

DE PRIJS VAN UW GEZONDHEID

Is onze gezondheidszorg in gevaar?

Lieven Annemans



LANNOO
CAMPUS

D/2014/45/4 – ISBN 978 94 014 1239 1 – NUR 860, 780

Vormgeving cover: Paul Verrept
Vormgeving binnenwerk: Fulya Toper
Auteursfoto cover: Sarah Mina C

© Lieven Annemans & Uitgeverij Lannoo nv, Tielt, 2014.

Uitgeverij LannooCampus maakt deel uit van Lannoo Uitgeverij, de boeken- en
multimediadivisie van Uitgeverij Lannoo nv.

Alle rechten voorbehouden.

Niets van deze uitgave mag verveelvoudigd worden en of
openbaar gemaakt, door middel van druk, fotokopie,
microfilm, of op welke andere wijze dan ook, zonder
voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

UITGEVERIJ LANNOOCAMPUS
ERASME RUELENSVEST 179 BUS 101
3001 LEUVEN
BELGIË
WWW.LANNOOCAMPUS.BE

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD	7
INLEIDING	11
DEEL 1	
WE DOEN HET TOCH ZO SLECHT NIET?	21
Onze zorgverstrekkers worden goed opgeleid	22
Onze gezondheidswerkers zijn harde werkers	30
Onze zorg is door de band genomen veilig	33
Het overgrote deel van onze bevolking is verzekerd	34
Goedkope behandelingen	38
Een voedingsbodem voor innovatie	40
Succes in de tevredenheidspolls	42
DEEL 2	
WAT ER FOUT LOOPT EN FOUT KAN GAAN	45
Goede opleiding?	46
Harde werkers?	51
Veilige behandelingen?	53
Goedkope behandelingen?	57
Iedereen goed verzekerd?	63
Een voedingsbodem voor innovatie?	66
Zijn we echt zo tevreden?	68
Overconsumptie	70
Onderbehandeling	80
Onvoldoende preventie	85
De complexe structuren	90

DEEL 3	
HET HERSTELPLAN	95
PIJLER 1:	
Het formuleren en bijschaven van doelstellingen	97
PIJLER 2:	
Het uitzetten van een groeipad voor de gezondheidssector	102
PIJLER 3:	
Het algemeen toepassen van het principe van de kosteneffectiviteit	106
PIJLER 4:	
Veel meer geld klaar zetten voor preventie	115
PIJLER 5:	
Een hoofdrol voor de huisarts en voor de andere gezondheidswerkers in de eerste lijn	118
PIJLER 6:	
De volledige informatisering van het systeem	122
PIJLER 7:	
Veel meer zeggenschap voor de patiënten maar ook een grotere verantwoordelijkheid	126
PIJLER 8:	
Nieuwe beroepen creëren	131
PIJLER 9:	
Het veranderen van de betalingssystemen	133
PIJLER 10:	
Naar een nieuw en verbeterd model	140
SLOTWOORD	146
EINDNOTEN	150

VOORWOORD

‘En een goede gezondheid!’ – vaak is dat het voornaamste dat we elkaar toewensen bij de aanvang van een nieuw jaar. En dat is ook logisch, want als we gezond zijn, gaat alles wat beter, kunnen we meer dingen doen in onze vrije tijd, hebben we gemakkelijker sociale contacten en maken we meer kans om gelukkig te zijn.

Maar hoe blijven we of worden we gezond?

Voor een deel hebben we dat *zelf* in handen, door de manier waarop we eten en drinken, onze mate van lichaamsbeweging, door ons rookgedrag, het al dan niet nemen van drugs enzovoort.

Maar ook onze *omgeving* speelt een rol. Waar en hoe we wonen of opgroeiden, de vervuiling van onze omgeving, verkeersongevallen, overdreven lawaai, stress op het werk, het niet hebben van werk, ons inkomen, ... zijn slechts enkele voorbeelden van wat sommigen de ‘sociale determinanten van gezondheid’ noemen.

Daarnaast is er een aantal voldongen feiten waarop we geen vat hebben. Denk aan onze *erfelijke kenmerken*, en de simpele vaststelling dat we met het ouder worden sowieso meer kans hebben op allerlei kwalen (hoe graag we dat soms wel eens zouden willen, we kunnen de tijd niet doen stilstaan).

Bovenop dit alles heeft ook *de toegankelijkheid, de organisatie en de kwaliteit van de gezondheidssector* een cruciale rol. Krijgen we de zorg die we nodig hebben? Is alles wel zodanig georganiseerd om er als burger of patiënt het beste uit te kunnen halen? Onze gezondheid kan inderdaad staan of vallen met de beschikbaarheid en de kwaliteit van de prestaties

van artsen, verpleegkundigen, kinesisten, diëtisten, psychologen, logopedisten, ergotherapeuten, pedagogen en andere gezondheidswerkers.

