

knelpunt

Knelpunt (het; o; meervoud: knelpunten): omstandigheid die moeilijkheden veroorzaakt; bottleneck. Althans, zo kunnen we dit woord lezen in de alma mater van onze taal: de "Van Dale". Het begrip 'knelpuntspecialisme' werd voorlopig nog niet opgenomen in deze taalbijbel. Nochtans, voor gezondheidszorgbeleidsmakers en zeker voor het lijdend voorwerp van dit thema (lees: studenten geneeskunde en artsen-in-opleiding) is dit wél een hot topic. Nu de erkenning van artsen met de zesde staatshervorming een gemeenschapsbevoegdheid is en het Vlaams Parlement, onder leiding van de bevoegde minister, aanstalten maakt om ook hier beleid rond te voeren, lijkt het ons nuttig om de terminologie scherp te stellen. Wat is nu een 'knelpuntspecialisme'?

Men verstaat hieronder: een specialisme waar een tekort is... Die redenering is echter te limitatief voor de uitdagingen van het huidige gezondheidszorglandschap. De psychiaters, geriateren en urgentie-artsen van morgen hoeven zich vandaag weinig zorgen te maken. Deze specialismen lijken niet meteen geconfronteerd te zullen worden met werkloosheid in de komende jaren. Een ticketje binnen het contingent (toegelaten opleidingsplaatsen per universiteit en per discipline) staat garant voor werkzekerheid. Al moet men de kanttekening maken dat het aantal 'toegelaten opleidingsplaatsen' niet garandeert dat hier voldoende financiering voor gevonden wordt - heel wat contingent-plaatsen kunnen niet opgevuld worden door gebrek aan financiële middelen. En laat het nu net de minder technische disciplines zijn, de knelpuntspecialismen in beperkte zin, die het moeilijk hebben om hun contingent-plaatsen te verzilveren.

Wij breken hier echter vooral een lans voor '**die andere knelpuntspecialismen**'. U wellicht minder bekend. Het gaat hier dan om die jonge cardiologen, (algemeen) chirurgen, nefrologen, radiotherapeuten of radiologen,... die na 5 à 8 jaren 'superspecialisatie' geen kans krijgen hun kennis en kunde te gelde te maken. Werkloosheid schuilt om het hoekje... Nochtans is er voor deze artsen-in-opleiding tijdens hun 'werkplekieren' in de universitaire centra meer dan genoeg werk te verrichten. Maar eens de erkenning 'specialist' behaald, wacht deze jonge afgestudeerde de onzekerheid van teveel kandidaten voor de enkele beschikbare jobs, de zogenaamde residenten-contracten, gebaseerd op het voordelige assistentenstatuut met onvolledige sociale bescherming (lees: geen pensioen- noch werkloosheidsbijdragen) en vaak onredelijke arbeidsvoorwaarden. In zowel universitaire als niet-universitaire centra. Onderhandelingsmarge is er niet, gezien er zelfs geen uitwijkmogelijkheid is naar de werkloosheid. En de tijd loopt: hun speerpuntkennis kan maar gedijen binnen een klinische omgeving - tijdelijk uitwijken naar de Colruyt of farmaceutische sector om brood op de plank te brengen, is dus contra-productief.

Kortom, de hoge klinische werkdruk vertaalt zich voor bepaalde specialismen niet in een evenredige arbeidsmarkt, zoals deze ASO's na 6 of 7 jaar geneeskunde gevolgd door 5 tot 8 jaar specialisatie mogen ontdekken. Is het een kende om te voorspellen dat met de komst van het dubbele cohorte (de twee generaties artsen die op hetzelfde moment op de arbeidsmarkt zullen komen) de problemen evenredig zullen toenemen?

Als we dus het woord 'knelpuntspecialisme' mogen definiëren, dient dit volgens ons te gebeuren met de nodige nauwkeurigheid én oprechte aandacht voor de knelpunten van alle betrokkenen. Moet men durven onder ogen zien dat in sommige disciplines de 'contingenten' niet ingevuld geraken: is het een kwestie van onvoldoende financiële draagkracht van die diensten? Te hoge werkdruk? Onaanrekkelijke financieringsstructuur? En vice versa, waarom jonge artsen in andere disciplines, ondanks een overschot aan werk, niet aan respectabele jobs geraken.

Beste gezondheidszorgbeleidsmakers, zij het federaal, zij het Vlaams, zolang de artsen-in-opleiding via hun beperkte statuut wisselgeld vormen voor de onderfinanciering van de ziekenhuizen, zolang er geen toezicht komt op de arbeidsvoorwaarden van artsen, zolang het opleidingscontingent gestuurd wordt door de financiële draagkracht van een dienst en niet door de maatschappelijke behoefte, zien wij géén oplossing voor het probleem van de knelpuntspecialismen, zij het in beperkte dan wel in brede zin.

De knelpunt-paradox? Ondanks de vergrijzing van de bevolking zoeken onze jonge artsen werk. En ondanks het overschot aan artsen zoeken onze patiënten zorg.