TOGETHER WE MAKE CHANGE HAPPEN!
Een toekomst voor de huisartsgeneeskunde in de eerstelijnszorg

22 juni 2022

Deze bijdrage aan het debat over de toekomst van de huisartsgeneeskunde in de eerstelijnszorg wordt ondersteund door:

Prof. An De Sutter, Prof. Roy Remmen, Prof. Johan Vansintejan, Prof. Johan Wens, Prof. Peter Decat, Prof. Pauline Boeckxstaens, Prof. Stéphanie De Maesschalck, Prof. Nele Michels, Prof. em. Jan De Maeseneer, Prof. em. Jan De Lepeleire, Prof. em. Michel Roland, Jolin Lippens, Nele De Clercq, Thibault Detremerie, Marc Cosyns, Joke Pauwelyn, Ellen Van Leeuwen, Bruno Art, Stefan Heytens, Piet Vanden Bussche, Diego Schrans, Fien Mertens, Janique Lobbestael en huisartsen van Jong Domus

Wij danken:

Michael Vande Velde, Xavier Van Aubel, Pascal Meeus van het RIZIV voor het ter beschikking stellen van data met betrekking tot het zorggebruik in de huisartsgeneeskunde in 2019. Dr. Veerle Vyncke en Nele De Clercq voor de analyses en grafieken in verband met deze data.

Vertaling: Nele De Clercq, Prof. Em. Michel Roland,

Kaft: "Together we can", beeldhouwwerk van Guy Gielis, 2011

Vormgeving: Anja Peleman

Eerste druk: juni 2022

ISBN 9789076023007

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaandelijke schriftelijke toestemming van de redactie. Uitgezonderd zijn korte fragmenten die uitsluitend ten behoeve van de recensies mogen geciteerd worden.

Citatie: TOGETHER WE MAKE CHANGE HAPPEN! Een toekomst voor de huisartsgeneeskunde in de eerstelijnszorg.

Beschikbaar op: www.togetherwemakechangehappen.org

EEN ACTIEPLAN VOOR HET BELEID EN DE BETROKKENEN VAN DE EERSTELIJNSZORG, TER DISCUSSIE

Dit document kwam tot stand door een groep huisartsen uit het beroepsveld en uit de academische wereld in Vlaanderen en Brussel

Brussel, 22 JUNI 2022

Dit document is bedoeld als 'GREEN PAPER': een verzameling ideeën en voorstellen als startpunt voor het gesprek en de consultatie met belanghebbenden. Daar waar "Together we change"(1) in 2014 een "Conceptual Green Paper" was, is dit document een "Operational Green Paper", waarin de nu belangrijke hervormingsideeën verder worden uitgewerkt in operationele voorstellen, uiteraard ter discussie. Deze tekst is een bescheiden bijdrage tot het debat over de toekomst van de huisartsgeneeskunde in de eerstelijnszorg, geschreven vanuit de ervaringen van vooral jonge huisartsen op het werkveld en de academische wereld van opleiding en onderzoek.

Deze tekst kan wellicht ook een bijdrage leveren aan het overleg dat wordt aangekondigd in het document: 'Naar een New Deal voor de huisarts(praktijk), Minister Frank Vandenbroucke, 17 juni 2022' https://vandenbroucke.belgium.be/nl/naar-een-new-deal-voor-de-huisartspraktijk).

INHOUD

Van "Together we change" naar "Together we make change happen" 7

1. Uitdagingen voor de eerstelijnszorg: een update met aandacht voor Covid-19 10

2. Macro-Meso-Micro-Nano: de territoriale ontwikkeling van de eerstelijn: eerstelijnszones in Vlaanderen 13

3. Een grondige analyse van de situatie van de huisarts en andere zorgverstrekkers op de eerste lijn anno 2022 15

4. Sense of Urgency: the time for action is NOW! 17

5. Actieplan: een snelle doorstart naar een nieuwe toekomst: 18

   5.1. De ondersteuning van de huisarts door een opgeleide praktijkassistent en de sanering van de administratieve belasting 18

   5.2. De financiering: een gemengde betaling van 25 % capitatie (per patiënt) naar 70/60* %, met 30/40* % per prestatie, telegezondheidszorg geïntegreerd in capitatie 20

   5.3. De verpleegkundige in de huisartspraktijk (VIHP): capitatie-PLUS 27

   5.4. Naar schaalvergroting op micro-niveau: van '(mono-disciplinaire) praktijken' naar 'interprofessionele eerstelijnsnetwerken voor geïntegreerde zorg' met aandacht voor continuïteit en de samenwerking met de gespecialiseerde zorg 28

   5.5. Het Belgian Integrated Health Record (BIHR): basis voor informatieverzameling en kwaliteitszorg tegen 2025. 32

   5.6. Perspectief voor een toekomstgerichte opleiding 34

   5.7. Naar een duurzame eerstelijnszorg 37

6. Overzicht en besluit met tijdlijn 38

Bibliografie - referenties 39

Bijlage:

- Cijfergegevens bij figuren 5 en 6 in 5.2 42

- How might a high quality, responsive and efficient system of primary care be delivered through GP practices: UK experiences. 44

VAN "TOGETHER WE CHANGE" NAAR "TOGETHER WE MAKE CHANGE HAPPEN"

In dit document formuleren we een aantal voorstellen die de huisartspraktijken versterken in het kader van de ontwikkeling van de eerstelijnszorg. Het zijn handvaten die kunnen worden opgepakt door de beleidsverantwoordelijken en de werkgroepen die hierrond overleggen. We tekenen ook een tijdspad uit. Immers, wat wij hier voorstellen is niet vrijblijvend, het mag nu vooruit gaan. Dat is de vraag van veel huisartsen in het veld.

Op 9 december 2014 organiseerden de professoren huisartsgeneeskunde in dit land, samen met een aantal huisartsenorganisaties in het Paleis der Academiën in Brussel, een persconferentie ter gelegenheid van het verschijnen van de publicatie: "Together we change: eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit!"(1). "Together we change" was een duidelijk signaal: een fundamentele verandering in de beleidsvorming rond gezondheidszorg, vanuit de eerstelijn als scharnier en katalysator, is noodzakelijk om de actuele uitdagingen (toegankelijkheid, betaalbaarheid, vergrijzing, kwaliteit) voor de zorg aan te kunnen. De overtuiging hierbij is dat kleine stapjes niet volstaan, maar grondige keuzen en een engagement van alle actoren op lange termijn noodzakelijk zijn om bij te dragen tot waar de bevolking recht op heeft: een gezonde gezondheidszorg, die kwaliteitsvol is en relevant, sociaal rechtvaardig, toegankelijk en kosteneffectief. Verder is de gezondheidszorg gericht op de mensen en de samenleving. Zij is duurzaam en innovatief.

Was deze oproep succesvol? JA en NEEN.

Voor een aantal concrete punten werd **vooruitgang** geboekt:

1. 'De burgers staan centraal in het zorgproces, hun noden en doelstellingen zijn het vertrekpunt. De hulpvrager heeft de uiteindelijke regie van het zorgproces. In een context van een steeds verder toenemende complexiteit van zorg en zorgnoden is er een groeiende consensus in het systeem dat de burger en zijn persoonlijke levensdoelen centraal moet staan in het zorgproces'. *In vlaanderen is de implementatie van het concept 'goal oriented care' (2) of doelgerichte zorg, behoorlijk goed ontwikkeld, in vergelijking met het buitenland. In synergie met de hervorming van de eerste lijn werd op dat vlak van de brede implementatie van doelgerichte zorg de voorije jaren veel vooruitgang geboekt. De Unit huisartsgeneeskunde, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijn en de Vakgroep revalidatiewetenschappen-ergotherapie aan de Universiteit Gent namen hierin het voortouw samen met de Koning Boudewijnstichting, het Vlaams Instituut voor de Eerstelijn en het Vlaams Patiëntenplatform. Speerpunt in de implementatie zijn interprofessionele trainingen waar professionals uit zorg en welzijn samen leren hoe ze de doelen van de persoon centraal kunnen stellen en samen kunnen werken aan betekenisvolle zorg.*

2. 'De eerstelijnszorg realiseert een toegankelijke, kwaliteitsvolle en kosteneffectieve opvang van gezondheids- en welzijnsproblemen. Zij hanteert een bio-, psycho-, socio- en ecologisch werkkader.' *Op dit terrein is gestage vooruitgang geboekt mede door ondersteuning federaal en door de deelstaten vooral in het kader van de eerstelijnszones in Vlaanderen en samenwerkingsstructuren in Wallonië bij de aanpak van de Corona-pandemie.*

3. 'De eerstelijnszorg wordt georganiseerd in eerstelijnszones van 75.000 tot 125.000 inwoners.' *Dit is in Vlaanderen gerealiseerd sinds 1 juli 2020, in Brussel en Wallonië zijn er reeds aanzetten tot deze ontwikkeling. In deze eerstelijnszones worden ook de wachtposten, de samenwerking met palliatieve thuiszorg*

met ziekenhuisnetwerken ontwikkeld. De ziekenhuisnetwerken zijn nog niet harmonisch (territoriaal) afgestemd met de eerstelijnszones: hier is nog werk.

4. 'Al deze stappen worden onderbouwd met acties op het vlak van de kwaliteit van zorg, van opleiding, onderwijs en navorming van professionelen, met experimenten, innovatie en wetenschappelijk onderzoek.' *De oprichting van BeHive (3) en Primary Care Academy (4) met de steun van het Fonds Daniël De Coninck van de Koning Boudewijnstichting (5) gaf hier een positieve boost.*

Belangrijke structurele uitdagingen op het vlak van organisatie op micro-niveau, versterken van geïntegreerde zorg, een nieuw model van financiering, een geïntegreerd dossier, …werden niet gerealiseerd.

Tijdens de Corona-pandemie kwam de eerstelijn in een stroomversnelling terecht: interprofessionele samenwerking (huisartsen, verpleegkundigen, apothekers, 2e lijn), het belang van aandacht in de gezondheidssector voor geestelijke gezondheid, en de samenwerking met de welzijnssector, de noodzaak om 'primary care' en 'public health' samen te doen werken, het belang van een populatiegerichte benadering, de nood aan een interprofessioneel geïntegreerd elektronisch dossier… dit alles werd zichtbaar en met veel inzet en creativiteit werden de eerste antwoorden in de praktijk gerealiseerd. Dat kostte veel energie en heel wat hulpverleners in de eerste lijn stootten op de limieten van hun mogelijkheden. De eerstelijn kon ondanks onaangepaste structuren deze uitdaging aan maar dat kostte te veel energie van de individuele zorgverlener en van organisaties zoals de huisartsenkingen. Er was ook een zeer sterke ondersteuning vanuit Vivel-koepelorganisaties, en academische centra nodig. Willen we een toekomstgerichte eerstelijnszorg realiseren, dan zijn structurele veranderingen nodig, die op korte termijn dienen doorgevoerd te worden.

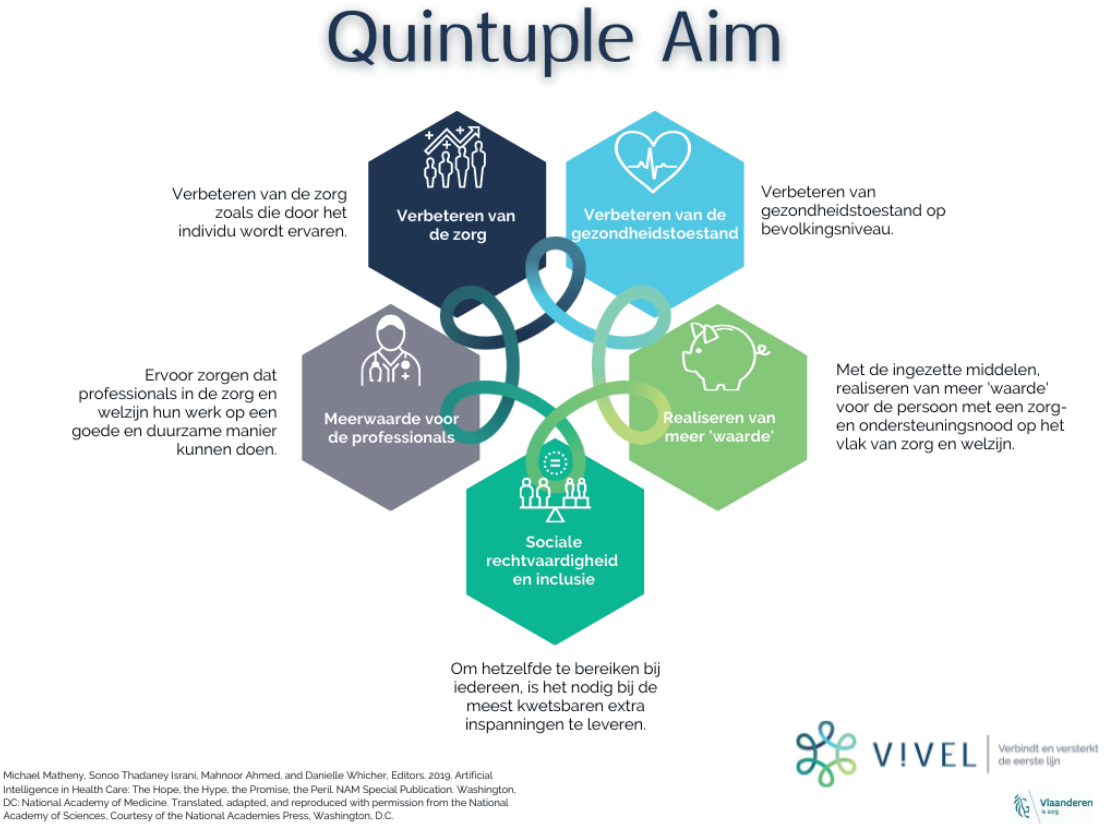
Het RIZIV (RijksInsituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) startte een dubbele oefening: het uitwerken van 'Gezondheidszorgdoelstellingen' en het participatief uittekenen van (transversale) projecten van 'Appropriate Care'. Op vraag van Minister Vandenbroucke schreef een Wetenschappelijk Comité onder leiding van prof. Schokkaert een rapport: "Naar een meerjarenbegroting voor de gezondheidszorg met gezondheidszorgdoelstellingen" (6). In dit rapport wordt expliciet verwezen naar het waardenkader met doelstellingen, zoals geformuleerd in de "Quintuple Aim" :

- Gezondheid van de bevolking, waarbij gezondheid in ruime zin wordt opgevat en niet wordt gereduceerd tot fysiek welzijn alleen;
- De kwaliteit van de zorg, zoals ervaren door mensen met zorg- en ondersteuningsbehoeften, met voldoende ruimte voor hun inbreng en met als uiteindelijke doelstelling om de levensdoelen van de persoon zo goed mogelijk te bereiken;
- Kosteneffectiviteit, d.w.z. een gunstige verhouding tussen de ingezette middelen en de gerealiseerde waarden. Waarden worden hierbij niet in een beperkte economische zin opgevat, maar omvatten ook individuele ontplooiing en sociale cohesie;
- Rechtvaardigheid en inclusiviteit in de samenleving, met specifieke aandacht voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in brede zin (d.w.z. niet alleen financieel) en voor de integratie van verschillende vormen van diversiteit. Rechtvaardigheid houdt ook in dat de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen in de financiering van de zorg;
- Welzijn van de zorgprofessionals met specifieke aandacht voor work-life balance; inscholings- en retentiebeleid en integratie in het zorgsysteem.

De auteurs van het rapport voegen hier nog een zesde waarde aan toe: "duurzaamheid van het systeem op lange termijn, rekening houdend met de (macro)evolutie van de kosten, de beschikbaarheid van zorgverstrekkers, de noodzakelijke veerkracht van burgers en zorgprofessionals, de duurzaamheid vanuit milieustandpunt en de paraatheid voor pandemieën" (zie verder in 5.7.).

Ook in Vlaanderen heeft het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (Vivel) zich achter het Quintuple Aim-concept geschaard (7).

Figuur 1. Het Quintuple Aim concept



Deze 'waarden-gedreven' doelstellingen vormen de achtergrond van en het referentiekader voor dit rapport. Vanuit een analyse van de uitdagingen formuleren we een Actieplan met 6 prioritaire Actiepunten om de huisartsgeneeskunde en de eerstelijnszorg vooruit te helpen. Uiteraard zijn de huisartsen bereid om, vanuit academische hoek en vanuit het beroepenveld met de overheid en alle actoren samen te werken om deze acties te realiseren.

1. UITDAGINGEN VOOR DE EERSTELIJNSZORG: EEN UPDATE MET AANDACHT VOOR COVID-19

In Together we change 2014 (8) worden een aantal uitdagingen voor de eerstelijnszorg opgesomd. Deze uitdagingen zijn er nog steeds en de Covid-19 pandemie heeft er enkele aan toegevoegd en een aantal meer pertinent gemaakt.

Als eerste is er de trend in twee belangrijke demografische ontwikkelingen: de stijgende levensverwachting en de veranderende gezinsstructuren. Als gevolg van de Covid -19 pandemie is de levensverwachting in België weliswaar in 2020 iets gedaald (9) (van 82.1 jaar in 2019 naar 80.8 jaar in 2020) maar de verwachting is dat - eens de pandemie voorbij is –de stijgende trend van de voorbije decennia zal hernemen. Ook de gezinsstructuren blijven veranderen met meer alleenstaanden, meer nieuwe vormen van samenleven en minder vrouwen (potentiële mantelzorgers) die thuis werken. Tijdens de 'lock-down' trokken deze evoluties extra de aandacht door de isolatie en eenzaamheid van de vele alleenstaande (meestal oudere) mensen.