En dat kan al eens tegenvallen. We kunnen overbehandeld worden, waardoor we meer risico's lopen op bijwerkingen, maar we kunnen ook onderbehandeld worden, waardoor we niet alle kansen krijgen om van een ziekte te genezen. We krijgen soms een behandeling waarvan niet eens is aangetoond of ze werkt, of we krijgen haar te laat. Er kan ook een gebrek aan coördinatie zijn – bijvoorbeeld tussen een ziekenhuis en een huisarts – waardoor de patiënt tussen de plooiën valt, of een foute aanpak riskeert. En we krijgen niet altijd de kans om de juiste preventieprogramma's te volgen, terwijl die net kunnen voorkomen dat we ziek worden.

Opgelet: een behandeling kan soms geen effect hebben, niet omdat ze slecht werd uitgevoerd, maar gewoon omdat behandelingen als het ware nooit 100 % kans op succes kunnen bieden. Als een behandeling die door de band genomen doeltreffend is eens bij iemand niet werkt, kan men de zorgverstrekkers niets verwijten. Er is nu eenmaal een bepaalde kans dat iets al dan niet zal werken, of zelfs een nevenwerking geeft. Dat hangt af van de aard van de patiënt, zijn of haar genetische kenmerken, zijn gedrag, en zijn omgeving (alle factoren die onze gezondheid kunnen beïnvloeden komen hier weer terug).

Maar los van deze bemerking tussendoor is het duidelijk dat er heel wat kan misgaan met onze gezondheidszorg. En dikwijls zijn die kwalen – de over- of onderbehandeling, het tekort aan preventie, of het gebrek aan coördinatie – niet alleen de schuld van de gezondheidswerker die te veel of te weinig doet, of van de patiënt die soms onnodig de deuren van de artsen platloopt of zichzelf niet verzorgt, maar ook, en misschien wel vooral, van het *systeem*, van de manier waarop men de gezondheidssector organiseert en de zorg betaalt.

Er rust daarom een enorme verantwoordelijkheid op onze ministers (ja, we hebben er meerdere) van volksgezondheid. Zij moeten vermijden dat de kwalen van de sector blijven aanhouden en zelfs erger worden. Anders ziet het er slecht uit voor onze gezondheidszorg en dus ook

voor onze gezondheid en die van de volgende generaties. Het Belgische gezondheidssysteem wordt wereldwijd nochtans als zeer goed beschouwd – en terecht! – vooral omwille van de grote toegankelijkheid en de kwaliteit en het harde werk van onze gezondheidswerkers. Op al die vlakken scoren we veel beter dan andere landen, zoals Nederland of Engeland. Maar in dit boek zal ik aantonen dat we de fundamenten van ons systeem geleidelijk aan uithollen, en dat is zeer onrustwekkend. De zorg dreigt onbetaalbaar te worden, in de toekomst niet meer voor iedereen toegankelijk te zijn én aan kwaliteit in te boeten. En dat willen we niet. Enfin, ik toch niet, en ik hoop velen met mij.

In dit boek geef ik talrijke, soms frappante en onthutsende, voorbeelden van wat er fout gaat. Toegegeven, met voorbeelden kan men alles bewijzen. Daarom ligt de nadruk niet op de voorbeelden maar op het verklaren waarom ze zich voordoen. Er is veel meer aan de hand dan die enkele gevallen die de revue passeren, en de bedoeling is de oorzaken ervan bloot te leggen.

Maar uiteraard wil ik ook oplossingen aanreiken. Oplossingen in de vorm van een herstelplan. En daarbij is het niet de bedoeling om alles wat we vandaag hebben, kennen en kunnen in de gezondheidssector zomaar weg te vagen. Integendeel, wat we goed doen, moeten we blijven doen, en zelfs meer doen. Maar daar waar we de dingen kunnen verbeteren, daar waar we het systeem kunnen herstellen, zeg maar genezen, mogen we dat echt niet nalaten.

En we hebben daar allemaal een rol in: zowel de professionelen in de zorgsector als de patiënten en de potentiële patiënten. En natuurlijk ook onze beleidsmakers.

Ik ben trouwens optimistisch. Als men de kwalen kent, kan men er ook iets aan doen, en op die manier ons gezondheidssysteem weer op het juiste spoor zetten. En vooral daar gaat dit boek over.

