

# VMMV - BERICHTEN

## TE WEINIG HUISARTSEN EN NU OOK TE WEINIG SPECIALISTEN.



Bij de oprichting van het VMMV was een van de belangrijkste uitgangspunten het uitschrijven van een onafhankelijke visie over het te voeren Vlaams gezondheidszorgbeleid en de uitwerking ervan ook mee ondersteunen.

Men wenste een positieve nota te maken over hoe de gezondheidszorg in onze regio er zou kunnen uit zien, bevrijd van het Belgische keurslijf, maar ook niet vervormd door de vaak doorwegende beroepsverdedigende reflexen.

Nog voor “Evidence Based Medicine” hier op de markt was, bestond de wens om aan de hand van wetenschappelijke gegevens het gezondheidszorgbeleid uit te tekenen en te formuleren. Er werden ook meerdere studiedagen en symposia georganiseerd die deelgebieden van de totale visie op gezondheidszorg onder de aandacht brachten.

Met de beroepsverdediging is natuurlijk niets mis zolang zij een heldere visie op de gezondheidszorg niet in de weg staat. De zorgverstrekkers hebben immers de plicht te waken over de condities van hun beroepsuitoefening waarbij ondermeer een rechtmatige verloning centraal staat.

Maar wie of wat bepaalt nu of er teveel of te weinig artsen zijn. Velen voelen zich geroepen om hierover een mening te verkondigen maar hun achtergrond bepaalt vaak hun uitspraak. Ook de federale planningscommissie die hierover tweetalige studiedagen organiseert met Engelstalige uitnodiging wordt niet gehinderd door enige partijdigheid.

### TE WEINIG HUISARTSEN

Een decennium geleden verscheen een studie die stelde dat pas tegen 2050 het probleem van het overtal aan huisartsen zou zijn opgelost. Rond de eeuwwisseling stelde de planningscommissie dat in Vlaanderen de eerstkomende jaren steeds een overschot aan artsen op de markt zou komen en zij stelde zelf alternatieve paden voor om deze overtollige artsen werk te brengen.

Meer recent verschijnen nu weer verhalen uit de academische hoek die een nakend dramatisch tekort aan huisartsen voorspellen. Dit wordt geïllustreerd door ontmante wachtdiensten en in het bijzonder door te weinig huisartsen in arme gebieden in steden en op het platte land en dit zowel in Vlaanderen als in Wallonië.

Men heeft het daarbij nu over de veroudering van de huisartsenpopulatie, de vervrouwelijking van het beroep, de vlucht naar het buitenland en de totaal opgebrande artsen. Maar ook in de opleidingskanalen tot huisarts is geen volk meer aanwezig en met name het ICHO loopt leeg.

Volgens de bekende partij-ideologen is het met de huisartsgeneeskunde gedaan. Het negatief imago en de karige vergoeding zouden de voornaamste oorzaken zijn.

Toch is dit maar één beeld dat voorgesteld wordt. Aan de universiteit groeit het aantal studenten geneeskunde immers met felle sprongen en ook de kandidaten huisartsen in de laatste jaren van de basisopleiding groeien fel aan.

Dat een aantal voorvallen binnen de beroepsgroep niet al te fraai in de media kwamen doet het profiel van de huisartsen inderdaad geen goed. Maar de harde kern die wel in het vak gebleven is, en met groot enthousiasme het vak uitoefent, slaagt er langzaam maar zeker in de tendens te veranderen. Positieve beeldvorming blijkt zowaar de voornaamste reden om jongeren aan te zetten om huisarts te worden.

Zij werken zeker nooit meer zo hard als de generatie die nu pensioengerechtigd is, maar zij staan wel even gedreven in het artsleven, zijn behoorlijk onderbouwd en hebben leren werken in samenspraak. Neem gerust aan dat er met huisartsgeneeskunde niets mis is en dat de aankomende generatie dit ook weet. De patiënten kunnen er gerust in zijn.

