

DE HUISARTSGENEESKUNDE: DE KERN VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Uitgangspunt

De meeste andere artsdisciplines beseffen duidelijk dat een goed georganiseerde gezondheidszorg staat of valt met een stevig uitgebouwde huisartsgeneeskunde. Allen zien zij er de waarde en het belang van in om een kwaliteitsvolle gezondheidszorg te realiseren. De gezondheidseconomische en sociale aspecten van een degelijke basiszorg zijn ook voor iedereen zonder meer duidelijk.

Nu is het aan de huisartsgeneeskunde zelf om voldoende creativiteit aan de dag te leggen om de innovatie van het beroep te realiseren.

De uitdaging

De aantrekkelijkheid van het beroep moet omhoog. Dit is best te realiseren door studenten er op te wijzen dat huisartsgeneeskunde de enige discipline is waarbij de arts zo dicht bij de totale mens kan staan en waarbij tevens alle aspecten van de opleiding voortdurend aan bod kunnen komen.

De carrièremogelijkheden binnen het beroep zijn de laatste jaren fel toegenomen en ook de carrière-opbouw is geen utopie meer.

De instap in en de uitstap uit het vak zijn legio geworden en het ligt aan de verantwoordelijken binnen het vakgebied om deze overstap verder te vergemakkelijken.

De organisatie, de ondersteuning en de kwaliteit van het beroepsleven zijn zodanig verbeterd dat heel wat studenten vallen voor dit unieke beroep.

De overheid

De gezondheidszorg in haar geheel is in dit land na de bijzondere wet van augustus 1980 toegewezen aan de gemeenschappen. Maar nu, 30 jaar later, zijn het nog steeds de toen geformuleerde uitzonderingen die maken dat heel deze materie in federale handen zit en dat afstemming op de lokale noden van de gemeenschappen haast onmogelijk is.

De planningscommissie die het nodige en te verwachten aantal artsen moet aansturen, de erkenning-commissies die de criteria bepalen waaraan artsen en hun praktijk moeten beantwoorden en ook de accreditering van de verschillende disciplines verstrikken zich in de federale Babelse toestanden.

Neem daarbij dat de toegang tot de opleiding door de gemeenschappen op een verschillende wijze wordt ingevuld en dat de toelating tot het beroep door de Federale Overheidsdienst van Volksgezondheid geregeld wordt, terwijl het Rijksinstituut zorgt voor toestemming tot het gebruik van de nomenclatuur en

terwijl men daar ook de instroom van buitenlandse artsen in handen heeft.

Klinkt het allemaal wat verwarrend, de realiteit is vaak veel Kafkaïaanse, zeker wanneer men in verschillende raden, commissies en werkgroepen de vergaderingen bijwoont.

Neem nu het behoud van de erkenning als huisarts

Dit is federale materie en wordt door de FOD volksgezondheid gedictieerd. Hier gaan de criteria:

- 1) Zorgen verstrekken eigen aan de huisartsgeneeskunde.
- 2) Adres van praktijkruimte(s) bekend maken.
- 3) Medisch dossier bijhouden.
- 4) Wachtdienst: deelname of inschrijving kunnen bewijzen.
- 5) Continuïteit van zorgen leveren.
- 6) Permanentie van zorgen waarborgen, voltijds en deeltijds (waar dit van toepassing is).
- 7) Minimum 500 patiëntencontacten per jaar hebben (dit is 10 per week of 2 per dag).
- 8) Bewijs leveren van onderhoud en ontwikkeling van kennis over het eigen vakgebied.

De werkgroep huisartsgeneeskunde slooft zich sinds jaren uit in het bedenken en ontwikkelen van wijzen en manieren om de status van alle huisartsen op te vragen en zo de appels van de peren te scheiden en dit dan nog over de verschillende gemeenschappen en landsdelen.