Graag wil ik iedereen bedanken die me geïnspireerd heeft voor mijn denk- en schrijfwerk (soms zonder het te weten). Ik denk daarbij aan Jan De Maeseneer, Hugo Robays, Jo De Cock, Ri De Ridder, Dirk Dewolf, Louis Ide, Rene Westhovens, Marc Noppen, Elisabeth Darras,

Niko Speybroeck, Jean Creplet, Yvo Nuyens, Dirk Broeckx, ... en ook aan de vele artsen, apothekers, verpleegkundigen en andere zorgverstrekkers die zo gul waren met hun voorbeelden en oplossingen.

Maar vooral wil ik mijn vrouw Christel bedanken, niet alleen voor het nalezen van de eerste versie, maar voor alles wat ze doet voor ons gezin. En uiteraard kunnen ook onze kinderen, Silke, Mayke, Toon en Daan, niet ontbreken. Zonder hen zou ik wellicht al lang mijn idealisme verloren hebben. En ten slotte dank ik u als lezer om dit boek ter hand te nemen. Hopelijk inspireert het u ook om mee te denken en te werken aan een beter en gezonder leven voor iedereen.

INLEIDING

Onze gezondheid is ons hoogste goed. 85 % van de Vlamingen geeft aan dat hun geluk vooral bepaald wordt door hun gezondheid. Bij onze noorderburen vindt 60 % gezondheid het allerbelangrijkste in zijn of haar leven. En toch hebben we de neiging om het belang van onze gezondheid pas te beseffen wanneer we ziek zijn. Zelfs een kleine verkoudheid of een kwetsuur doet ons al trachten om zo rap mogelijk weer kerngezond te zijn. Vooral mannen zijn op dat vlak kleinzerig!

Maar velen onder ons kunnen nooit meer kerngezond worden omdat ze lijden aan een chronische ziekte, waarbij volledig herstel niet meer mogelijk is. Of gewoon omdat ze geleidelijk aan ouder en zwakker worden en steeds meer kwaaltjes oplopen. Ook zij kunnen natuurlijk baat hebben bij een zo goed mogelijke gezondheidszorg. Niet om te genezen, maar om hun kwaliteit van leven zo hoog mogelijk te maken en op die manier toch nog enige of geruime tijd te kunnen doorbrengen op een aanvaardbaar gezondheidsniveau.

Maar laat ons meteen eerlijk zijn met onszelf: vroeg of laat gaan we allemaal dood! Het eeuwig leven bestaat niet (denk ik toch). Wat we wél met recht en rede mogen verwachten is dat we zo lang mogelijk, zo gezond mogelijk kunnen blijven. Dat moet een recht blijven voor iedereen, jong of oud, arm of rijk, en ongeacht iemands afkomst, taal en cultuur.

Maar hoe bereik je dat, ‘zo lang mogelijk, zo gezond mogelijk kunnen zijn’? Figuur 1 toont de verschillende oorzaken van (on)gezondheid. In het voorwoord kwamen we ze ook al tegen.



Figuur 1: de oorzaken van (on)gezondheid.¹

Wat opvalt is dat tot nu toe niemand er echt in geslaagd is een cijfer te plakken op het relatieve belang van deze verschillende oorzaken. Wat weegt het meest door? Ons gedrag? Ons inkomen? Het milieu waarin we wonen en werken? Ons genetisch profiel? Onze leeftijd? Of uiteindelijk toch de kwaliteit van de gezondheidssector? We weten het niet echt. Daarom gewoon hieronder enkele cijfers die tot nadenken stemmen:

- Mensen met *zwaarlijvigheid* (obesitas) leven gemiddeld vijf tot zes jaar minder lang dan mensen met een normaal gewicht. Het aantal verloren *gezonde* jaren is nog hoger. Dat is logisch, want tijdens hun leven brengen zwaarlijvige mensen veel meer jaren in ziekte door, omdat ze al op jongere leeftijd chronische ziekten krijgen. Ze verliezen dus twee keer: ze zijn langer ziek en ze leven korter. Daardoor verliezen ze in totaal negen gezonde jaren.
- *Rokers* doen het nog slechter: die leven zeven tot acht jaar korter, maar ze zijn ook meer, rapper en langer ziek, waardoor ze elf gezonde jaren verliezen! Niet onlogisch als je ziet welke gevolgen roken heeft: longziekten (onder andere longkanker en chronische luchtwegproblemen), hart- en vaatandoeningen, mondziekten en darmziekten (onder andere slokdarmkanker, tandvleesontstekingen), oogziekten, snellere veroudering van de huid, problemen om zwanger te worden, minder goed sperma, erectieproblemen, meer

miskramen, te vroeg geboren baby's, en – hoe kan het anders als je de lange lijst afloopt – een algemeen slechtere conditie. Een mens vraagt zich af waarom er nog rokers zijn! Het antwoord is eenvoudig: ze zijn verslaafd en dan is het echt zeer moeilijk om te stoppen. Maar we moeten ze helpen en niet verguizen.