## **TE WEINIG SPECIALISTEN**

Toen ik vijfendertig jaar geleden in de praktijk ben gestapt waren er in het lokale ziekenhuis welgeteld tien specialisten aan de slag. De patiënten lagen op zaal en daar vond je zowel een stervende ouderling, naast een zieke baby en een zwaar slachtoffer van een verkeersongeval. Je wandelde toen rechtstreeks de operatiezaal binnen en de chirurg was wat blij indien je een handje kwam toesteken, ook al was de steriliteit niet steeds de eerste zorg.

Voor een huisbezoek ontvingen wij toen +/- 80 BF (= € 2) en voor een consultatie rekende wij +/- 60 BF (€ 1.50) en wij zagen +/- 200 mensen per week. Dat was het leven zoals het was.

Nu telt dit ziekenhuis tussen de negentig en de honderd specialisten en dan stelt men dat er specialisten te kort zijn!?

Zijn de mensen dan zoveel zieker en zorgenbehoevend geworden? Vroeger moesten wij haast elke nacht één of meerdere keren het bed uit en nu is dit een grote zeldzaamheid geworden.

In die tijd hadden wij natuurlijk weinig performante medicaties en nu hebben wij schitterende medicijnen.

Nu zijn er prachtige rust- en verzorgingstehuizen en is de preventieve geneeskunde mooi uitgebouwd.

Waar komt dit tekort aan specialisten dan vandaan?

Sommigen beweren dat het de schuld is van de universiteiten die teveel studenten opleiden om hun laboratoria en universitaire ziekenhuizen te bevolken. Wanneer men de wachttijd bekijkt die voor sommige onderzoeken en specialisten gelden zou men inderdaad geneigd zijn om aan te nemen dat er echte tekorten bestaan.

Maar kan het ook zijn dat het teveel aan artsen gezorgd heeft voor enige medicalisering en dat steeds meer mensen met steeds meer “klachten” naar het ziekenhuis trekken.

Nog steeds wandelt de patiënt ongestraft van de ene specialist naar de andere en gebeurt dubbel of herhaald onderzoek aan de lopende band.

Heel wat artsen hebben een goede patiëntenbevraging en een degelijk klinisch onderzoek vervangen door zeer uitgebreide beeldvorming en invasieve exploratie.

Ergens moet waarschijnlijk een grens gesteld worden en het is weer de beroepsgroep zelf die het slechtst geplaatst is om deze mee te bepalen en te bewaken.

## **VVMV OF EEN ANDERE INSTELLING**

Samen werkt, of samen sterk of samen praten, zoals vaak de moderne leuzen stellen. Wij moeten in Vlaanderen met enige deskundigheid ter zake een voorstel kunnen uitwerken, want zo kan het niet meer.

De tweede lijn is vaak verworpen tot een shopping center waar elkeen kan krijgen wat hij/zij wil.

Enige regeling is noodzakelijk en de huidige nomenclatuur is aan bijstelling toe. Interdisciplinair overleg en transmurale zorg kunnen veel goed maken. Dit heeft Vlaanderen snel nodig.

VVMV kan hier een belangrijke rol spelen indien voldoende wetenschappelijke verenigingen gevonden worden om dit probleem op een serene manier aan te pakken. De beroepsgroepen alleen zijn teveel betrokken partij en de overheid kent het terrein en de noden onvoldoende.

Multidisciplinair overleg, ook met de zorgverstrekkers uit de eerste lijn en de verzekeraars is hier dringend nodig.

Chris Geens

### De huidige toestand

Het Verbond van Vlaamse Medisch Wetenschappelijke Verenigingen verkeert momenteel in een periode van rust en wacht af hoe de huidige staatsstructuur zich verder ontwikkelt alvorens nieuw activiteiten te organiseren.

Persoonlijk hadden wij graag wat meer dynamiek gezien maar de ledenverenigingen van het Verbond zijn geen vragende partij op dit moment om initiatief te nemen.

