

ARMOEDE EN GEZONDHEIDSZORG IN VLAANDEREN

Een symposium

VMMV en VGV spannen om de twee jaar samen bij de organisatie van een symposium dat tot doel heeft de kwaliteit van de gezondheidszorg in Vlaanderen te ondersteunen. Wij zijn twee gekende Vlaamse artsenverenigingen, de ene een strikt wetenschappelijke, de andere vooral een socio-culturele organisatie. Wij zijn niet politiek of syndicaal gebonden maar streven wel naar een kwaliteitsvolle gezondheidszorg in Vlaanderen en stellen dat het eigen beheer van de zorg een noodzaak is. De kwaliteit van de gezondheidszorg is de kern van ons streven en handelen waarbij de toegankelijkheid voor iedereen een grote zorg is.

Het is in Vlaanderen bekend dat wij een “Blauwdruk” klaar hebben over de gezondheidszorg waarmee wij binnenkort naar buiten komen.

Binnen de organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen gaat onze aandacht in deze studiedag naar de relatie “Armoede en gezondheid”. Wij werken hard aan de voorbereiding van dit symposium en vonden heel wat deskundigen bereid om mee in dit initiatief te stappen.

Armoede

Dat de media de laatste maanden uitvoerig en frequent over de armoede problematiek berichten betekent dat er toch wel iets aan de hand is. Wij lezen in hun commentaren dat ruim 30% van de gezinnen het financieel knap moeilijk heeft en dat 1/5 van de kinderen komt uit een gezin dat een inkomen heeft lager dan de armoedegrens. Vooral alleenstaanden, allochtonen en laaggeschoolden lopen groot risico om onder de armoede grens te raken. De huidige financiële en economische crisis maakt het er voor deze mensen alleen maar lastiger op.

Artsen, zorgverstrekkers en ziekenhuizen hebben hier niet altijd zicht op of aandacht voor. Niemand loopt trouwens graag met zijn armoede te koop.

In de samenleving hebben de armsten het niet gemakkelijk en hun participatie aan het gewone maatschappelijke leven is vaak sterk gecompromitteerd.

Niet iedereen lukt er trouwens in om blijvend respect op te brengen voor deze mensen. Ook zij verdienen een zorgzame opvang en respectvolle zorg. Of het om ouderen, gehandicapten, allochtonen of werklozen gaat, in de huidige wereld moet niet enkel het “animal laborans” geëerd worden. Trouwens niemand is vragende partij om in armoede te leven, maar de meeste zijn er om een of andere reden in geworpen of gesukkeld.

De gezondheidszorg en de armoede

Onze gezondheidszorg is er een die bedacht en uitgewerkt werd door het welstellende deel van de maatschappij. Zij is gericht op de noden van mensen die mee in een bepaald systeem stappen en die de prijs van de aangeboden zorg kunnen betalen.

Wij bieden in dit land een ruim palet van zorgen aan en richten ons op een divers publiek. Een van de kernpunten is trouwens dat wij als arts ook van ons beroep goed moeten kunnen leven. De soms wel wisselende persoonlijke bijdragen van de patiënt en de steeds oplopende verzekeringspolissen dragen hiertoe een flink stuk bij.

Alle artsen kijken trouwens ook niet met dezelfde ogen naar deze problemen en sommige diensten zijn voor slechte betalers geen optie.

Binnen de huidige economische crisis merken wij dat tandheekunde, revalidatie en psychiatrische zorg de eerste disciplines zijn waar de economisch zwakken voor passen.

Welke signalen geven de armen aan de zorgverstrekkers:

- herhaaldelijk afspraken afzeggen
- medicatie of behandeling niet opstarten
- tandhygiëne laat te wensen over

Wanneer moeten artsen aan ernstige armoede denken?

- slechte behuizing
- bedenkelijke schoolresultaten – geen diploma
- aanslepende gezondheidsproblemen
- sterke afname van gevoel van eigenwaarde

De gezondheidszorg is er al lang geen meer met twee snelheden, waar onze sociaal graag scorende politici voor waarschuwen, maar wel een met veel en wisselende snelheden.