De voorwaarden voor accreditering van huisartsen

Nu komt het R.I.Z.I.V. op de proppen want dit gaat over de nomenclatuur en de verschillende voordelen hieraan verbonden. Hier gelden voor de praktijkvoerende huisartsen volgende regels:

- 1) Een medisch dossier bijhouden.
- 2) Een hoofdactiviteit hebben als huisarts en instaan voor effectieve continuïteit aan zorgen.
- 3) Een minimum activiteitsdrempel hebben van 1.250 patiënten per jaar; dit is 25 patiënten per week of 5 per dag.
- 4) Voorschrijven en uitvoeren van diagnostische en therapeutische verstrekking volgens de bestaande criteria.
- 5) Meewerken aan de initiatieven voor evaluatie van kwaliteit georganiseerd door de ambts-genoten.
- 6) Bewezen deelname aan vormingsactiviteiten voor minimaal 20 CP (credit points).
- 7) Deelname aan "Peer Review" in het kader van de LOK.

Geef toe dat dit een complexe zaak wordt, weet dat FOD en RIZIV niet steeds de beste communicatoren zijn en dat de meningen tussen de verschillende gemeenschappen op meerdere vlakken niet echt gelijklopend zijn. En dit gaat dan nog maar enkel over de huisartsgeneeskunde en zo zijn er een dertigtal verschillende disciplines binnen de artsenwereld, om van de paramedici nog te zwijgen.

De huidige situatie

De overheid wenst nu orde op zaken te stellen, het kaf van het koren te scheiden en de “onechte” huisartsen te traceren.

Ruwweg denkt men dat er in dit land:

- +/- 14.000 artsen actief zijn met een erkenningsnummer dat eindigt op 003 of 004, die de huisartsen-nomenclatuurnummers gebruiken.
- Van die 14.000 huisartsen zouden er +/- 10.000 eveneens “geaccrediteerd” zijn.
- Dus +/- 3 – 4.000 artsen hebben een **gedeeld of onduidelijk statuut**.
- Hiervan zouden er +/- 1.000 artsen zijn die werken als zaalarts, of “assistent” van het diensthoofd, of die op de urgentieafdeling actief zijn.
- +/- 1.000 andere artsen zijn dan weer te vinden verspreid over diverse activiteiten als: arbeidsgeneeskunde, het leger, de politie, de overheid, de preventieve sector, ...

Men vermoedt dat tussen de 1.000 en 2.000 vermeende huisartsen “alternatief” bezig zijn en dat er ook nog enkele honderden met ik – weet – niet – wat bezig zijn.

Het is waarlijk een mooi pallet dat de overheid veel geld kost en eigenlijk ontoelaatbaar is in deze geautomatiseerde tijden.

De planning

Men gaat er van uit dat er zich de eerstkomende jaren een flink tekort aan huisartsen voordoet wat nu in sommige regio's al flink te voelen is. De overheid wenst te weten waar zij staat en via allerlei initiatieven de mogelijke tekorten bij te sturen.

➤ Studenten:

Meer studenten tot de opleiding geneeskunde toelaten was tot op de dag van vandaag een mogelijke optie om zo ook meer jongeren binnen de huisartsgeneeskunde te krijgen. Maar met de totaal verschillende systemen van toelating tot de studie en de recente tsunami bij de Vlaamse ingangsproof weet men het niet goed meer.

➤ Het beroep meer aantrekkelijk maken:

De overheid en de verzekeraars vinden dat hier al heel wat rond gedaan werd, maar de meeste beroepsorganisaties van artsen vinden dat het nog veel beter kan.

➤ Her-instap in het beroep:

Deze materie heeft al tot zeer verhitte discussies geleid. Sommigen vinden dit het ei van Columbus, alsof er rijen gegadigden staan te wachten. Maar de uitwerking van de criteria laat zeer op zich wachten, waarbij de universitaire banken en de syndicaten onderling nog al eens van mening verschillen.

➤ De artsen met dubbele activiteiten:

Er zijn inderdaad nogal wat huisartsen die “er nog iets anders bij doen” en die zo niet aan het vooropgestelde profiel komen en ook de erkenningcriteria niet halen. Ook hierover zijn er heel verschillende standpunten bekend.

