



Union professionnelle belge des médecins spécialistes en Neurologie
Belgische Beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de Neurologie

VBS-GBS

Erkende beroepsvereniging - Union professionnelle reconnue

VBS • Kroonlaan 20 • 1050 Brussel – GBS • avenue de la Couronne 20 • 1050 Bruxelles
@ info@vbs-gbs.org ☎ 02/649.21.47 📠 02/649.26.90

Jaarverslag 2017

Het bestuur van de BBVN vergaderde op 23 februari, 6 juli en 10 oktober 2017.

De algemene vergadering met aansluitend een bestuursvergadering werd gehouden op 11 april 2017.

1. Erkenningscommissie neurologie: Deze werd opnieuw samengesteld in de Vlaamse Gemeenschap. Dr. Dirk Peeters werd opnieuw verkozen tot voorzitter. Ter herinnering: in Franstalig België bekleedt Prof. Adrian Ivanoiu deze positie. Er is voornamelijk in Wallonië een discussie ontstaan over het facultatief karakter van het jaar psychiatrie. De wettekst waarin de verplichting om een jaar psychiatrie te volgen wordt geschrapt, is namelijk niet terug te vinden. Aan de Hoge Raad wordt bij hoogdringendheid gevraagd de erkenningscriteria, die ongewijzigd zijn sinds 1987, aan te passen. De discussie rond een modernisering van deze erkenningscriteria is opnieuw op gang gebracht.
2. Nomenclatuur: in het medicomutakkoord werd een indexering van de honoraria toegekend, waardoor het consultatiehonorarium vanaf 2018 stijgt naar 58 euro (tien jaar geleden was dit nog 39 euro...). Onze vraag voor een bijkomende vergoeding voor acute beroertezorg, gezien de bijkomende belasting tijdens de nacht door o.m. trombo-extractie, werd op verschillende vergaderingen van het RIZIV bepleit, maar tot hiertoe niet in aanmerking genomen.
3. Netwerkkoofts: wij vangen zeer tegenstrijdige berichten op over de huidige stand van zaken en de timing van verplichte netwerkvorming en van centralisatie van hoogtechnologische beroertezorg. Op dit moment lijkt alleen beroertezorg getroffen door deze centralisatie. Vroegere pogingen tot monopolisering van MS, ziekte van Parkinson of hersentumoren lijken niet meer actief.
4. Federale raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen: er werden kandidaten vanuit de neurologie voorgedragen, maar ze werden niet benoemd. We hebben hierover echter een goede verstandhouding met de beroepsvereniging psychiatrie, die wel haar vertegenwoordiging in deze raad gekregen heeft. Deze raad moet een rol- en taakverdeling proberen te maken tussen psychiater, psychotherapeuten, psychologen en dergelijke, met budgettaire impact.
5. Vergoeding niet-universitaire stagemeesters: er is een akkoord om de hiervoor gereserveerde vergoeding uit te keren. Dit zou een vast bedrag per stagemeester worden en niet per assistent. Een aanvraag voor vergoeding (ook met terugwerkende kracht voor 2016) dient te gebeuren binnen 3 maanden na publicatie in het Staatsblad. Tot nu toe is hierover echter nog niets verschenen in het Staatsblad.
6. Ledenaantal blijft stabiel, financiële balans is in evenwicht. Het bestuur is echter op zoek naar nieuwe actieve bestuursleden, zowel Nederlandstaligen als Franstaligen.

L. Vanopdenbosch, secretaris, februari 2018

Bijlage: Actieplan 'Neurologie in Nood'



Union professionnelle belge des médecins spécialistes en Neurologie
Belgische Beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in de Neurologie

VBS-GBS

Erkende beroepsvereniging - Union professionnelle reconnue

VBS • Kroonlaan 20 • 1050 Brussel – GBS • avenue de la Couronne 20 • 1050 Bruxelles
@ info@vbs-gbs.org ☎ 02/649.21.47 📠 02/649.26.90

Neuroloog is een knelpuntberoep geworden

Actieplan 'Neurologie in Nood'