- Vervuiling laat zich ook niet onbetuigd. Volgens berekeningen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) is het milieu verantwoordelijk voor 17 % van alle verloren gezonde levensjaren; bijna één op de vijf dus!² De Vlaamse Milieumaatschappij berekende dat er in Vlaanderen jaarlijks ongeveer 80.000 gezonde levensjaren verloren gaan door fijn stof. Geluidsbelasting ten gevolge van drukke wegen, spoorwegen en luchthavens komt op de tweede plaats van de milieufactoren met 7.450 verloren gezonde levensjaren. Het is overigens door de combinatie van vervuiling en ons rookgedrag dat België van alle landen van Europa het hoogste sterftcijfer kent ten gevolge van longziekten.³
- *Erfelijke ziekten* kunnen ook een zeer ingrijpende impact hebben op gezonde levensverwachting. Denk maar aan kinderen die met een zeldzame aangeboren ziekte moeten leven en zonder goede behandeling slechts enkele jaren, soms maar enkele maanden kunnen leven.
- En dan nog de uitsmijter: mensen met een *laag inkomen* leven gemiddeld vijftien jaar korter dan mensen die zich in het hoogste deel van de inkomensladder bevinden! De Rotterdamse professor Mackenbach berekende dat in de Europese Unie jaarlijks 700.000 doden en 33 miljoen zieken verklaard worden door ongelijkheid in de zorg en armoede.⁴ Van alle kosten in de gezondheidszorg zouden we 20 % kunnen vermijden indien de gezondheidskloof tussen arm en rijk er niet zou zijn. Ons bruto nationaal product zou 1,4 % hoger liggen!

De voorbeelden hierboven maken het hopelijk duidelijk genoeg: alle vier types van oorzaken in het schema van figuur 1 spelen wel degelijk een cruciale rol in het behouden of verliezen van onze gezondheid. En

wat ook opvalt is dat ze allemaal met elkaar in verbinding staan. Waarom leven arme mensen minder lang? Omdat ze zich ook – ten gevolge van hun armoede – minder verzorgen, minder aan sport of beweging doen, en minder gemakkelijk toegang krijgen tot goede zorg, want die is soms gewoon te duur. Het is natuurlijk door het complexe samenspel van al die facetten dat het zo moeilijk is om exact vast te stellen wat nu het meest doorslaggevend is.

De hamvraag duikt dan meteen op: wat doen we eraan? Hoe zorgen we ervoor dat we ons beter gedragen, en dat we bovendien de vervuiling een halt toeroepen, dat we minder verkeersongevallen met lichamelijk letsel hebben, en dat we ziektes sneller kunnen opsporen? Hoe zorgen we ervoor dat we een gezondheidszorg hebben die een hoge kwaliteit van zorg garandeert én die voor de staat, voor de ziekteverzekering en voor elke inwoner betaalbaar is?

Het eerste dat we moeten beseffen, is dat heel veel van wat er kan en gedaan moet worden zich buiten de mogelijkheden van de minister van gezondheid situeert. Zijn of haar actieradius is beperkt.

Inderdaad, de minister van verkeer en mobiliteit is verantwoordelijk voor het stimuleren van het openbaar vervoer en het verminderen van het autoverkeer om op die manier iets te doen aan de vervuiling. Zij of hij wordt ook verondersteld het aantal verkeersongevallen terug te dringen.

En de minister van arbeid moet waken over de arbeidsomstandigheden en een gezonde werkomgeving. Zij of hij moet ook een rol spelen in het aanpakken van het verfoeilijke pestgedrag op het werk.

De minister van onderwijs moet er dan weer voor zorgen dat iedereen een zo groot mogelijke kans krijgt op een zo goed mogelijke opleiding. Want hoe beter men is opgeleid, hoe groter de kans dat men er ook een gezonde levensstijl op na zal houden. Diezelfde minister moet ook de kwaliteit van de opleiding van gezondheidswerkers (artsen, apothekers, verpleegkundigen, ...) hoog houden. Hoe beter de kwaliteit van die opleiding, hoe groter de kans op goede preventie, diagnose, behandeling en opvolging, en hoe meer aandacht voor de mens achter de ziekte.

En het gaat zo maar door. De minister van ruimtelijke ordening moet erover waken dat mensen in normale en hygiënische omstandigheden en met een minimum aan hinder kunnen wonen; de minister van milieu moet de nodige inspanningen doen om onze omgeving te vrijwaren van onder andere pollutie en lawaaihinder.

