

Hospinews Focus :

Gesprek met de hoofdgeneesheer van het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola, Dr. Abdallah Kanfaoui.

November 2012

Interview door: Emmanuelle Vanbesien

Vertaald door : Caroline Claeys

Uitgever: Hospichild.be / vzw cmdc-cdcs asbl

Dit betreft een artikel onder voorbehouden rechten op basis van de licentie Creative Commons Auteurschap – Geen commercieel gebruik – Geen wijziging - 2.0 België (CC BYNC-ND 2.0).

U mag:

* dit artikel kopiëren, verspreiden en openbaar maken

Onder de volgende voorwaarden :

* Auteurschap — U moet de naam van de originele auteur vermelden op de wijze aangeduid door de auteur van het werk of door de rechthebbende die u de toestemming geeft (maar niet op een wijze die suggereert dat ze u steunen of het gebruik van de creatie goedkeuren).

* Geen commercieel gebruik — U mag deze creatie niet aanwenden voor commerciële doeleinden.

* Geen wijziging — U mag deze creatie niet wijzigen, veranderen of aanpassen.

Voor aanvragen tot verspreiding die niet onder deze voorwaarden vallen moet u mailen naar evanbesien@hospichild.be

Het bekende openbare ziekenhuis voor kinderen Koningin Fabiola kreeg recent een nieuwe hoofdgeneesheer, als opvolger van Dr. Thierry Schurmans, die andere functies opnam. Het was voor Hospichild de gelegenheid om de gesprekken verder te zetten met leidinggevenden in de Brusselse pediatrie en hen naar hun mening te vragen over de evoluties in de sector. Brussel kent de laatste jaren een sterk stijgend geboortecijfer, de multiculturaliteit neemt toe en de ziekenhuizen moeten zich aanpassen aan die nieuwe realiteit. Tegenover de culturele rijkdom staan de vele moeilijkheden waarmee families die in een grote stad leven geconfronteerd worden. Te beginnen met de gezinskern die absoluut niet meer dezelfde betekenis heeft als 20 jaar geleden. Ook de evoluties inzake het gebruik van internet verplicht de ziekenhuizen om zich aan te passen. Mensen zoeken vaak eerst informatie via internet op vooraleer ze naar de arts gaan, artsen zijn actief op sociale netwerken, men twittert, men blogt, er wordt informatie uitgewisseld, er zijn raadplegingen via internet... Sociale normen en technologieën veranderen aan een snel tempo, het beroep ook.

We hadden een gevarieerd gesprek met de hoofdgeneesheer van het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola, Dr. Abdallah Kanfaoui, een pediater die zich op het kruispunt bevindt van medische traditie, multiculturele rijkdom, wetenschappelijke vooruitgang en het beheer van een groot ziekenhuis.

Ik begin met een voor de hand liggende vraag. Hoe bekijkt u de evolutie van de pediatrie van de laatste jaren?

Dr. Abdallah Kanfaoui: Ik zal beginnen met een boutade: mijn oudere collega's en voorgangers hebben het blijkbaar niet slecht gedaan, getuige het feit dat de meeste kinderen die ze behandeld hebben ondertussen volwassen zijn geworden...[gelach]. Ernstig nu, wat bijvoorbeeld veranderd is, is de kennis van zeldzame ziekten. Er is een overvloed aan kennis, de genetica is beter gekend, de behandeling van ziekten verbetert voortdurend, in ieder geval toch in de meeste Europese landen. Wat ook belangrijk is, is de globale behandeling van de patiënt, die vandaag meer betrokken is bij zijn eigen eigen behandeling. En ook op het vlak van de erkenning van het kind is er heel veel veranderd.

Een kind wordt vandaag als een volwaardig menselijk wezen aanzien?

