

Betaalbare, inclusieve en geïntegreerde gezondheidszorg

De huisarts als medisch ankerpunt

Dit memorandum beoogt het uitrollen van een betaalbare, inclusieve, geïntegreerde zorg die patiëntgericht is en toegankelijk voor elke burger. Dit aanbod is verankerd in de lokale zorggemeenschap en geeft de huisarts een duidelijke rol.

Betaalbare en inclusieve zorg is enkel mogelijk met een duidelijke en sterke eerste lijn die de uitdagingen van een ouder wordende populatie aangaat samen met alle andere actoren. Mensen die zich eerst bij een huisarts melden, ondergaan minder onderzoeken en behandelingen. Ongeveer een vijfde van de bevolking heeft nood aan min of meer permanente zorg en 2-5% heeft nood aan zeer complexe zorg. Een vaste huisarts is de vertrouwenspersoon bij 95% van de mensen in België.¹ De overgrote meerderheid van zowel acute als chronische pathologie wordt opgelost door de huisarts. Medisch specialisten die een doorverwezen populatie te behandelen krijgen, hebben ook een boeiender en uitdagender aanbod van pathologie.

Deze **geïntegreerde zorg** steunt op zes karakteristieken: patiëntgericht, populatiegebaseerd, proactief, transdisciplinair, evidence-based en ondersteund door technologie.

Huisartsenzorg werd recent in een vijftal kerntaken gedefiniëerd.² De huisarts levert medisch generalistische zorg, acute zorg de klok rond, staat in voor de zorg van thuiswonende mensen in de terminale fase, zet sterk in op preventie en is verantwoordelijk voor de coördinatie van zorg die het huisartsteam levert. Als kernwaarden stelt de huisarts de mens centraal, is het eerste aanspreekpunt voor lichamelijke en psychische klachten van al hun mensen, vormt de constante factor in de levensloop van mensen en bepaalt in overleg met patiënt en de andere zorgverleners wat passende zorg is.

Een **huisartsenpraktijk** is de plaats waar eerstelijnsgezondheidszorg wordt aangeboden. Een praktijk bestaat uit huisartsen al dan niet aangevuld met een praktijkassistent, praktijkmanager, secretariaat en onderhoudspersoneel. Er wordt ook samengewerkt met verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk, klinisch psychologen, diëtisten, logopedisten, ergotherapeuten, kinesitherapeuten en andere eerstelijnsverleners. Deze huisartsenpraktijken werken in eerstelijnszones en staan in voor de continuïteit van zorg voor hun chronische patiënten. De wachtdienst van huisartsen wordt verzorgd in wachtposten. Er wordt steeds meer werk gemaakt van de juiste zorg door de juiste eerstelijnsprofessional. In veel praktijken worden ook onderwijstaken verzorgd voor deze disciplines.

De **huisarts** is de medisch specialist in een laagprevalente setting. De huisarts is een academisch opgeleide professional die in staat is om elke klacht over gezondheid aan te pakken op de eerste lijn. De huisarts kent de context van de patiënt, bekijkt de hele mens en treedt op als zijn pleitbezorger. De huisarts is een meester in het klinisch redeneren en neemt beslissingen samen en met groot respect voor de patiënt gebaseerd op wetenschap. De

huisarts kan omgaan met de onzekerheid inherent aan de setting zowel in acute situaties als bij chronische problemen. De huisarts voelt zich ook verantwoordelijk voor zijn populatie en werkt daardoor ook proactief en preventief.

Dit memorandum is gericht aan alle politieke partijen en toekomstige mandatarissen op federaal en regionaal vlak. Het is bedoeld om met respect voor het bestaande takenpakket van de huisarts de uitdagingen van de toekomst – nota bene met betrekking tot de groeiende druk op de gezondheidszorg door de chronische aandoeningen en multimorbiditeit – met succes te kunnen aanpakken. Het wil een duidelijke rol toe kennen aan deze professional om samen met de andere disciplines op de eerste lijn en met alle andere specialismen een inclusieve, betaalbare zorg aan de bevolking te bieden in de toekomst met respect voor elke mens. Dit memorandum is ondertekend door toekomstige huisartsen en hun opleiders, de vier academische huisartsencentra, ASGB en Domus Medica.