Wat gebeurt er nu concreet?

- 1) De 14.000 “huisartsen” worden uitgevlooid: wie is geaccrediteerd, wie is erkend, wie is geen van beide. Na het onderzoekswerk worden de twijfelgevallen aangeschreven en krijgen zij een aanmeldingskans om zich te verantwoorden en te regulariseren. In de tijd kan, na herhaalde aanmaning, tijdelijke schorsing of definitieve schrapping gebeuren.
- 2) De “concrete huisartsen” krijgen een oormerk en worden artsvriendelijk opgevolgd en bijgestuurd. FOD en RIZIV doen hiertoe gezamenlijke inspanningen.
- 3) Beide organisaties gaan ook de “herstelmodaliteit” uitwerken voor artsen die opnieuw erkend wensen te worden.
- 4) Er komt een grote promotiecampagne voor de huisartsgeneeskunde:
 - binnen de opleiding (universiteit)
 - bij de patiënten (mutualiteit)
 - praktijkondersteuning (RIZIV)
 - vergoeding (overheid)
 - bij de andere disciplines (RIZIV)

De evaluatie procedure

- Er komen initiatieven om een doorlopende kwaliteitsmeting binnen de gezondheidszorg, c.q. de huisartsgeneeskunde te organiseren.
- De opvolging van de gezondheidseconomische consequenties wordt verfijnd.
- Heel het systeem moet doorlopend en erg nauwkeurig in de gaten worden gehouden.
- Er moet een veel betere en duidelijkere terugkoppeling komen van alle informatie naar artsen, artsenkringen en verenigingen.

Besluit:

De huisartsgeneeskunde staat centraal in de gezondheidszorg.

De kwaliteit van de zorgen geleverd door de huisartsen is bepalend in dit concept. De erkenningsnormen van de FOD zijn de ondergrens en de accrediteringsvoorwaarden van RIZIV zijn het na te streven doel voor iedereen.

De beroepsgroep, de verzekeraars en de overheid moeten samen de kwaliteit van de gezondheidszorg garanderen door de basiszorg maximaal uit te

bouwen via een goed gestructureerde huisartsgeneeskunde.

Al wie intussen de laatste jaren wel en wee in deze besprekingen en onderhandelingen heeft meegemaakt beseft dat alleen een oplossing kan gevonden worden wanneer de gemeenschappen elk voor zich de keuzes maken en de uitwerking ervan realiseren. De nodige afstemming is dan voor later en past best binnen een Europees kader.

Chris Geens

GEZONDHEID EN ARMOEDE IN VLAANDEREN

Algemeen

Het is goed bekend dat personen uit de hogere sociale klasse meer aandacht aan hun gezondheid besteden en hier ook meer middelen voor hebben dan mensen uit de lagere klasse. Zij die hoger onderwijs genoten of een hoge maatschappelijke functie uitoefenen leven ook nog het langst, zo tonen de statistieken toch duidelijk aan. Dit zijn eenvoudige vaststellingen en daar bestaan ook voldoende cijfers over.

Hiervoor bestaan meerdere verklaringen. Welstellenden voeden zich doorgaans beter, hebben meestal een lager lichaamsgewicht, bezondigen zich minder aan middelengebruik en nemen meer beweging en ontspanning. Daarnaast hebben zij ook meer mogelijkheden en visie om aan hun gezondheid te werken.

Althans, dit is de algemene regel. En wanneer men de lijn afloopt treft men bij de armste ook de grootste kans op ziekten aan en ook de kortste levensduur.

Wanneer minvermogende patiënten zich bij de arts aanbieden kunnen zij doorgaans rekenen op enig begrip, waarbij met hun financiële toestand rekening gehouden wordt wanneer zij zorgen krijgen toegediend.

Van artsen mag men inderdaad verwachten dat, wanneer zij deze vaststelling in de eigen praktijk doen, zij er hun handelen en bijpassende verloning enigszins op afstellen.