Als gevolg van het steeds ouder worden, en ook door een verbetering van behandelingsmogelijkheden waardoor mensen langer blijven leven met hun ziekte, neemt het aantal chronische zieken toe. Bovendien lijden oudere mensen vaak aan verschillende chronische aandoeningen tegelijk (multimorbiditeit). Dit vormt wellicht de grootste uitdaging voor de eerste lijn. Multimorbiditeit vraagt een radicale heroriëntatie van de zorg van ziekte-gerichte naar doel-gerichte zorg (waardoor het zorgproces gericht is op het bereiken van de levensdoelen van de patiënt). Deze zorg moet gebaseerd worden op de principes van geïntegreerde zorg d.w.z. zorg die zowel de integratie als de coördinatie van de gezondheidszorg verbetert en tegelijkertijd participatie van de patiënt bevordert. Dit alles vergt nieuwe vormen van samenwerking in de eerste lijn waarbij men ook meer transversaal denkt door de levenskwaliteit van de chronische zieken op verschillende domeinen (zorg, welzijn, wonen, vrije tijd, …) aan te pakken (6). De Covid19-pandemie heeft de kracht van samenwerking overduidelijk aangetoond. Vanaf het begin van de crisis ontstonden initiatieven van vrijwilligers, gezondheids- en welzijnsprofessionals, lokale openbare en particuliere diensten, buren en mantelzorgers die zorgden voor hulpbehoevende buurtbewoners. De prille eerstelijnszones bewezen overtuigend hun meerwaarde om samenwerking over de sectoren te faciliteren. Een regionale brede samenwerking is één van de speerpunten om de zorg ook voor de toekomst duurzaam te houden.

Een derde uitdaging voor de eerste lijn is omgaan met de positieve maatschappelijke evolutie waarbij mensen steeds mondiger worden, beter geïnformeerd (willen) zijn, zelf op zoek gaan naar informatie, actief willen betrokken worden bij beslissingen en willen participeren in hun zorg ('self-management'). De Covidcrisis heeft duidelijk gemaakt hoe belangrijk het is dat mensen toegang hebben tot goede informatie en hoeveel belang ze hechtten aan advies van een vertrouwde zorgverlener bij het al dan niet besluiten tot vaccinatie. Als eerste lijn zullen we ook in de toekomst moeten beschikbaar zijn om uit te leggen, vragen te beantwoorden, mediaberichtgeving te duiden, misleidende informatie te weerleggen, ... In een steeds toenemende informatiewereld zal deze taak alleen maar aan belang winnen.

Een vierde uitdaging vormt de krimpende arbeidsmarkt. Het verstrekken van kwaliteitsvolle doelgerichte geïntegreerde zorg vraagt om voldoende beschikbare zorgverleners. De verwachting is echter dat in de komende jaren er een groeiend tekort zal zijn aan mensen die werken in de gezondheidszorg. Dit onderstreept het belang van een goede organisatie waarbij zorg naadloos op elkaar is afgestemd, over-gebruik en ongepaste zorg worden vermeden, en elke zorgverlener optimaal zijn/haar expertise kan benutten en voldoende ondersteuning krijgt. Vele zorgverleners werden door de Covidcrisis op de proef gesteld en bereikten de grenzen van hun draagkracht. Huisartsen werden overladen met administratieve taken. Dit leidde tot overbelasting en demotivering en velen dreigden

af te haken. Het belang om goed voor zorgpersoneel te zorgen is niet alleen in tijden van crisis van onschatbare waarde.

Een vijfde uitdaging is de toename van de diversiteit in de maatschappij zowel op cultureel, gender, etnisch als religieus vlak. Dit brengt uitdagingen mee op vlak van communicatie en van bereikbaarheid van groepen met een andere cultuur en roept vragen op over noodzaak voor een meer gediversifieerd beleid en een diversiteit-sensitieve benadering, aangepast aan de specifieke groepen met verschillende achtergrond of overtuiging. De Covidcrisis heeft de nood hieraan geïllustreerd: niet iedereen werd bereikt, niet iedereen begreep de informatie, sommige mensen hadden om sociale en culturele redenen moeite om zich aan de maatregelen te houden, … Ook in de toekomst zal een aanpak op maat nodig blijven.

De sociale gezondheidskloof is een volgende grote uitdaging. 'Arm maakt ziek en ziek maakt arm' blijft een realiteit. Mensen met een lagere opleiding hebben aanzienlijk meer gezondheidsproblemen (10): bij mensen met enkel een lagere schoolopleiding rapporteert 25 % een slechte tot zeer slechte gezondheid en 45 % een goede tot zeer goede. Bij mensen die hoger onderwijs volgden is dit respectievelijk 5% en 80 %. In ons land stelt 2,3 % van de bevolking (10) (specialistische) zorg uit omwille van financiële redenen. Ook huisartsenzorg wordt uitgesteld maar niet door mensen die een verhoogde tegemoetkoming genieten wat het belang van het wegnemen van financiële drempels aantoont. De kwetsbaarheid van gezinnen met een laag inkomen werd extra duidelijk tijdens de Covidcrisis. De pandemie heeft een negatieve invloed gehad op het inkomen bij 20 % van de mensen, en ongeveer 10 % van de bevolking was bang voedsel te kort te komen (11). Mensen met een verhoogde tegemoetkoming waren vaker slachtoffer van Covid 19 (12). Het dichten van de gezondheidskloof zou een prioriteit moeten zijn voor elke eerstelijnszone. De huisartsgeneeskunde moet samen met andere sectoren ziekmakende factoren signaleren en corrigerende maatregelen voorstellen of nemen.

Andere uitdagingen zijn de snel groeiende wetenschappelijke en technische ontwikkelingen. Telegeneeskunde (waarbij gezondheidszorg op afstand geleverd wordt zonder dat de gezondheidswerker en patiënt zich fysiek op dezelfde plaats bevinden) werd ruim ingezet tijdens de Covid-pandemie. Artificiële intelligentie en big data analyse op EMD data zijn nieuwe technologieën die kunnen bijdragen tot wetenschappelijk kennis over bv. risicofactoren. EMD (Elektronisch Medisch Dossier) data kunnen GDPR (GlobalDataProtectionRegulation)-conform geëxtraheerd worden voor kwaliteitsmonitoring of populatiemanagement. Er zijn steeds meer point-of-care testen voor zorgverleners beschikbaar. Er zijn ook steeds meer mogelijkheden om zichzelf te testen (naar Covid-19 maar ook naar bv. genetische risicofactoren) of te monitoren. Er worden nieuwe geneesmiddelenklassen ontwikkeld die vaak een nauwe opvolging eisen. De lijst aan wetenschappelijke ontdekkingen en technologische vernieuwingen breidt elke dag uit. Elk van deze innovaties brengt eigen uitdagingen mee. Telkens moeten voor- en nadelen zorgvuldig worden afgewogen, met bijzondere aandacht voor de relevantie voor de zorg en kosteneffectiviteit maar ook voor privacy van de gebruikers en risico op medicalisering. De Covidcrisis heeft de introductie van nieuwe technologieën in een stroomversnelling gebracht zowel op vlak van dataverzameling en -koppeling, informatieuitwisseling, telecontacten, ontwikkeling van sneltesten etc. Sommige hiervan worden als zeer waardevol ervaren en de uitdaging is om nu een permanent concreet kader hiervoor te scheppen. Ook de thuiszorg wordt technologisch steeds complexer door toename van daghospitalisaties, kortere hospitalisatieduur en verschuiving van behandelingen naar het thuismilieu. Dit vraagt nieuwe expertise van de zorgverleners en een goed georganiseerde interprofessionele samenwerking ondersteund door een naadloze informatie-uitwisseling met en rond de patiënt en tussen de zorgverleners in de eerste lijn en tweede lijn. Tijdens de Covidcrisis heeft de eerste lijn een belangrijke rol gespeeld in het bewaren van de ziekenhuiscapaciteit door triage en Covid-zorg aan huis te leveren. Ook in de toekomst moet de eerste lijn er verder naar streven om complexe zorg maximaal in de thuisomgeving aan te bieden in samenwerking met en met ondersteuning van de tweede lijn.

Tijdens de Covid-pandemie heeft de populatiemanager in de eerstelijnszone zijn intrede gedaan. Populatiemanagement heeft als doel om de gezondheid van een hele groep te bevorderen. Men kijkt wat de noden zijn van die groep, en ontwikkelt samen met andere lokale partners gepaste interventies om de zorg of het welzijn in deze groep te verbeteren. De populatiemanagers hadden als taak om de vaccinatiegraad bij groepen die onder de radar bleven te verhogen. Een nieuwe uitdaging is de verankering van het populatiemanagement in de werking van de eerstelijnszone om bv. gerichte preventieve acties, aangepast aan de doelgroep, uit te voeren.

In België voldoet ongeveer 15% van de volwassenen en 20 % van de jongeren aan de criteria van minstens één psychische stoornis (6). Bovendien is de geestelijke gezondheid verslechterd sinds het begin van de Covid-19-crisis, met hogere niveaus van angst- en depressiestoornissen (vooral bij jongeren), met zorgwekkende cijfers wat betreft zelfmoordgedachten en -pogingen, beperkte sociale ondersteuning en lage levenstevredenheid. De meeste mensen met psychische problemen worden begeleid in de eerste lijn die als uitdaging heeft om te zorgen voor een voldoende aanbod aan deskundige zorg.

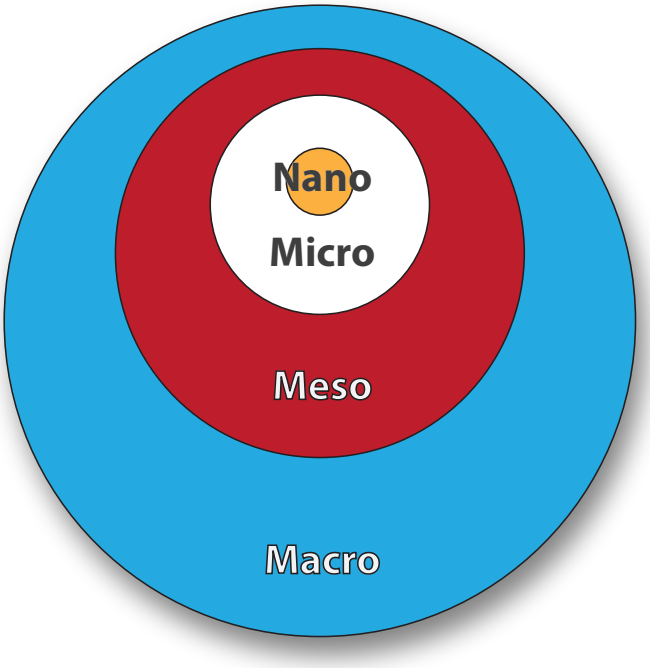
De opwarming van het klimaat door toenemende droogte in het Zuiden zal aanleiding geven tot meer immigratie naar onze streken. Hittegolven noodzaken extra zorg voor de oudere populatie. We zullen geconfronteerd worden met nieuwe infecties die normaal in onze streken niet voorkomen. Luchtvervuiling kan leiden tot meer luchtwegproblemen etc... Ook hier zal de eerstelijn zich moeten op voorbereiden.

Tot slot is er de "preparedness" : hoe zorgen we ervoor als eerste lijn dat we bij een volgende gezondheidscrisis wél voorbereid zijn?

Veel uitdagingen moeten aangepakt. Dit document heeft tot doel voor de huisarts, functionerend in de eerstelijnszorg, een aantal belangrijke randvoorwaarden te verbeteren, zodat de huisartsgeneeskunde met alle actoren in de eerste lijn en daarbuiten, kan samenwerken aan duurzame en sociaal rechtvaardige "gezonde" oplossingen.

2. MACRO-MESO-MICRO-NANO: DE TERRITORIALE ONTWIKKELING VAN DE EERSTELIJN: EERSTELIJNSZONES IN VLAANDEREN

Figuur 2: Nano-,Micro-,Meso- en Macro-niveau in de zorg.



In de actuele literatuur in verband met de organisatie van een kwaliteitsvolle gezondheidszorg, wordt beklemtoond dat kwaliteitsvolle uitkomsten slechts wordt gerealiseerd indien op elk niveau de juiste mensen, middelen, processen en evaluaties worden ingezet.

Het begint op het **nano**-niveau: de individuele interactie tussen een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en een onthaalmedewerker, zorgverlener, website, …zullen vaak als eerste naar voor komen, wanneer we de vraag stellen: 'Hoe was de zorg?'. '*De persoon aan het onthaal gaf een heldere en correcte uitleg', 'De arts luisterde aandachtig naar mijn verhaal', 'De verpleegkundige begreep mijn angst voor het onderzoek', 'Ik vond op de website onmiddellijk het antwoord op mijn vraag over de inenting'*….illustreren het belang van het nano-niveau. Naast de noodzakelijke kennis, vaardigheden en attitudes, zullen ook de context (licht, geluid, ruimte, privacy, overzichtelijkheid, signalisatie,…) hier de kwaliteit meebepalen.

Vervolgens speelt het **micro**-niveau een zeer belangrijke rol: dit gaat over de interactie van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood met en de participatie in het zorgteam (de samenwerking van zorgprofessionals en informele zorgverstrekkers, mantelzorgers), in en over de verschillende settings, sectoren, lijnen…tijdens de zorgepisode.

Het nano- en micro-niveau zijn van het grootste belang in de kwaliteitservaring van de persoon en hebben een belangrijke focus op de realisatie van de levensdoelen van een persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Niet de vraag 'Wat scheelt er met deze patiënt?', maar de vraag 'Wat doet ertoe voor deze patiënt?', staat hierbij centraal. Op deze niveau's speelt gezondheidsgeletterdheid een essentiële rol: niet enkel de zorgverstrekkers, maar ook onderwijs en opleiding, media, ...spelen hierbij een rol. Op het micro-niveau start ook het populatiemanangement, met ondersteuning van het meso-niveau.

Het **meso**-niveau schept het organisatorisch, logistiek, financieel, informationeel,… toepassingskader dat de randvoorwaarden realiseert voor kwaliteitsvolle zorg, en dit niet louter voor het individu, maar ook voor de populatie.. Populatiemanagement dat een sociaal-rechtvaardige toegang tot zorg verzekert, en de ecologische en sociaaleconomische determinanten van ziekte en onwelzijn aanpakt, vormt hierbij een essentiële strategie. Preventie en gezondheidspromotie worden binnen het populatiemanagement op een geïntegreerde wijze in de praktijk gebracht. De participatie op het meso-niveau van de lokale besturen is belangrijk. Vanuit het meso-niveau worden beleidsrelevante signalen rond het optimaliseren van de zorg, doorgestuurd naar het macro-niveau.

Het **macro**-niveau (de deelstaten en de federale overheid) zorgt voor een tijdige en heldere besluitvorming rond het regelgevend kader en het ter beschikking stellen van de financiële middelen om toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg blijvend mogelijk te maken. Op dit niveau gebeurt ook de macro-democratische toetsing die het gezondheidsbeleid het noodzakelijke maatschappelijk draagvlak geeft. De macro-democratische toetsing, de onderbouwing met beleidsrapporten en de participatieve processen met stakeholders, die het gezondeidsbeleid het noodzakelijk maatschappelijk en wetenschappelijk draagvlak geven.

Het is belangrijk dat op elk niveau wordt nagegaan in welke mate de activiteiten en processen er hebben bijgedragen tot de realisatie van het 'Quintuple Aim'.

De *eerstelijnszones in Vlaanderen* situeren zich op het *meso-niveau*. Ze zijn opgericht om de samenwerking tussen lokale overheden, zorgaanbieders in gezondheidszorg en in welzijnszorg en de persoon met zorg- en ondersteuningsnood te faciliteren en te ondersteunen met aandacht voor intergenerationele samenwerking en diversiteit. In Vlaanderen en Brussel zijn er 60 eerstelijnszones. Een eerstelijnszone is een gebied van 75.000 tot 125.000 inwoners, en omvat 1 of meerdere gemeenten. De buitengrenzen van een eerstelijnszone vallen samen met (delen van) gemeentegrenzen van één of meer gemeenten in de eerstelijnszone.

Het doel van een eerstelijnszone is het realiseren van een effectieve en kwaliteitsvolle eerste lijn waar de burger centraal staat en die toegankelijk is voor iedereen. De eerstelijnszorg werd de afgelopen jaren grondig hervormd. De eerstelijnszones vormen de basis van deze hervorming.

De zorgraad is het bestuursorgaan van een eerstelijnszone. Het is een vzw met vertegenwoordigers uit zorg, welzijn, lokale besturen, personen met een zorg- en ondersteuningsnood en optionele partners. Een zorgraad wordt erkend en gesubsidieerd vanuit de Vlaamse overheid en heeft, afhankelijk van de grootte, een aantal medewerkers. Ze zijn het kloppend hart van de eerstelijnszones. Zij brengen kennis en kunde samen vanuit verschillende disciplines, samen met de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood.

De zorgraden zijn opgericht op 1 juli 2020. In zeer korte tijd namen ze hun rol en plaats op in de eerste lijn. Dit door flexibel in te spelen op de noden uit hun zone. Tijdens de Covid-19 crisis kregen ze er heel wat opdrachten bij. Dankzij het multidisciplinaire karakter van de zorgraad, slagen ze erin snel mensen samen te brengen en afspraken te maken.

Ze worden daarbij ondersteund door VIVEL (www.vivel.be) met vormingen en activiteiten uitwerkt op basis van hun noden en behoeften.
In Wallonië wordt momenteel ook nagedacht over een territoriale organisatie op meso-niveau, aangepast aan de demografische, geografische en historische context.