Aanbevelingen

- 1 **Patiëntgericht:** maak van *shared decision making* en doelgerichte zorg een speerpunt, zowel bij de bevolking als in de opleiding van zorgverleners.
- 2 **Populatiegebaseerd:** *clinical audits* zijn voorgeprogrammeerd in elk elektronisch medisch dossier (EMD)-pakket van de huisarts.
- 3 **Proactief:** elke praktijk krijgt een vast budget voor proactieve zorg.
- 4 **Transdisciplinair:** de eerstelijnszone stuurt de zorg van haar regio gebaseerd op data.
- 5 **Evidence-based:** versterk het EBP-plan en verhoog de financiering.
- 6 **Ondersteund door technologie:** digitaal platform met welzijns- en gezondheidsgegevens voor elke burger en met levensdoelen voor chronisch zieken. Deze data zijn uitwisselbaar met het elektronisch medisch dossier (EMD).

Geef de huisarts een correcte plaats en pas de financieringsmechanismen aan.

Objectief 1: patiëntgerichte zorg

Achtergrond

Patiëntgerichte zorg moet aangepast zijn aan de noden, behoeften en de verwachtingen van de patiënt. Patiënten hebben recht op emotionele ondersteuning, betrokkenheid bij medische beslissingen, verstaanbare en duidelijke patiënteninformatie en een benadering met respect, medeleven en begrip voor de persoonlijke levenssfeer.³ Patiëntgerichte zorg staat garant voor het vermijden en voorkomen van ongelijkheid in de zorg en voor het creëren van een breed toegankelijke zorg.⁴⁻⁶

Operationalisatie

De patiënt en zijn mantelzorgers worden maximaal betrokken bij de zorgplanning. De groep mensen met een chronische aandoening kan zijn levensdoelen formuleren samen met de verschillende zorgverleners. Hierdoor kan de zorg worden gepersonaliseerd en geïntegreerd (op maat van de patiënt en zijn informele zorgverleners) en worden verstrekt door een interprofessioneel team in een transdisciplinaire samenwerking. Het interprofessioneel team werkt behoeftegestuurd en wordt samengesteld op basis van de noden en verwachtingen van de patiënt.

Aanbeveling

Maak van *shared decision making* en doelgerichte zorg een speerpunt. Help patiënten hun doelstellingen in kaart te brengen en leer zorgverleners om te gaan met de doelstellingen van hun patiënten. Mensen moeten toegang hebben tot betrouwbare patiënteninformatie die zowel vraaggestuurd als aanbodgestuurd kan zijn.

Objectief 2: populatiegebaseerd

Achtergrond

Populatiegebaseerde zorg gaat uit van zorgnoden in de verschillende doelgroepen in een lokale gemeenschap.^{4,6,7} Een ecologisch gezondheidsmodel toont dat de meeste mensen symptomen of klachten hebben, terwijl maar 20% hiervoor hulp zoekt. Minder dan 1% wordt uiteindelijk gehospitaliseerd.⁸ Een ander model is gebaseerd op segmentatie van de zorgvragende populatie.⁹ De meerderheid van de populatie wordt omschreven als 'gezond', terwijl 18% matig complexe zorgnoden heeft en amper 2% heeft hoogst complexe zorg nodig.⁷ Voor de 'gezonde' populatie ligt de zorgfocus op het reguliere zorgaanbod en de toegankelijkheid ervan en op zelfzorg en zelfmanagement gesteund door maatschappelijke gezondheidsinitiatieven. De groep met de matige tot ernstig complexe zorgnoden heeft nood aan het voorkomen van escalatie, ongeplande opname in het ziekenhuis en vermijdbare verwijzingen. Hier is doelgerichte en vraaggestuurde zorg en zorgplanning nodig, ondersteund door een interprofessioneel team en transdisciplinaire samenwerking.⁷

Operationalisatie

In de huisartsenpraktijk wordt de doelgroep geïdentificeerd (*clinical audit*) en afgelijnd op basis van de beschikbare locoregionale epidemiologische gegevens. Van de groep met de matige tot hoge zorgbehoevende patiënten wordt de zorgnood in kaart gebracht en gepersonaliseerde zorg aangeboden (microniveau). De zorgnood van deze groep patiënten wordt getoetst aan het zorgaanbod. Daarnaast wordt aan de formele en de informele

zorgverleners rond deze patiënten vraag- en behoeftegestuurde ondersteuning geboden (mesoniveau) in een interprofessionele context. Tot slot wordt de zorg voor deze groep patiënten in kaart gebracht, beschreven en vertaald naar adviezen om het zorgbeleid aan te sturen (macroniveau, scanning en mapping van de vereiste en verstrekte zorg).