Dr. A.K.: Ja, dat klopt. Het kind heeft nu rechten. Dat is een revolutie. Zeker wat het lijden van het kind betreft. We hebben geleerd te beseffen dat het kind pijn heeft, dat het lijdt, dat is niet evident. Vroeger was de aanpak anders, het kind leed niet. Een volwassene kan zijn pijn uitdrukken, terwijl een kind alleen maar kan wenen. Sindsdien is er veel denkwerk gebeurd en in het kader van het "Nationaal Project Acute Pijn bij Kinderen" werden er in de ziekenhuizen cellen opgericht die zich bezighielden met de pijn van kinderen. Recent is ook het besef gegroeid dat het kind ook behoefte heeft aan specifieke palliatieve zorgen. Er werd daarom een mobiele cel voor intra- en extramurale palliatieve zorgen opgericht. Ik denk dat dit een belangrijke erkenning inhoudt van de waardigheid van het kind. Die evolutie is ondersteund geweest door langdurig wetenschappelijk onderzoek die de observaties van het verzorgend personeel hebben gestut en hen hebben bijgestaan in deze globale visie.

Heeft internet invloed uitgeoefend op de manier waarop artsen zich bijscholen?

Dr. A.K.: Ja, in die zin dat we informatie kunnen uitwisselen binnen de netwerken tussen de ziekenhuizen en dat we toegang hebben tot verschillende medische sites waar wetenschappelijke artikels te vinden. Dat stelt ons in staat op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen.

Er bestaan ook vormingen binnen de ziekenhuizen, de zogenaamde "grote omlopen". Het gaat dan over specifieke onderwerpen die worden behandeld door specialisten van onze eigen instelling of van over de hele wereld. En we staan natuurlijk ook in contact met universiteiten, vermits de opleiding van toekomstige artsen-specialisten tot onze opdracht behoort. De instelling moet dus aan strikt academische criteria beantwoorden inzake onderzoek en publicaties om aan de definitie van een universitair opleidingscentrum te voldoen.

Behoorlijk veel jonge artsen zijn amateurs van "Twitter" waarmee korte berichtjes naar contacten en relaties kunnen verstuurd worden. Wat denkt u daarvan?

Dr. A. K.: Ik ken het zelf niet zo goed maar het is een vrij recent fenomeen dat je als volgt zou kunnen verklaren: "in mijn zelfstandige praktijk sta ik niet langer alleen, ook al werk ik alleen". We zijn er altijd voorstander van geweest om ontmoetingen en discussies tussen collega's te bevorderen. Maar ik denk dat die ontmoetingen, wetenschappelijk en sociaal gezien, van betere kwaliteit zijn als ze rechtstreeks plaatsvinden. Als de communicatie via sociale netwerken gebeurt, dan is het probleem eigenlijk, denk ik, dat er steeds minder tijd is. Men heeft geen tijd meer om de anderen te zien, en dan doet men het maar via de virtuele weg. Het is wellicht een weerspiegeling van wat zich in de maatschappij voordoet, met alle gevolgen van dien voor de openbare gezondheid.

Een ander gevaar is dat die sociale netwerken toegankelijk zijn voor iedereen en dat het medische geheim zou worden aangetast. De patiënt die de berichten zou lezen, zou het gevoel kunnen krijgen dat zijn integriteit niet wordt gerespecteerd, dat hij gebruikt wordt.

En wat denkt u van de consultaties via internet?

Dr. A.K.: In sommige landen zijn de consultaties via telefoon of via internet betalend geworden. Gezien de geneeskunde geen exacte wetenschap is, is het stellen van een diagnose bij een patiënt die voor u zit op zich al vrij complex. Het risico wordt nog groter als dit vanop afstand gebeurt. Een diagnose stellen via internet, zonder de patiënt te zien en te onderzoeken, dat beschouw ik niet meer als geneeskunde.

Wat is uw mening over de specifieke competenties van pediaters?