Wat rest er dan nog van opdrachten voor de ministers van gezondheid? Als men de opsomming hierboven ziet, lijkt het erop dat de minister van gezondheid niet zo veel armslag heeft. En toch is deze rol cruciaal, want veel dingen die de ministers van gezondheid kunnen doen, hebben ze wel degelijk onder hun directe bevoegdheid. Ze moeten ervoor zorgen dat mensen de best mogelijke preventieve zorg krijgen en de best mogelijke behandeling als ze ziek zijn, nu en in de toekomst. Zij kunnen ook gezond gedrag promoten en ze moeten ook een gezondheidssysteem uitbouwen dat de beste garantie geeft op een kwaliteitsvolle, financieel haalbare en toegankelijke zorg.

En daarnaast moeten zij natuurlijk proberen de collega-ministers te overtuigen om geen maatregelen te nemen die de gezondheid schaden en meer maatregelen te nemen die juist de gezondheid ten goede komen. Ze mogen dus niet lijdzaam toezien hoe andere ministers met slechte maatregelen de gezondheid van de mensen ondergraven. Ze moeten die anderen bij hun nekvel grijpen (in eerste instantie figuurlijk) en ze bewegen tot het nemen van maatregelen die gunstig zijn voor ons aller gezondheid.

Als je al die opdrachten zo bekijkt zou de minister van gezondheid idealiter de eerste minister moeten zijn. Dán pas zou zij of hij voldoende zeggenschap hebben over de collega's om zo'n breed gezondheidsbeleid te kunnen voeren.

Voorlopig blijft dat een droom. Maar dromen mag. Verderop in het boek ga ik er overigens redelijk op los dromen. Je kunt de toekomst immers alleen maar creëren door er vandaag aan te denken!

Nu, op zich heeft men al een flinke kluit aan wat er direct onder de bevoegdheid van de minister van gezondheid valt en wat die zelf allemaal kan doen (de best mogelijke preventieve zorg, de best mogelijke

behandelingen...). En het leeuwendeel van het boek gaat daarover. *We gaan ons dus in de eerste plaats richten op de gezondheidssector zelf.*

En die gezondheidssector staat op een kruispunt. De jongste twintig jaar zijn onze nationale uitgaven aan gezondheid verdriedubbeld (!) terwijl onze economie slechts is verdubbeld. Het bedrag dat de staat (vooral via de ziekteverzekering) vandaag uitgeeft aan onze gezondheid komt overeen met 8 % van wat onze economie jaarlijks kan opbrengen. Maar als onze allerbeminde gezondheidssector zo blijft groeien als de voorbije twintig jaar, dan verwachten we dat die kosten voor de staat omstreeks het jaar 2050 naar 30 % (!) van onze economie zullen evolueren. En in die voorspellingen over de gezondheidsuitgaven spreekt men dan nog niet van de nieuwe medische technologieën die, dankzij de kennis van ons genoom en andere nieuwe inzichten in ziekten, geïndividualiseerde – maar peperdure – behandelingen zullen toelaten. Of van de zogenaamde regeneratieve geneeskunde waar onder andere op basis van stamceltechnologie beschadigde organen zullen hersteld worden. Deze innovaties staan ons weldra te wachten. Men noemt ze de *Advanced Therapy Medicinal Products* (ATMPs). Iedereen is erover in hoerastemming, maar weinigen hebben al nagedacht over wat de impact van de ATMPs op de betaalbaarheid en de solidariteit van ons gezondheidssysteem zal zijn.

Ik zie beleggingsadviseurs zich al in hun handen wrijven en de gezondheidssector bij hun onwetende klanten aanprijzen als een schitterend beleggingsdoel: toekomstige groei en winsten gegarandeerd! Maar kan de overheid die groei wel aan? Het is haast onmogelijk, want de staat heeft ook geld nodig voor onderwijs, mobiliteit, milieubescherming, en nog zo veel andere dingen. De Nederlandse econoom Flip de Kam ziet een zelfde evolutie in Nederland en omschrijft de gezondheidszorg als een koekoeksjong: de uitgaven stijgen zo snel dat andere belangrijke uitgaven zoals die voor onderwijs en cultuur steeds meer naar de rand worden geduwd. En als de overheid beslist om minder tussen te komen in de gezondheidssector dan zullen de meer bemiddelden onder ons wél de goede zorg krijgen en de anderen niet. Maar de eerder vermelde cijfers van Mackenbach hierboven tonen juist dat dit

voor de maatschappij in haar geheel dan weer een verwerpelijke optie is. Zelfs de grootste egoïst zal begrijpen dat verdere uitdeining van de ongelijkheden sowieso nefast is voor de maatschappij, en dus ook voor hemzelf. Ook de Engelse epidemioloog Richard Wilkinson toonde dit overduidelijk aan.