Collegae, die het kunnen weten, stellen dat eens het homogene bevoegdheidspakket voor de gezondheidszorg naar de gemeenschappen gaat, heel wat verenigingen vragende partij worden om samen overleg te organiseren en tot actie over te gaan. Afwachten is dus de boodschap.

Intussen blijft de federale overheidsdienst “Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu” erg actief en lanceert campagnes aan de lopende band vanuit het “Directoraat Generaal organisatie Gezondheidszorg voorzieningen”. Onder de Engelstalige lettergroep BAPCOC, die staat voor “Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee”, ontvingen alle huisartsen een bruine briefomslag met tweetalig opschrift. Binnenin steekt een reeks zwarte folders (echt waar) die waarschuwen tegen overmatig antibiotica gebruik, een preventiecampagne dus. Achteraan de folder staat te lezen dat dit een initiatief is van de FOD volksgezondheid met de steun van de Franse en de Duitse Gemeenschap; Vlaanderen deed blijkbaar niet mee en dus niet meer dan logisch.

Preventie is natuurlijk gemeenschapsmaterie en Vlaanderen is daar goed in. Het Franstalige landsgedeelte verdeelde de toegewezen gelden op een andere manier en preventie kwam niet van de grond en zo betaalt de Vlaming weer het federaal gelag en sponsort mee de nationale preventie die er eigenlijk niet meer is.

En alsof het geld echt niet op kan, besteedde de FOD nadien nog een evaluatie van de campagne uit waarbij artsen beloond werden met een kistje wijn voor deelname aan de enquête. Dit heeft ruim de pers gehaald omdat de FOD Domus Medica, dat zwaar federaal gesponsord wordt, onder druk zette om de adressen van de huisartsen uit de lok-groepen aan het onderzoeksbureau door te spelen, en u raadt wie hiervan weer de prijs betaalde.

En men volhardt in de boosheid want minder dan een maand voor de verkiezingen was het de beurt aan “Directoraat Generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer” om haar Directeur Generaal aan (alle?) artsen een nota te laten bezorgen rond preventieve maatregelen bij mogelijke hittegolf tijdens de komende zomer. Je reinste bevoegdheidsoverschrijding dus.

Van het bestaan van een homogeen bevoegdheidspakket verwachten wij dat er overleg komt tussen de verschillende artsen en medische beroepen om dergelijke campagnes op gemeenschapsniveau te regelen en dat met voldoende wetenschappelijke onderbouw. Nu gooit de FOD veel geld over de balk en sleurt Vlaanderen mee naar de grauwe middelmaat.

### Wat kan beter?

Gezondheidszorg moet als een homogeen bevoegdheidspakket op het juiste niveau aangestuurd en gefinancierd worden terwijl van bij de start controle- en evaluatiemiddelen ingebouwd worden.

Interdisciplinaire afstemming is hierbij legio en via de organisatie van transmurale zorg komt er ook zeker meer transparantie!

Enkele voorbeelden:

#### 1. Zorgen in RVT

De CM studie uit 2004 is nog goed bekend waarbij onder meer zeer grote verschillen per regio werden vastgesteld betreffende het medicatie-verbruik. Het gaat duidelijk om ondoelmatig voorschriftgedrag wat leidt tot een belangrijke en vermijdbare meerkost.

RVT is nu wel het schoolvoorbeeld waarbij beleid van federaal en regionaal door elkaar lopen en waarbij soms de ene normeert en de andere controleert.

Intussen hebben steekproeven aangetoond dat het voorschrijfgedrag van Vlaamse artsen in RVT verder gunstig evolueert. De opleidingssessies waar huisartsen, geriaters en palliatieve artsen samen aan deelnemen tonen de weg hoe de zorg voor het levenseinde in Vlaanderen verder kan evolueren. Mits duidelijke financiële afspraken kan ook de Franstalige gemeenschap van dit initiatief genieten. Maar wie in het zuiden van Brabant en de Rand woont en werkt komt in contact met de levens en werkstijlen in Vlaanderen, Brussel en Wallonië. En daar bestaan inderdaad meetbare verschillen.