3. EEN GRONDIGE ANALYSE VAN DE SITUATIE VAN DE HUISARTS EN ANDERE ZORGVERSTREKKERS OP DE EERSTE LIJN ANNO 2022

Eén van de doelstellingen binnen het 'Quintuple Aim' die de overheid naar voor schuift voor de organisatie van de gezondheidszorg, is ervoor zorgen dat professionelen in de gezondheidszorg hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen.

Ondanks een toegenomen aantal studenten huisartsgeneeskunde, het opdrijven van het aantal plaatsen voor de huisartsopleiding door de planningscommissie en verscheidene structurele ingrepen die de laatste jaren werden doorgevoerd, is de algemene aanname dat er een huisartstekort is. Wat is er aan de hand en hoe verhelpen we dit?

De nood aan huisartsen (en ook aan andere zorgberoepen) wordt bepaald door een balans tussen vele factoren.

Wanneer we de cijfers van naderbij bekijken zien we dat we in OESO-verband een zeer hoog aantal huisartsen hebben, en dat een Deense huisarts gemiddeld twee keer zoveel patiënten verzorgt dan de Belgische en comfortabeler leeft .

Wanneer we dit hoog aantal huisartsen meer in detail onderzoeken, blijken er zeer grote lokale verschillen zijn. Zo toont een (nog) niet gepubliceerd rapport dat er in de zuidrand van Antwerpen ongeveer 1 huisarts is per 1000 inwoners terwijl in Antwerpen-Noord, 10 km verderop, volgens de Antwerpse schepen voor gezondheidszorg, het gaat om 1 huisarts per 2000 inwoners . In de Belgische kustgemeenten wonen proportioneel zeer veel oudere personen, waardoor het aantal huisartsen per 1000 inwoners heel anders dient geïnterpreteerd te worden.

Naast de demografie van de bevolking, gekoppeld aan de sociaal economische status van de wijk, gemeente of regio, speelt ook het gewijzigde profiel van de zorgnood een rol. Er is vergrijzing en verzilvering (de groeiende groep 85-plussers binnen de 65 plus groep) aan de gang met toename van multi-morbiditeit, chronische aandoeningen resulterend in een toenemende complexiteit van de zorg.

De beleidsmakers plannen de organisatie van de zorg binnen een sociale, culturele en antropologische context. De verwachtingen van de bevolking naar de organisatie van de gezondheidszorg evolueert. De visie binnen de samenleving omtrent de werk-ethiek evolueert.

Bovendien is er – zowel bij mannelijke als vrouwelijke huisartsen- een grotere aandacht voor de combinatie werk en privé.

Interprofessionele samenwerking bepaalt meer en meer ook het werkveld. Dit is goed, want dit betekent dat steeds meer de juiste zorg door de juiste persoon op de juiste plaats geleverd kan worden. Hier staat wel tegenover dat overleg en delen van patiëntengegevens ook een tijdsinvestering vraagt.

De wiskundige modellen die ontwikkeld worden door academici (13), de federale en regionale planningscommissie en andere instanties (14), proberen dit te integreren, maar houden een slag om de arm met betrekking tot de hoger vermelde determinanten.

Eén van de evoluties binnen huisartsgeneeskunde in België, is groepsvorming: duo-praktijken, groepspraktijken mono- en multidisciplinair, netwerkpraktijken, wijzigen de mogelijkheden (en beperkingen) van de individuele huisarts. Praktijkmanagement biedt mogelijkheden om binnen het gestelde kader de zorg te optimaliseren en de continuïteit van zorg te garanderen. Maar het regelgevend en financieel kader van de praktijkvoering, tot op heden vooral gefocust op de individuele arts, moe-

ten hieraan aangepast worden. We denken hierbij een administratieve, logistieke en infrastructurele ondersteuning en kadering. Waarom zou een groepspraktijk bijvoorbeeld, in de gepaste juridische vorm (voor zelfstandigen en bepaalde juridische structuren worden de infrastructuur-investeringen deels via de fiscaliteit gerecupereerd), net zoals ziekenhuizen en welzijnsinstellingen, geen aanspraak kunnen maken op het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) (15)?

De Covidcrisis heeft ons geleerd hoe belangrijk 'volksgezondheid/public health' wel is. In een land als België dat in deze zeer weinig traditie heeft (het beleid is steeds gevoerd geweest door 'conventies' in het kader van de individuele arts-patiënt relatie'), was men vergeten dat burgers én hulpverleners in een groter kader functioneren. De Europese definitie van huisartsgeneeskunde expliciteert de taak ten opzichte van een 'populatie' zeer uitdrukkelijk. Een huisarts heeft de regionale wachtdienst/wachtpost nodig om de continuïteit van zorg te garanderen. De 'test and tracing-' en 'vaccinatieactiviteiten' hebben geleerd dat een intensief en constructief overleg met de lokale besturen mogelijk én noodzakelijk is. Deze 'public health' functie moet verder uitgebouwd worden om een kader te scheppen waarin de 'workforce' planning mogelijk is. De Eerstelijnszones (16) in Vlaanderen zijn de geëigende structuren om hierin een rol te spelen, niet alleen voor de huisartsen maar voor alle zorg- en welzijnsberoepen en instanties.

Het KCE rapport van 2008 vat dit alles samen:

" De aantrekking wordt ook sterk beïnvloed door persoonlijke en psychosociale factoren(relaties met patienten, contacten met andere collega's, verscheidenheid van de taken,….). Factoren die betrekking hebben op professionele identiteit (autonomie) en levensstijl (flexibiliteit van het werk) spelen ook een rol. Toekomstige huisartsen nemen ook de mogelijkheden voor hun familie in overweging wanneer ze een vestigingsplaats zoeken (bijv. job, vrije tijd, scholen)".

Uit de bovenstaande analyse blijkt dat de problematiek van de personeelskracht in de eerstelijnszorg niet louter een kwestie van aantallen is. Het is van groot belang om na te gaan wat de taakinvulling van de verschillende professionelen in de eerste lijn is (taak-verschuiving). Voor veel van de zorgverleners in de eerste lijn geldt dat ze een belangrijk deel van hun werktijd (tot 30 %), bezig zijn met taken waarvoor ze in feite overgekwalificeerd zijn. Voor de huisartsen betekent dit, dat er – in het kader van de huidige quota van jaarlijks te vormen huisartsen: (ongeveer jaarlijks 400 in Nederlandstalig België en 300 in Franstalig België), er theoretisch een tekort aan huisartsen is. Echter, als we onze eerstelijnsgeneeskunde anders zouden organiseren, zou deze groep mogelijks wel kunnen volstaan om de nodige zorg te bieden.

De oplossing is dus niet het (louter) kwantitatief vergroten van het aantal huisartsen, maar dient vooral deze 3 vragen te beantwoorden:

'1. Hoe zorgen we voor een behoeften-gestuurde geografische distributie (in Brussel zijn er duidelijk minstens 400 huisartsen tekort)?'

'2. Hoe zorgen we ervoor dat hulpverleners een groter deel van hun tijd met hun kerntaken kunnen bezig zijn en minder tijd besteden aan taken waarvoor ze overgekwalificeerd zijn ("taakverschuiving")?'

'3. Hoe zorgen we ervoor dat hulpverleners duurzaam beroepsactief blijven?.'

Bij het beantwoorden van de tweede vraag moet men ook de zinvolheid van alle huidige taken nagaan. Zo kan men ernstig in vraag stellen wat de zin is van het medisch attesteren door (huis)artsen

van arbeidsongeschiktheid wegens ziekte voor een periode van 3 dagen of minder (zie ook 5.1.)? Men kan zich ook afvragen waarom de overheid er niet voor zorgt dat alle rubrieken op formulieren die patiënten en zorgverleners moeten invullen, reeds bij voorbaat alle gegevens bevatten die reeds bij de overheid beschikbaar zijn. Zo kan men zich beperken tot het toevoegen van de informatie gerelateerd aan de eigen competentie?

De derde vraag brengt de problematiek van de voortijdige uitstroom in beeld. Zeker voor zorgverleners geldt dat 'job-control', 'professionele autonomie' en 'werktevredenheid' zeer belangrijk zijn? Zolang zorgverleners, op het einde van hun werkdag de vraag: 'Heb ik met mijn team vandaag door mijn werk een relevant, zinvol en doenbaar verschil kunnen maken voor een aantal patiënten?', positief kunnen beantwoorden, blijft het risico op burn-out kleiner.

De vraag is waar de verantwoordelijkheid ligt voor een toekomstgerichte en duurzame planning? In de eerste plaats ligt dit bij de federale en regionale bevoegde Ministers (en de adviezen van hun Planningscommissies), maar voor de geografische distributie kan wellicht ook het meso-niveau worden ingeschakeld: zo zouden eerstelijnszones in gebieden met te weinig huisartsen b.v. kunnen nagaan wat er mogelijk is om het aanbod beter op de noden af te stemmen, bv in de context van eerstelijnsnetwerken (zie 5.4), met ondersteuning door middelen om terzake lokaal beleid te ontwikkelen.

4. SENSE OF URGENCY: THE TIME FOR ACTION IS NOW!

De ervaringen van de hulpverleners en vooral van jonge huisartsen tijdens de Corona-pandemie, hebben ongetwijfeld het gevoel van urgentie voor de implementatie van veranderingen, aangescherpt.

Enerzijds is er het gevoel van onvoldoende voorbereid te zijn: indien we reeds een 'praktijkassistent in de eerstelijnszorg' zouden gehad hebben tijdens de pandemie, dan waren een aantal uitdagingen (testing, tracing, administratieve opvolging), meer doenbaar geweest. In de Woonzorgcentra had een sterker team voor de "clinical governance" de impact van de pandemie kunnen beperken, en was de zorg wellicht 'menselijker' geweest. Zo een team zou kunnen bestaan uit een CRA (Coördinerend en Raadgevend arts), met een Master in de Verpleegkunde en een apotheker voor de "pharmaceutical governance". Indien een groter deel van het huisartsinkomen reeds los van de prestatie-betaling zou verworven worden, dan was de overschakeling naar telegezondheidszorg vlotter verlopen. Indien het medisch attest voor arbeidsongeschiktheid van drie dagen of minder, reeds in de vorige was afgeschaft, dan zou zowel voor de patiënt als voor de huisarts een en ander vlotter zijn verlopen. Indien men reeds over een interprofessioneel geïntegreerd dossier zou beschikt hebben, was de integratie van testing, contact-tracing, quarantaine, vaccinatie,… vlotter verlopen.

Gelukkig waren de Eerstelijnszones in Vlaanderen op 1 juli 2020 gestart, zodat de Vaccinatiecampagne, zeer vlot werd georganiseerd, met aandacht voor mensen met verhoogde kwetsbaarheid.

Het gevoel van urgentie is duidelijk, bij de bevolking, bij alle actoren, en bij het beid. "Meer van hetzelfde", biedt geen oplossing, "het moet anders". Er bestaan veel frustraties over de performantie van het huidige gezondheidsstelsel en de uitdagingen die voor ons liggen en men kan niet wachten op de 'ultieme oplossing over 10-15 jaar'.

Er is nood aan een systemische aanpak van het veranderingsproces, vertrekkend van duidelijke gezondheidsdoelstellingen en met heldere, breed gedragen prioriteiten. Veranderingen zijn simultaan nodig op nano-, micro-, meso- en macroniveau.

5. ACTIEPLAN: EEN SNELLE DOORSTART NAAR EEN NIEUWE TOEKOMST:

5.1. De ondersteuning van de huisarts door een opgeleide praktijkassistent (HBO 5) en de sanering van de administratieve belasting

Eén van de belangrijkste vaststellingen tijdens de Corona-pandemie, was dat huisartsen niet professioneel ondersteund zijn en dit op 3 domeinen: de onthaalfunctie, de IT-administratieve functie en het uitvoeren van eenvoudige repetitieve interventies (staalafname b.v.). Dit heeft deels te maken met een weinig performante IT-omgeving (zie verder onder punt 5.5), maar ook met de weinig efficiënte en doordachte administratieve belasting (cfr. testing- en tracing-procedures, waarbij patiënten vaak met administratieve vragen bij de huisarts terecht kwamen (o.a. om de gepaste codes te bekomen)). Een goede ondersteuning van de huisarts voor administratie, kan slechts echt een verschil maken, wanneer de administratieve procedures zinvol en relevant zijn. Ondersteuning voor het maken van niet-zinvolle attesten, zet geen zoden aan de dijk. De huisartsen vragen dat ze ontlast zouden worden van oneigenlijke taken: de – nog steeds niet gehonoreerde – vraag dat de patiënt slechts na 3 dagen afwezigheid wegens ziekte een attest arbeidsongeschiktheid om medische redenen zou moeten insturen, is een treffend voorbeeld van hoe een terechte vraag (die in het buitenland reeds in de vorige eeuw werd opgelost), nog steeds op tafel ligt. Overigens zijn er – ook in België – steeds meer gegevens die er op wijzen dat bedrijven die deze maatregel invoeren, een daling i.p.v. een stijging van het ziekteverzuim zien (zie publicaties IDEWE, Mensura,…).

We stellen voor dat op korte termijn, de werknemer bij ziekte zelf het bedrijf verwittigt op dag 1 en pas vanaf dag 4 een attest arbeidsongeschiktheid om medische redenen moet insturen.

Er zullen uiteraard steeds administratieve en logistieke taken blijven, waarvoor de huisarts kan worden ondersteund. Reeds in 2007 pleitten heel wat actoren, waaronder de Vlaamse professoren huisartsgeneeskunde ervoor om een "praktijkassistent in de eerstelijnszorg" (17) op te leiden. Begin dit jaar werd dit voorstel neergelegd bij de federale Minister van Volksgezondheid met de vraag de "praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg" op te nemen in de Wet op de Uitoefening van de Gezondheidszorgberoepen (Wet van 10.05.2015).

We lichten de functieomschrijving van de "praktijkassistent", zoals deze tot stand kwam na uitvoerige consultatie van het terrein met betrokkenheid van alle artsensyndicaten, kort toe.

> De praktijkassistenten ondersteunen de huisarts en andere eerstelijnszorgverstrekkers met de invulling van de onthaalfunctie en de uitvoering van IT en administratieve taken. Daarnaast kunnen ze, onder supervisie van de verantwoordelijke eerstelijnszorgverstrekker, enkele frequent uitgevoerde, geprotocolleerde technisch-ondersteunende medische taken opnemen. Op die manier kunnen de huisartsen en ook de verpleegkundigen in de huisartspraktijk, de individuele consultaties, begeleidingen en overige interventies efficiënter uitvoeren en zich in de eerste plaats focussen op hun kerntaken. De tijd beschikbaar voor het patiëntencontact en de zorg wordt geoptimaliseerd waardoor de toegankelijkheid toeneemt en de organisatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg vlotter verloopt.
>
> Doordat de praktijkassistenten opdrachten vervullen die zowel administratief als medisch-technisch van aard zijn wordt een uniek profiel gecreëerd, waarbinnen de huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg een grote behoefte aan is.
>
> - Zo zijn de praktijkassistenten **verantwoordelijk voor het (telefonisch en fysiek) onthaal in de praktijk** en wordt er verwacht dat de praktijkassistent op een kwaliteits- en respect-

volle manier omgaat met de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. De praktijkassistent vangt deze persoon op en fungeert als tussenpersoon tussen de eerstelijnszorgverstrekker en de patiënt.

- De praktijkassistenten **ondersteunen het zorgverleningsproces** door de afspraken te organiseren en te beheren, ook in het kader van telegezondheidszorg, en de inkomende zorgvragen te oriënteren naar de beschikbare deskundige zorgverstrekker (huisarts, verpleegkundige, diëtist,…).
- Daarnaast nemen de praktijkassistenten **tal van administratieve taken** op zich: de post en e-mails behandelen; de uitgaande correspondentie verzorgen; het elektronisch dossierbestand onderhouden en actualiseren; GDPR-conform administratieve patiëntengegevens, rapporten en brieven invoeren; de softwarepakketten die gebruikt worden in de praktijk onderhouden; de eerstelijnszorgverstrekker administratief en logistiek ondersteunen bij preventiecampagnes en patiënteneducatie.
- De praktijkassistenten verrichten tevens **een beperkt aantal uitvoerende boekhoudkundige taken**: ondersteunen (herhaal)-voorschriften; financiële en fiscale documenten en sjablonen voor elektronische attesten; opvolgen van de inschrijvingen in het (elektronisch) Globaal Medisch Dossier; bijhouden van de kasverrichtingen; opvolgen van de facturatie van de zorgverstrekking via externe organisaties en opvragen van informatie en vastleggen van afspraken voor patiënten bij gespecialiseerde diensten.
- De praktijkassistent voert onder de eindverantwoordelijkheid van de eerstelijnszorgverstrekker **een aantal welomschreven en geprotocolleerde medisch-technische taken uit die voornamelijk verband houden met het verzamelen en behandelen van stalen**: een eenvoudige bloedafname of andere staalafname (zoals Covid-test afnemen); steriel materiaal klaarzetten voor een wondhechting. Zij dienen hiervoor uiteraard opgeleid en bekwaam te zijn.
- Tenslotte bieden de praktijkassistenten **logistieke ondersteuning binnen de eerstelijnsgezondheidszorgvoorziening:** medisch materiaal en bureaubenodigdheden bestellen, nakijken en aanvullen; de urgentie-trousse onderhouden; de praktijkruimtes en de wachtkamers in orde houden; de informatiefolders, praktijkfolders en affiches aanvullen; laboratoria contacteren voor het ophalen van stalen en deze hiertoe klaarmaken.

