

ARMOEDE EN GEZONDHEIDSZORG IN VLAANDEREN

SYMPOSIUM 23 oktober 2010

INLEIDING

VVMV en VGV nemen de uitdaging aan om de focus te richten op de minder bedeelde zorgvragers. Het wordt een boeiende studiedag en reeds in de voorbereidende samenkomsten bleek dat het om een bijzonder interessant thema gaat. Ons uitgangspunt is dat alle artsen met deze problematiek in contact komen maar dat niet alle collega's er voldoende aandacht aan geven.

Toch stellen wij de arts – patiënt relatie centraal en wensen wij van de artsen te vernemen wat zij in de praktijk ervaren en welke oplossingen zij kiezen voor de omgang met patiënten die leven in kansarmoede. Meteen is ook duidelijk dat het begrip armoede vele facetten heeft en dat, om de invloed ervan te bestuderen op het gebruik van de gezondheidszorg, heel wat bijkomende studies nodig zijn.

ALGEMEEN

De gezondheidszorg behoort tot de basisvoorzieningen van een gemeenschap net zoals onderwijs, wonen, werkgelegenheid, voeding of watervoorziening. Kortom, zoals geboren worden en sterven horen bij het leven van iedereen, zo moet ook de toegang tot de gezondheidszorg een zo laag mogelijke drempel hebben voor alle sociale klassen.

Algemeen gaat men er van uit dat het in Vlaanderen goed is om leven en dat dus ook de gezondheidszorg tot de beste ter wereld behoort. Maar er zijn in onze regio, zoals overal elders, belangrijke socio – economische verschillen binnen de diverse bevolkingsgroepen. Waar hebben armen of minder bedeelde het nu moeilijk mee? Kijken wij daartoe naar enkele aspecten van gezondheidszorg in het algemeen en nemen wij ook een paar specifieke punten onder de aandacht.

PREVENTIE, GEZONDHEIDSVOORLICHTING EN -OPVOEDING

Deze materie, door de bijzondere wet van 8 augustus 1980 (artikel 127) toegewezen aan de gemeenschappen, bekijken wij met bijzondere interesse. Voeding, beweging en middelen gebruik vallen onder deze rubriek en zijn zeker niet de werkpunten waarin de mensen die geplaagd worden door armoede uitblinken.

De waardeladder die een bevolking hanteert bij het maken van keuzen op het gebied van gezondheid kent duidelijke verschillen volgens de socio – economische situatie.

DE KOSTPRIJS

Alhoewel belangrijke zorgen voor de lage inkomens haast gratis zijn is de prijs, hoe gering ook, nog vaak een belangrijke drempel. Het administratief kluwen is voor hen ook een rem en de minste financiële barrière is regelmatig de oorzaak van uitstelgedrag.

RUST EN ONTSPANNING

De doorsnee Vlaming is ervan overtuigd dat rust, regelmatig ontspannen en vakantie nemen noodzakelijk zijn om de gezondheidsbatterijen op te laden.

Wel, onze doelgroep van vandaag kan dit ook best vinden, maar de toegang ertoe is hen zelden gegund.

DE MEDIA

De pers besteedt de laatste maanden heel wat aandacht aan gezondheidszorg. Men vindt er vaak heel wisselende interpretaties van wat er op dit terrein gebeurt. Het gaat ook meestal om een pendelbeweging doorheen de tijd, waarbij er nu weer geen en dan weer wel grote interesse is voor gezondheidszorg.

Of de voorlichting en info, die door de media verspreid worden, ook de juiste doelgroep halen is wel de vraag. Het zijn vooral de reclameboodschappen die de minder begoeden aanspreken en vaak nog aanzetten tot verkeerd handelen.

EEN MOGELIJK SCHEMA

- *Wie is arm?*

Wat betekent de armoedegrens en wat is een minimum inkomen? Vaak gaat dit om een relatief begrip met structurele maar ook meestal erg individuele aspecten. Wanneer op een bepaald moment meer dan 10% van de bevolking het wettelijk sociaal minimum / bestaansminimum niet haalt, moet men ook beseffen dat dit om een vaak wisselende groep gaat. Een behoorlijk aantal mensen duiken voor enkele jaren onder de aangehaalde bestaansminimum grens maar krui- pen dan weer uit het dal. Anderen hervallen steeds opnieuw en verder is er natuurlijk de groep van de blijvers.

Vaak gaat dit om alleenstaande vrouwen (50%) of om mensen van allochtone origine (1/3) en zeker om een grote groep ouderen. En wat doet armoede met een mens? De levenskwaliteit gaat naar beneden, de kans op regelovertreding stijgt, onbehagen en spanning nemen toe.