De extremen pikken alles of niets mee van de gezondheidszorg, maar daartussen zitten steeds meer mensen die keuzes moeten maken tussen doktersbezoek en voeding of tussen kleding en noodzakelijke zorg.

De rol van de artsenverenigingen

Binnen elke discipline, intra- of extramuraal, voor acute of chronische zorg moeten wij nadenken om de toegang zo laagdrempelig mogelijk te maken.

Afspraken met OCMW, sociale diensten en verzekeraars kunnen voor heel wat soelaas zorgen.

Er bestaat ook een zorg waarbij wij aandacht besteden aan een zo scherp mogelijke prijs bij onderzoek, behandeling of doorverwijzing, ook dat leert ons de

economische crisis. Onderlinge samenspraak en uitwerken van specifieke betalingssystemen tussen artsen, apothekers en paramedici moeten mogelijk zijn zonder schending van de persoonlijke levenssfeer.

Daarom is dit symposium over armoede en gezondheidszorg in Vlaanderen ook een goede kans om overheid en verzekeraars te confronteren met onze bevindingen. Misschien kunnen zij dit gedachtegoed ook onder de collegae verspreiden.

Deze diverse groep van hulpbehoevenden verdient zeker onze aandacht. Alle disciplines worden met hun vragen geconfronteerd. Huisartsen staan op de eerste lijn, maar er zijn ook Kind en Gezin, CLB, de spoeddiensten, centra voor geestelijke gezondheidszorg en allerlei andere centra. Het omhulsel van de armoede mag ons niet beletten om de menselijke noden achter elk van deze personen te ontdekken.

Zij lopen vaak rond met heel wat vragen omtrent hun gezondheid, maar botsen op de grenzen van een ontoegankelijk systeem.

De actualiteit

Het is een zegen voor dit symposium en onze verenigingen dat het huidige maatschappelijk debat gaat over de zin en onzin van bepaalde ingrepen en over de aanzet voor reflectie bij overheid, zorgverstrekkers en gebruikers van de verschillende middelen binnen het gezondheidszorg budget.

Het is juist dat sommige patiënten te eisend zijn, dat artsen te toegeeflijk zijn, dat mutualiteiten op gemakkelijke klanten azen, dat politici kiezers tevreden willen stellen, dat zorgverstrekkers hun boterham willen verdienen en dat de media graag conflicten opkloppen.

Maar er is wel een probleem: het geld is schaars en wij moeten keuzes maken.

De armsten moeten zeker aan de noodzakelijke zorgen raken, het systeem moet economisch kunnen blijven draaien en de wetenschap moet ook verder kunnen ontwikkelen en kansen krijgen.

Laat het huidige gezondheidszorgsysteem uitwassen toe? Zeer zeker! Zowel artsen, als patiënten en zorgverzekeraars maken hier misbruik van.

Bestaan er betere systemen dan het onze? Natuurlijk zijn er die.

Zijn wij slecht bezig? Helemaal niet.

Kan het toch veel beter? Zeer zeker.

Daarom focussen wij in dit symposium op de zwaksten in onze samenleving, zonder de vooruitgang van de geneeskunde te willen hypothekeren.

Wij verwachten vooral dat onze artsenverenigingen ruim aanwezig zullen zijn en hun stem in dit ethisch debat verheffen.

