assistenten de kans te geven om de lessen te volgen waarvoor zij ingeschreven zijn en bijgevolg vrijgesteld worden van de klinische taken. Anderzijds pleit het VGSO ervoor dat er binnen de klinische opdracht naast de lestijden er tevens ruimte wordt gecreëerd om aan wetenschappelijk werk te doen en opdrachten van de vervolgopleiding uit te voeren (na de lestijden).

Toezicht op de werkbelasting van de assistent is hiervoor bijzonder belangrijk. Het VGSO pleit voor een gedegen controle op de werkbelasting van de assistenten zoals deze bepaald wordt door de wet op de arbeidsduur.

Tot slot wenst het VGSO ervoor te pleiten dat het inschrijvingsgeld dat door de ASO betaald wordt aan de universiteit alle soorten van onderwijs en vorming omvat. Het inschrijvingsgeld dient niet enkel de reguliere lessen te omvatten aangeboden in de ManaMa zelf, maar eveneens opleiding gebonden wetenschappelijke navorming.

Sinds 2014 maakte de federale overheid de weg open naar een erkenning van verschillende alternatieve geneeswijzen. De verschillende kamers die dit dossier voorbereidden lieten zelfs een ballonnetje op over de toegang van deze niet-conventionele praktijken in de eerstelijnsverzorging en de mogelijkheid dat beoefenaars van deze weinig wetenschappelijk onderbouwde vormen van zorg medische beeldvorming en andere onderzoeken konden aanvragen. Als toekomstige artsen zijn we met het VGSO niet te vinden voor deze erkenning van o.a. homeopathie, osteopathie, chiropraxie en acupunctuur.

Volgens de huidige stand van de wetenschap hebben al deze praktijken niet meer werkzaam effect dan het placebo-effect¹². De enige uitzondering hierop is de beperkte evidentie voor het voordeel van de manipulatieve osteopathie als complementaire behandeling voor lage rugpijn waar het beter scoort dan placebo. Het erkennen en terugbetalen van niet bewezen handelingen is niet alleen een extra gewicht op de reeds zuchtende gezondheids- en sociale zekerheidsbudgetten, het bestendigt ook een tendens die in se een gevaar voor de volksgezondheid vormt. Het uitblijven van een correcte diagnose en adequate behandeling brengt niet zelden de patiënt in gevaar doordat die niet de toegang tot de juiste zorgen vindt op het juiste moment.

In elke sector van de medische en paramedische beroepen moet worden gestreefd naar een degelijke wetenschappelijke onderbouwing van diagnose en behandeling, om een kwaliteitsvolle gezondheidszorg te garanderen waar de patiënt centraal staat. Des te meer vormt het aanvragen van radiografie door personen zonder adequate onderbouwing wat betreft indicaties voor medische beeldvorming een belangrijk risico naar schadelijke straling voor de patiënt. Bij gebrek aan medische kennis of ervaring zal men de onderzoek risico's niet verantwoordelijk kunnen afwegen ten opzichte van de winst die men erop maakt onder de vorm van informatie voor diagnose of behandeling. We kunnen ons aldus helemaal niet vinden in de huidige ontwikkeling waarin alternatieve geneeswijzen naast de huidige geneeskunde worden geplaatst en een plek zouden krijgen in de eerstelijns-geneeskunde.

¹² De Gendt T, Desomer A, Goossens M, Hanquet G, Léonard C, Mertens R, Piérart J, Robays J, Roberfroid D, Schmitz O, Vinck I, Kohn L. *Stand van zaken van de homeopathie in België - synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 154A. D/2011/10.273/16.*

Ook het opnemen van deze verschillende niet-conventionele praktijken binnen erkende opleidingen aan de verschillende universiteiten is voor het VGSO een niet te betreden pad. Het VGSO pleit voor opleidingen binnen de zorg gebaseerd op een sterk wetenschappelijke achtergrond waar evidence-based werken een prominente plaats inneemt.

Met het Vlaams Geneeskundig StudentenOverleg hebben we al heel wat bereikt maar de doelstellingen voor de komende jaren zijn duidelijk. Vanuit het VGSO gaan we ons actief blijven inzetten om het contingent te behouden en verder te optimaliseren via het toelatingsexamen, dit in dialoog met de begeleidingscommissie en de verschillende overheden. Verder gaan we ons actief blijven verzetten tegen de RIZIV 000-nummers. Deze zijn een doorn in het oog van onze uitstekende gezondheidszorg door zijn connotatie naar tweederangs geneeskunde. Ook zullen we ons blijven verzetten tegen het erkennen, laat staan terugbetalen, van alternatieve geneeswijzen.

Zowel het wettelijke als sociale kader van de stages binnen de basisopleiding en vervolgopleiding blijft een punt waarover we mee zullen waken. We zullen ook actief het voorstel steunen voor de creatie van een onafhankelijke gecentraliseerde VZW bij de arts-specialisten in opleiding. Als laatste zullen we de universiteiten blijven aansporen om het volledige contingent op te vullen en te respecteren want dit gebeurt momenteel onvoldoende.

Dit besluit in acht genomen zouden we veel van deze elementen willen overkoepelen door onze globale focus te leggen op de dubbele cohorte van het academiejaar 2017-2018 die binnen 730 dagen van start gaat!

Dit alles willen we uitvoeren door proactief en constructief samen te werken met universiteiten, ziekenhuizen en de overheden.