- *Wat weten artsen over de armen?*

Veel te weinig is ons over deze grote groep van zorgbehoevenden bekend. Verschillen de huis- artsen hierin van andere disciplines?

Hoe herkennen artsen deze patiënten? Het niet naleven van afspraken, niet opvolgen van behan- delingen en niet laten uitvoeren van onderzoeken zijn vaak een aanduiding.

Welke artsen komen meest in aanmerking met wanbetalers?

Weten artsen wat de maximum factuur is, wat verzekeringen al dan niet dekken en wie er een heeft?

Is de zorgverzekering hen bekend en weten zij wat een solidariteitsfonds is?

- *Wat doen artsen rond armoede en zorg?*

Wij houden ons hiermee onvoldoende bezig. Wij zijn meesters in het relativeren en nemen vaak een paternalistische houding aan. Wij tonen be- grip, zijn vaak redelijk inschikkelijk, durven al eens een patiënt verwijzen voor armoedeproble- matiek, maar wij nemen zelden serieuze initiatieven.

Het is meestal ook niet tijdens de opleiding aan de universiteit dat hieraan herhaaldelijk aandacht wordt gegeven.

- *Wat kunnen mogelijke voorstellen zijn?*

De opleiding moet duidelijk meer aandacht be- steden aan de demografische kenmerken, de socio – culturele en economische aspecten bin- nen de organisatie van de gezondheidszorg.

De concepten van de integrale zorg moeten bin- nen alle disciplines verplichte leerstof zijn.

Een betere communicatie met patiënten en actie- ve aanzet tot participatie is een noodzaak voor iedereen.

Het is bijzonder moeilijk om het armoedebeleid te meten en te evalueren en toch moet dit gebeu- ren.

De lokale overheden zijn het meest geschikt om het armoedebeleid aan te sturen want dit gaat om maatwerk.

BESLUIT

Goed idee dus van de tandem VMMV en VGV om het ar- moedethema aan te kaarten.

Brussel, onze hoofdstad is de geschikte locatie om dit on- derwerp aan te snijden.

Benieuwd wie hier op afkomt.

Wij focussen toch vooral op onze artsenvereni- gingen die hier hun verhalen komen brengen maar ook hun oor te luisteren leggen en mee naar oplossingen zoeken voor dit schrijnend pro- bleem.



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: Beleidservaringen en -opties

11 u 30 werkgroepen fase I

- A. Middelengebruik o.l.v. Prof. dr. G. Dom
- B. Huis voor Gezondheid Brussel o.l.v. Caroline Verlinde
- 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

DE HUISARTSGENEESKUNDE ANNO 2010

In de lift

Er zijn weer heel wat professoren, onderzoekers, deskundigen, journalisten en andere beterweters onder ons opgestaan om te vertellen hoe goed het wel met de huisartsgeneeskunde gaat en zij weten ook steevast hoe dat komt. Niet gehinderd door enige historische kennis en gedreven door de drang om weer als enige de ultieme waarheid aan te dragen, strijden een aantal zelfbenoemde experts om het verkondigen van de enige echte waarheid. Ook het “kenniscentrum”, een van de vele twijfelachtige federale geldverslindende instellingen, meent te weten waar het op staat. Kortom, iedereen heeft zo zijn zegje en de boulevardpers en enkel huisartsen professoren weten samen iets over de lift waar de huisartsgeneeskunde in zit.

Geschiedenis en literatuur

Nochtans heeft ook de Vlaamse huisartsgeneeskunde al een hele geschiedenis achter zich. Een klassieker als “De Huisarts 1970” en zijn opvolger “Huisartsmodel 2000” leren wel een en ander over de geschiedenis van dit vak.

De huisartsgeneeskunde in Vlaanderen is ongeveer een halve eeuw oud en legde zo een lange weg af naar de plaats waar wij nu staan. In heel Europa ontwikkelde dit vak zich via vaak erg verschillende wegen naar een zeer eigen invulling van de taak van de arts. Er hebben steeds relatief grote schommelingen bestaan in het aanbod van kandidaten voor dit vak en in de interesse voor het beroep, wat in het Frankrijk van 1965 leidde tot het werk “L’omnipraticien en péril”.

Maar aan het einde van de jaren 1980 vroeg men zich in Vlaanderen dan weer af “wat wij met al die aankomende huisartsen zouden blijven doen?”

Het is dus een gaan en komen doorheen de laatste vijftig jaar met soms dramatische verschillen in aantallen studenten die kozen voor de huisartsgeneeskunde.

Waar heeft de geneeskunde nood aan?

Een halve eeuw geleden reeds was bekend dat er nood is aan een “all – round” arts die de zorgzoekers in het eerste contact met de geneeskunde kan opvangen. Het gaat om de opvang van

patiënten met ongedifferentieerde, multi-organische en psychosomatische klachten. Geen mens die er aan dacht om een of andere discipline of deelspecialisme op dit niveau te laten functioneren.