*We staan dus samen voor de enorme uitdaging om ons zorgsysteem financieel duurzaam, en toch van goede kwaliteit en voor iedereen toegankelijk te houden. Gaan we dat kunnen? Ik ben ervan overtuigd. Maar het zal ook een meer gelijke samenleving vergen dan vandaag.*⁵

In deel 1, ‘We doen het toch zo slecht niet?’, start ik trouwens optimistisch: ik ga op verkenning naar wat er allemaal wél goed gaat in onze gezondheidssector. Zoals gezegd, we hebben in België een fantastisch systeem waar men in andere landen een puntje kan aan zuigen. We zijn nagenoeg allemaal verzekerd, onze artsen en andere gezondheidswerkers zijn zeer goed opgeleid en leveren (meestal) zeer goed werk af. Ze werken (meestal) ook zeer hard. Het is ook niet verwonderlijk dat we in internationale tevredenheidspolls – hoe tevreden is men met zijn huisarts, met de kwaliteit van de ziekenhuizen ... – steevast veel beter scoren dan het Europese gemiddelde. En zo zijn er nog enkele positieve vaststellingen. En wat positief is moeten we koesteren en zeker niet laten varen. Hierover meer in deel 1.

Deel 2, ‘Wat er fout loopt en fout kan gaan’, is jammer genoeg wat langer dan het eerste deel. En dat ligt niet aan een tijdelijke opstoot van inspiratie. Hier komen de kwalen van het systeem naar voren, en er zijn nu eenmaal heel wat dingen die mislopen, veel meer dan wat de ‘outsiders’ kunnen vermoeden. Het lijkt soms zelfs alleen maar erger te worden. Het prachtige monument, genaamd onze gezondheidszorg, is aan het afbrokkelen. Hoe kan dat toch? We fileren de problemen een voor een, met talrijke voorbeelden.

Opgelet: dit deel gaat niet over medische fouten! Medische fouten zijn van alle tijden en des mensen, en uiteraard zijn er manieren, o.a. via de opleiding, om ze te vermijden. Maar daar ga ik het niet over hebben. Wat wel uitgebreid aan bod komt, is alles wat er fout gaat omdat de zorgverstrekkers niet of niet voldoende met de stand van de wetenschap

rekening houden, en soms meer door geld dan door kennis worden gedreven, of omdat patiënten hun verantwoordelijkheid niet nemen, en vooral omdat het beleid soms foute keuzes maakt of een gebrek aan visie etaleert om het systeem te verbeteren.

We steken in dat tweede deel het mes overigens hier en daar nog wat dieper in de wonde en laten zien hoe sommige beleidsbeslissingen van de jongste jaren de situatie juist nog slechter of verwarrender maakten. Het doet me denken aan de restaurateurs van de Akropolis, die eind 19de eeuw in hun restauratiewerken de ongelukkige keuze maakten om met ijzer te werken. Dat begon later immers te verroesten, wat de volgende generaties restaurateurs met extra problemen opzadelde.

Maar op een bepaald moment moet het klagen stoppen en moet men aan de heropbouw beginnen. We eindigen daarom, zoals beloofd, in deel 3 (alle goede dingen bestaan uit drie) met een optimistisch verhaal. Als we *nu* ingrijpen, kunnen we een ‘gezond gezondheidssysteem’ verkrijgen en kunnen we het gevaar bezweren. Maar we moeten er echt wel meteen aan beginnen. Ik ga tien pijlers van verandering voorleggen. Toegegeven, er zijn ook de jongste jaren door het beleid al enkele goede stappen gezet in de richting van sommige pijlers. Ik noem er hier één: men creëerde het zogenaamde ‘globaal medisch dossier’ (GMD) waarin een huisarts van onze keuze al onze medische gegevens en onze historiek van diagnose en behandelingen bijhoudt.⁶ Die huisarts kan dan veel beter waken over de kwaliteit van de zorg die we op verschillende niveaus krijgen. Een goede stap, maar nog niet ver genoeg, want dit GMD is vooralsnog niet verplicht.

We zullen het in dit laatste deel niet nalaten te beschrijven wat voor goeds er reeds is gebeurd, maar de nadruk ligt toch vooral op wat er nog moet gebeuren.

Nog drie laatste punten voor we aan de slag gaan.

