

SYMPOSIUM ZATERDAG 4 MEI 2013: EVALUATIE KWALITEIT VAN ZORG IN DE HUISARTSGENEESKUNDE

Dr. M. Van Overloop - voorzitter Domus Medica

Eerst en vooral wil ik graag met jullie samen kijken naar het waarom. Waarom is het zo belangrijk dat we op dit moment kijken naar de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde en de praktijken in het bijzonder.

In 2012 verscheen het performantierapport van de huisartsgeneeskunde vanuit de nationale raad voor kwaliteitspromotie. Dit rapport kijkt naar een aantal belangrijke peilers in de huisartsgeneeskunde. Komt de huisartsgeneeskunde tegemoet aan de noden van de bevolking op het vlak van gezondheidszorg dicht bij huis? Is de zorgkwaliteit in de huisartsgeneeskunde correct?

Hoe situeert de huisartsgeneeskunde zich op vlak van capaciteit en professionalisme? Dit alles werd gemeten aan de hand van een aantal indicatoren zoals preventie in griepvaccinatie, patiëntentevredenheid, financiële toegankelijkheid, trouwheid aan een huisartsenpraktijk, follow-up van chronische patiënten binnen een aantal gedefinieerde ziektebeelden, en de capaciteit, densiteit en leeftijds piramide van de actieve huisartsen.

Over het algemeen kan men stellen dat de huisartsen het niet slecht doen. Vooral in Vlaanderen zien we een goed verband tussen GMD's en chronisch zieken die ook resulteert in adequate zorg. Uiteraard alles met ruimte voor verbetering, welke opties ook in het rapport terug te vinden zijn.

Ik ga één zorgwekkend gegeven aanhalen om daarna met u verder te kijken naar de toekomst van de eerste lijn en de huisartsgeneeskunde in het bijzonder.

Eén van de opvallendste gegevens uit de derde peiler, de capaciteit, is de leeftijds piramide bij de actieve huisartsen. In België is er 1 huisarts per 1100 patiënten. Dit cijfer is berekend op VTE of minimum 1250 contacten per jaar. Het cohort van actieve huisartsen bereikt echter zeer snel de pensioengerechtigde leeftijd. De gemiddelde leeftijd in 2010 was 51,8. In 2000 was dat nog 47,2. Ondanks de duidelijke cijfers in de instroom, huisartsgeneeskunde is terug populair, kunnen de jong afgestudeerden niet de capaciteit van de uitstromende groep opvangen. Ter informatie : in 2010 was de groep actieve huisartsen ouder dan 65 even groot als de -35-jarigen...

De nieuwe huisartsencohorte verkiest groepspraktijken, is overwegend vrouwelijk, en neemt een ander werkritme aan: minder huisbezoeken, minder frequente controleraadplegingen, ondersteuning door secretariaat, assistentes, verpleegkundigen,

We zien verder dat de kloof tussen arm en rijk groeit. Patiënten in een OMNIO-statuum hebben het moeilijker om de weg naar de eerste lijn te vinden. De algemene problemen rond verstedelijking hebben ook hun invloed op de performantie van de huisartsgeneeskunde.

Wat bij de artsen gebeurt, gebeurt ook in de algemene bevolking. De leeftijds piramide keert om, na vergrijzing zien we "verwitting". We worden geconfronteerd met kwetsbare ouderen: 80-plussers die in een uiterst fragiel evenwicht heel gelukkig zijn thuis, maar bij de minste tegenslag plots zwaar hulpbehoevend worden. Het ontbreekt ons aan evidentie op geneeskundig vlak om deze groep echt te behandelen. Naast het risico op overbehandeling en

overdiagnose en de daaraan gekoppelde kostprijs op de maatschappij.

Er zijn ook enkele evoluties die ons toekomstgewijs enorm zullen ondersteunen om de workload aan te kunnen. Het koppelen van GMD aan EMD is daar één van. Hierdoor gaan we het globaal medisch dossier niet alleen meer beheren, we gaan er ook daadwerkelijk mee aan de slag in onze aktes. Binnen de groepspraktijken delen artsen hun informatie.

Maar het gaat een stap verder: de informatie wordt van iedereen. Door de projecten binnen Vitalink, de eerstelijns kluis, zal het mogelijk worden om informatie op afstand te delen met andere zorgverleners: verpleegkundigen, educatoren, kinesisten, apothekers, tandartsen en de tweede lijn.

Waar we vroeger zo vaak even moesten bellen voor het resultaat dat niet in de brief stond, die de patiënt uiteraard vergeten was, is deze informatie straks een muisklik verwijderd. De "PatiëntViewer" zal straks toestaan dat ook de patiënt aan zijn of haar medisch dossier kan.