Door het gevarieerde takenpakket van een praktijkassistent kan deze een essentiële en complementaire rol opnemen binnen 'mature' interprofessionele eerstelijnspraktijken, en ook in een solo- of duo-praktijk een opstap betekenen in de groei hiernaartoe. Het biedt huisartsenpraktijken de kans om de groei naar interprofessionele samenwerking op een meer fijnmazige manier dan vandaag in te vullen. In buurlanden zoals Nederland en Frankrijk werken artsen sinds de jaren '60 al nauw samen met dergelijke assistenten. Het levert er een belangrijke bijdrage aan de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg en verlicht de belasting van de huisartsen. Afhankelijk van de plaats van tewerkstelling komt een engere of ruimere invulling van het takenpakket aan bod. Niet alleen de grootte van de praktijk heeft een invloed op het takenpakket, maar ook de visie van de eerstelijnszorgverstrekker op de taakverdeling en de lokale/regionale afspraken en gebruiken binnen de eerstelijn. Zo zullen praktijkassistenten in toenemende mate een ondersteunende bijdrage leveren aan b.v. populatie-management, door b.v. het opstellen van lijsten van personen die in aanmerking komen voor een bepaalde vaccinatie.

Ter voorbereiding van het ontwikkelen van de HBO5 opleiding praktijkassistent (90 ECTS-studiepunten - 3 semesters) zijn er in het voorjaar van 2022 contacten gelegd met de verschillende betrokken actoren om zo een beroepscompetentieprofiel te ontwikkelen en een breed draagvlak te creëren. Er werd hiervoor een klankbordgroep opgericht met de vier universitaire centra voor

huisartsgeneeskunde (KULeuven, VUB, UGent en UAntwerpen), Domus Medica, vzw ICHO en de Belgische Vereniging Artsensyndicaten. Daarnaast was er overleg met 4 Vlaamse Hogescholen (Artevelde, UCLL, Vives, KDG) die bereid zijn de opleiding mee verder te ontwikkelen om die nadien eventueel als HBO5 opleiding aan te bieden. Ook in Wallonië zijn contacten gelegd en worden besprekingen gevoerd. Er was constructief overleg met de opleiding Medical Management Assistant en de opleiding Verpleegkundige in de Huisartsenpraktijk en met de Vlaamse beroepsorganisatie voor verpleegkundigen. Ook de Vlaamse Zorgambassadeur, Candice De Windt, steunt dit project.

De rekrutering van de kandidaten voor deze opleiding zal niet concurrentieel zijn aan de rekrutering in het kader van de Bachelor Verpleegkunde en van de opleiding Verpleegkundige in de Huisartspraktijk (VIHP, zie 5.3.). Er zal ook voor gezorgd worden dat de personen die nu al een gelijkaardige functie uitoefenen in de huisartspraktijk, via het mechanisme van EVC (Eerder Verworven Competenties), de noodzakelijke modules kunnen volgen, om ook aan alle vereisten van het profiel 'praktijkassistent' te kunnen voldoen. In Vlaanderen zal, voor de stages van de praktijkassistenten in opleiding worden samen gewerkt met de huisartspraktijken waar ook Huisartsen-In-Opleiding (HAIO's) worden gevormd.

We zijn Minister Vandenbroucke zeer dankbaar voor zijn engagement om in de nabije toekomst een aanpassing van de WUG-wet van 10 mei 2015 neer te leggen, die duidelijkheid zal verschaffen welke handelingen de praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg kan en mag uitoefenen {'Een New Deal voor de huisarts(praktijk)'. Minister Frank Vandenbroucke, 17 juni 2022} .

Dit engagement maakt de weg vrij voor de gemeenschappen om opleidingsprogramma's tot praktijkassistent goed te keuren, zodat de opleidingsprogramma's in 2023 kunnen starten (streefdatum).

Voor de financiering van de praktijkassistent dient in overleg met de gemeenschappen te worden nagegaan hoe het 'IMPULSEO 2' – mechanisme, waarbij een huisartspraktijk op basis van een document van een Sociaal Secretariaat tot 50 % van de uitgaven voor ondersteunend personeel (met een plafond) kon recupereren, na de zesde staatshervorming wordt geïmplementeerd. Men zou in de toekomst progressief de voorwaarde dat het hierbij moet gaan om een opgeleide praktijkassistent (eventueel op basis van EVC via 'in service' training), kunnen toevoegen.

5.2. De financiering: een gemengde betaling van 25% capitatie (per patiënt) naar 60%, met 40% per prestatie, tele-healthcare geïntegreerd in capitatie

In het rapport "Together we change" werd in 2014 een uitgebreide analyse gemaakt voor een nieuw financieringsmodel voor de huisartsgeneeskunde in de eerste lijn (pp. 27-36). Hier is – kort samen gevat – niets mee gebeurd. Vandaag is er een breed gedragen overtuiging dat een zeer dominante 'betaling per prestatie' niet geschikt is om de doelstellingen van de Quintuple Aim te realiseren.

Wat de wijze van financiering betreft, werd rapport van het Expert panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH), dat de Europese Commissie adviseert, een checklist samengesteld om effectieve manieren van betalen van zorgverstrekkers te realiseren (18).

Box 1 documenteert deze checklist.

Box 1: Checklist: criteria voor effectieve betalingssystemen voor zorgverstrekkers

- zij moedigen zorgverstrekkers aan en stellen hen in staat om procedures in de patiëntenzorg te gebruiken met een hoge kwaliteit, op een efficiënte en persoonsgerichte manier;
- zij ondersteunen zorgverstrekkers en moedigen hen aan om acties te ondernemen die leiden naar een verbetering van de efficiëntie, van de kwaliteit en van de resultaten op niveau van de patiënt, en dit aan een beperkte kostprijs;
- zij ontmoedigen overbehandeling; evenmin stimuleren zij het gebruik van onnodige dure interventies; zij moedigen geen onnodige hospitalisatie aan, ook niet re-hospitalisatie; zij vermijden de verstrekking van zorgverlening die leidt tot slechte resultaten voor de patiënt; zij vermijden inefficiënte zorgverstrekking; zij vermijden dat keuzes gemaakt worden op het vlak van dienstverlening die niet compatibel zijn met de levensdoelen en wensen van de patiënt;
- zij moedigen onderbehandeling van patiënten niet aan; zij bevorderen niet de exclusie van patiënten met ernstige aandoeningen of multipele risicofactoren; zij belonen fouten van zorgverstrekkers niet; zij vermijden slechte uitkomsten van zorg;
- zij responsabiliseren zorgverstrekkers voor de kwaliteit en de kost voor zover deze binnen hun controle liggen, maar niet voor de kwaliteit en de kost waarop ze geen impact hebben;
- ze ondersteunen de coördinatie van zorg en moedigen deze aan, waarbij meerdere zorgverstrekkers worden betrokken en ontmoedigen zorgverstrekkers om kosten af te wentelen op andere zorgverstrekkers zonder voorafgaandelijk afspraken;
- zij moedigen keuzes van patiënten aan die bijdragen tot therapietrouw ten aanzien van aanbevolen zorgprocessen, verbetering van de resultaten en reduceren de kost van de verzorging;
- zij herleiden de administratieve kost tot het minimum voor de zorgverstrekkers bij het toepassen van de regelgeving op het vlak van de betaling.

Momenteel zijn er in ons land twee financieringsmechanismen voor de huisartsgeneeskunde:

1. De betaling per prestatie (al dan niet met een GMD);
2. De 'forfaitaire' betaling (technisch een 'integrated needs-adjusted capitation'), vastgelegd in de wet van 14 juli 1994, art. 52 § 1;
3. Het voorstel is om een derde mogelijkheid te creëren: de gemengde betaling (zie verder).

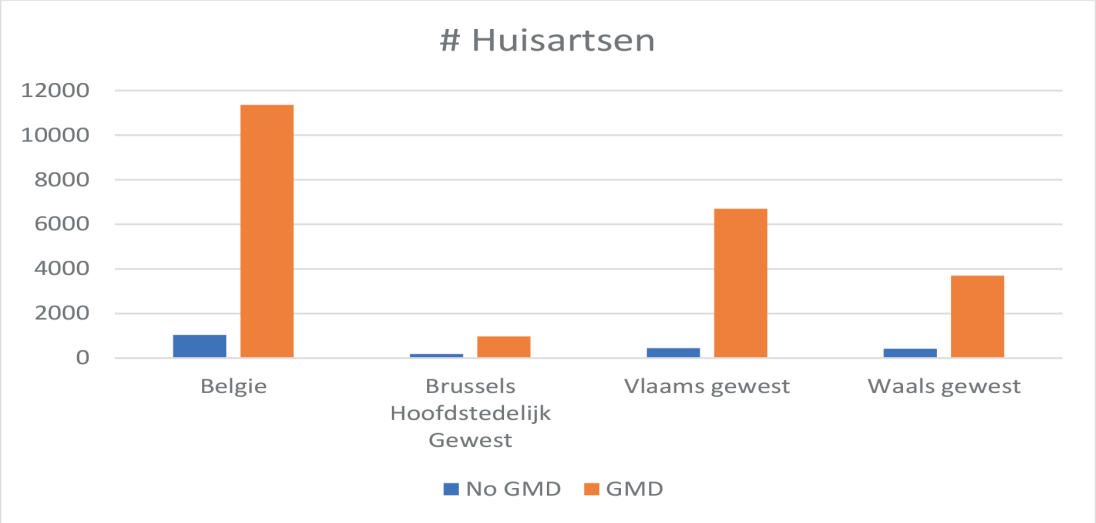
Belangrijk is dat elke huisarts een keuze moet maken om – voor al de patiënten in de praktijk – in één van deze 3 systemen te functioneren. Ook de patiënt kan slechts in één van deze 3 systemen huisartsgeneeskundige zorg krijgen.

Voor elk van deze 3 systemen is het noodzakelijk dat een toenemend aantal burgers ingeschreven is bij de huisartspraktijk via een GMD (Globaal Medisch Dossier).

Stap 1 : Het is de bedoeling dat alle burgers die in het land verblijven– via een elektronisch GMD in een huis- artsenpraktijk – ingeschreven zijn.

De Covid-19 pandemie heeft nogmaals aangetoond hoe belangrijk het is dat alle burgers een formele aansluiting hebben met het gezondheidszorgsysteem op de eerste lijn: op deze manier kan de WHO-doelstelling 'Everybody counts, no one should be left behind' gerealiseerd worden. Dit GMD bij een huisartspraktijk dient een onderdeel te worden van de procedure voor 'inburgering'. In het Verenigd Koninkrijk is dit reeds meer dan 60 jaar het geval. Uiteraard betekent dit dat er voldoende capaciteit moet zijn (zie ook hoofdstuk 3). We bekijken de situatie in 2019. In dat jaar waren er in België 12402 erkende huisartsen (RIZIV-nummers 003-004) actief, waarvan 11364 minstens één GMD-dossier beheerden.

Figuur 3: Aantal GMD-houdende huisartsen per gewest



In 1991 lanceerde de toenmalige Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken Philippe Busquin, het plan om een Globaal Medisch Dossier (GMD) bij de huisarts, te ontwikkelen. Op 1 mei 2002 realiseerde Minister Vandenbroucke (toen ook Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken) voor alle patiënten, het GMD in het belang van de patiënt, om de zorg beter de coördineren, shopping te voorkomen, de kwaliteit van de verzorging te verhogen en onnodige uitgaven in de sociale ziekteverzekering te voorkomen. Eén huisarts met RIZIV-erkenningsnummer 003-004 (of een huisartsengroep) heeft een elektronisch dossier dat in theorie alle medische informatie bevat. Iedere arts die een patiënt op consultatie verzorgt, brengt verslag uit aan de GMD-huisarts. Patiënten gevolgd in een wijkgezondheidscentrum of forfaitaire praktijk hebben automatisch een GMD-dossier. Er zijn financiële incentives ingevoerd om dit vrijblijvend systeem te ondersteunen met een jaarlijkse, forfaitaire vergoeding voor de huisarts (32 euro in 2021) en een korting voor de patiënt op het ereloon van de GMD-huisarts. Er zijn echter grote regionale verschillen in het gebruik van GMD.

In het rapport van de 'Werkgroep Organisatie' van de federale taskforce Vaccinatiestrategie Covid-19, vinden we een analyse van de GMDs bij de leden van het Christelijk Ziekenfonds (19). We presenteren dit hier, en zijn van mening dat dit soort informatie in de toekomst verder intermutualistisch kan worden verdiept. In Vlaanderen woont 58 % van de bevolking. Een evenredige proportie van de GMD-huisartsen woont in Vlaanderen (58,5 %). Meer dan de helft (61,5 %) van deze huisartsen heeft meer dan 500 patiënten met een GMD. In Wallonië woont 32,5 % van de GMD-huisartsen wat evenredig is met de bevolking (31 %), maar slechts 46 % van de GMD-huisartsen hebben meer dan 500 patiënten met een GMD. In Brussel zijn er ten opzichte van de bevolking (11 %) minder GMD-huisartsen

(9 %) en het merendeel (65,5 %) heeft minder dan 500 patiënten met een GMD. In Vlaanderen zijn de huisartsenpraktijken groter en ligt het gebruik van GMD merkelijk hoger.

Tabel 1 geeft – voor de leden van de CM - een overzicht van het percentage burgers met een GMD in de verschillende deelstaten.

Tabel 1: Het GMD in de verschillende gewesten (cijfers CM, 2019)

Regio	% inwoners België	% patiënten met GMD	% GMD huis-artsen	% GMD-huisartsen met x aantal patiënten		
				<100 patiënten	100<x<500 patiënten	>500 patiënten
Vlaanderen	58	82	58,5	9	13,5	36
Wallonië	31	69	32,5	7,5	10	15
Brussel	11	59	9	2,9	3	2,8

Hieruit leren we dat er vooral in Brussel (andere zorgcontext en diversiteit) en Wallonië nog een hele weg af te leggen is. Dit wordt een belangrijke opdracht voor huisartsenkringen, ziekenfondsen, eerstelijnszones, sociale diensten, (spoeddiensten en andere diensten van) ziekenhuizen, ….

Zonder deze vorm van 'inschrijving' is het moeilijk om een financiering 'per capita' ('capitatie' of 'hoofdelijke financiering') te realiseren. Er moet een soepel elektronisch mechanisme zijn, waardoor een persoon die ingeschreven is in een huisartspraktijk of een eerstelijnspraktijk, kan overgaan naar een andere praktijk.

Doelstelling: we streven ernaar dat zoveel mogelijk burgers die in België verblijven en die een INSZ-nummer hebben, via het GMD ingeschreven zijn in een huisartspraktijk

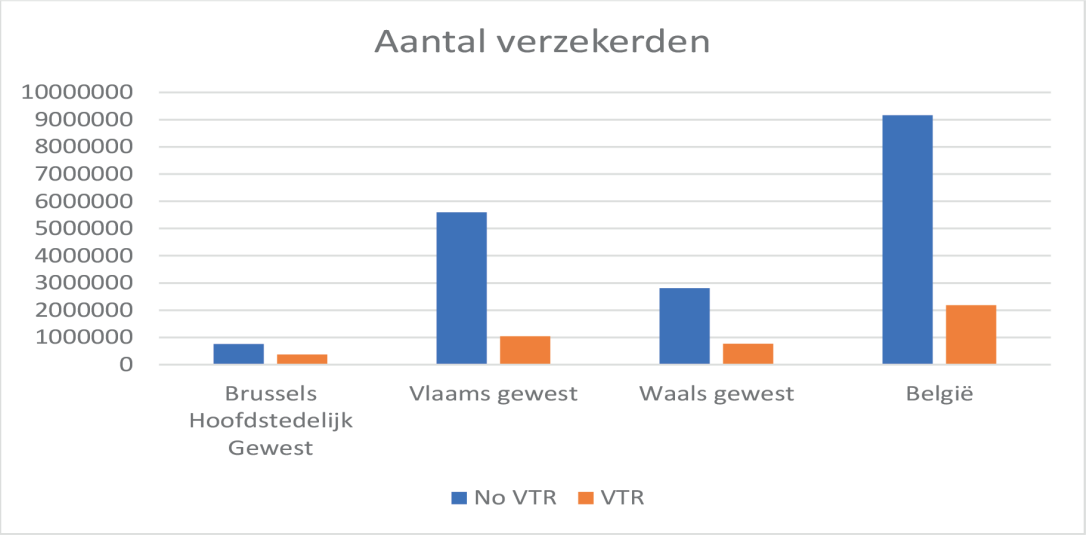
Deze transitie naar een inschrijving bij een huisartspraktijk, zal goed moeten worden beargumenteerd. Het is zeker niet de bedoeling dat de huisarts hier een extra administratieve opdracht krijgt (administratief kan dit door de praktijkassistent worden opgenomen). De ziekenfondsen kunnen deze beweging (administratief) ondersteunen. Opleidingsinstituten, wetenschappelijk verenigingen en beroepsorganisaties, zullen een kwaliteitsvol gebruik van het EMD bevorderen. Bijzondere aandacht in dit verband zal moeten gaan naar de situatie in de specifieke context van Brussel.

