

De Standaard – 30 september & 1 oktober 2017

Professor Jan De Maeseneer gaat met emeritaat

## ‘Als kleuter zijn de kaarten voor je gezondheid al geschud’

Veertig jaar heeft hij gevochten. Tegen de gezondheidskloof tussen arm en rijk, vóór een sterkere positie van de huisarts in de zorg. Nu gaat Jan De Maeseneer, professor huisartsgeneeskunde aan de UGent, met pensioen. De uitdagingen voor zijn collega's zijn groter dan ooit.

Maxie Eckert

Foto Wouter Van Vaerenbergh

Eind jaren 70 werd in Ledeberg het wijkgezondheidscentrum Botermarkt opgericht. Uit de achtergestelde Gentse wijk waren alle andere welzijnsinstellingen vertrokken, de woningen waren er vochtig, de verkeersveiligheidsproblemen groot, de levensomstandigheden erbarmelijk. Dat moest veranderen, vond Jan De Maeseneer (65), professor huisartsgeneeskunde aan de UGent. Hij werd een van de drijvende krachten achter Botermarkt en zou er tot deze zomer deeltijds werken.

Het idee was toentertijd revolutionair. Het team van zorgverleners wordt er niet per consultatie betaald, maar krijgt per ingeschreven patiënt maandelijks een forfaitair bedrag. De patiënten kunnen er gratis terecht.

Veertig jaar later zijn de wijkgezondheidscentra volgens De Maeseneer meer dan ooit nodig. Veertig jaar al hamert hij er bij collega's en beleidsmakers op dat de gezondheidszorg toegankelijk moet worden. Dat de patiënten die het niet breed hebben niet uit de boot mogen vallen. 'In Ledeberg hebben veel kinderen luchtweginfecties doordat ze in vochtige woningen leven', zegt hij. 'Je kan als huisarts hun dakgoot niet repareren, maar je kan het probleem wel blijven aankaarten.'

'Patiënten zouden eerst naar hun huisarts moeten gaan en niet direct naar de specialist. Dat is goedkoper én levert betere zorg op'

Intussen is hij niet meer on speaking terms met minister van Volksgezondheid Maggie De Block (Open Vld). Het getuigt volgens hem 'van een onwaarschijnlijke domheid' dat ze de uitbouw van wijkgezondheidscentra, zijn levenswerk, on hold heeft gezet. In zijn jongste boek *Family Medicine and Primary Care - At the crossroads of societal change* (Lannoo Campus) hekelt De Maeseneer de 'ideologische profileringsdrang' van neoliberalen op kosten van de gezondheidszorg.

Maar ze komen wel, collega's en topambtenaren, als de éminence grise van de huisartsgeneeskunde officieel afscheid neemt. Vandaag gaat de professor met emeritaat en dat wordt met veel schoon volk gevierd in Gent. Maar pensioen of geen pensioen, De Maeseneer zet de strijd voort.

‘Een 25-jarige met een diploma van de universiteit of hogeschool zal gemiddeld 18 jaar langer in goede gezondheid leven dan iemand met alleen een diploma lager onderwijs. De kaarten voor je gezondheid zijn zelfs al geschud op kleuterleeftijd’, zegt hij.

‘Een 25-jarige met een universitair diploma zal gemiddeld 18 jaar langer in goede gezondheid leven dan iemand met alleen een diploma lager onderwijs’

Zijn vakgroep onderzocht in de 19de-eeuwse gordel van Gent de mondgezondheid van 350 kinderen op de leeftijd van 30 maanden. ‘Bijna 30 procent van de kinderen uit gezinnen met een moeder die laagopgeleid is, heeft cariës en infecties in de mond. Bij gezinnen met hoogopgeleide ouders is dat een kleine 10 procent. De kinderen met een slecht gebit lopen als volwassenen meer risico om suikerziekte en hartinfarcten te krijgen.’

Hoe kan dat? Er zitten jaren tussen de cariës en het hartinfarct.

‘De ontstekingen in de mond brengen bij de kinderen iets teweeg in het lichaam, ook op lange termijn. Aandoeningen zoals suikerziekte en hart- en vaatziekten worden mee uitgelokt door ontstekingsprocessen.’

‘Het besef dat sociale klasse en gezondheid samenhangen, dateert al van in de negentiende eeuw. Toen beschreven onderzoekers dat de arbeiders in de mijnen minder lang leefden dan hoogopgeleiden. Ze zagen een verband tussen de stoflonen of overlijdens door ongevallen, het werk en de leefomstandigheden.’

De werkomstandigheden van laagopgeleiden zijn vandaag wel helemaal anders.

‘Nu wegen de repetitieve jobs, zoals werken aan een productieband, op het mentale welzijn en zo op de fysieke gezondheid. Laagopgeleiden lopen bijvoorbeeld meer risico op een hogere bloeddruk en hart- en vaatziekten.’

‘De gezondheidskloof is groter in landen met een grote inkomensongelijkheid. Op dat niveau moet het probleem worden aangepakt. Natuurlijk blijft het ook belangrijk om laagdrempelige gezondheidszorg aan te bieden en mensen uitleg te geven over een gezonde levensstijl. Precies wat we doen in de wijkgezondheidscentra.’