We worden dus geconfronteerd met een hele nieuwe vorm van geneeskunde waarin veel mensen toegang hebben tot de patiënteninformatie én nieuwe zorgberoepen ook hun deel van de verantwoordelijkheid zullen moeten opnemen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg.

Laten we dit alvast toetsen aan een praktijkvoorbeeld binnen een fenomeen dat 10 jaar geleden hier in Deurne binnenwaaide. In een klassieke huisartsenwachtpost wordt de telefoon opgenomen door de receptioniste. Bij dit onthaal worden patiënten gemotiveerd om naar de wachtpost te komen, indien onmogelijk wordt een huisbezoek afgesproken en geregeld. De facto doen de receptionisten een deel van de triage.

Uit een recente studie van Dr. Jonathan Van Bergen en prof. Hilde Philips, blijkt dat, wanneer de receptionisten postfactum een urgentiegraad moeten bepalen op de consultatie, ze toch wel anders oordelen dan de artsen. Er zijn geen incidenten geweest tijdens de studie, maar desalniettemin wordt het steeds belangrijker om rekening te houden met telefonische triage. Opvallend was dat receptionisten de klachten eerder als noodzakelijk voor de wachtdienst beschouwden, terwijl artsen dat niet deden. De attesten, maar evengoed heel banale problemen die evengoed konden wachten tot na de wachtdienst. We kunnen er niet omheen dat er ook een uiterst beperkte groep was met te lage inschatting van de urgentiegraad door de receptionisten.

In het huidig wettelijk kader is de wachtdoende arts verantwoordelijk voor de inkomende oproepen. Daarom dat receptionisten bij twijfel doorschakelen naar de huisarts van wacht die dan de urgentiegraad bepaalt. Het zou fijn zijn te weten dat deze receptionisten een intensievere opleiding kunnen volgen tot triage én daarvoor erkend worden, verantwoordelijkheid kunnen en durven nemen en bijkomend ook voldoende kunnen verzekerd worden tegen eventuele vergissingen.

De receptionisten aan de wachtposten zijn echter geen praktijkassistenten, die op hun beurt evenmin verpleegkundigen zijn. Daarnaast kwamen er de afgelopen jaren er heel wat nieuwe erkende, zorgberoepen zoals educatoren en podologen bij. Overall duiken opleidingen tot praktijkassistente op. Ook apothekers krijgen inmiddels een honorering voor het geven van adviezen in hun officina. Ieder van deze beroepen ondersteunt dezelfde patiënt naar best vermogen. Maar weten wij eigenlijk wel heel goed het verschil tussen een podoloog en een pedicure? Of dat een educator gewoon educator is, ongeacht de vooropleiding? Als huisarts ben ik in ieder geval heel blij dat er versterking komt om ons te ondersteunen, ofwel in de

dagdagelijkse ondersteuning van de praktijk als in de ondersteuning van onze patiënten bij hun ziektebeleving. De nieuwe generatie zorgverstrekkers leert elkaar kennen. Ergotherapeuten, logopedisten, maatschappelijk assistenten, huisartsen, podologen, verpleegkundigen, diëtisten, ... Op de banken waar u nu zit brengt de associatie van hoge scholen en universiteit Antwerpen onder het wakend oog van hun decaan deze mensen bij elkaar. Ze leren elkaars vak kennen. Wie doet wat? Wie kan wat? De beleving van zo'n week omgaan met elkaar en respect opbrengen voor ieders deel van de kennis, maakt een groot verschil. We zien jonge collega's gebruik maken van de diensten van de thuisverpleegkundigen én van hun kennis. We verwijzen steeds vaker naar ergotherapeuten, rekenen op maatschappelijk assistenten om de patiënten te helpen bij het invullen van het vernieuwde formulier 4, vragen logopedisten wat er ook al weer heel precies op het voorschrift moet staan, ...

Maar komen zo terug bij wie mag wat? Ik kan, conform de aanbevelingen, bepalen of een patiënt na een enkeldistorsie en de daarbij horende beeldvorming, met zekerheid vaststellen dat een patiënt wel geen brace nodig heeft, maar mag die niet voorschrijven. De educator die als vooropleiding diëtiste is, mag een patiënt wel aanleren om insuline toe te dienen, maar mag dit onder geen enkele voorwaarde zelf doen. De thuisverpleegkundige mag intramusculair inspuiten, maar niet vaccineren. De telefoniste mag triage doen aan de telefoon van de wachtpost onder de verantwoordelijkheid van de wachtdoende huisarts... Als we straks heel duidelijk in kaart hebben gehad hoe goed we allemaal zijn opgeleid en bepaald hebben wie welke taken in het zorgproces zal invullen, zal het wettelijk kader moeten volgen. Dit kader zal ook rekening moeten houden met het delen van de informatie aan elkaar. Binnen het beschermd milieu van eHealth en Vitalink moeten duidelijk afspraken komen over wie verantwoordelijk is voor het aanleveren van welke informatie én wie ook de verantwoordelijkheid draagt als naar deze informatie door anderen gehandeld wordt.