Chris Geens



SYMPOSIUM van het VVMV in samenwerking met het VGV

Armoede en gezondheidszorg in Vlaanderen

zaterdag 23 oktober 2010

Vlaams Parlement (De Schelp) te Brussel

Programma

9 u 00 ontvangst

9 u 30 centrale lezingen

- Inleiding door Prof. dr. Chris Geens
- Dr. Luc Bonneux: Arm zijn is ongezond
- Prof. Jan Vranken: Wat leert ons de grootstad over armoede?
- Minister Jo Vandeurzen: Beleidsresultaten

11 u 30 werkgroepen fase I

- A. Middelengebruik o.l.v. Prof. dr. G. Dom
- B. Mondzorg o.l.v. LTH H. Deleye
- C. Medicatiegebruik o.l.v. J. Van Calster
- D. Media over armoede o.l.v. Redacteur Guy Tegenbos

12 u 30 middagpauze en broodjesmaaltijd

13 u 30 werkgroepen fase II: idem als fase I

14 u 30 verslagen en besluiten uit de werkgroepen door Prof. dr. Chris Geens

15 u 00 slotlezing door Prof. dr. Yvo Nuyens

15 u 30 besluiten door Dr. Jan Dockx

15 u 45 receptie

Ook de Wetenschappelijke Verenigingen hebben hier een taak

Waar gaat dit over?

De basisopleiding tot arts bedraagt bij ons zeven studiejaren. Voor de oorsprong van deze duurtijd wordt verwezen naar het “Besluit van de Prins-Regent” dat in december 1949 verscheen en bepaalde dat men in dit land aan de slag kon als “Doctor in de Genees-, Heel- en Verloskunde” na een studietijd van zeven jaar.

Prins Karel heeft helemaal niks gezegd over de basisopleiding tot arts en nog minder over het feit dat je momenteel minimum 9, 12,13 jaar studie en stages met succes moet doorlopen en heel wat administratieve geplogenheden moet doorwerken eer je binnen een van de disciplines van dit mooie beroep je boterham kan verdienen.

Na al die jaren gaan wij er in Vlaanderen momenteel terecht van uit dat wij hier een kwaliteitsvolle opleiding tot arts aanbieden en dat de meeste vervolgopleidingen ook gezien mogen worden. En of wij in ons mandje nu 7 appelen en 2 of 5 peren liggen hebben of slechts 6 appelen en 3 of 6 peren, niemand heeft ooit bewezen dat de duur van een onderdeel van de opleiding de kwaliteit ervan zou verbeteren. Het overgangsjaar tussen beide onderdelen wordt aan onze Vlaamse universiteiten sinds jaren op een eigen en vaak verschillende wijze ingevuld. Aan de K U Leuven, mij het best bekend, kent men een zeer bevredigend systeem waar tijdens dit overgangsjaar, ook schakeljaar genoemd, tientallen studenten probleemloos nog de overgang maken naar een andere richting indien hun eerste aanzet toch niet de beste keuze was. In Groot-Brittannië, toch ook een Europees land, bestaat deze gang van zaken trouwens reeds langer en duurt deze periode (Foundation Years) 2 jaar.

In de meeste Europese landen gaat men tegenwoordig voor een basisopleiding van 6 jaar, maar over de duur van de vervolgopleidingen, ook wel specialisaties genoemd, bestaat een grote chaos waarover iedereen dan ook weer zwijgt. Zo kun je Europa voor je ene doelstelling gebruiken en voor de andere gewoon doen alsof je neus bloedt. Sommigen zijn daar net specialist in. Deskundigen terzake kunnen zeker het juiste lijstje tonen van de duur van de gehele opleiding in de verschillende landen, maar of het lang stand houdt valt te betwijfelen.

Dat studenten hier vragende partij zijn kan best, vooral wanneer men hen wijsmaakt dat zij een jaar eerder geld gaan verdienen en hun pen vasthoudt bij de teksten in de bladen voor artsen. Bij mijn weten

vragen studenten een degelijke opleiding, met ruime mogelijkheden voor elkeen, tegen een betaalbare kostprijs met correcte informatie over de toekomst-kansen in het verdere beroepsleven.