Een belangrijke positieve vaststelling is ook dat het grootste deel van de patiënten die veel verzorging nodig hebben, reeds over een GMD beschikt

Stap 2: Een derde vorm van betaling wordt ingevoerd: een gemengde betaling met een transitie van 25 % niet-prestatiegebonden inkomen, naar 70/60* % inkomen1 per patiënt (capitatie), en behoud van 30/40* % inkomen per presta- tie, binnen een ongewijzigd globaal inkomen voor de huisarts

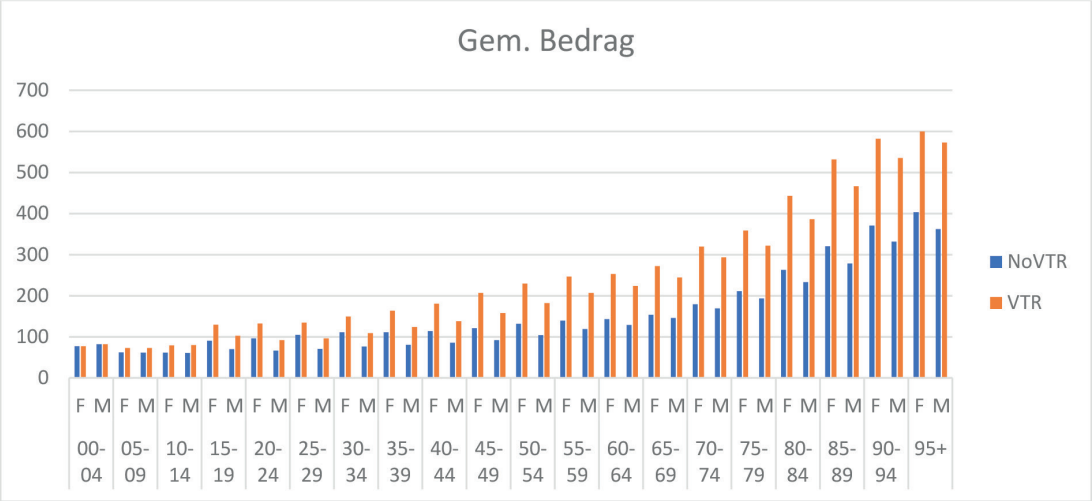
Momenteel verwerft een huisarts ongeveer 75 % van het inkomen via de betaling per prestatie. Dat wordt in de gemengde betaling omgezet in 30/40* % betaling per prestatie. De overige 70/60* % van het inkomen wordt verworven via een maandelijkse betaling van een vast bedrag per ingeschreven patiënt. Dit bedrag wordt gemoduleerd naar leeftijd en sociaaleconomische toestand (al dan niet recht op een voorkeurtarief. Wie een gezinsinkomen heeft lager dan een bepaald bedrag, heeft recht op een 'voorkeurtarief', en dus een verhoogde terugbetaling). Figuur 4 geeft een overzicht voor de Belgische populatie in 2019 (het betreft hier 11351984 personen).

Figuur 4: Aantal verzekerden met en zonder voorkeurtarief (VTR).Gegevens:RIZIV,2019.



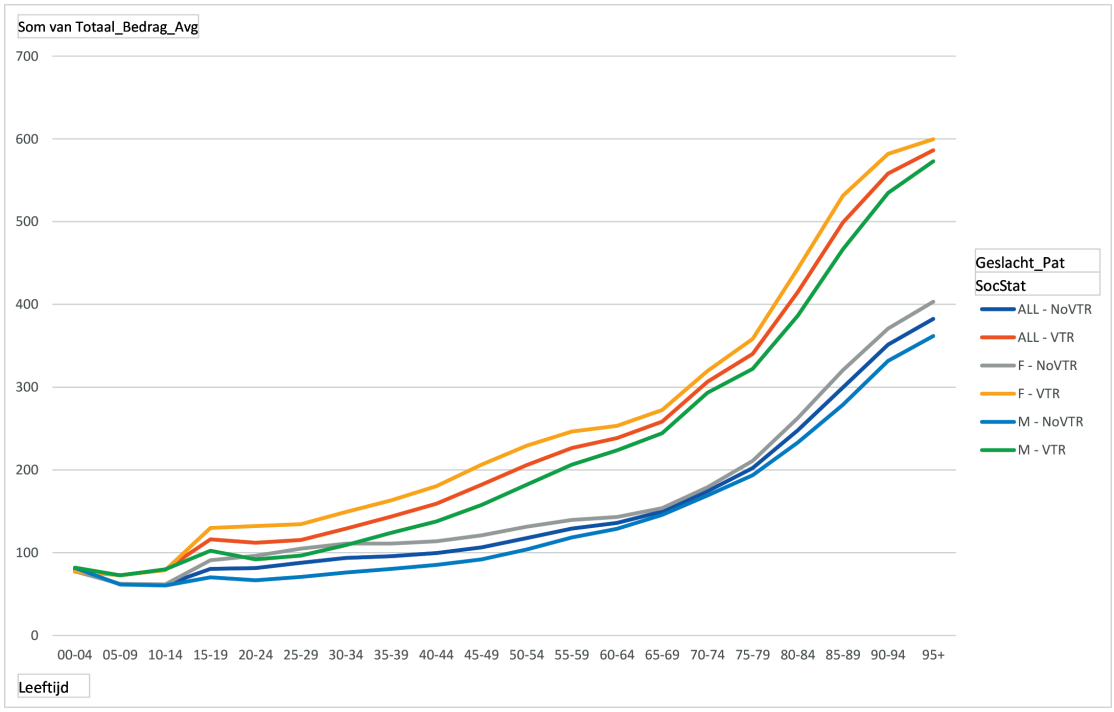
Zoals uit figuur 5 blijkt, variëren de bedragen die op jaarbasis worden terugbetaald voor een rechthebbende sterk naar gelang leeftijd, al dan niet voorkeurtarief, en voor sommige leeftijdsgroepen naar gelang het geslacht. Het jaarlijks terugbetaald bedrag betreft het gemiddeld totaal bedrag terugbetaald voor raadplegingen, huisbezoeken, het GMD beheren en anderen contacten (bv forfaitair honorarium voor een zorgtraject-contract gesloten met een rechthebbende met een diabetes mellitus type 2). De terugbetalingen voor technische prestaties, zijn hier niet in meegerekend. Het gemiddelde bedrag varieert tussen ongeveer 60 euro voor een vrouw van 5 tot 9 jaar zonder recht op voorkeurtarief en ongeveer 600 euro voor een vrouw met recht op voorkeurtarief ouder dan 95 jaar. Het bedrag van de maandelijkse capitatie zal met deze variabelen moeten rekening houden en adequaat moeten gemoduleerd naar leeftijd, sociaal-economische status en misschien ook geslacht.

Figuur 5: Jaarlijks terugbetaald bedrag per patiënt voor prestaties van huisartsen naar leeftijd, recht op voorkeurtarief en geslacht. Gegevens: RIZIV, Belgische bevolking, 2019



Figuur 6 geeft dit nog eens grafisch weer en maakt duidelijk dat voor de modulatie naar geslacht het beeld sterk afhankelijk is van de leeftijdscategorie.

Figuur 6: grafische voorstelling van de verschillen in terugbetaling per patiënt naar leeftijd, al dan niet voorkeurtarief en geslacht. (Voorkeurtarief: geel, oranje, groen). RIZIV,2019



Deze gegevens en aanvullende analyses, kunnen het debat over de vastlegging van het capitatie-bedrag en de modulatie ervan cijfermatig onderbouwen.

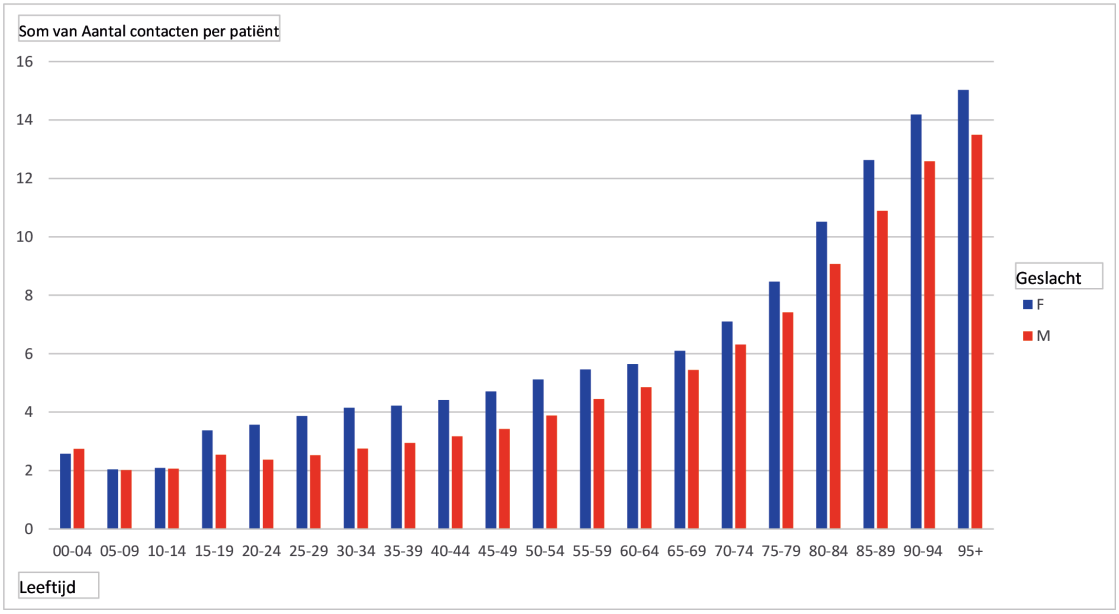
In de bijlage op het einde van dit document staan de exacte cijfers van de gemiddelde bedragen die gebruikt werden bij het maken van figuren 5 en 6.

Voor dit capitatiebedrag (dat ongeveer 60/70* van de inkomsten uitmaakt) zal de huisarts kwaliteitsvol het Elektronisch Dossier bijhouden, en ook alle niet-'live'-contacten met de patiënt realiseren (telegezondheidszorg: telefoon, beveiligde e-mail, beveiligde chatbox, beveiligd video-consult,…: zie ook Box 2 op het einde van dit document voor een illustratie uit het Verenigd Koninkrijk). Bovendien kunnen via de capitatiebetaling ook taken in het kader van populatie-management worden gerealiseerd.

Daarnaast is er voor de *raadpleging* (gemiddeld vandaag duurt deze 15 minuten) en voor de *huisbezoeken* een systeem van betaling per prestatie (in – bij voorkeur - elektronische RDB: regeling Derde Betaler,) met een persoonlijke bijdrage (het zogenaamde 'remgeld') conform de huidige regeling.

Figuur 7 geeft een overzicht van het gemiddeld aantal huisartsen-raadplegingen en huisbezoeken per patiënt in 2019.

Figuur 7: Overzicht van het gemiddeld aantal contacten (huisarts-raadplegingen en alle huisbezoeken) per patiënt naar leeftijd en geslacht (RIZIV, 2019)



Op basis van deze gegevens, kan een onderbouwd overleg worden gevoerd over wat een adequaat bedrag is voor raadpleging en huisbezoek in het nieuwe model.

Het is essentieel dat er een monitoring gebeurt van het aantal raadplegingen en huisbezoeken. Bij belangrijke afwijkingen in dit aantal (na controle voor leeftijd en sociaaleconomische status van de patiëntenpopulatie), wordt om toelichting door de betrokken huisarts(praktijk) gevraagd.

Aan de invoering van stap 2 gaat een simulatie vooraf, op basis van de gegevens van het jaar 2019 (de jaren 2020 en 2021 zijn niet bruikbaar wegens de atypische activiteit bepaald door de Covid-19 pandemie en zijn medisch en maatschappelijk impact). Deze simulatie dient grondig met de huisartsen te worden geanalyseerd.

De *technische verrichtingen* worden aan ongewijzigde afgerekend in het kader van de RDB per prestatie (ongewijzigd).

Het is evident dat het resultaat van deze nieuwe financiering niet mag leiden tot een inkomensverlies voor de beroepsgroep van huisartsen. De analyses kunnen gebeuren op gegevens van 2019, maar men zal bij de vastlegging van de bedragen, ook de structurele verhogingen van de bedragen in de periode 2019-2022 moeten integreren (b.v. de index-aanpassingen).

Het is mogelijk dat er tussen huisartsen verschuivingen plaats vinden. Precies daarom is de voorafgaandelijke simulatie, met betrekken van de huisartsen, noodzakelijk.

Tegen het einde van deze legislatuur wordt voor de huisartsgeneeskunde als derde financieringsmechanisme een 'gemengde betaling' voorzien. Dit gaat over een betaling die voor 70/60* % uit capitatie bestaat (een maandelijks vast bedrag, gemoduleerd naar leeftijd en SES, eventueel geslacht). Daarnaast worden raadplegingen en huisbezoek per prestatie vergoedaan aangepast tarief. De persoonlijke bijdrage van de sociaal verzekerde voor raadplegingen en huisbezoeken wijzigt niet. De contacten in het kader van de telegezondheidszorg, het kwaliteitsvol bijhouden van het elektronisch Globaal Medisch Dossier en opdrachten in het kader van populatiemanagement, zijn geïntegreerd in het capitatiebedrag. Hiervoor geldt geen persoonlijke bijdrage voor de sociaal verzekerde

In het eindverslag van de Reflectiegroep 'Teleraadplegingen' (23.05.2022) onder leiding van prof. Ann Van den Bruel (KULeuven), voorzitter, en prof. Jean Luc Belche (ULiège), ondervoorzitter, vermeldt de Reflectiegroep dat teleraadplegingen een nuttige aanvulling zijn voor de huisartsgeneeskunde (20).

"De reflectiegroep heeft voorstellen uitgewerkt voor een kwalitatieve uitvoering van teleraadplegingen. Voor een optimale integratie van teleraadplegingen in de huisartsgeneeskunde, roept de reflectiegroep de beroepsorganisaties op om deze kwaliteitscriteria verder uit te werken en de bijhorende opleidingen en begeleiding voor zorgverleners te voorzien. Daarnaast zal het belangrijk zijn dat de bevolking passend wordt geïnformeerd door de publieke instanties en ziekenfondsen. Ondersteuning aan individuen zal nodig zijn om digitale inclusie te bevorderen.

…..

Een goede praktijk van teleraadplegingen heeft ook consequenties voor de optimale financiering ervan. In de tijd die beschikbaar was, kon geen volledig uitgewerkt financieringsmodel worden voorgesteld. De reflectiegroep ziet 5 opties, elk met hun eigen voor-en nadelen."

In "Together we make change happen", kiezen we – in het kader van de gemengde betaling - binnen het rapport van de Reflectiegroep duidelijk voor 'Optie 1': *Teleraadplegingen worden enkel forfaitair vergoed* (en alle fysieke raadplegingen per prestatie)'. Hierbij wordt wel de kanttekening toegevoegd dat dit inhoudt dat er een monitoring van de fysieke raadplegingen (en huisbezoeken) per prestatie wordt gerealiseerd (zie hoger).

Dit systeem van forfaitaire vergoeding binnen de capitatie is administratief zeer eenvoudig en biedt aan de huisartsen de mogelijkheid om de teleraadplegingen aan te passen aan de specifieke noden van hun praktijk (zie in dit verband Box 2 in de tweede bijlage op het einde van dit document).

Het optimaliseren van het gebruik van telegezondheidszorg kan een belangrijke rol spelen in het verbeteren van de toegankelijkheid van de zorg, ook omdat op die manier meer tijd vrij komt voor patiënten met grote kwetsbaarheid en complexe problemen.

In "Together we Change" werd in 2014 voorgesteld om, binnen de financiering van de huisarts ook 10 % "**pay-for-quality**" te integreren. Dit voorstel was gebaseerd o.a. op de invoering in het Verenigd Koninkrijk van het QOF 'Quality and Outcomes Framework' (21). De ervaring hiermee blijkt intussen toch niet onverdeeld positief: deze manier van betalen oriënteert de zorgvertrekker vaak op de interventies die "punten" (en dus geld) opbrengen, waarbij patiënten aangaven dat op die manier de zorgvragen, waarvoor ze in feite consulteerden, ondergesneeuwd geraakten onder de checklist van de "op te volgen punten". Bovendien verscheen in 2016 een studie waarin als primaire uitkomst-indicator de mortaliteit voor deze aandoeningen die een bijzondere aandacht krijgen in de QOF (ischemisch hartlijden, hypertensie, stroke en TIA, diabetes, chronisch nierlijden, astma en COPD) werd bestudeerd. De studie vergelijkt de mortaliteit in het Verenigd Koninkrijk met deze in landen zonder "pay-for-performance"(met controle voor morbiditeit, samenstelling van de bevolking en sociaal-economische factoren). De belangrijkste conclusie was dat, in vergelijking met de landen waar geen 'pay-for-per-

formance' werd geïntroduceerd, er geen significant impact op mortaliteit was na de introductie van QOF in het Verenigd Koninkrijk (22). Op 15 maart 2022 verklaarde Martin Marshall, Chair of the Royal College of General Practitioners (RCGP): '*GP QOF system should be scrapped*' (23).

Vormen van 'pay-for-performance' en 'pay-for-quality' moeten dus grondig onderzocht worden, ook op eventuele onwenselijke neveneffecten, vooraleer ze kunnen worden ingevoerd. Daarom worden ze op dit moment best niet in het betalingssysteem van huisartsen geïntegreerd.

5.3. De verpleegkundige in de huisartspraktijk (VIHP): capitatie-PLUS

Verpleegkundigen zijn adaptieve en snel inzetbare professionals in de eerstelijnszorg. In België ligt het aantal praktiserend verpleegkundigen relatief hoog ten opzichte van veel Europees landen. Toch worden er ook tekorten gesignaleerd en is er ook een relatief grote werkontevredenheid in de intramurale sector. De opleiding tot Bachelor verpleegkundige duurde tot voorkort drie jaar. Sinds de 2020 komen er verpleegkundigen met Bachelor niveau op de arbeidsmarkt met een vierjarig opleidingstraject.