## 2. Aanpak van drugsverslaving

Het is bekend dat er een belangrijk verschil bestaat in het voorschrijven van methadon als vervangingsmiddel voor drugsverslaafden tussen de beide landsdelen.

Vlaanderen koos sinds jaren voor interdisciplinaire centra met veel psychologische begeleiding waar in een veilig kader kan worden voorgeschreven en opgevolgd.

In het zuiden van het land zijn het vooral individuele artsen die methadon voorschrijven. Deze problematiek is reeds lang bekend, maar toch was het even schrikken toen op de FOD onofficiële cijfers rondgingen. Er zouden in dit land +/- 10.000 mensen op regelmatige wijze methadon krijgen voorgeschreven waarvan slechts 20 % in Vlaanderen en dus 80 % in het Franstalige landsgedeelte verblijven. Indien deze gegevens juist zijn, bestaat er zeker een verschil in aanpak en waarschijnlijk een verschil in resultaat ervan.

Zou de interdisciplinaire gecentraliseerde aanpak de goede zijn voor heel het land? Dit is natuurlijk moeilijk te zeggen. Maar deze toestand bestaat reeds meer dan tien jaar en de cijfers schuiven echt niet naar elkaar toe. Ook hier wil Vlaanderen van de eigen ervaring delen en het landsgemiddelde daarbij verbeteren. Meer de eigen gang kunnen gaan betekent ook de ander beter en gericht kunnen helpen.

## CEBAM

Het Belgisch centrum voor Evidence Based Medicine (CEBAM) bestaat vijf jaar. De federale overheid financiert "The Belgian Branch of the Cochane Collaboration" dat deel uitmaakt van het internationaal netwerk van Cochane Centres. De belangrijkste doelstelling van deze organisatie is de kwaliteitszorg voor de gezondheidszorg verhogen door beter afstemmen van klinisch wetenschappelijk onderzoek op de dagelijkse klinische praktijk.

Dit Belgisch Centrum is gevestigd aan de K.U.Leuven, waar de faculteit geneeskunde en meer bepaald het huisartsencentrum gastheer is.

Gelukkig maar ligt Leuven in Vlaanderen. Het is immers een Vlaming die aan de leiding van dit centrum staat en ook het secretariaat hoort daarbij. Want de aanpak is weer federaal, de benoemingen en de gelden eveneens en toch zijn de gebruikers hoofdzakelijk Vlamingen.

De prospectie gebeurt over het hele land op dezelfde wijze, maar Vlamingen happen blijkbaar sneller toe wanneer het over wetenschappelijke praktijkondersteuning gaat en zeker wanneer het aanbod overwegend Engelstalig is. De cijfers zijn werkelijk extreem wanneer men het Noorden en het Zuiden vergelijkt en toch werden de gelden gelijkmatig verdeeld.

## BESLUIT

Dat de aanpak tussen het Noorden en het Zuiden verschillend is wanneer het over gezondheidszorg gaat is bekend, maar de naakte cijfers doen toch steeds weer schrikken.

Toch mogen onze zuiderburen er gerust in zijn, ook na de toewijzing aan de gemeenschappen blijven wij bereid van hen te leren en mogen zij onze kennis gebruiken. Wij gaan voor een degelijk uitgebouwde eerste lijn, een interdisciplinaire aanpak, een stevige wetenschappelijke basis, transdisciplinaire zorgpaden en nog zoveel meer. Wat wij samen doen bepalen wij graag zelf maar wij delen graag uit onze wijsheid. Vlaanderen werkt graag samen met alle regio's in Europa in een stijl van geven en nemen. Wij gaven hier enkele voorbeelden van verscheidenheid in aanpak, die mits samenspraak tot een echte win-win situatie kunnen leiden.

C.G.