Het boek gaat vooral over de Belgische gezondheidszorg en de aanbevelingen zijn (hopelijk) nuttig voor een typisch westers gezondheidssysteem. Ik besteed spijtig genoeg weinig aandacht aan de gezondheidszorg in landen in ontwikkeling. Nochtans is daar nog veel meer nood aan goed uitgebouwde gezondheidssystemen. Misschien zijn sommige

adviezen in dit boek toch nuttig voor mensen die met die landen be-
gaan zijn. Ik hoop het van harte en wil meewerken aan de verdere uit-
bouw van hun gezondheidssystemen.

In het boek komen zoals gezegd talrijke voorbeelden aan bod, over
wat er goed gaat en vooral over wat er fout gaat in onze zorg. Uiteraard
gebruik ik steeds maar een beperkt aantal voorbeelden om een en ander
te illustreren. Het kan dus best zijn dat sommigen wat ontgoocheld
achterblijven omdat hun goede voorbeeld er niet in staat. Daarvoor
alvast mijn excuses. Wellicht zullen diegenen waarvan het slechte voor-
beeld in dit boek niet aan bod komt dat wat minder erg vinden.

Om de voorbeelden zo bevattelijk mogelijk te maken worden de per-
sonages in de verhalen met naam en toenaam genoemd. Maar uiteraard
zullen dat fictieve namen zijn van patiënten, artsen, verpleegkundigen,
ziekenhuizen... Dus als u ergens uw eigen naam tegenkomt, weet dan
dat het – waarschijnlijk – niet over u gaat!

DEEL 1

WE DOEN HET TOCH ZO SLECHT NIET?

Fris gewapend met optimisme en een roze bril kijken we in dit deel naar onze gezondheidssector. Ons gezondheidssysteem is een monument (in welke mate het verroest is, bespreken we later) en het heeft een aantal kenmerken waar we terecht trots op kunnen zijn. Figuur 2 geeft een overzicht⁷ en we belichten alle aspecten een voor een.



Figuur 2: bekende sterktes van ons gezondheidssysteem.

Onze zorgverstrekkers worden goed opgeleid

Goed werk start met een goede opleiding, en daar is veel positiefs over te vertellen. Laat ons beginnen met de artsen. De opleidingen geneeskunde zijn over het algemeen gedurende het jongste decennium sterk verbeterd.



Veronique is een jonge huisarts in een Vlaamse stad en behandelt een vrouw met een ernstige depressie. De geneesmiddelen volstaan niet en de beste oplossing voor de vrouw is om in dat geval ook psychotherapie op te starten, liefst met een opname. Maar de vrouw moet voor drie kinderen zorgen en haar man is alcoholicus. Veronique neemt alle noodzakelijke stappen om de man te laten opnemen, uiteraard mits diens akkoord, en nadat ze hem overtuigd heeft. De vrouw kan thuis verzorgd worden voor haar depressie en krijgt extra steun om voor de kinderen te zorgen.

Duiding: jonge artsen zoals Veronique hebben geleerd om expliciet rekening te houden met de context van een patiënt bij de keuze en manier van behandelen. Daardoor heeft de behandeling veel meer kans op succes. Gewoon een pilletje geven en wegwezen is niet voldoende. Gewoon opnemen zonder de gevolgen ervan in te schatten heeft al evenmin zin. Door rekening te houden met de context helpt de arts niet enkel de patiënt maar het hele gezin.

Een andere illustratie van onze goede opleiding is de maturiteit en de kritische zin die onze pas afgestudeerden tentoonspreiden.



Geert is laatstejaarsstudent geneeskunde en wordt op stage geconfronteerd met een dame van 87 jaar met een aantal chronische ziekten die een hartaanval heeft gehad. Men overweegt een bypassoperatie, maar de dame zelf – die goed bij bewustzijn is – verzoekt de artsen met aandrang om haar die zware operatie niet te laten ondergaan. Ondanks die wens en ondanks haar slechte algemene toestand wordt de dame geopereerd. Ze verzeilt in een coma van verschillende dagen die ze gelukkig overleeft, maar ze wordt nooit meer de oude. Geert is hier niet mee akkoord en vraagt om hier in de toekomst op een andere manier mee om te gaan. Deze dame had ook minder ingrijpend en wellicht met een veel beter resultaat behandeld kunnen worden.

Duiding: het lijkt meer een voorbeeld voor deel 2 (over alles wat er fout gaat), want het is niet zo'n fris verhaal. Maar het is ook een positief voorbeeld en daarom staat het hier. Onze studenten leren hoe men als arts moet trachten het optimale te doen voor de patiënt én ook hoe men moet rekening houden met de wensen van die patiënt en met maatschappelijke factoren.