Maar dit voorstel biedt natuurlijk ook heel wat mogelijkheden. Elk reflectiemoment over het aanpassen van de opleiding is zeer nuttig om noodzakelijke veranderingen door te voeren en nieuwe experimenten op te zetten. De globalisering, de Europese eenwording, maar ook de versterking van de regionale bevoegdheden vragen dat de verantwoordelijke overheden duidelijke eigen accenten leggen en hierbij de internationale afstemming niet uit het oog verliezen. Vooral de invulling en de inhoud van de overgangsjaren lijkt interessante materie, waarbij de wetenschappelijke artsenverenigingen mee aan het woord moeten komen. Het gevaar bestaat immers dat bepaalde, zelfbenoemde gezondheidsstrategen, van dit voorstel gebruik maken, niet om de kwaliteit van de opleiding te bewaken, maar ook om aan de maatschappelijke functie van de arts te sleutelen.

Hoe moet dit nu?

Momenteel weet niemand hoe het juist moet. Louis Ide stelt terecht dat zowel de federale overheid als de gemeenschappen bevoegd zijn in deze materie.

Ene “Jan van Gent”, die de kat de bel aanbod, weet heel zeker dat er een nieuwe wet komt en dat de verantwoordelijke federale minister die haast klaar heeft. De staatssecretaris voor Europese Zaken stelt: “Juridisch gezien is de federale staat bevoegd voor het vastleggen van het aantal studiejaren. Momenteel is dit geregeld in het besluit van de Regent van 31 december 1949.” Maar zoals in de inleiding vermeld, gaat dit niet over de basisopleiding tot arts!

Minister Onkelinx is intussen met “een overlegronde gestart met de gemeenschapsministers voor het hoger onderwijs om tot een harmonieuze hervorming te komen”(sic)! Ja, waar hoorden wij dat nog. Vlaanderen pas op je zaak, want de vos preekt de passie!

Wij mogen van de veronderstelling uitgaan dat de juristen eerst onder elkaar, en in opdracht van hun respectievelijke overheden, de kwestie uitpluizen. Hoelang zo iets kan duren, daar heeft men meestal het raden naar.

En dan zijn er natuurlijk nog de gemeenschappen. Dat hier belangrijke verschillen bestaan over de toegang tot de medische opleiding, de inhoud en vorm ervan, de uitstroom en de contingentering, om van de beroepsplanning nog te zwijgen, werd op deze Periodiek bladzijden reeds herhaaldelijk in de verf gezet. De Franse Gemeenschap kent geen ingangsproof, geen selectie dus, zit met een overtal aan studenten

en artsen, heeft geen ICHO of Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding en heeft ook nog een ongelooflijk zwak middelbaar onderwijs. Aan de duur van de opleiding geneeskunde sleutelen betekent voor Vlaanderen een ernstige en moeilijke inspanning die evenwel de moeite kan lonen. Maar eenzelfde manoeuvre in het Zuiden van het land uitvoeren lijkt van een andere orde. Want het gaat inderdaad ook over de centen. Een hele jaargang artsen in dit land een jaar eerder beginnen betalen, zoals men de studenten voorspiegelt, is geen koud kunstje en gaat Vlaanderen ook weer veel geld kosten. Specialisten in “transfers” kunnen rustig al beginnen tellen, en zij zouden snel tot de conclusie kunnen komen dat zij hun energie misschien nog beter steken in het forceren van de volledige overgang van de gezondheidszorg, en de opleiding daartoe, naar de gemeenschappen met de financiering erbij inbegrepen. Of waar van 7 naar 6 goed kan voor zijn.

Maar hoe gaan de universiteiten hun programma aanpassen en vooral de selectie organiseren?

De huisartsen staan er ogenschijnlijk het best voor vermits zij al een eerste universitair en twee interuniversitaire jaren beroepsopleiding in de aanbieding hebben. Waarschijnlijk krijgen zij nu de kans om door deze inkorting dezelfde toegangseisen tot de vervolgopleiding te hanteren zoals de andere disciplines die gebruiken. Gedaan met de rommelbak functie waarin alle studenten, die de criteria niet halen waar de subdisciplines hen aan onderwerpen, gedumpt worden. Weet ook dat de krachtigste huisartsinstituten deze situatie gaan gebruiken om een groter deel van de vervolgopleiding in eigen beheer te krijgen. Een andere mogelijkheid is ook dat van 7 naar 6, ook 6+3+2 komt, indien wij de Europese klok goed horen luiden.