Aanbeveling

Clinical audits worden voorgeprogrammeerd in elk EMD-pakket. Elke huisarts is dan in staat om de populatie van mensen met chronische aandoeningen in kaart te brengen. Ook een medicatie-interactiesysteem moet worden geïntegreerd samen met een labo-ondersteund aanvraagmodel op basis van evidence. Hiervoor moet een huisarts de mogelijkheid hebben om op een gestructureerde manier gebruik te maken van trefwoorden, waardoor een clinical audit mogelijk is.

Objectief 3: proactieve zorg

Achtergrond

Proactieve zorg is een noodzakelijke voorwaarde om de epidemie van chronische zorg in onze samenleving beheersbaar te houden en preventie van deze aandoeningen aan te pakken.¹⁰ Proactieve zorg betekent ook stevige verankerde en duidelijke coördinatie van zorg met inbegrip van een naadloze overgang tussen de verschillende zorgniveaus.

Operationalisatie

In de huisartsenpraktijk wordt op basis van de geïdentificeerde zorgnoden bij de doelpopulatie gerichte actie ondernomen om de negatieve outcome van ziekte te beperken of te voorkomen in de doelgroep. Ondersteund door epidemiologische gegevens, mapping van de lokale zorgcontext (via een bruikbare sociale kaart), afstemming met de zorgactoren en het beleid in de eerstelijnszones en op basis van onderzoeksgegevens worden aanbevelingen geformuleerd en proactieve zorg georganiseerd.

Aanbeveling

Voorzie een vast budget in functie van het aantal patiënten per praktijk waarbij elke huisartsenpraktijk zijn populatie in kaart brengt en op een proactieve manier benadert.

Objectief 4: transdisciplinair

Achtergrond

In een transdisciplinair model is de huisartsenpraktijk verankerd in de lokale gemeenschap met inbegrip van verbindingen met de medische specialismes, de ziekenhuizen en de diensten voor acute zorg.^{11,12} In een transdisciplinair kernteam is plaats voor huisartsen, medische specialisten, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, apothekers, logopedisten, diëtisten, zorgkundigen, maatschappelijk assistenten en andere welzijnswerkers.

Operationalisatie

In de eerstelijnszone worden de disciplines die betrokken zijn bij de zorg voor de doelgroep samengebracht. Deze opzet kan bestaan uit een effectieve colocatie maar ook uit een

samenwerking op afstand. In dit zorgmodel wordt de zorg vraaggestuurd aangeboden zowel als effectieve zorg als onder vorm van ondersteuning en adviezen aan zorgverstrekkers en het lokale beleid. De organisatie van de eerstelijnszone moet de zorgverstrekkers en voorzieningen in gezondheid en welzijn actief ondersteunen om op een performante manier de zorg te leveren. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat de juiste zorg op de juiste plaats wordt geleverd.

Aanbeveling

De eerstelijnszone stuurt de zorg van een regio en maakt de verbinding met alle zorgactoren van de verschillende disciplines.

Objectief 5: evidence-based handelen

Achtergrond

Omdat mensen recht hebben op betrouwbare zorg, gaat op evidentie gebaseerde zorg uit van een plichtsbewust, expliciet en oordeelkundig gebruik van de 'best evidence' voor het nemen van beslissingen met betrekking tot de zorg voor het individu.¹³ Voor een goede toepassing van dit principe wordt de wetenschappelijke evidentie gecombineerd met de klinische ervaring van elke zorgverstrekker en afgestemd op de noden en verwachtingen van elke patiënt om zo te komen tot een gedeelde besluitvorming.

Operationalisatie

De zorg in de huisartsenpraktijk wordt maximaal ondersteund door de wetenschappelijke evidentie en richtlijnen afgestemd op de verschillende disciplines en leidend tot een uniform en eenduidig advies aan de patiënt, de zorgverstrekkers en het locoregionale beleid (EBpracticenet). In deze huisartsenpraktijk wordt een implementatie, evaluatie en verfijning van de richtlijnen doorgevoerd op basis van de toepassing ervan en de uitkomsten van de zorg in de dagelijkse praktijk.