Van die “algemene arts” wordt verwacht dat hij ook een overzichtelijk beeld behoudt over de hele patiënt en de hele gezondheidszorg. Hij moet alle somatische, psychische en sociale factoren coördineren en die integreren in de individuele persoon. Maar die arts moet ook bereid zijn om de globale verantwoordelijkheid te aanvaarden voor de gezondheidszorg van de patiënt en hierbij de continuïteit garanderen. Vijftig jaar geleden oordeelde men nog dat huisartsgeneeskunde geen specialisme was of kon zijn. Het was een bepaalde wijze van functioneren die zich schikt naar de vraag van de patiënt.

De golven binnen de maatschappij

De media, de onderzoeksinstituten en onderwijsinstellingen denken vaak dat zij de maatschappij aansturen. Inderdaad, in het land der blinden is eenoog koning. Stellen dat het organiseren van huisartsenstages de bepalende factor is bij de keuze van studenten voor huisartsgeneeskunde is van dezelfde orde als de vaststelling van de media dat televisieprogramma's deze keuze aansturen. De ijdelheid van een aantal leden van beide beroepsgroepen, universitaire ijdeltuigen en boulevardjournalisten, is sterk vergelijkbaar en heeft weinig met kennis te maken.

Sinds meer dan vijf jaar reeds is er een duidelijke tendens waar te nemen bij studenten om voor de huisartsgeneeskunde te kiezen. Aan de K.U. Leuven steeg hun aantal in die periode van minder dan 50 tot 110 nu. Dat de pers dat niet wist is logisch, maar dat bepaalde collegae daar nu mee uitpakken is meer dan ook vreemd.

De studenten zijn ook veranderd. Zij dragen nu een pet, komen in korte broek naar de les en eten en drinken in de auditoria. Maar zij zijn daarom niet minder verstandig en kijken zeer klaar uit hun ogen. Zo'n vak, waarbij je zelf de eigen stijl en aanpak bepaalt en waarbij je de totale mens heel dicht kan benaderen in zijn eigen leefwereld, dat zegt wel iets!

Studenten kiezen

Inderdaad gaan studenten momenteel vlot mee op de golven van het maatschappelijk gebeuren en zijn zij het, eerder dan de pers en de professoren, die de maatschappelijke richting bepalen.

Zij hebben interesse voor de totale mens en willen die ook in zoveel mogelijk deelgebieden kunnen volgen. Verder studeren en werken in steeds kleinere “niches” is maar voorbehouden voor een steeds beperktere groep.

“Wij willen dicht bij de mensen komen” hoor ik studenten vertellen “en hen in hun dagelijkse problemen ontmoeten”. Als deskundige op een zeer ruim terrein begeleiden de huisartsen mensen op een breed en diep front. Daar kiezen onze studenten nu voor. Dat de huisartsenstages hierbij zeer nuttig zijn is duidelijk maar niet bepalend.

Ruime mogelijkheden

De automatisatie, het standaardenbeleid, de groepswerking, de interdisciplinaire en transmurale zorg zijn vele elementen die het huisartsenvak ruime mogelijkheden geven.

Geen vak waar onderzoek zo moeilijk is en zo multifactorieel bepaald wordt. Huisartsenpraktijken met 5 tot 10 artsen zijn geen zeldzaamheid meer en de ondersteuning bestaat vaak uit evenveel mensen.

Waar blijven media en professoren

De media verdiepen zich nog steeds in alle tegenslagen die huisartsen overkomen. Een aantal universiteitsprofessoren jagen op overjarige huisartsen die niet volgens de regels werken. Maar ondersteuning van de expertise op het veld dat zelf nieuwe concepten aanreikt, de noden op de markt beter leren kennen en de komst van een massa jonge collegae in de praktijk beter voorbereiden, zijn dingen die men niet op het verlanglijstje heeft staan.

Onze maatschappij heeft veel veerkracht en studenten geneeskunde weten best waar zij heen willen, zij zetten het vak wel naar hun hand.

“Kijk naar de vogels in de lucht en de bloemen op het veld, zij zaaien en maaien niet. Maak u niet bezorgd om de dag van morgen want die zorgt voor zichzelf”, dit zou zowat de slogan kunnen zijn voor onze aankomende huisartsen. Zij maken het zeker waar op het terrein en staan borg voor een grondige vernieuwing van de gezondheidszorg. Wij de oudere collegae, maar ook de andere disciplines en zeker het beleid, doen er maar beter aan dit spoor te volgen en hun werkwijze aan te passen. De patiënten zullen in elk geval hun keuze snel maken.

Chris Geens