Welke dokter doet al eens geen consultatie of ingreep gratis omdat hij weet dat de patiënt onvermogen is. Sommigen ervaren dit als een vernedering voor de patiënt of als paternalisme, anderen zien hier dan weer een voorbeeld in van de aloude naastenliefde. Niet enkel artsen zonder grenzen of zonder vakantie tonen belangeloze inzet: het is van meerdere collegae in Vlaanderen bekend dat zij buiten de eigen praktijk regelmatig bijspringen in instellingen voor gehandicapten, bij consultatie voor vierde wereldsituaties of mensen zonder papieren, zonder daar enige vergoeding voor te vragen. De collegae van Geneeskunde voor het Volk zijn dan weer op een zeer eigen wijze met de armoedeproblematiek bezig.

U zou verbaasd zijn hoe sommige artsen in stilte in de weer zijn voor hun hulpbehoevende medeburgers en patiënten.



De hedendaagse wereld

Maar de individuele en ook maatschappelijke noden worden steeds groter in onze onvolmaakte wereld, die zelf ook heel wat ziekmakende factoren in zich draagt. Elke mens is nu wel zagezegd gelijk en gelijkwaardig in onze huidige maatschappij, waar de eigen vrijheid het hoogste goed is, maar de sterke drang naar individualisering zorgt voor een grote versplintering op alle niveaus. De economische groei en de materiële vooruitgang zijn het hoogste goed, terwijl er nauwelijks nog gezamenlijke maatschappelijke belangen of doelen zijn die de individuele belangen overstijgen. Dit maakt dat steeds meer mensen uit de boot vallen en dat zij niet meer in staat zijn om aan de basiszorgen te geraken. Werkloosheid, lage scholingsgraad, armoede, onkans en andere tegenslagen maken dat steeds meer mensen door de mazen van de sociale zekerheid en de reguliere gezondheidszorg vallen en in echte nood raken.

Een aantal filosofen en sociologen stellen zich dan ook heel wat vragen bij de huidige economische en maatschappelijke crisis en leggen meerdere pijnpunten bloot:

- kan een mens, een gemeenschap, een volk wel overleven zonder gezamenlijke doelen en eigenheden, waarbij de mensen aan de rand worden losgelaten?
- hoe hoog kan de werkloosheid oplopen vooraleer een volk er aan ten onder gaat?
- de hyper-individualisering leidt tot versplintering en toenemende relatieverarming met eenzaamheid en verlies van sociale controle tot gevolg.
- leidt het verdwijnen van transcendente waarden ook tot een existentiële crisis en is dit mogelijk een ziekmakende factor?

Ziekte is in de hedendaagse wereld een zeer complex gegeven geworden met een resem van mogelijke oorzakelijke factoren, die uit de voorgaande stellingen zijn af te leiden en de basisaandoening moeilijker te diagnosticeren en te behandelen maken. Dit betreft dan milieuproblemen, relatiestoornissen, eenzaamheid, werkloosheid, angst, depressie, honger, armoede en allerhande miserie.

Gezondheid behouden of herwinnen wordt voor deze mensen dan een moeilijk te bereiken doel.

En zo komt de stelling heel dichtbij dat vooral armoede, het gebrek aan basale middelen, een van de grootste vijanden van gezondheid is, naast gebrek aan kennis en inzicht in de mechanismen van ziek of gezond worden. Gelukkig zijn deze mensen immers niet en dit is toch volgens de filosofische definitie een van de basisvoorwaarden om gezond te zijn.

Het onderwijs

Naast een degelijke opvoeding is ook een goede opleiding en vorming een van de basisvoorwaarden om een sociale positie te verwerven en van alle maatschappelijke voordelen te kunnen genieten. Jong geleerd is oud gedaan en wanneer de ouders hier hun kans misliepen wacht de kinderen vaak hetzelfde lot. Zo een gemeenschap er niet in slaagt om degelijk onderwijs op ruime basis aan te bieden, weet men dat ook de gezondheidszorg in het gedrang komt. Scholingsgraad, werkloosheid, armoede, welzijn en gezondheid hangen nu eenmaal nauw samen. Wil men aan armoede en gezondheidszorg werken, dan is er een meersporenbeleid nodig dat trapsgewijs en zeer planmatig moet opgesteld worden.