Aanbeveling

Veranker het huidige nationale EBP-plan stevig met autonomie van de core partners en met de nodige financiering in de dagdagelijkse praktijk. Rol dit model op een uniforme manier uit naar alle disciplines in de eerste, tweede en derde lijn. Laat elk EMD werken met de bestaande *decison support (EBMeDS)* zowel op een reactieve als proactieve manier. Zorg ervoor dat bestaande richtlijnen vertaald worden in leken taal en geïntegreerd terug te vinden zijn in het platform van de patiënt. Instrumenten voor *shared decison* moeten zowel in het EMD als in het patiëntenplatform worden geïntegreerd, onder de koepel van het EBP-plan.

Objectief 6: gebruik van nieuwe technologieën

Achtergrond

In een inclusieve zorg worden bestaande en nieuwe technologieën ingezet ter ondersteuning van de zorg. Zowel de zorgverstrekkers als de patiënten en hun omgeving, het lokale administratieve en maatschappelijk beleid moeten kunnen gebruikmaken van deze technologieën.⁷ Deze technologieën moeten een aantoonbare meerwaarde hebben.

Operationalisatie

Er wordt maximaal ingezet op het gebruik van de digitale mogelijkheden en er komt ruimte voor experimenten. Deze nieuwe technologieën moeten zowel diagnostiek als therapeutische interventies dienen, epidemiologische datacollectie ondersteunen met audit en feedback en patiënten en zorgverleners begeleiden in het dagelijkse zorgtraject (besluitvorming, beleid). Nieuwe technologieën kunnen dan ook sneller hun nut bewijzen en onze maatschappij kan sneller beslissen of een nieuw instrument de moeite waard is om terugbetaald te worden.

Aanbeveling

Een digitaal platform waar elke burger zijn gezondheidsgegevens kan raadplegen en aanvullen. Op dit platform formuleren mensen met een chronische aandoening ook hun levensdoelen. De burger heeft hier toegang tot betrouwbare patiënteninformatie die zowel vraaggestuurd als aanbodgestuurd kan zijn. *Health literacy* is een belangrijk luik binnen dit platform. Het platform moet geïntegreerd en uitwisselbaar zijn met het EMD van de huisarts en andere zorgverleners.

Structureer gezondheidsgegevens, welzijnsgegevens, socio-economische data en data van de overheid (IMA/RIZIV/Health Data) op één platform om een performant welzijn- en gezondheidsbeleid uit te stippelen.

Ten slotte

Meer dan 25% van de huisartsen gaat de volgende vijf jaar stoppen met werken. Het blijft moeilijk om jonge huisartsen te rekruteren ondanks de grote inspanningen die geleverd worden door universiteiten, praktijkopleiders en het ICHO.

De huisarts is het medisch ankerpunt: samen met alle actoren in een huisartsenpraktijk en in de eerstelijnszone verzekert de huisarts de zorg in samenspraak met de ziekenhuizen.

Een majeure shift van middelen naar de eerstelijnszorg is onontbeerlijk om kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg op alle echelons te behouden.

De discussie rond financieringsmechanismen van huisartsenpraktijken, ziekenhuizen, ereloon-supplementen, betaling per prestatie en inkomensverschillen tussen disciplines moet grondig gevoerd worden.