In Vlaanderen zijn er sinds meer dan vijf jaar enkele opleidingen om verpleegkundigen bij te scholen tot professionals in een eerstelijnspraktijk: de verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk (VIHP). Deze vorming leidt verpleegkundigen op voor de specifieke context van de huisartsenpraktijk. Hierin ondersteunt de verpleegkundige autonoom huisartsen bij het behandelen, begeleiden en verzorgen van de patiënten in de eerstelijn. De opleiding speelt proactief in op het veranderd zorglandschap. Intussen zijn er bijvoorbeeld in Antwerpen meer dan 120 afgestudeerd via een zogenaamde post-academische vorming (PAVO)(https://www.uantwerpen.be/nl/studeren/aanbod/alle-opleidingen/verpleegkundige-huisartspraktijk/). Deze wordt voorzien met een universitair kwaliteitslabel en krijgt vorm samen met de Hogescholen uit de provincie, en in erg nauwe samenwerking met het werkveld. De lesgevers zijn eerstelijnsprofessionals uit de praktijk. De VIHP's doen ook een praktijkstage en werken er zelfstandig aan een praktijk-verbeterproject. Er is overleg over het opleidingsprogramma met Hogescholen elders in Vlaanderen.

Essentieel is dat een verpleegkundige geen praktijkassistent is, zoals hierboven benoemd (zie 5.1.). In mature praktijken is er een duidelijke taakdifferentiëring tussen praktijkassistent en VIHP. Bovendien is ook duidelijk dat een VIHP geen thuisverpleegkundige is. Die verpleegkundigen verzorgen mensen in hun thuissituatie, meestal met een ernstige verzorgingsnood.

In de opleiding tot VIHP is er aandacht voor zorgorganisatie met aandacht voor de gehele praktijkpopulatie (dus van de in die praktijk ingeschreven patiënten), preventieve zorg en ook de opvolging van chronische aandoeningen. Er wordt optimaal gebruik gemaakt van de vakbekwaamheid, het systematisch verpleegkundig handelen en de mogelijkheden om zelfstandig ook consulten uit te voeren met specifieke groepen patiënten. Belangrijk is dat de taken goed omschreven en met protocollen onderbouwd zijn. Recent werd in de VIHP-opleiding ook een module toegevoegd rond het herkennen van en inspelen op problemen van mentale gezondheid en ook voor de zorg voor personen met beperkte gezondheidskennis en -vaardigheden.

Intussen zijn door de Stad Antwerpen ook proefprojecten gestart waarbij er aan stadspraktijken een VIHP ter beschikking wordt gesteld. Het blijkt dat de overgrote meerderheid van de afgestudeerde VIHP's snel aan het werk raakt in meestal wat grotere praktijken met dus meerdere huisartsen. Eerste ervaringen wijzen er ook op dat door de taakverschuivingen de capaciteit van de huisartsenzorg vergroot en dat er met name meer aandacht is voor de kwaliteit van het werk (24).

De drempel voor een veralgemeende implementatie van deze VIHP's in de Belgische huisartsenpraktijken, is dat er momenteel nog geen duidelijk financieel kader bestaat om de prestaties van deze VIHP's te laten vergoeden.

Uit het veld horen we vaak dat er vragen zijn met betrekking tot de aansprakelijkheid van de VIHP. Het wetgevend kader wordt beschreven in het KB 78 (25) :

Dit biedt voldoende wettelijke mogelijkheden maar er is nog weinig jurisprudentie over hoe het zit als er aansprakelijkheidsproblemen stellen. Ook dient met verzekeraars een type contract voor een aansprakelijkheidsverzekering opgesteld te worden, zoals dat bijvoorbeeld ook gedaan is voor de huisartsen in opleiding.

In aansluiting met wat in 5.2. werd beschreven, wordt voor de financiering van de VIHP wordt een mechanisme 'capitatie-PLUS' voorgesteld. Dit betekent dat, wanneer een huisarts- of eerstelijnspraktijk een VIHP in dienst neemt (opgeleid tot VIHP of in opleiding), en mits een bewijs van loondienst via een sociaal secretariaat, de praktijk financiering ontvangt via een bedrag toegevoegd aan de maandelijkse capitatie voor de ingeschreven personen.
Dit zou betekenen dat men in het kader van de betaling per prestatie, in de praktijken waar een VIHP actief is, een maandelijks bedrag toevoegt aan GMD (GMD-PLUS), in de praktijken met gemengde of forfaitaire betaling een maandelijks bedrag toevoegt aan de capitatie. Men zou b.v. een bedrag van 3 euro per maand kunnen voorzien. Dan kan per 1500 ingeschreven personen 1 VTE VIHP worden aangeworven. In de toekomst kan dit bedrag eventueel gemoduleerd worden naar leeftijd en statuut van de verzekerde (in functie van de zorgnood). Zoals hoger aangegeven is de VIHP-opdracht onderscheiden van de opdrachten in het kader van de 'thuisverpleegkunde' waarvoor een eigenstandige nomenclatuur bestaat.

Voor het einde van de legislatuur wordt een GMD-PLUS/capitatie-PLUS financiering mogelijk voor een Verpleegkundige in de Huisartspraktijk met een specifieke taakomschrijving. Dit gebeurt door een geoormerkte upgrade van het maandelijks capitatie-bedrag met 3 euro, voor wie zo een VIHP tewerk stelt a rato van 1 VTE per 1500 ingeschreven patiënten.

5.4. Naar schaalvergroting op micro-niveau: van '(mono-disciplinaire) praktijken' naar 'interprofessionele eerstelijnsnetwerken voor geïntegreerde zorg' met aandacht voor continuïteit en de samenwerking met de gespecialiseerde zorg

Reeds bij de voorbereiding van de Vlaamse Eerstelijnsconferentie van februari 2017, schreef de Wetenschappelijke Reflectiekamer, dat elke persoon die in Vlaanderen woont toegang moet hebben tot een interprofessioneel eerstelijnsnetwerk en dat dit gebeurt doordat hij/zij zich inschrijft in een huisartsenpraktijk binnen dit netwerk (26). De keuze voor de inschrijving in een huisartspraktijk als instap in het zorgsysteem, wordt verantwoord doordat 76 % van de Vlaamse bevolking, 57 % van de Waalse bevolking en 49 % van de Brusselse bevolking een elektronisch GMD heeft bij een huisartspraktijk. Om complexe administratieve procedures te vermijden kan het onderschrijven van een Globaal Medisch Dossier in een huisartsenpraktijk, voor de bevoegde overheid gelden als inschrijving binnen het eerstelijnsnetwerk, waartoe deze huisartsenpraktijk behoort.

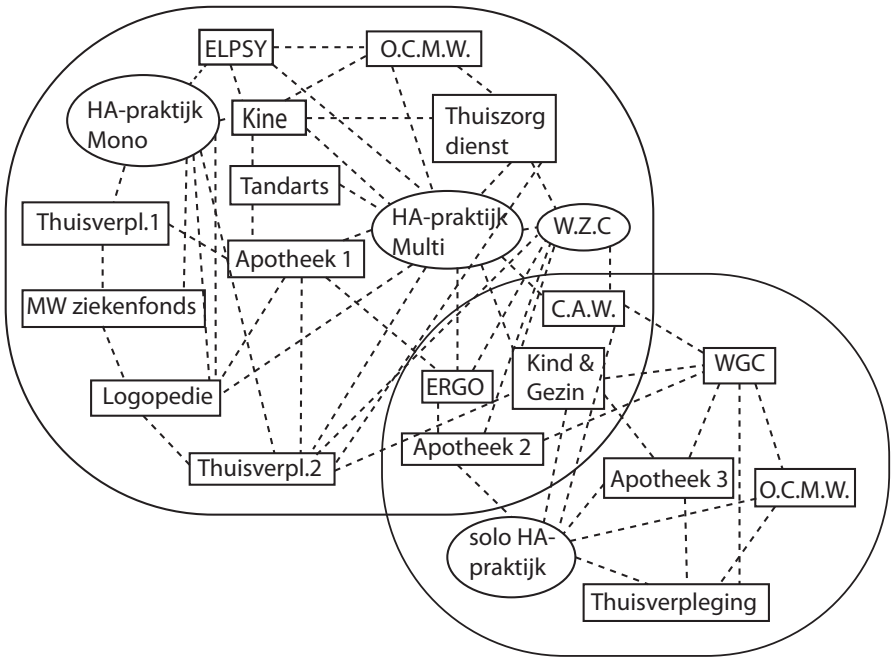
Een eerstelijnsnetwerk ontstaat 'bottom-up' en bestaat uit de 'ingeschreven personen' van meerdere huisartspraktijken, (multidisciplinaire) groepspraktijken, wijkgezondheidscentra, en de erbij horende diensten voor thuisverpleging, thuiszorgdiensten, kinesitherapiepraktijken, apothekers,

Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW), OCMW, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, ergotherapiediensten, tandartsen,….die de ingeschreven personen bij deze huisartspraktijken verzorgen. De zorgverstrekkers van het eerstelijnsnetwerk vormen op deze wijze een uitgebreid interprofessioneel vast samenwerkingsverband, waarbinnen de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, in overleg met de professionals en eventuele informele zorgverstrekkers van het netwerk, een "zorgteam" kan samenstellen. De eerstelijnsnetwerken zijn formeel operationele samenwerkingsverbanden, zonder een specifieke juridische structuur (de facto een "feitelijke vereniging"), maar als "eerstelijnsnetwerk" geregistreerd in het kader van de "eerstelijnszone". Binnen zo een eerstelijnsnetwerk kunnen initiatieven worden ontwikkeld om de samenwerking te optimaliseren b.v. afspraken rond het gebruik van een Geïntegreerd Interprofessioneel Elektronisch Patiënten Dossier (zie ook 5.5.). Een eerstelijnsnetwerk bestaat in **landelijke** gebieden uit **minstens 5000** (streefcijfer) ingeschreven burgers, in stedelijke gebieden uit **minstens 10.000** (streefcijfer). De burger kan van eerstelijnsnetwerk veranderen, door zich in te schrijven in een huisartspraktijk die tot een ander eerstelijnsnetwerk behoort (zie hoger). Binnen het eerstelijnsnetwerk waar de burger is ingeschreven, kan hij/zij kiezen tussen verschillende diensten voor thuisverpleging, kinesitherapeuten, apothekers, thuiszorgdiensten,… Het eerstelijnsnetwerk garandeert aan de ingeschreven burger dat hij/zij, wanneer nodig, steeds op een samenwerkend interprofessioneel zorgteam een beroep zal kunnen doen (zorggarantie). Indien een bepaalde deskundigheid in een eerstelijnsnetwerk niet aanwezig is, kan steeds een beroep gedaan worden op een zorgverlener met die deskundigheid uit een ander eerstelijnsnetwerk. In principe behoren praktijken op de eerste lijn tot slechts één eerstelijnsnetwerk: in een startfase is het echter mogelijk dat sommige praktijken die hiervoor kiezen (b.v. kinesitherapiepraktijken, logopediepraktijken, apothekers, CAW, OCMW,…), zich met meer dan één eerstelijnsnetwerk binnen een eerstelijnszone kunnen verbinden (b.v. omwille van specialisatie, perifere ligging in het netwerk,…).

De keuze voor zo een eerstelijnsnetwerk volgt de "wetenschappelijke evidentie" ter zake. Het is niet toevallig dat België achteraan hinkt in het Europees peloton, voor wat de interprofessionele samenwerking op de eerste lijn betreft. Uit de internationale literatuur blijkt dat de aanwezige "evidentie" sterke argumenten biedt ten gunste van "vaste teams" op het vlak van kwaliteit, toegankelijkheid en efficiëntie. Een "Cochrane-review" (27) leert dat interprofessionele teams in de praktijk de gezondheids-zorgprocessen en –resultaten kunnen verbeteren. We citeren één van de conclusies: *"Teams are more effective than single practitioners in providing a range of important outcomes for the organization, team members and patients"*. Wat hierbij opvalt is dat vaste teams die meer divers zijn samengesteld en reeds langer samenwerken leiden tot meer effectiviteit en meer patiënt-georiënteerde zorg. Bij een onderzoek naar de impact van vaste teams bij de begeleiding van patiënten met chronische aandoeningen, wordt vastgesteld dat er in de interventiegroep meer patiënten nog thuis leefden, dan in de controlegroep met "usual care" en "losse teams". Ook op het vlak van toegankelijkheid blijken vaste teams performanter te zijn. Een onderzoek in Zweden leerde dat vaste teams gepaard gingen met minder bezoek aan spoedopname omwille van de betere toegankelijkheid en coördinatie op de eerste lijn. Een andere vaststelling was dat in vaste teams er meer reflectie is over de kwaliteit van de zorg, waarbij verschillende meningen aanleiding geven tot verbetering van de aanpak. Ook op het vlak van de evaluatie door de teamleden blijkt het werken in vaste teams, positief te worden beoordeeld.

Het lijkt – mede in het kader van de optimalisering van de beschikbare capaciteit- een goed idee om te werken met "eerstelijnsnetwerken", waarbinnen de persoon met een hulpvraag zijn/haar "zorgteam" op basis van een 'vrije keuze' kan vorm geven. Hierbij wordt dit team gekozen binnen een groep van eerstelijnsactoren, die gewoon zijn met elkaar samen te werken en samenwerkingsafspraken hebben b.v. op het vlak van informatieregistratie, gebruik van protocollen, ….

Figuur 8: Illustratie van het concept Eerstelijnsnetwerk.



Binnen een eerstelijnsnetwerk blijft de patiënt "vrije keuze" behouden: hij/zij kan b.v. binnen de huisartsenpraktijk een "preferred provider" (voorkeur-hulpverlener) kiezen, kan kiezen tussen meerdere diensten voor thuisverpleging die met deze huisartspraktijk binnen het eerstelijnsnetwerk samenwerken,…

De samenwerking binnen een eerstelijnsnetwerk is een groeiproces, waarbij de overheid maatregelen kan treffen om deze samenwerking te bevorderen. Dit kan b.v. gebeuren via het ondersteunen van meer geïntegreerde financieringssystemen (federaal), via ontwikkeling van een geïntegreerd interprofessioneel elektronisch patiëntendossier (zie 5.5.) dat door alle betrokken zorgverstrekkers kan worden gebruikt, door vorming in interprofessionele samenwerking en 'goal-oriented care' en ondersteuning van patiëntenorganisaties (gemeenschappen), ... (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33199976/).

De ervaringen met Covid-19 hebben een positieve impuls gegeven aan interprofessionele samenwerking. Bovendien werd duidelijk hoe belangrijk de aanwezigheid is van alle relevante informatie rond een persoon op één platform, toegankelijk voor de persoon en voor de hulpverleners die een therapeutische relatie hebben met de persoon. Daarnaast werd duidelijk dat het hebben van een GMD met een huisartspraktijk van keuze, een duidelijke illustratie is van een positieve verbinding met het gezondheidszorgbeleid (er is b.v. een zeer grote correlatie tussen het percentage mensen met een GMD in een bepaalde deelstaat en het percentage mensen dat gevaccineerd is voor Covid-19 in diezelfde deelstaat) .

Eerstelijnsnetwerken, kunnen de basis vormen voor het aanleveren van (geanonimiseerde) data voor de eerstelijnszone, bruikbaar in het kader van populatiemanagement. Bovendien zullen hulpverleners in hetzelfde eerstelijnsnetwerk vlotter onderling horizontaal doorverwijzen, wat bijdraagt tot de kwaliteit en de efficiëntie van de geïntegreerde zorg, ook wat betreft de aspecten m.b.t. welzijn (de partners van het 'geïntegreerd breed onthaal' maken deel uit van eerstelijnsnetwerken). Voor de zorgraad vergemakkelijken de eerstelijnsnetwerken de communicatie: men zal per Eerstelijnszone, 10 tot 15 Eerstelijnsnetwerken hebben in plaats van meer dan 150 organisaties en individuele zorgver-

strekkers. Op het vlak van kwaliteitszorg bevordert interprofessioneel overleg b.v. het medisch-farmaceutisch overleg binnen een eerstelijnsnetwerk de kwaliteit.

We beseffen dat deze doorgroei naar grotere sameanwerkingsverbandenpraktijken gevolgen heeft voor de organisatie van de praktijken. We vinden het belangrijk dat we hier de tevredenheid van onze hulpverleners in deze praktijken in de gaten houden. Ter ondersteuning zien we een belangrijke rol voor de professionele organisaties

In het kader van de **24/7 continuïteit** blijven de Huisartsenwachtposten met de bijhorende wachtgebieden (liefst zoveel mogelijk afgestemd op de eerstelijnszones), een essentiële rol spelen voor de opvang van door de burger als medisch dringend ervaren *acute problemen*. Dit is nu overal uitgerold van vrijdag 18 u tot maandag 8 u, maar er is een grote vraag om dit ook tijdens de week overal van 19 u tot 8 u in te zetten. Er is nood aan **meer verticale integratie ook op het vlak van deze opvang 24/7**. Het is duidelijk dat het inzetten van gespecialiseerde zorg voor nieuwe, niet als levensbedreigend ervaren problemen best gebeurt via een verwijzing vanuit de eerste lijn (Huisartsenwachtpost) naar de tweede lijn (Spoedopname). In de regel zouden patiënten enkel op de Spoedopname terecht kunnen in volgende omstandigheden:

- in het kader van de activiteiten 112 op de openbare weg (ongevallen,…) met vervoer door een ziekenwagen;
- indien ze een verwijsbrief een huisarts (eigen huisarts of via de Huisartsenwachtpost) hebben;
- indien het gaat om manifest ernstige en/of levensbedreigende aandoeningen: stroke, sterk vermoeden AMI (Acuut MyocardInfarct), bewusteloosheid, ernstige bloeding,…..

Voor problemen die niet als dringend worden ervaren, dient de **verticale integratie en de taakafspraken** verder geöptimaliseerd, bij voorkeur op lokaal vlak: zwangerschapsbegeleiding (rol vroedvrouw, huisarts, gynaecoloog), taakafspraken met dermatoloog, taakafspraken rond cardiovasculaire follow-up,…

Bij *chronische aandoeningen* zal de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood, regelmatig navigeren tussen de eerste en tweede lijn, waarbij het uniek geïntegreerd interprofessioneel dossier een belangrijke rol speelt (zie 5.5.).