## Buikgevoel

Als student had De Maeseneer nog vlijtig genoteerd wat professoren mondeling doceerden over wat volgens hun ervaring het beste werkt bij bepaalde aandoeningen. In de jaren negentig volgde een omwenteling en deed de ‘evidence-based medicine’ haar intrede. Er kwamen richtlijnen voor behandelingen, puur gebaseerd op wetenschappelijke bewijzen. Tot vandaag is het de gouden standaard. ‘In principe een goede evolutie,’ zegt De Maeseneer, ‘maar richtlijnen altijd strikt toepassen, doet soms meer kwaad dan goed.’

‘Als we een patiënt met diabetes én chronisch longlijden behandelen – eerst met de richtlijn voor diabetes, dan met die voor chronisch longlijden – kan het mislopen. Bepaalde medicatie voor het longlijden kan diabetes ontregelen. De richtlijnen zijn niet voorzien op patiënten die verscheidene problemen hebben. In de praktijk zien we wel almaar meer patiënten die niet één, maar drie of vier chronische aandoeningen tegelijk hebben.’

Dan maar terug naar het buikgevoel van de dokter?

‘Nee. We moeten bij chronische patiënten wel sterker vertrekken van wat voor die individuele patiënt bijdraagt tot zijn levensdoelen. Kunnen wandelen, boodschappen doen, vrienden ontvangen ... Dat je al zijn bloedwaarden goed krijgt, zou voor een arts minder belangrijk moeten zijn.’

‘Artsen hebben de neiging om bij elk nieuw probleem een nieuw medicijn voor te schrijven. Studenten leren nu dat ze eerst moeten kijken of een ander middel dat de patiënt neemt, kan wegvallen.’

Hoe wilt u artsen die al jaren zijn afgezwaaid van de schoolbanken en voor elke kwaal een pil geven daarvan overtuigen?

‘Daarvoor hadden we de onafhankelijke artsenbezoekers kunnen inschakelen. Maar die zijn afgeschaft.’

U doelt op de beslissing van minister De Block om de organisatie Farmaka niet langer te financieren voor bijscholingen van huisartsen, onafhankelijk van de farma-industrie ([DS 8 september](#)).

‘Een onderdeel van wat de onafhankelijke artsenbezoekers vertellen, gaat over combinaties van medicatie. Farmaka had een belangrijke rol kunnen blijven spelen om artsen beter te laten voorschrijven. Om hen te wapenen tegen informatie van de farma-industrie.’

Zijn artsen nog steeds een prooi voor de industrie?

‘Dit voorjaar stond in het vakblad *The Lancet* een discussie over de sponsoring van de Britse organisatie van kinderartsen door de melkpoederindustrie. Ik dacht: met die discussie waren we veertig jaar geleden toch al klaar?’

‘De invloed van de industrie blijft groot, ook in eigen land. Gemiddeld krijgt de Belgische huisarts meerdere artsenbezoekers per week over de vloer.’

Meerdere keren per week?

‘Ik heb berekend dat ik in de loop van mijn carrière een halfjaar heb gewonnen om patiënten te zien door nooit een vertegenwoordiger van de farma-industrie te ontvangen.’

Naar de specialist

Vroeger, toen hij nog met ‘meneer dokter’ werd aangesproken, trokken mensen met al hun problemen naar hun huisarts. Voor de opvolging van een zwangerschap, met zieke kinderen ... Intussen hebben specialisten, onder wie de gynaecologen en kinderartsen, veel taken overgenomen.

‘Huisartsen zien veel minder gynaecologische problemen dan dertig jaar geleden’, zegt De Maeseneer. ‘Maar als een huisarts ’s nachts om 2 uur naar een vrouw met hevige buikpijn gaat, veroorzaakt door een inwendige bloeding die te wijten is aan een buitenbaarmoederlijke

zwangerschap, dan moet die meteen een goed gynaecologisch onderzoek kunnen uitvoeren. Als die daarvoor de skills niet heeft, kan het fataal zijn.'

In de zomer riep de Belgische Academie voor Kindergeneeskunde nog op om met kinderen alleen naar kinderartsen te gaan.

'De kwaliteit van de zorg erodeert daardoor aan twee kanten. De huisartsen zien een aantal problemen niet meer en tegelijk houden specialisten zich steeds minder bezig met complexe zaken. Ze zien kinderen met een snotvalling, nemen een uitstrijkje. Dat kan de huisarts of de verpleegkundige evengoed.'

'Patiënten zouden eerst naar hun huisarts moeten gaan en niet direct naar de specialist. Dat is goedkoper én levert betere zorg op.'

Rekenen huisartsen niet ook zelf meer dan vroeger op 'specialistische' informatie zoals laboratoriumonderzoeken, omdat ze goedkoper is en sneller beschikbaar?

'Artsen zijn defensiever geworden. Ze willen zich indekken, vermijden dat ze iets zouden missen. Voor patiënten die bijvoorbeeld hun enkel hebben verstuikt, bestaat er een betrouwbare test om meteen te weten of er iets gebroken is. Toch schrijven veel huisartsen systematisch röntgenfoto's voor. Het gevaar is dat we door te veel onderzoeken iets op het spoor komen dat we anders nooit hadden ontdekt en dat de patiënt ook nooit last had bezorgd.'

'Huisartsen kunnen goed inschatten of iets "pluis" of "niet pluis" is. En ja, soms mis je iets. Ook ik heb tijdens mijn carrière diagnoses gemist. Maar iedereen onder de scanner bij de minste klacht? Dat kan toch niet de bedoeling zijn.'

**Meer info:**