



### In België loopt het verkeerd

Alhoewel sinds decennia beweerd wordt dat de gezondheidszorg in dit land tot de betere, zonet tot de beste van de wereld behoort, is daar tot op heden nog steeds weinig hard bewijsmateriaal voor. Evenmin kan men stellen dat het systeem in de huidige vorm in staat is de uitdagingen van de toekomst te trotseren. Men heeft het vaak over de tevredenheid van de patiënten, de lange levensverwachting, de hoogtechnologische zorg en de goede verspreiding en bereikbaarheid van zorgverstrekkers en ziekenhuizen.

En dit zijn inderdaad niet te ontkennen gegevens die aantonen dat er in dit land werk gemaakt wordt van de gezondheidszorg. Toch dringen meerdere vragen zich op : waarop slaat de tevredenheid van de patiënten en betreft dit

ook de onmondigen en hen die geen expressiemogelijkheid of kanaal hebben zoals de diverse groepen zwakkeren in de maatschappij?

Tweede vraag is of ons systeem ook geschikt is om de snel wijzigende context van de gezondheidszorg in een globaliserende wereld te doorstaan?

Het jaarverslag 2006 van de Vlaamse gezondheidsraad wijdt bijzondere aandacht aan de komende ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg. Het uitgangspunt is het behoud, het herstel en de optimalisering van de gezondheidszorg en het besef dat de grootste gezondheidswinst nog steeds kan behaald worden buiten de gezondheidszorg.

Daarom is de realisatie van een integraal gezondheidsbeleid noodzakelijk waarbij de gemeenschap de keuze kan maken voor het samengaan van welzijn en gezondheid en de hiervoor in te zetten middelen.

Welnu, in België lukt dit steeds minder. Of het nu over centra voor drugsverslaving, SOA, seksuele relatievorming of abortus gaat, recente pogingen tot afstemming tussen de verschillende landsdelen tonen steeds opnieuw aan dat wij niet enkel een andere taal spreken, maar ook totaal verschillen van visie en inzet van middelen wanneer het over gezondheidszorg gaat.

De gezondheidszorg van vandaag eist snelle interventies op het terrein, dicht bij de mensen en geconcentreerd op specifieke groepen. De Belgische filter werkt hier duidelijk vertragend en verwarrend. Een coherent beleid is haast onmogelijk en vereist vaak maanden- en jarenlang overleg.

### Vlaanderen werkt met beleidsdoelstellingen

Vanuit de maatschappelijke context gaat de samenleving een aantal doelstellingen formuleren. Aan de fundamentele waarden van de samenleving wordt niet getornd en die stemmen in een Europese context grotendeels overeen.

Een integraal gezondheidsbeleid houdt rekening met de keuzes van de samenleving en de inzet die men wil leveren om op rechtvaardige wijze gezondheidszorg en welzijn aan te sturen. De verstrekkers van de gezondheidszorg, de verzekeraars, het beleid en waar mogelijk ook de gebruikers van het systeem moeten deze beleidsdoelstellingen samen opstellen en realiseren.

Wanneer men in dit land dergelijke strategie wil uitwerken botst men inderdaad al snel op wezenlijke verschillen zowel wat betreft de maatschappelijke visie als wanneer het gaat over de plaats en de inbreng van de verschillende actoren. De voorstanders van een unitaire staatsstructuur willen deze tegenstellingen vaak niet zien en lijken haast bevreesd voor de verfrissende en dynamische aanpak die vanuit Vlaanderen de rest van het land zou kunnen besmetten.

De doelstellingen die Vlaanderen zich voorhoudt hebben te maken met de demografische ontwikkelingen, die een eigen patroon tekenen, en de daarmee gepaard gaande evolutie in de morbiditeit. Maar ook het evenwicht dat men nastreeft tussen de wetenschappelijke ontwikkelingen en technologische evoluties en de socio-economische status, die bepaalt wat een gemeenschap wil en kan realiseren, verschilt nogal eens in beide landsdelen.

In Vlaanderen gaat men voor een efficiënt management in de gezondheidszorg met doelen waarop het beleid zich kan richten en die evaluatie en bijsturing toelaten.

### Het noorden en het zuiden van Europa

Vlaanderen zit inderdaad op een scheidingslijn in Europa. In Nederland registreert en herregistreert men alles en nog wat en is het voortdurend toetsen aan de norm legio. Er is gewoon een maatschappelijke vraag en een reactie van de verschillende beroepsgroepen om zelf de accreditering van het eigen vak in handen te houden.