5.5. Het Belgian Integrated Health Record (BIHR): basis voor informatieverzameling en kwaliteitszorg tegen 2025

In februari 2022 stelde het kabinet van federaal minister Vandenbroucke een werkgroep van experten samen rond verschillende aspecten van digitalisering in de gezondheidszorg (28). Zij kregen de opdracht om een conceptuele beschrijving te maken van het toekomstige geïntegreerde elektronische patiëntendossier dat een noodzakelijk instrument zal zijn om de algemene doelstellingen beschreven in de Quintuple Aim te bereiken. De werkgroep bestaat uit verschillende en onafhankelijke deskundigen en uit verschillende belanghebbenden (stakeholders) uit de gezondheidszorg en heeft de doelstellingen van dit geïntegreerd elektronisch patiëntendossier besproken, evenals de inhoud, de manier waarop dit moet worden geïmplementeerd en verschillende aspecten en randvoorwaarden die zullen moeten worden aangepakt om het tot een succes te maken. Het rapport dient als een advies aan het kabinet over de aandachts- en discussiepunten en de huidige belemmeringen bij de realisatie van een dergelijk geïntegreerd gezondheidsdossier. Het stuk hieronder bevat een compila-

tie van enkele belangrijke componenten van het rapport.

"De werkgroep gaf eerst een ***algemene conceptuele definitie*** van het BIHR (Belgian Integrated Health Record):

- Het BIHR is een middel om betere (toegang tot en kwaliteit van) zorg te bereiken. Het is bedoeld als instrument om de kwaliteit en de efficiëntie van het zorgproces te verbeteren, de kwaliteit van de zorg voor de patiënt te bevorderen, de samenwerking in het zorgteam te optimaliseren en dient als basis voor het gezondheidsbeleid van de gezondheidsautoriteiten.

- Het BIHR bevat gegevens die relevant zijn voor meerdere zorgverleners tijdens het leven van de burger. Deze gegevens zijn longitudinaal, gestructureerd (voor zover mogelijk met gebruikmaking van internationale classificatiesystemen) en voorzien van metagegevens zodat verschillende gebruikers toegang kunnen krijgen tot de gegevenselementen en deze kunnen bekijken en wijzigen. In het BIHR worden de "gemeenschappelijke" gezondheid gerelateerde gegevens over een persoon tijdens zijn levensloop opgeslagen om hem de meest optimale gezondheid te bieden, met inbegrip van preventie en longitudinale acute en chronische zorg.

- De werkgroep dringt aan op het "I" = Geïntegreerd (niet alleen "connected") aspect van dit longitudinale (momenteel ontbrekende) gezondheidsdossier. De huidige methodes voor berichtenuitwisseling tussen zorgtoepassingen volstaan niet.

- Uitgaande van de persoon/burger/patiënt en van "gezondheid/zorg" in plaats van "medisch/ziek" benadrukt de werkgroep dat alle actoren in de zorg een rol in dit proces moeten hebben.

- De werkgroep heeft het BIHR niet gedefinieerd als een nieuwe softwaretoepassing, maar meer als een combinatie van een platform dat de nodige gestructureerde gegevens bevat en een reeks gebruiksvriendelijke toepassingen die deze gegevens gebruiken om de zorgprocessen te ondersteunen. Het is duidelijk dat vele softwaretoepassingen nodig zullen zijn voor de verschillende gezondheidsactoren om hun werk te doen en dat sommige toepassingen ter beschikking moeten worden gesteld van elke burger (en/of mantelzorgers) en van beroepsbeoefenaars die geen specifieke toepassingen voor medische dossiers hebben.

- Eén persoon/patiënt moet één geïntegreerd interprofessioneel dossier hebben dat de nodige informatie bevat voor het zorgcontinuüm.

De werkgroep rond BIHR besluit: ten minste drie aspecten moeten tegelijk worden aangepakt: het zorgmodel, het financiële model en de IT-ondersteuningsinstrumenten. Het is niet mogelijk om slechts één aspect te veranderen. Alle parameters van de Quintuple Aim moeten tegelijkertijd worden geoptimaliseerd door deze drie aspecten gelijktijdig te veranderen . De werkgroep is van mening dat een combinatie van 1) een betere multidisciplinaire samenwerking; 2) een stimulans voor het delen van gegevens en kennis en 3) een proces ondersteunende toepassing de beste manier zal zijn om het Quintuple Aim te bereiken".

Huisartsen wensen met alle zorgverleners constructief mee te werken een de realisatie van een geïntegreerd interprofessioneel elektronisch dossier, zoals uitgetekend in de nota 'Belgian Integrated Health Record' (BIHR). Dit zou op mideellange termijn moeten geïmplementeerd worden.

5.6. Perspectief voor een toekomstgerichte opleiding

We leiden vandaag huisartsen op die tussen 2025 en 2065 adequaat als actieve huisarts moeten functioneren. De essentie van het takenpakket, nabije patiëntgerichte zorg, zal grotendeels ongewijzigd blijven (29). Wat zal er wel allemaal wijzigen ? De beste manier om de toekomst voor te bereiden is zich baseren op de feiten van het verleden en het nu. Hieronder enkele perspectieven voor de huisartsopleiding die zich tijdig wil voorbereiden op het vormen van huisartsen voor de toekomst: zowel qua kennis en vaardigheden als qua attituden en waarden als qua aanpassingen aan structurele veranderingen.

Kennis en vaardigheden:

De kennisoverdracht staat goed op punt met een focus op 'levenslang leren'. De huisartsen in opleiding (HAIO's) dienen echter ook voorbereid te zijn op nieuwe ontwikkelingen en accenten. We geven als voorbeelden: het gebruik van genetische profielen, artificiële intelligentie en big data, protocollen voor geïntegreerde zorg in een lijn-overstijgende organisatie waar de patiënt aan het roer staat, meer aandacht voor preventie, populatiemanagement, doelgerichte zorg, geestelijke gezondheidszorg, aangepaste communicatie in functie van de geletterdheid en achtergrond van de patiënt, teleconsultaties.

Een uitdagende droom hierbij: deels gemeenschappelijke interprofessionele informatie- en e-learning platformen voor patiënten, mantelzorgers, HAIO's, specialisten in opleiding, andere eerstelijnsdisciplines uitbouwen die deels ook gedifferentieerd worden per doelgroep.

Attituden en waarden:

Om zich adequaat te kunnen aanpassen aan de veranderingen die onvermijdelijk op ons afkomen, dienen de HAIO's opgeleid en begeleid te worden in alle rollen van de CANMEDs. In het bijzonder op vlak van kritisch en wetenschappelijk denken, zelfreflectie, een flexibele opstelling verbonden met een moderne werk-privé-balans, het vlot kunnen samenwerken, ondernemerschap en leiderschap, en patient-empowerment. Omdat de huisartsopleiding in Vlaanderen stoelt op een goede samenwerking tussen het werkveld en de academische wereld komen al de hierboven vernoemde competenties goed aan bod. Deze "co-creatie" blijft ook voor de toekomst een absolute aanbeveling zowel voor het uitbouwen van goede patiëntenzorg als voor de eigen intrinsieke motivatie en zingeving.

Echter de opleiding tot huisarts start reeds in de basisopleiding geneeskunde. Ook daar zou meer aandacht moeten zijn voor huisarts specifieke elementen van de gezondheidszorg, met specifieke aandacht voor het psychosociale aspect binnen het algemeen gekende biopsychosociale gezondheidsconcept.

Aanpassingen aan structurele veranderingen:

Bovenstaande competenties maar ook attituden zijn nodig om zich aan te passen aan de te verwachten structurele veranderingen: indaling van taken van specialisten uit de tweede lijn wiens organisatiemodel en financiering zullen wijzigen, taakdelegatie naar praktijkassistenten en verpleegkundigen in de eerste lijn, een meer intensieve en misschien vastere interprofessionele samenwerking met andere zorgverleners uit de eerstelijnszone en ziekenhuisnetwerken, het samen interprofessioneel opgeleid worden met studenten van andere disciplines in grotere eerstelijnspraktijken, meewerken aan dataverzameling en onderzoek vanuit de klinische huisartsenpraktijk, het management van grotere opleidingspraktijken of een eerstelijnsnetwerk van praktijken en de (beroeps)organisaties op meso-niveau, omgaan met een grotere tijds- en patiëntendruk, de impact van e-health en m-health, gedeelde beslissing met de patiënt met als doel overconsumptie van de gezondheidszorg te vermij-

den, grotere aandacht voor milieu-aspecten en duurzaamheid, …

Gezien al deze structurele veranderingen en de nieuwe uitdagingen die op onze opleiding en jonge huisartsen afkomen, is het des te belangrijker de kwaliteit van de opleiding te blijven monitoren en verbeteren, bijvoorbeeld door uitgebreidde en continue opleiding van de stagemeesters, audits, simulatietrainingen, portfolio, kwaliteitsbevorderende projecten, …

De organisatie van de opleiding:

De opleiding van een duizendtal HAIO's loopt via de organisatie door het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHOvzw). Dit verloopt zeer vlot met recent nog de succesvolle hervorming naar een 3-jarige opleiding en toevoeging van een ziekenhuisstage. Toch blijven er ook nog mogelijkheden tot optimalisering. Een daarvan is het rekruteren en opleiden van voldoende en kwalitatief opgeleide praktijkopleiders. Nu leidt al ongeveer 20% van de Vlaamse huisartsen een HAIO op. Dat betekent dat we stilaan aan een verzadigingspunt kunnen komen terwijl het aantal startende HAIO's de volgende jaren wellicht nog zal toenemen. De verbindende samenwerking vanuit het ICHO kan zich nog meer toeleggen op gemeenschappelijke activiteiten met HuisartsOpleiding Nederland, met internationale stage-uitwisselingen, met samenwerking van patiëntenorganisaties, ziekenfondsen en mantelzorgorganisaties. Andere denkpistes: het betrekken van evaluaties door patiënten om HAIO's en praktijkopleiders feedback te geven, de mogelijkheid dat ook specialisten in opleiding een stage kunnen lopen in een eerstelijnspraktijk, gemeenschappelijke leeractiviteiten met studenten psychologie, verpleegkunde, dieetleer, kinesitherapie, …

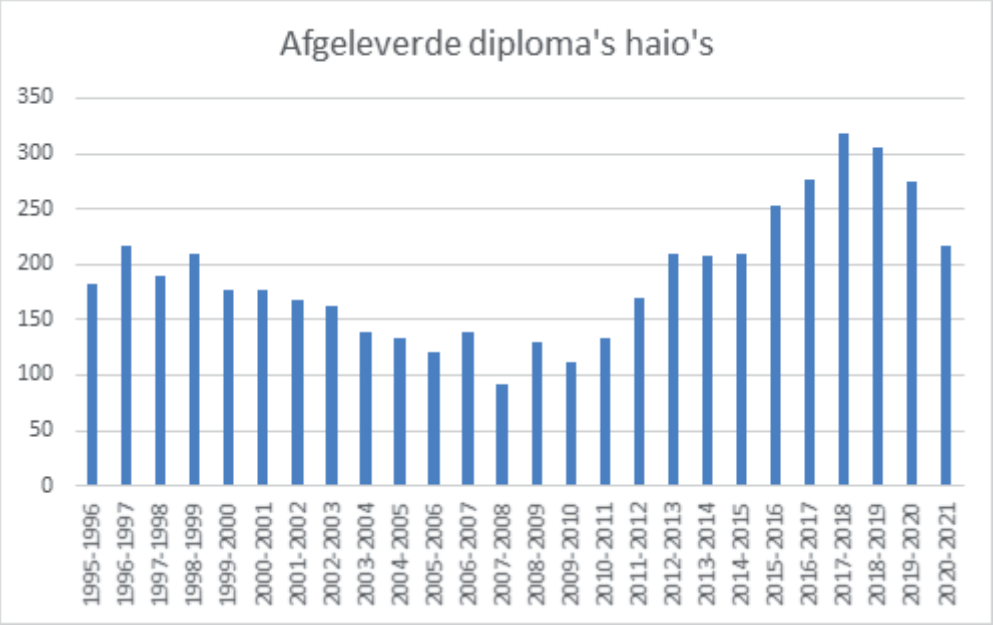
Together we implement:

Deze toekomstplannen realiseren lukt enkel via een constructieve samenwerking met alle actoren: HAIO's (verenigd in HOP), academici en huisartsen: praktijkoleiders, coördinatoren. *"In the long history of humankind … those who learned to collaborate … most effectively have prevailed."* (30). De huisartsopleiding is het meest effectief op het snijpunt van klinisch werk, cursorisch onderwijs en zelfstudie (31) . Het werkveld en de beroepsorganisaties enerzijds en de universiteiten anderzijds stemmen voortdurend af en beïnvloeden elkaar ten goede. De opleidingsomgeving (opleidingspraktijken en universiteiten) moeten ten dienste staan van een effectieve, efficiënte en tot voldoening leidende opleiding. Hierbij zal een evenwicht nodig zijn tussen enerzijds een trend naar vereenvoudiging, "back to the basics" en kleinschaligheid en anderzijds het benutten van de voordelen van constructief samenwerken en netwerk-leren.

Together we implement … Als velen hun steentje bijdragen aan de huisartsopleiding in Vlaanderen kan er een gans bouwwerk, een interessant interprofessioneel lerend netwerk uitgebouwd blijven waarin ze zich thuis voelen en zich kunnen voorbereiden op de toekomst …

Dat we met de huisartsopleiding in Vlaanderen erin geslaagd zijn om onze maatschappelijke verantwoordelijkheid op te nemen, blijkt uit onderstaande figuur, die een overzicht geeft van de evolutie van het jaarlijks aantal afgeleverde diploma's Master in de Huisartsgeneeskunde .

Figuur 9: Evolutie van het jaarlijks aantal afgeleverde diploma's huisartsgeneeskunde in Vlaanderen.



5.7. Naar een duurzame eerstelijnszorg.

Zoals hoger aangegeven pleitten de leden van het Wetenschappelijk Comité Meerjarenbegroting in hun rapport (6) voor het formuleren van een zesde doelstelling, als aanvulling bij het Quintuple Aim: " duurzaamheid van het systeem op lange termijn, rekening houdend met de (macro)evolutie van de kosten, de beschikbaarheid van zorgverstrekkers, de veerkracht van burgers en zorgprofessionals, de duurzaamheid vanuit milieustandpunt en de paraatheid voor pandemieën". Dit is een belangrijke opdracht waar binnen alle aspecten van de eerstelijnszorg (beleid, praktijkvoering, financiering, opleiding…), meer aandacht aan moet worden besteed. De gezondheidszorg heeft een grote impact op de CO2-uitstoot, anderzijds zorgt klimaatopwarming ook voor toenemende gezondheidsproblemen.

De huisarts kan op drie niveaus een impact hebben voor klimaatneutrale zorg: op praktijkniveau, zorgorganisatie en op maatschappelijk niveau.

In het buitenland (o.a. Verenigd Koninkrijk), is zo het concept 'Green Practices' in opgang (https://www.greenerpractice.co.uk/). Dit past binnen een bredere actie: 'Green Impact for Health'(32), die focust op alle aspecten van duurzaamheid. Binnen deze actie wordt een toolkit ontwikkeld in verband met volgende topics: afval en recycleren; gezonde planeet; sociaal en groen voorschrijven; zero koolstof, water, energie zuinig werken, leren rond duurzaamheid. Meer informatie hierrond is beschikbaar op: https://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/climate-change-sus- tainable-development-and-health.aspx .

In België zorgt de gezondheidszorg voor 7.5% van de totale koolstofuitstoot. Medicatie is verantwoordelijk voor 40% van deze uitstoot, dosisaerosols specifiek voor een additionele 20%. Energieverbruik en verplaatsingen zijn respectievelijk goed voor 15% en 10% van de uitstoot (33). In Nederland werd daarom door Nivel in 2022 een project opgestart binnen de uitdaging 'Duurzame gezond- heidszorg', met als titel: "Monitoren en stimuleren van groene behandelkeuzes door huisartsen". Het doel van het project is: "Huisartsen bewuster maken van de invloed die hun voorschrijfgedrag heeft op het klimaat

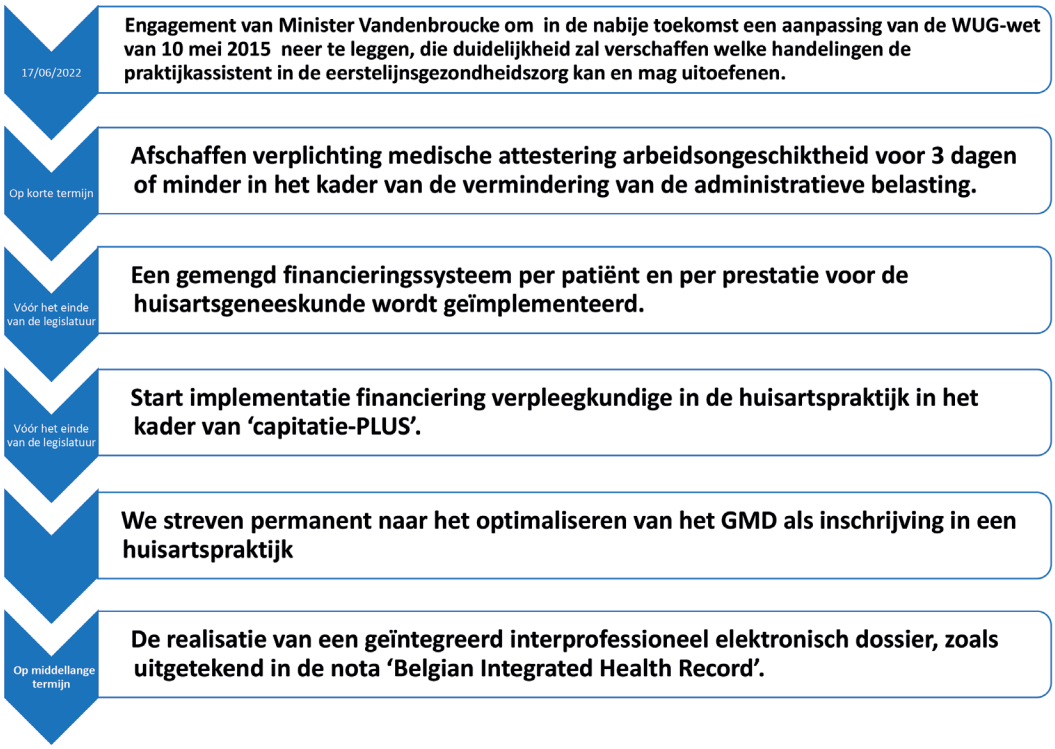
door het ontwikkelen van een bouwklare, functionele beschrijving van een feedback- module. Deze zal huisartsen naar verwachting inzicht geven in de klimaatimpact van hun medicatie- voorschriften en hen informeren over eventuele groenere alternatieven. Dat kan vervolgens leiden tot een reductie van voorschriften en bijdragen aan het terugdringen van de klimaatimpact door geneesmiddelen" (34). Ook de NHS heeft een onderzoeksdienst om de wisselwerking tussen gezondheidszorg en klimaat verder te onderzoeken en hier een gepaste acties aan te koppelen. Ook in België is er nood aan data over de impact van eerstelijnsgeneeskunde op klimaat. Enkel zo kunnen huisartsen beter geïnformeerde keuzes maken met oog op duurzaamheid en kan ook de gezondheidszorgorganisatie klimaatneutraler (vb. door preventieve zorg verder te bevorderen en zo de nood aan curatieve zorg te verminderen).