Dr. A.K.: We willen niet verder blijven werken zoals de voorbije decennia. Als er zich een probleem stelde dat buiten de algemene pediatrie viel, dan moesten we beroep doen op een geneesheer-specialist die geen enkele pediatrische opleiding had. Om de kwaliteit van de pediatrische geneeskunde te verbeteren, hadden wij behoefte aan mensen binnen onze sector die zich specialiseerden voor specifieke pathologieën. De inspanningen die gedurende jaren door collega's en beroepsorganisaties gedaan werden om gehoor te krijgen voor onze eisen, beginnen vruchten af te werpen. Het gaat om een erkenning van de verschillende pediatrische competenties. Men wil de pediatrie als een samenhangend geheel behouden. In de interne geneeskunde, bij de volwassenen, is men zich te veel gaan specialiseren, en nu wordt men er zich van bewust dat er geen algemene internisten meer zijn. Vandaag moet men dus opnieuw deze benadering van dit specialisme stimuleren.

Wat voor ons belangrijk is dat is dat de pediater een algemene pediater blijft die de totaliteit van het kind kan begrijpen en die toch over de specifieke en precieze competenties van zijn specialisme beschikt. Hij/zij moet de kennis over de interne geneeskunde van het kind blijven behouden. We moeten ook de mogelijkheid hebben om pediaters op te leiden voor specifieke competenties. De erkenning en waardering van hun werk door de beleidsinstanties is ook belangrijk opdat het beroep zou gevaloriseerd worden.

Een pediater nefroloog bijvoorbeeld, van wie het advies gevraagd wordt door een andere pediater, kan zijn tussenkomst niet aanrekenen op basis van een specifieke code, in tegenstelling tot een nefroloog voor volwassenen. Men beschouwt dit dus als een dialoog tussen twee pediaters. Anderzijds staan een hele reeks specifieke competenties op het punt erkend te worden, zoals de neuropediaters, de hemato-oncologen en de cardio-pediaters. De onderhandelingen op niveau van het RIZIV zijn lopende en de zaken gaan in de goede richting.

De relatie van de pediater met de patiënt verloopt ook via de ouders. Is er in die driehoeksrelatie een specifieke vorm van communicatie vereist?

Dr. A.K.: Het gaat minimaal om een driehoeksrelatie! Alleen al op het niveau van het gezin zijn er verschillende betrokkenen: de papa, de mama, soms ook de grotere broer die helpt bij de vertaling want er is vaak een taalprobleem, soms ook de grootouders of een nicht. Als de familiesituatie nog complexer is dan kunnen er zelfs nog meerdere betrokkenen zijn, de vader en de schoonmoeder, soms ook een maatschappelijk werkster in het kader van jeugdzorg of bijzondere jeugdbijstand. Het gaat dus om een communicatie met uiteenlopende betrokkenen die veel meer tijd vraagt. De tijd die we aan communicatie besteden maakt deel uit van de kwaliteitsvolle relatie met de patiënt en draagt ertoe bij dat hij/zij de best mogelijke zorgen verkrijgt. En met zorgen bedoel ik zowel de strikt medische als de psychosociale zorg. De tijd die besteed wordt aan communicatie wordt echter niet gevaloriseerd. Ik wil benadrukken dat het hier niet gaat om een louter financiële kwestie. Maar ik vind dat de instellingen en de personen die hun beroep uitoefenen, via een structurele financiering de mogelijkheid moeten krijgen om de best mogelijke zorgen te blijven verstrekken met de hulp van een structurele financiering. De tijd die nodig is verschilt van persoon tot persoon. Soms wordt de diagnose onmiddellijk begrepen, maar het gebeurt ook dat een persoon de diagnose niet kan aanvaarden. In dat geval is er nog meer tijd nodig, omdat het multidisciplinaire team moet tussenkomen, en omdat de dialoog terug moet opgenomen worden met de patiënt en zijn omgeving. Sommige adolescenten weigeren de ziekte te aanvaarden: "Ik wil het niet weten, de geneesheer is er om mij te helpen!"

Maakt men in feite een onderscheid tussen kinderen en adolescenten in het ziekenhuis?