Een ander waarschijnlijk voordeel is dat de verschillende vervolgoopleidingen een betere afstemming krijgen met de kans op een “Truncus Communis” waar heel wat leuke vakken kunnen inzitten zoals: communicatie, gezondheidseconomie, ethiek, beeldvorming, hygiëne en milieu, populatie geneeskunde, laboratorium, farmacologie, verslavingszorg, management, samenwerking, trajectengeneeskunde en ga zo maar door. Of de selectie nu vóór het einde van de basisopleiding moet of kan gebeuren, maar misschien toch nog beter in de overgangsfase aan bod komt, is voer voor specialisten in de materie van programma opbouw.

Hopelijk hebben de wetenschappelijke artsenverenigingen ook begrepen dat zij hier een kans krijgen om aan deze programmavernieuwing mee te werken. Dat de beroepsverenigingen mee aan de context werken, de financiering opvolgen zoals vergoeding voor de

stagemeeesters en de jonge artsen in beroepsopleiding, en de Europese afstemming hierin mee bewaken is de logica zelf. Maar nu hebben wij de mensen van de wetenschappelijke verenigingen nodig die vanuit hun ervaring op het terrein en hun kennis van hun eigen specialismen mee naar oplossingen zoeken voor de nieuwe programma's. Zij moeten hun leden ook aanzetten om mee als stageleider, stagemeeester, coördinator, examinerator en binnen andere functies van de opleiding en het levenslang leren aan de slag te gaan. Onze broeders van de syndicale organisaties moeten maar voor boter bij de vis zorgen. Tegenover het beleid kan de wetenschappelijke en de beroepsverdedigende bank immers niet uit één mond praten wanneer het over de opleiding in haar geheel gaat.

Wij beginnen er aan!

Misschien is de eenvoudigste stap voor de federale overheid om het medisch onderwijs, van A tot Z, met alles erop en eraan, aan de gemeenschappen toe te wijzen. Dat is voor die overheid weeral een zorg en een last minder. Voor Vlaanderen betekent dit dat het de vrije kans krijgt om de opleiding tot arts en de vervolgdisciplines naar eigen hand te zetten. De afstemming met Europa, en ook met Wallonië, dat daarvan een even waardevol deel uitmaakt als de andere regio's, is dan veel eenvoudiger en beter hanterbaar. De kans is natuurlijk zeer reëel dat wij dan snel meemaken wat in Brussel met het onderwijs gebeurde en dat omwille van de kwaliteit Franstalige studenten het Nederlandstalig medisch onderwijs overspoelen.

Het besluit van Prins Karel doet hier weinig ter zake vermits zowel de opleiding tot arts, als de vervolgoopleiding en de voorwaarden voor de beroepsuitoefening zo veranderd zijn dat dit duidelijk vijgen na Pasen zijn. Na de basisopleiding kan je met je diploma haast niets doen, tenzij verder studeren en dat is de wetgever een geringe zorg. Wij laten dit speeltje best aan “Jan van Gent”. Misschien kunnen onze universitaire juristen de medische faculteiten hier enige dienst bewijzen.

De onderwijsvisitaties hebben ons de laatste jaren geleerd dat zij programma aanpassingen goed kunnen aansturen. De huidige voorstellen en de reflectie daarover lijken even nuttig. Maar de maatschappelijke betrokkenheid kan duidelijk beter.

De alumni van de medische faculteiten, en die zijn vaak actief binnen de wetenschappelijke verenigingen, hebben hier de taak en de plicht om een helpende hand te reiken.

VVMV en VGV, als socio-culturele artsenvereniging, willen hier best mee het voortouw nemen en kijken belangstellend uit naar wat komen gaat.

Chris Geens