**Aan het kabinet van mevrouw Maggie De Block,
minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid (april 2015)**

In november 2014 trok de BBVN aan de alarmbel in de Artsenkrant over het feit dat de neurologische praktijk in België kampt met een kritische onderbezetting en dat het beroep van neuroloog dringend opnieuw aantrekkelijk moet worden gemaakt. In mei 2015 voegde de VDAB aan zijn lijst van knelpuntberoepen, naast geriateren, kinderartsen en urgentieartsen, ook neurologen toe. Als redenen voor deze malaise verwezen we naar de demotiverende centralisatie van pathologie, de administratieve belasting, de verzwaring van de wachtdiensten door acute beroertezorg, de toegenomen werkbelasting door toenemende complexiteit van de pathologie en behandelingsmogelijkheden bij o.a. MS en dementie, de vergrijzing in de samenleving, de toenemende financiële ongelijkheid tussen de medische specialisten en het ontbreken van kwaliteitsbewaking in de opleiding. Daarnaast is er ook een sterke vrouwelijking van het beroep, waardoor deeltijdse activiteiten frequenter worden, en is een generatie neurologen met pensioen aan het gaan.

Om deze malaise aan te pakken stellen wij volgende actiepunten voor:

1. Herijking van de nomenclatuur, een noodzaak in de voorstellen tot reorganisatie van de financiering van de ziekenhuisgezondheidszorg zoals beschreven in het regeerakkoord. De over de laatste twintig jaar sterk toegenomen kloof tussen de technische en de intellectuele acts moet verdwijnen. Beweren dat het normaal is dat een chirurg meer moet verdienen dan een neuroloog is even onaanvaardbaar als beweren dat een leerkracht wiskunde meer moet verdienen dan een leraar geschiedenis. Er worden prijsafspraken gemaakt tussen artsen en RIZIV, dat dit met publieke middelen betaalt. De grote verschillen die er worden gecreëerd tussen disciplines kunnen worden vergeleken met strafbare kartelvorming, waarbij een deel van de artsen benadeeld wordt. De nomenclatuur moet dusdanig aangepast worden dat er rekening gehouden wordt met opleidingsniveau en bijscholingsvereisten, morele en psychologische belasting van de arts, nood aan beschikbaarheid buiten de uren, zwaarte van de pathologie en consequenties van de beslissingen, veeleer dan dat men blijft voortbouwen op een historisch scheefgegroeide situatie.
2. Netwerken zijn zinvoller dan monopolisering van pathologie. Er is een tendens tot centralisatie van bijv. multiple sclerose, Parkinson, CIDP, hersentumoren. Dit werkt bijzonder demotiverend, omdat de neuroloog die steeds met hart en ziel voor deze patiënten heeft gezorgd het signaal krijgt dat het beter zou zijn als iemand anders dat zou doen. De recente organisatie van de beroertezorg in grote netwerken, waarbij netwerkfinanciering als uitgangspunt wordt genomen, veeleer dan akte- of pathologiefinanciering, lijkt ons een goede manier van samenwerken. Kwaliteitscriteria zijn daarbij essentieel. Kwantiteitscriteria of lokaliteitscriteria, zoals voorgesteld in de centralisatiepolitiek, hebben geen basis en lijken ons eerder schadelijk. De individuele menselijke en patiëntgerichte behandeling en therapietrouw verbeteren niet door schaalvergroting. Wij vragen een gezondheidsbeleid waarin de zorg voor de patiënt centraal staat en de focus niet ligt op dure toestellen of dure medicatie. Wetenschappelijke evidentie en consensus bij de praktiserende neurologen moeten de basis vormen voor dit gezondheidsbeleid. Proberen het budget te beheersen door de toegang tot een behandeling of zorg voor de patiënt administratief of fysiek te bemoeilijken is onaanvaardbaar. Normeren waar een patiënt verzorgd wordt is geen synoniem voor kostenbeheersing of besparing, maar onnodige onderzoeken, onnodige ingrepen en behandelingen met een te kleine kans op respons vermijden zijn dat absoluut wel. Stimulatie van multidisciplinaire samenwerking met netwerkfunctie is bovendien helemaal niet duur.