Bert Aertgeerts, namens

Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde, KU Leuven,

Centrum huisartsgeneeskunde Ugent, *An De Sutter*

Vakgroep huisartsgeneeskunde en chronische zorg, VUB, *Dirk Devroey*

Vakgroep Eerstelijnszorg en interdisciplinaire zorg U Antwerpen, *Roy Remmen*

ICHO, *Guy Gielis*

't HOP, *Madieke Maaseman*

Overstag, *Arne Van Renterghem*

Domus Medica, *Roel Van Giel*

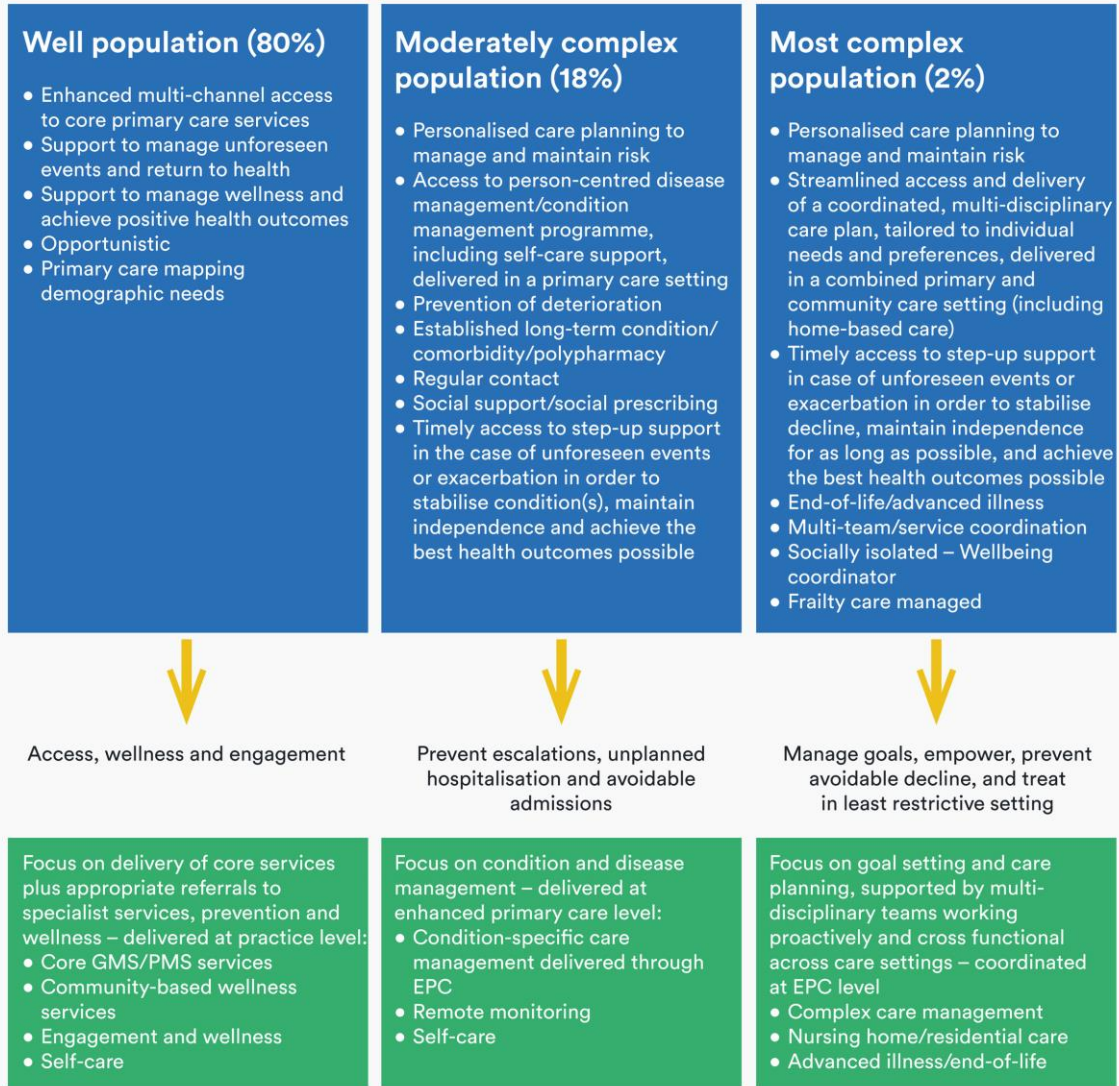
Jong Domus, *Anthony Dheere*

ASGB, *Reinier Hueting*

Referenties

1. Gezondheidsenquête 2008. Johan Van der Heyden. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
2. Woudschoten, de toekomst van de huisartsenzorg 2019
3. Principles of patient centered care. Picker organization. (www.picker.org)
4. The world health report 2008: Primary Health Care: now more than ever. WHO 2008
5. Fair society, Healthy Lives. The Marmot Review 2010
6. Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. WHO 2013.
7. Rosen R (2018), Divided we fall: getting the best out of general practice. Research report, Nuffield Trust.
8. The ecology of medical care (NEJM), reexamining the ecology (2016)
9. Using population segmentation to provide better health care for all. 2007
10. Living well with chronic illness: a call for public health action. IOM 2012
11. Reducing Care Fragmentation: A Toolkit for Coordinating Care. (Prepared by Group Health's MacColl Institute for Healthcare Innovation, supported by The Commonwealth Fund), April 2011.
12. Patient-centred care for older people with complex needs. Nuffield Trust 2018
13. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Hatnes RB, Richardson WS. Evidence-Based Medicine: what is it and what isn't. BMJ 1996;312:71.

Figure 2: Connected Care Partnership segmentation model



Source: Connected Care Partnership