In België heeft een stevige zuiderse bries die nood aan normering en toetsing steeds weggeblazen. De vrijheid van de professie staat centraal en enige betutteling door de overheid of door niet-collegae wordt weggehoond, en vooral aan de verloning mag men niet raken en zeker geen discriminatie invoeren voor wie het beter of minder goed doet.

Ja Vlaanderen, ook al is dit niet voor honderd procent, is ook meer geneigd om transparant te werken. Velen zijn het eens om met enige gelaagdheid te werken en van basisnormen op te stappen naar hogere kwaliteitsniveaus die praktijkbezoek en toetsing inhouden.

Het lijkt wel makkelijker in deze richting in Vlaanderen verdere stappen te zetten dan alle participanten in heel het land gewoon te overtuigen om voor deze weg te kiezen.

### De wetenschappelijk verenigingen

Binnen de huisartsgeneeskunde en vooral via de wetenschappelijke vereniging en de academische centra worden doorlopend nieuwe stappen gezet en is men geneigd op gestructureerde wijze verder te timmeren aan het pad van de kwaliteitsborging wat dus een aantal stappen naar navorming inhoudt. Ook de intramurale sector raakt meer en meer in de ban van kwaliteitscontrole en een aantal wetenschappelijke specialistenverenigingen gaan mee die weg op.

Toch hoor je op het veld nog heel wat weerstand tegen deze “overheidsinmenging” en willen de meeste artsen wel eerst betaald worden om nadien hun handelen daarop af te stellen want “voor geld danst de beer” hoorde ik onlangs nog een collega zeggen.

Velen beseffen evenwel niet welke kansen de gezondheidszorg in Vlaanderen krijgt en hoe de zorgverleners dit beleid mee op de sporen kunnen zetten.

Wachten op consensus met het zuiden is als een zoveelste processie van Echternach. Maar de globalisering en zeker de voortschrijdende glocalisering laten ons weinig tijd om de gezondheidszorg in de eigen regio zelf aan te sturen. Dit wachten op Godeau/Godot is er immers een zonder hoop en zonder illusie en leidt enkel tot verder wachten.

De overheid mag van Vlaanderen verwachten dat de wetenschappelijke artsenverenigingen voor zichzelf kunnen bepalen via welke wijze zij aan kwaliteitsborging wensen te doen. En bij redelijke voorstellen blijft een gezonde financiering zeker niet uit.

Chris Geens

## KEUZES MAKEN IN DE VLAAMSE GEZONDHEIDSZORG

Het duurt vast niet lang meer en Vlaanderen maakt zijn eigen keuzes in de opmaak van de begroting van de gezondheidszorg. Maar hoe gaat deze besluitvorming gebeuren en wie bepaalt welke uitgaven prioritair worden. Wordt de eerste lijn inderdaad zeer sterk ondersteund en krijgt de bemensing van de huisartsenpraktijken een ruime financiering?

De jaarlijkse twintig duizend zelfmoordpogingen in Vlaanderen zijn zeker een grote zorg voor het beleid. Wanneer hier veel ruimte voor vrij komt, waar gaat dan minder geld naar toe?

Het wordt dus keuzes maken en spitsroeden lopen, en hoe goed zijn wij daar in, wanneer wij zelf de touwtjes in handen hebben?

### De psychiatrische zorg

Vlaanderen noteert het laatste decennium een toename van depressie, angst, middelengebruik en zelfmoorden. Suicide is zelfs de voornaamste doodsoorzaak in onze regio bij mannen van dertig tot vijftig jaar en bij vrouwen van vijfentwintig tot negenentwintig jaar. De Vlaamse vrouwen scoren hier zelfs het hoogst in het Europa van de vijftien, ja zelfs de helft hoger dan het Europese gemiddelde.

In het interview dat Prof. Paul Igodt, gewezen diensthoofd van de afdeling psychiatrie UZ. K.U. Leuven, gaf in het tijdschrift Spiegel is deze problematiek duidelijk aan de orde.

Opmerkelijk is dat Prof Igodt zijn ontgoocheling uitdrukt over de slagkracht van de nieuwe psychofarmaca en over de beperkte kennisevolutie wanneer het gaat over psychiatrische aandoeningen.

“ Eigenlijk zijn we nog nergens met de preventie van geestesziekten, zoals de vroegdetectie van schizofrenie “ staat in het interview te lezen.