Dr. A.K.: We proberen een vloeiende overgang te regelen tussen de opvang van kinderen en adolescenten naar de opvang van volwassenen, door een gecombineerde consultatie te organiseren tussen de pediater die het kind opvolgt en de arts voor volwassenen. Het is zeer belangrijk om hiervoor tijd uit te trekken opdat het kind, dat tot dan toe enkel de pediater heeft gekend, de nieuwe therapeut accepteert en er een vertrouwensrelatie mee aangaat. Het is des te belangrijk in het kader van een chronische pathologie die een zware impact heeft op het leven. Maar we delen de kinderen niet noodzakelijk in leeftijdsgroepen in. Een kind dat in het ziekenhuis komt moet tijdens zijn ziekte zoveel mogelijk kunnen evolueren zoals in zijn natuurlijk milieu, met kinderen van alle leeftijden, net zoals op een speelplein, op school. Het is dus niet nodig om schermen op te stellen. Anderzijds bestaan er wel afdelingen waar baby's behandeld worden die afgeschermd zijn van de andere kinderen omwille van heel specifieke pathologieën zoals bronchiolitis.

Kunt u ons wat uitleg geven over de rol van hoofdgeneesheer die van buitenaf bekeken zeer verscheiden en complex lijkt?

Dr. A.K.: Er zijn eerst en vooral verschillende relationele aspecten: tussen de artsen onderling, tussen de arts en de patiënt, tussen de artsen en de andere beroepskrachten binnen de instelling, waarbij de hoofdgeneesheer als bemiddelaar optreedt. En er is natuurlijk ook de rol van vertegenwoordiger van de instelling naar de buitenwereld toe. Er zijn ook de verschillende commissies waaraan men moet deelnemen: het medico-farmaceutisch overleg, de commissie voor zwaar medisch materiaal, de internetcommissie etc. De hoofdgeneesheer neemt ook deel aan sommige vergaderingen van de Medische Raad. Maar de hoofdgeneesheer blijft natuurlijk arts en ziet zijn patiënten. Nogmaals, het is een kwestie van het beheer van die fameuze tijd...[gelach].

Ik heb in de pers gelezen dat de Marokkaanse gemeenschap in Brussel verheugd was bij uw aanstelling als hoofdgeneesheer. Denkt u dat dit een invloed kan hebben op toekomstige roepingen?

Dr. A.K.: Mijn familie was werkelijk verheugd. En meerdere mensen zijn me komen feliciteren. Voor hen is het een bewijs dat de immigrant kan slagen in een maatschappij die aanvankelijk de zijne niet was, dat hij ermee in harmonie kan leven en met zijn volle bewustzijn in die maatschappij kan functioneren. Discriminatie bestaat en zal altijd blijven bestaan, maar je kan er komaf mee maken. Voor mijn ouders en de mensen van hun generatie was naar België komen op zich al moeilijk, want ze hadden een dubbele last te dragen. Hun culturele achtergrond en de cultuur waarin ze terecht kwamen. Daarna komen de kinderen met hun eigen cultuur. Je moet al die elementen zien te verenigen, je moet met drie culturen omgaan, dat is allesbehalve gemakkelijk. De mengeling van dat alles creëert een nieuwe hybride, het is geen vermenging van twee culturen. De gevoelens van verwantschap met de twee culturen verstrengelen zich en vormen een derde originele dimensie. Vandaar misschien ook mijn belangstelling voor verschillende artistieke expressies...En wat de bemiddeling betreft? [gelach] De ouders die op consultatie komen zijn zeer blij, ik hoor hun kinderen zeggen dat ze ook arts willen worden. Als kind zag ik de 11.11.11 actie als een voorbeeld, het heeft me gemotiveerd om arts te worden. Ik hoop dat ik op mijn beurt hetzelfde enthousiasme kan overbrengen op andere kinderen.

Hospichild bedankt u en wenst u verder veel succes!

Interview afgenomen door Emmanuelle Vanbiesen, coördinatrice van Hospichild.be.

Vertaling naar het Nederlands: Caroline Claeys