Een duurzaam gezondheidsbeleid heeft niet enkel impact op de huidige gezondheid van onze bevolking maar zal ook voorkomen dat bepaalde aandoeningen frequenter voorkomen. Het wordt belangrijk om binnen de eerstelijn, ook in België, bijzondere aandacht te besteden aan de vele componenten van duurzaamheid.

6. OVERZICHT EN BESLUIT

De huisartsgeneeskunde en de eerstelijnszorg staan vandaag op het kruispunt van belangrijke maatschappelijke veranderingen (35). Duidelijke, toekomstgerichte beleidskeuzen dringen zich op.

In dit document hebben we een actieplan uitgetekend om in de komende jaren de huisartsgeneeskunde te versterken, en een bijdrage te leveren tot meer geïntegreerde zorg. Tevens hebben we een tijdslijn voorgesteld:



Ten slotte, willen we – zoals bij de aanvang van dit document – beklemtonen dat al deze voorstellen dienen gezien te worden in de context van een "operational Green Paper": een verzameling ideeën en voorstellen als startpunt voor het gesprek en de consultatie met belanghebbenden. De auteurs zijn van mening, dat wat hier staat kan bijdragen tot een discussie over de toekomst van de huisartsgeneeskune in de eerstelijnszorg en het debat hierrond kan voeden.

Deze tekst kan wellicht ook een bijdrage leveren aan de besprekingen die in het document: 'Naar een New Deal voor de huisarts(praktijk), Minister Frank Vandenbroucke, 17 juni 2022' worden aangekondigd.

BIBLIOGRAFIE – REFERENTIES:

1. De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey D. Together we change: Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel , 9 december 2014. ISBN 9789491125096

2. De Maeseneer J, Boeckxstaens P. James MacKenzie Lecture 2011: multi-morbidity, goal-oriented care and equity. Br J Gen Pract 2012; (60) (600):e522-4

3. Chaire Interdisciplinaire de la première ligne Be-Hive. Accessible at: https://www.be-hive.be/

4. Leerstoel 'Primary Care Academy (PCA)'. Accessible at: https://www.uantwerpen.be/nl/centra/universiteitsfonds/maak-mee-het-verschil/doe-een-gift/onze-leerstoelen/-primary-care-academy/

5. DR. DANIËL DE CONINCK (FUND). Accessible at : https://www.kbs-frb.be/en/dr-daniel-de-coninck-fund

6. Schokkaert E (Ed.). Naar een meerjarenbegroting voor de gezondheidszorg met gezondheidszorgdoelstellingen. Rapport van het Wetenschappelijk Comité meerjarenbegroting Februari 2022. Brussel, RIZIV/INAMI. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport_wetenschappelijk_comite_meerjarenbegroting.pdf

7. Quintuple Aim: het kompas van Vivel. Beschikbaar via: https://www.vivel.be/nl/nieuws/tag/quintuple-aim/

8. De Maeseneer, J, Aertgeerts, B, Remmen, R, Devroey, D. (red). Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel, 9 December 2014. Available on: https://www.icho-info.be/userfiles/files/together-we-change-ned%20091214.pdf

9. Eurostat.Life expectancy y age, sex and NUTS regio. Available at:https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_r_mlifexp&lang=en

10. Bouckaert Nicolas, Maertens de Noordhout Charline, Van de Voorde Carine. Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Health Services Research (HSR). Brussels. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30. Available at: https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports/health-system-performance-assessment-how-equitable-is-the-belgian-health-system

11. Anonymous. Naar een gezond België. Available at : https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/covid-19-crisis/covid-19-impact

12. Willaert D. Oversterfte door Covid-19 bij leden SocMut. Brusel, NVSM, September 2020. Available at : https://corporate.devoorzorg-bondmoyson.be/wp-content/uploads/2020/10/Onderzoeksrapport-Oversterfte-door-COVID-19-bij-leden-SocMut-092020_FINAAL.pdf

13. Buntinx, F., Heyrman, J., Beullens, J., Vankrunkelsven, P., Van den Oever, R., Delesie, L., . . . Briot, J. (1995). De behoefte aan huisartsen in België. Retrieved from Leuven: Buntinx, F., Heyrman, J., van Krunkelsven, P., Van den Oever, R., Delesie, L., & Vlietinck, R. (1995). Hoeveel huisartsen zijn er nodig in België? Huisarts Nu, 24(8), 299_305.

14. Planningscommissie_Artsen. (2022). Formeel advies 2022/01 van de Planningscommissie Medisch aanbod. Retrieved from Brussel https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/hwf-advies-inzake-de-contingentering-van-de-artsen-bepalen-quota-2028-2033

15. Van Duppen, J., Van Kessel, I., Becq, S., & Commissie_Welzijn, V. e. G. K. V. P. (2002). Verzoekschrift betreffende de toepassing van het VIPA-decreet voor huisartspraktijken. Parlementair Stuk 1274 (2001-2002) – Nr. 1.

16. Criel, B., & De Lepeleire, J. (2021). Van basisarts tot public health: verschillende wegen om naar Rome te reizen. Tijdschr Geneesk. Gezondheidszorg, 77(10), 815_826. doi:10.47671/TVG.77.21.110

17. De Maeseneer Jan (Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent), Van Gorp Luc (Departementshoofd Gezondheidszorg, UC Leuven-Limburg), De Lepeleire Jan (Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven), Remmen Roy (Vakgroep Eestelijns en Interdisciplinaire zorg, UAntwerpen), Devroey Dirk (Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde VUB), Martin Sandra (Gezondheid en Welzijn, UC Leuven-Limburg). Beroepscompetentieprofiel : Praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg; Sector Gezondheidszorg: Subsector Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg. Brussel, SERV, 2007

18. EXPH (EXpert Panel on effective ways of investing in Health), report on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems, 10 juli 2014. Available on: https://ec.europa.eu/health/system/files/2019-11/004_definitionprimarycare_en_0.pdf

19. Regeringscommissariaat Corona. Prioritaire inenting van personen met een verhoogd risico tijdens de Covid-19-pandemie in 2021 in België. Rapport Werkgroep Organisatie van de Vaccinatiestrategie (Task Force Vaccinatie). Brussel, 18 maart 2022. Available at: https://fdn01.fed.be/documents/4f0a83c522c730fa282d176910e57d20/rapport%20WG%20strat%20vax_final_ENG.pdf

20. Van den Bruel A, Belche JL. Synthesedocument Reflectiegroep teleconsultaties. Brussel, RIZIV, 27 april

21. Gillam S, Siriwardeni N. The Quality and Outcomes Framework. 2011, Oxford, Radcliffe Publishing.

22. Ryan, A.M., Krinsky, S., Kontopantelis, E., Doran, T. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. Lancet 2016;388:268-74. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00276-2

23. Pulse (15.03.2022):GP QOF system should be scrapped, says RCGP chair. Available at: https://www.pulsetoday. co.uk/news/breaking-news/gp-qof-system-should-be-scrapped-says-rcgp-chair/

24. Matthys E, Remmen R, Van Bogaert P. Practice nurse support and task suitability in a general practice: a cross-sectional survey in Belgium. Available at: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30681392/

25. https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/technische_commissie_voor_verpleegkunde/19100414.pd

26. Verlinde C, De Maeseneer J, et al. De hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen: we maken er samen werk van! Synthesenota van de wetenschappelijke reflectiekamer voor de Eerstelijnsgezondheidsconferentie van 16 februari 2017. Beschikbaar via: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/CELC-Synthesenota%20Wetenschappelijke%20Reflectiekamer%202017.pdf

27. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional and healthcare outcomes (review). The Cochrane Library 2009, issue 4. Beschikbaar via: http://www.thecochranelibrary.com

28. Montag I, Van der Hulst E (Eds.). Conceptuele beschrijving van het geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (BIHR : Belgian Integrated Health Record). Brussel, februari 2022. Nota in opdracht van het kabinet van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

29. Gielis Guy, Goedhuys Jo en Schoenmakers Birgitte (red.), Huisartsgeneeskunde, verleden en toekomst. 30 jaar ICHO. Leuven: Acco, 2014.

30. Darwin Charles. On the origin of species. London: John Murray, 1859.

31. Steven K., Wenger E., Boshuyszen H., Scherpbier A. And Dornan T., How clerkship students learn from real patients in practice settings. Academic Medicine, 2014, 89, 3, 1-8.

32. Green Impact for Health: designed by General Practitioners for General Practice. Available at: https://greenimpact.nus.org.uk/green-impact-for-health/

33. Smith J, Bansal A, Barron-Snowdon J. How to reduce the carbon footprint of inhaler prescribing? A guide for GPs and practice nurses in the UK. Greener Practice; 2021

34. Nivel. Monitoren en stimuleren van groene behandelkeuzes door huisartsen: project juli-december 2022. Available at: https://www.nivel.nl/nl/project/monitoren-en-stimuleren-van-groene-behan- delkeuzes-door-huisartsen).

35. De Maeseneer J. Family Medicine and Primary Care at the Crossroads of Societal Change (E-book, 2021). Available at: https://www.perlego.com/book/3052938/family-medicine-and-primary-care-at-the-crossroads-of-societal-change-pdf

BIJLAGE:

Tabel 'gemiddeld bedrag' ter documentatie van de figuren 5 en 6 uit Hoofdstuk 5.2.

leeftijdscategorie	(Alle)	
Leeftijd/sex	**Gem. tarief NoVTR**	**Gem. tarief VTR**
00-04	**79,41429522**	**79,33612335**
F	77,24717816	76,84701015
M	81,58141228	81,82523656
05-09	**61,95012889**	**72,73544573**
F	62,32006628	72,84531308
M	61,5801915	72,62557839
10-14	**61,03177216**	**79,34745471**
F	61,69834884	78,79547425
M	60,36519547	79,89943517
15-19	**80,47129288**	**116,1139677**
F	90,79195473	129,7838239
M	70,15063103	102,4441115
20-24	**81,40944609**	**111,9532859**
F	96,24098003	132,0716887
M	66,57791215	91,83488309
25-29	**87,80955765**	**115,4555139**
F	104,8496022	134,4709629
M	70,76951311	96,44006489
30-34	**93,60637772**	**129,2122124**
F	111,0468037	149,2284095
M	76,16595172	109,1960152
35-39	**95,69494755**	**143,6406244**
F	111,0100544	163,3206419
M	80,37984068	123,9606069
40-44	**99,60812315**	**159,1131828**
F	113,8501878	180,4636884
M	85,3660585	137,7626772
45-49	**106,4079403**	**182,1375906**
F	121,0329125	206,4850713
M	91,78296815	157,7901098
50-54	**117,6041595**	**205,7276037**
F	131,4206578	229,3298324
M	103,7876611	182,1253751
55-59	**129,0595009**	**226,4343192**
F	139,6057269	246,4040313
M	118,5132749	206,4646071

60-64	**135,987218**	**238,4711428**
F	143,116428	253,2132919
M	128,8580079	223,7289937
65-69	**149,7222776**	**258,3750026**
F	153,8370299	272,2816573
M	145,6075253	244,4683478
70-74	**174,1920098**	**306,5447579**
F	179,1792201	319,6810601
M	169,2047995	293,4084557
75-79	**202,2765139**	**340,1154047**
F	210,9588692	358,2115332
M	193,5941586	322,0192761
80-84	**247,9844292**	**414,7924975**
F	262,7595528	443,2902821
M	233,2093055	386,2947128
85-89	**299,6242609**	**498,9726681**
F	320,5553865	531,3231536
M	278,6931352	466,6221825
90-94	**351,3876973**	**558,3153827**
F	370,8501055	581,8002942
M	331,9252891	534,8304712
95+	**382,5357215**	**586,2855934**
F	403,2471524	599,6486253
M	361,8242906	572,9225615

Toelichting: Het jaarlijks terugbetaald bedrag betreft het gemiddeld totaal bedrag terugbetaald in de huisartsgeneeskunde voor raadplegingen, huisbezoeken, het GMD beheren en anderen contacten (bv forfaitair honorarium voor een zorgtraject-contract gesloten met een rechthebbende met een diabetes mellitus type 2). De terugbetalingen voor technische prestaties, zijn hier niet in meegerekend.

Box 2: How might a high quality, responsive and efficient system of primary care be delivered through GP practices

How might a high quality, responsive and efficient system of primary care be delivered through GP practices?

UK experience in a practice based, demand led and largely online model, pre- and post-pandemic. The designs and data hereunder come from 220 UK practices in diverse contexts and sizes from 3,000 to 50,000 list size over the period 2019 - 2022.

The patient perspective

The start point of the design is: "What matters to the patient?". Patients want help quickly when they ask for it, from an appropriate person and sometimes that means a 'named GP'. But they don't mind what mode is used, as long as it is appropriate for the problem. Hence a system which delivers the service can be largely remote and either digital (asynchronous) or telephone (video should be available but is little used).

If the service works well, patients do not need to be persuaded to switch modes, indeed they now welcome and expect an online service as is common in most walks of life.

The GP perspective

"What matters to the GP" is equally important, and it must therefore make life certainly no worse and indeed better for the GP. Persuasion is hard to do, but showing how the system improves efficiency, enhances professional discretion and improves joy in work is effective. Financial incentives should not unbalance the choice of how to help each patient appropriately.

Software design principles

Very simple for patients to use, designed for all patients, and with simple language to avoid a "digital divide" which might put off those most in need of medical care.

Free text or complex question and answer? UK experience is that free text answers to a very few questions produces much higher patient participation, 70% online compared with 20% or less where an algorithm attempts to lead patients through a long list of questions. These tend to be frustrating for patients and of limited value to clinicians.

Patient login or new application with each request? There are pros and cons for both approaches, and the best solution may depend on other factors in the IT environment.

Good integration with existing medical record systems is essential both for patient safety and to minimize admin work.

Managing the change

Clearly this depends on the people and the local situation, but we have found that a short period of preparation and training (4 weeks max) is best, and a single launch day on which the new system is introduced. This means that staff do not have to manage two systems at the same time, so that rapid flow is achieved at once. Patients then have a clear message of what to do, they do not

need preparation in advance, but they need to be able easily to use the new system at launch and receive a rapid response.

Understanding demand volumes and patterns is vital to manage the flow, and good data helps to improve it over time. Quick gains are important to build support and momentum for change.

Measures and results

Patient feedback is strongly positive, around 70% saying the new system is better and with the most important qualititative themes being "the response was so fast" and secondly "the response was personal and helped with my problem".

For patients therefore the most important performance measure is time to respond and time to complete request. Typically this is 80% same day, and 50% less than 4 hours to complete.

Demand: to achieve rapid response demand must be well understood, so that capacity can be matched. It is highly predictable, much higher in the morning at opening time and falling thereafter. Total demand is around 7% of list per week, of which 28% on Monday, the other days 21%, 18%, 17% and 16%

Mode of consultation

Patients may express a preference, which pre-pandemic was 30% for face to face. This fell to 4%, has now levelled off at 11%.

GPs actual mode used was 30% face to face and now appears stable at around 15% of all requests. Even if this data is incomplete, the change pre and post pandemic is clear.

Patient demographics

Where the practice sets the expectation that patients should send requests first online, 70 or 80% of patients do so. The remainder can be helped by telephoning reception, and should neither gain or lose priority by doing so.

Age effects

There is a slope of users by age, with the most elderly making less use online. However, even at 70 over half of demand arrives online and we expect this to rise over time. It is important to allow proxy access which is mostly parents for their children, around 15% of total demand, and some informal care-givers for older patients.

Deprivation

We have found no difference in usage between most deprived and most affluent populations. There is no difference between multi-ethnic and linguistic populations and others, which follows from the simple design and language.

Author: Harry Longman. (e-mail: harry.longman@evergreen-life.co.uk)