En verder luidt het “ De grote doorbraak moet voor mij komen van de preventiestrategie en van de biologische en biomedische wetenschappelijke revoluties”. Dit is dus een niet mis te verstaan advies aan de overheid, Vlaams of federaal, om stevig te investeren in wetenschappelijk onderzoek en hierin ook de juiste keuzes te maken.

Merkwaardig toeval dat dit vraaggesprek te lezen valt in de periode dat Janssen Farmaceutica drastisch snoeit in het onderzoeksbudget en heel wat onderzoekers de laan uitstuurt. De globalisering heeft blijkbaar zo haar voor- en nadelen. En hoe staat het met de onderzoeksbudgetten aan de universiteiten, wordt daar ook in gesnoeid?

Verder in het artikel pleit Prof. Igodt voor een sterke toenadering van de psychiatrische zorg met de eerste lijn en voor de samenvoeging van de psychiatrische zorg met de welzijnszorg en de gezondheidszorg. Aan de scheiding tussen algemene geneeskunde en psychiatrische zorg moet stelselmatig een einde komen.

Dit zijn stevige adviezen van een van de grootste experts ter zake die Vlaanderen rijk is en die kan men dus niet zomaar naast zich neerleggen bij de beleidskeuze. Zeker wanneer men de doelstelling bekijkt laat dit verhaal weinig speling toe.

Maar de Professor was ook jarenlang voorvechter van de crisisopvang in de psychiatrische zorg en oprichter van het crisisinterventiecentrum te Leuven. Qua urgentie maakt hij de vergelijking met de cardiovasculaire spoedafdeling en afdeling voor intensieve geneeskundige zorgen waar men vierentwintig uur op vierentwintig met man en macht klaar staat.

Bij een acute psychose gebeurt er regelmatig een gedwongen opname, vaak in een isoleerkamer, omdat er onvoldoende personeel is op een intensieve psychiatrische dienst.

### De ondersteuning van de artspraktijk

Praktijkondersteuning en i.c. de vergoeding van de praktijkassistent(e) is eveneens reeds jaren een ander heikel punt.

In Nederland is praktijkhulp sinds decennia een verworven begrip terwijl de federale overheid in dit land al jaren rond de hete brij loopt. De meningen in beide landsdelen zijn trouwens weer eens erg verschillend, of wat dacht u. Maar ook zorgt extra-betoelaging van de eerste lijn voor vraagtekens bij de intramurale sector. Daar betaalt men vaak (huis)artsen als hulp in operatiezalen, bij zaalrondes of op spoeddiensten. De verloning is hierbij erg wisselend en van een statuut is meestal geen sprake.

Op naar de arts- assistent hoor je in Vlaanderen hier en daar stellen. Vanuit de idee van het subsidiariteitsprincipe moeten het niet steeds volwaardige artsen zijn die allerhande functies invullen die artsen nu uitoefenen , maar kan men best een opleiding voorzien waar verpleegkundigen, kinesisten en andere paramedici kunnen doorgroeien naar een assistent-functie.

In het Waalse landsdeel staat men natuurlijk weer op de achterste poten bij dit voorstel en ziet men een bedreiging voor het artseneroep.

Toch moet Vlaanderen in de nabije toekomst ook hier weer keuzes maken. Wil men de artsen maximaal inzetten waarvoor wij werden opgeleid, dan moet er zowel in de ziekenhuizen als in de artspraktijken ondersteuning komen. Begrotingsspecialisten moeten hier even uitkijken wat een en ander kost en welke verschuivingen mogelijk zijn. De eerste stap is toch wel de uitbouw van de eerste lijn want dit moet de uitstalbasis worden van een goed gestructureerde Vlaams gezondheidszorg.

De beroepsverenigingen hebben hierbij ook een belangrijke taak te vervullen, maar de talrijke wetenschappelijke artsverenigingen, die Vlaanderen rijk is, doen er best aan zich ook in het debat te mengen. Veel organisaties moeten er dan ook werk van maken om minstens een Vlaamse vleugel van hun vereniging uit te bouwen of, beter nog, om hun status en naam aan de Vlaamse situatie aan te passen.

Ook de overheid moet hier keuzes maken en dit wordt in Vlaanderen waarschijnlijk niet makkelijker dan in België. Maar de gesprekspartners spreken wel dezelfde taal zowel in de letterlijke als in de overdrachtelijke betekenis en dit helpt zeker bij het maken van keuzes

Chris Geens