Dit vraagt geld, tijd, mensen, inspanning en volharding gedurende jaren.

Vlaanderen

De economische situatie heeft ook onze gemeenschap hier in nauwe schoentjes gebracht en zeker onze hoofdstad deelt zwaar in de klappen. Besparing is op alle vlakken noodzakelijk en wij moeten allen samen keuzes maken om de Vlaamse regio en onze hoofdstad voor mogelijk verder onheil te behoeden. Wij mogen de fout niet maken toe te laten dat alle gelegingen in een egestelling kruipen en de voorstellen van de overheid op voorhand afschieten wanneer die in een eerste oogopslag onze eigen vrijheid of inkomsten dreigen te verminderen.

Over onderwijs en welzijn kan onze gemeenschap beslissingen nemen, maar de gezondheidszorg is nog steeds grotendeels een federale bevoegdheid. Dit is nu een ideaal moment om hiervan de eerste deelgebieden in te halen om zelf de tering naar de nering te kunnen zetten.

Laat ons beginnen met de kantjes van de huidige wetgeving goed af te lopen en zwaar te investeren in het verwerven van een sterkere positie wat betreft het

beheer van de hefboomen van de eigen welvaart en gezondheid. Maar wij moeten zeker ook investeren in de eigen hoofdstad en in de samenwerking met de andere gemeenschappen en gewesten.

De artsen en andere zorgverstrekkers

De ziekenhuizen, de medische faculteiten, de zorgverzekeraars, de artsenverenigingen en talrijke andere organisaties hebben vast een eigen mening over de organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen. Nu er hard moet bespaard worden is het uitkijken welke voorstellen uit de eigen sector gaan komen om op een evenwichtige manier de lasten te verdelen.

Maar ziekenhuizen, mutualiteiten, universiteiten en medische beroepsverdedigingen worden steeds met een zeer kritische blik bekeken wanneer zij voorstellen doen over de begroting van de gezondheidszorg. Belangenvermenging hangt immers vaak in de lucht en dit is ook begrijpelijk en soms inherent.

Maar wat te doen wanneer het budget erg krap zit en er ook nog gevraagd wordt om de lasten van de zwakste schouders binnen de maatschappij te verminderen. Zij die om allerlei redenen aan de rand leven hebben vaak ook weinig stem om hun zaak te verdedigen. De artsen, die de vertrouwenspersonen bij uitstek zijn, kennen meestal de problemen van de armste laag van de bevolking erg goed en zouden de taak op zich kunnen nemen om de noden van deze groep duidelijk in kaart te brengen en vanuit de eigen deskundigheid mee naar oplossingen te zoeken.

Binnen de beroepsgroep lijken de wetenschappelijke verenigingen en de socio-culturele groeperingen misschien het best geplaatst om over deze kwestie een balans op te maken. Hun ongebondenheid en hun wetenschappelijke en maatschappelijke onderbouw zouden er borg moeten voor staan dat zij hier een neutraal advies kunnen bieden.

Over de relatie tussen armoede en gezondheidszorg is reeds veel geschreven en verteld op studiedagen en congressen. Maar hoe het er momenteel op dit gebied in onze hoofdstad aan toe gaat zou voor de rest van Vlaanderen wel eens erg relevant kunnen zijn.

Misschien moeten wij vanuit onze organisaties een studie- en reflectiemoment opzetten en de belangrijkste pijnpunten in kaart brengen.

Het zou ons sieren wanneer wij in ons streven naar een meer welvarend en meer autonoom Vlaanderen ook bijzondere aandacht besteden aan de minstbedeelden. Zeker nu de economische toestand dreigt om de toegang tot de meest noodzakelijke zorgen voor deze categorie nog moeilijker te maken, verdienen zij bijzondere aandacht.

Chris Geens