Dus, zoals gezegd hebben we op dit moment een duidelijke behoefte aan taakomschrijvingen van al deze zorgberoepen. Misschien moeten we zelfs eerst opnieuw beginnen met de taakomschrijving van de huisarts. Als voorbeeld noem ik graag een recent voorval binnen onze vaardigheidstrainingen waar we een medische firma vroegen om placebo spiralen. Als antwoord kregen we dat het plaatsen van spiralen een taak van gynaecologen was. Ik heb dit hier nochtans als huisarts geleerd. Preventie van zwangerschap behoort tot mijn kerntaken.

Voor de nieuwe zorgberoepen is een echte volwaardige bachelor opleiding noodzakelijk. Het gaat niet op om een medische secretaresse zomaar op eigen houtje om te scholen tot praktijkassistente. Evenmin kunnen we deze mensen die we een opleiding genoten zonder erkenning van hun diploma laten werken. Het spreekt voor zich dat de opleider zonder taakomschrijving de rol van het beroep naar eigen goeddunken invult.

Maar een opleiding zonder erkenning van het beroep, binnen een duidelijk wettelijk kader en met herziening van de mogelijkheden, moet uiteraard kunnen.

Naast deze lijn van noodzakelijke voorwaarden, heeft de huisartsengroep nood aan lokale huisartsen met een bijzondere bekwaamheid. We hebben de palliatieve equipes, de CRA's, de LEIF-artsen. Maar er zijn ook huisartsen met een bijzondere bekwaamheid in de verschillende chronische aandoening zoals diabetes of nierinsufficiëntie, huisartsen met interesse en vaardigheden in het bestrijden van epidemieën, verslavingsproblematieken, SOA's, of opvoedkunde. Het in kaart brengen van deze referentie-artsen, maakt adviezen opvragen binnen de eerste lijn mogelijk en ook voor ons meer laagdrempelig.

Binnen het geheel van al deze zorgverleners, komen ook personen in het beeld die dit geheel lijmen. Kringmanagers, zorgcoördinatoren, maar ook IT'ers en administratieve krachten. Deze mensen, die er langzaam maar zeker voor zorgen dat de eerste lijn zich organiseert en elkaar beter vindt, zijn de steunpilaren in het netwerk dat zich langzaam maar zeker uitrolt vanuit de koepelorganisaties.

Maar we kunnen niet zonder middelen en mankracht om dit uit te bouwen....

Wanneer we, rekeninghoudend met de hoge kwaliteit die we op dit moment leveren, beter willen gaan doen in de structuren van een netwerk, zullen we in de eerste plaats samen een gezamenlijke visie moeten ontwikkelen omtrent de toekomst van de eerste lijn. Vanuit de huisartsenvereniging hebben we daar ons deel van geschreven na de eerste lijnsconferentie in 2010. Ik hoop dat het samenwerkingsplatform eerste lijn hieruit snel een duidelijke lijn zal trekken.

Er zijn absoluut aanpassingen nodig in het huidige wettelijk stelsel om de zorg te kunnen blijven waarborgen. Dit is niet alleen zo de erkenning en de opleiding van de zorgberoepen, maar zoals gezegd ook voor het delen van informatie. Zowel in het aanleveren als in het verwerken. Als huisartsen willen wij overigens onze rol als beheerder van het dossier niet uit de weg gaan, maar we kunnen onmogelijk de verantwoordelijkheid dragen over de inhoud van wat anderen aanleveren.

En we moeten bovenal streven naar erkenning en accreditering van de praktijken. Deze accreditering moet zich baseren op Kwaliteit en Veiligheid, op de Mensen voor wie we het doen maar ook die er werken, op een juiste Infrastructuur, op Informatie tussen de zorgverleners en informatie naar en van de gebruikers, maar ook op een gezond financieel kader. Deze 5 pijlers komen uit de European Practice Assessment, een methode om praktijken adequaat te evalueren en reeds in 2008 gevalideerd door het KCE als uiterst waardevol in het beoordelen van de kwaliteit van huisartspraktijken.

Sindsdien is Domus Medica, in samenwerking met de ACHG's hiermee verder aan de slag om praktijken te evalueren. Maar ook te laten evolueren tot kwaliteitsvolle 'gouden label praktijken'. Het proces is echter zeer arbeidsintensief en daardoor behoorlijk duur. Na 5 jaar bekijken we nu hoe we met de verzamelde gegevens kunnen verder werken om zowel tijd als middelen anders te gaan inzetten zodat meer steeds meer praktijken kunnen zeggen dat ze een echte kwaliteit leveren. Want net die kwaliteit maakt de huisartsenzorg tot wat ze is. Absoluut noodzakelijk.