3. De opleiding moet kritisch geanalyseerd worden. Er moet een lijst worden aangelegd van essentiële kennis- en kundevereisten, er moet een stappenplan worden opgesteld met toetsingsmomenten en afgebakende leerstof, er moet aandacht zijn voor frequente én zeldzame pathologieën, voor wetenschap én realiteit, voor symptoomcontrole en palliatieve zorg, voor ethiek en legale aspecten, voor kennis van gezondheidszorg en praktijkvoering. De beste manier van kwaliteitsbewaking van de gezondheidszorg is de opleiding tot neuroloog goed bewaken, aan de hand van kwaliteitscriteria en onder toezicht van Volksgezondheid. Het is oneindig veel efficiënter een arts iets goeds aan te leren dan achteraf met administratieve regels te proberen slechte gewoonten af te leren. De universiteiten hebben daar, samen met de niet-universitaire stagemeesters, een grote verantwoordelijkheid, die nu te weinig aandacht krijgt. Er moet een quotum van het aantal opleidingsplaatsen en het aantal neurologen onderhandeld worden vanuit de samenwerkingsnetwerken van neurologische diensten. Dit quotum moet beantwoorden aan de reële behoefte aan neurologen en subspecialisaties, in het kader van een geheel van maatregelen met het oog op netwerking en de inschakeling van gespecialiseerde verpleegkundigen. Mentoring is momenteel onderbelicht. Dit bestaat nochtans en is informeel. Jonge mensen worden vaak aangetrokken door goede contacten, die dikwijls tijdens de stages ontstaan. Stages zouden bij voorkeur in niet-universitaire diensten moeten worden doorgebracht.
4. Administratieve vereenvoudiging met uniformering, digitalisering en 'single entry' van administratieve documenten, zoals aanvragen toelage handicap, arbeidsongeschiktheid, arbeidsongevallen, terugbetalingsaanvragen medicatie, terugbetaling rolstoelen. Wij pleiten voor een afschaffing van het College van geneesheren voor weesgeneesmiddelen door een eerlijke en goed afgesproken versterking van de huidige aanvraagprocedure voor terugbetaling via de mutualiteiten. Wij pleiten voor een meer directe interactie tussen de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen van het RIZIV en de praktiserende arts, met de bedoeling de beschikbaarheid van medicatie die voor de patiënt zinvol is te vergroten en een praktische administratieve terugbetalingsprocedure uit te werken. Onderzoek naar burn-out heeft al herhaaldelijk een te grote administratieve belasting als een van de oorzaken aangewezen. Registraties ad infinitum, gedachteloos moeten aanklikken e.d. doen vragen rijzen over de zin ervan en hebben een ontmenselijkend effect. Neurologie scoort helaas erg hoog in recente onderzoeken naar burn-out.
5. Onderzoek en initiatief om de algemene neuroloog in de kleinere centra te revaloriseren (relance) en voldoende aantrekkelijk te maken. Gedecentraliseerde algemene neurologie blijft in een schema van superspecialisatie, centralisatie en netwerken essentieel. De tijdskritische factor van de goed geïmplementeerde trombolysie bij beroerte vereist nabijheid van een spoeddienst en een neuroloog die de diagnose en indicatie kan stellen. Trombo-extractie via katheterisatie is daarentegen bij uitstek een voorbeeld van technologie die gecentraliseerd/geconcentreerd moet zijn. In het verhaal van centralisatie van behandeling van zeldzame pathologieën en dure technologie moet er altijd eerst iemand een diagnose stellen vooraleer er kan verwezen en gecentraliseerd worden. De neuroloog is bovendien kostenbesparend, omdat hij onderzoeken zoals beeldvorming richt op wat hij door anamnese en klinisch onderzoek anatomisch en fysiopathologisch kan lokaliseren. Wanneer centra zonder neuroloog vallen, ondergaan patiënten vele scans en verwacht men een diagnose in de protocollen te zullen vinden. Om deze gedecentraliseerde niet-supergespecialiseerde algemene neuroloog te blijven aantrekken is er, naast hoger beschreven punten, ook nood aan een rationalisering en professionalisering van het wachtdienststelsel. Het is niet realistisch dat er elke nacht in West-Vlaanderen 12 neurologen stand-by zijn. Drie zou misschien voldoende zijn. Daarvoor moet natuurlijk de dienstverlening buiten de uren losgekoppeld worden van de instroom van patiënten in een ziekenhuis. Dat kan niet moeilijk zijn: naschoolse opvang biedt toch ook geen onderwijs aan? De zware wachtdienst wordt meestal als doorslaggevend argument aangehaald waarom kleinere ziekenhuizen met 1 of 2 neurologen zonder neuroloog dreigen te vallen, met gevolgen voor de erkenning van hun spoedfunctie, hun functie intensieve zorg enz.

Wij gaan graag verder in gesprek over deze 5 actiepunten.

Voor de Belgische Beroepsvereniging voor Neurologie:

Dr. E. Van Buggenhout, voorzitter

Dr. L. Vanopdenbosch, secretaris