Uit het voorbeeld blijkt ook dat onze studenten wordt geleerd assertief te zijn en om wat ze hebben meegekregen over te brengen op anderen. Een bypassoperatie uitvoeren bij iemand die niet in de gewenste conditie verkeert en een slechte prognose heeft, is niet de juiste keuze, noch voor de patiënt noch voor de maatschappij. Onze studenten leren om betere ethische en verantwoorde keuzes te maken. Eenmaal in de praktijk gaat daarvan een deel verloren, maar daar kom ik zoals gezegd op terug in het volgende deel.

Artsen leren nu ook veel meer dan vroeger waar ze een goedkopere maar even goede behandeling kunnen gebruiken. Maar ze leren evenzeer hoe op het eerste gezicht dure behandelingen uiteindelijk beter zijn voor patiënt én maatschappij. Ze beginnen steeds meer te zoeken naar manieren om zonder kwaliteitsverlies de dingen doelmatiger te doen, omdat daar in de opleidingen en in de permanente opleidingen,

na het afstuderen, steeds meer aandacht voor is. De kwaliteit van onze zorg is inderdaad ook mede te danken aan die permanente opleiding die onze artsen krijgen nadat ze zijn afgestudeerd.



Bea is huisarts met al 25 jaar ervaring. Zij heeft 80 patiënten met diabetes. Van deze 80 zijn er 72 (90 %) waarvan de suikerspiegel onder controle is. Bij de overige 10 % is dat niet mogelijk omwille van het teveel aan medicatie die de patiënten anders zouden moeten nemen. Toch probeert Bea ook bij die mensen de zaken zo goed mogelijk in het vizier te houden. Ze werkt samen met specialisten en met de diëtisten uit de buurt om een gezonde leefwijze van al haar diabetespatiënten te stimuleren.

Duiding: de permanente opleiding informeert artsen over de nieuwste wetenschappelijke richtlijnen omtrent de optimale aanpak van patiënten en vertaalt die richtlijnen in praktische stappen.

Artsen worden permanent bijgeschoold om mee te zijn met de meest recente ontwikkelingen in de geneeskunde, om ze dan te kunnen toepassen in de dagelijkse praktijk. Dit gebeurt via een verplicht systeem van accreditering: ze moeten bij wijze van spreken hun punten verdienen door te bewijzen dat ze naar de opleiding zijn geweest. In dat systeem moeten ze ook punten 'economie en ethiek' verdienen, waardoor ze verplicht zijn opleidingen en lezingen te volgen met als doel hun maatschappelijke visie aan te scherpen.

Om huisartsen te ondersteunen in hun dagelijkse praktijk, ontwikkelde men met geld van het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) ook een online databank met meer dan duizend nationale en internationale richtlijnen voor een goede praktijk.⁸ Huisartsen kunnen met een klik die medische richtlijnen in hun eigen taal opsnorren. Het is de bedoeling dat verder in de toekomst ook gezondheidswerkers uit andere disciplines, zoals verpleegkundigen en

kinesitherapeuten, informatie kunnen raadplegen die dan specifiek aan hen gericht is.

Ook apothekers worden steeds beter opgeleid, en dan meer bepaald omtrent de zorg rond een geneesmiddel.

Een vrouw van 75 komt in de apotheek van Lies met een voorschrift voor een geneesmiddel tegen hoge bloeddruk. Het merkgeneesmiddel werd voorgeschreven door een in een ziekenhuis werkzame specialist. Maar Lies ziet dat de dame dat geneesmiddel ook al van de huisarts had gekregen, maar dan in de generieke vorm (het 'witte product'). Lies belt met de huisarts én met de specialist om de situatie te begrijpen. Het was een vergissing van de specialist. Zonder tussenkomst van Lies had de vrouw een overdosis van het middel ingenomen.

Duiding: apothekers worden ingewijd in wat men noemt 'de farmaceutische zorg', wat betekent dat zij niet zomaar een geneesmiddel mogen afleveren maar ook verantwoordelijk zijn voor de juiste communicatie rond het gebruik van het geneesmiddel. Ze moeten ook trachten om mogelijke vergissingen op te sporen.

Belgisch onderzoek geeft aan dat over het algemeen apothekers bij 4 % van alle voorschriften problemen ontdekken. Gemiddeld moet de apotheker vijftien maal per week ingrijpen.⁹

Naast overdosissen zijn ook interacties een typisch probleem: de geneesmiddelen werken elkaar tegen, waardoor het effect vermindert, of kunnen in sommige gevallen elkaar versterken, waardoor ernstige bijwerkingen kunnen ontstaan. Een internationaal literatuuroverzicht van Matthijs Becker uit Rotterdam¹⁰ gaf aan dat bij ouderen bijna één op de twintig hospitalisaties het gevolg zijn van zo'n interactie! Apothekers worden steeds beter opgeleid om die mogelijke interacties te ontdekken.

