

VLAAMS ARTSENSYNDICAAT

VISIETEKST EERSTELIJNSZORG

De Belgische gezondheidszorg gaat spannende tijden tegemoet en staat voor heel wat uitdagingen. Demografische evoluties, een belangrijke stijging van het aantal jonge artsen, chronische budgettaire krapte, explosieve digitalisering en innovatieve technologieën zijn maar enkele symptomen van het disruptieve karakter van onze samenleving anno 2017. Ook het huidige model rond de eerstelijns geneeskunde, net als alle andere actoren uit de gezondheidszorg, wordt hierdoor op proef gesteld. De verdere evolutie van de eerstelijns geneeskunde moet in de eerste plaats rekening houden met de besognes en wensen van de patiënt. Op hun beurt moeten eerstelijnszorgverstrekkers blijven vasthouden aan hun diagnostische en therapeutische vrijheid, een *conditio sine qua non* om kwaliteitsvolle en *evidence based* geneeskunde te kunnen aanbieden. Het wordt een bijzonder moeilijke, maar niet onmogelijke oefening om in de toekomst de combinatie van beide premisses in de praktijk om te zetten en af te stemmen met de financieel-economische realiteit op het terrein, los van andere maatschappelijke evoluties en tendensen. Deze visietekst geeft de belangrijkste algemene principes rond de toekomst van de eerstelijns geneeskunde van het Vlaams Artsensyndicaat (VAS) weer. Hoewel een visie op de eerstelijns geneeskunde niet los gezien kan worden van andere actoren in het zorglandschap, is het belangrijk dat de eerstelijns geneeskunde zich blijvend in een sleutelrol positioneert in het totale aanbod van zorg. Als enig Vlaams representatief syndicaat dat zowel huisartsen als specialisten groepeert, omvat voor het Vlaams Artsensyndicaat de eerste lijn niet alleen de huisartsen, maar ook bepaalde specialisten.

De verdere evolutie van het huisartsenberoep en eerstelijns artsen moet afgestemd zijn op wat *evidence based medicine* is. Niet-gevalideerde ideeën en initiatieven horen niet thuis in de medisch-wetenschappelijke setting van een solo- of groepspraktijk. Zorgactoren, sociale en politieke stakeholders moeten zich in het belang van de patiënten laten leiden door pistes die EBM zijn, niet door opportunisme of populisme. Mogelijke gezondheidswinst door de implementatie van nieuwe maatregel zal steeds moeten worden bewezen.

Naar de toekomst zal het noodzakelijk zijn dat er meer duidelijkheid komt over de bevoegdheden rond gezondheidszorg die federale materie zijn en deze op het vlak van de Gemeenschappen. Op dit vlak blijft de zesde staatshervorming voor verwarring en juridische onduidelijkheid zorgen, bijvoorbeeld op het vlak rond kwaliteitsindicatoren. Zo zou het mogelijk zijn dat in het noorden van het land andere kwaliteitsindicatoren voor zorg worden gehanteerd dan in het zuiden van het land. VAS is ervan overtuigd dat dit niet de bedoeling kan zijn en pleit voor een beter overleg tussen de federale en Gemeenschapsinstanties als het over gezondheid gaat, om te beletten dat binnen dezelfde landsgrenzen er andere gezondheidsstandaarden en praktijkvoering erop worden nagehouden.

Patiënt centraal = huisarts centraal

De cruciale rol van de huisarts in de eerste lijn komt meteen tot uiting in het principe van *patient centered care* en *patient empowerment*. De shift van de organisatie van zorg rond de patiënt en niet langer rond de zorgverstreker is niet nieuw. Ook moeten patiënten inderdaad, indien zij dat wensen, actiever worden betrokken bij medische besluitvorming. Het Vlaams Regeerakkoord 2014-2019 geeft dit duidelijk aan: “We willen daarbij vertrekken van de sterktes van ons zorgaanbod met zijn verscheidenheid aan vormen waarin zorgverstrekkers in de eerste lijn actief zijn. Dit impliceert ook dat de individuele patiënt/cliënt meer moet betrokken worden bij de beslissingen omtrent zijn/haar eigen zorg, dat we hem/haar mee erkennen als expert in zijn/haar eigen aandoening of ondersteuningsnood.”

In een *patient centered care* model en bij *patient empowerment* blijft de verleiding groot om ervan uit te gaan dat patiënten “mits begeleiding” alle mogelijke beslissingen rond hun gezondheid autonoom kunnen nemen. Niet alleen zijn er patiënten die deze begeleiding niet nodig hebben (om welke reden dan ook), de druk vanuit het politieke en sociale middenveld om nieuwe gezondheidsberoepen in het leven te roepen hypothekeert meteen alle nobele doelstellingen die een *patient centered care* model voor ogen heeft.

Huisartsen zijn uitstekend geplaatst om in een *patient centered care* model hun patiënten te begeleiden, doorheen de vele zorgtrajecten en individuele zorgverstrekkers met de huisarts als beheerder van het EMD. Voor patiënten met een gezonde dosis *health literacy* bijvoorbeeld, is dit misschien helemaal niet nodig. Andere patiënten hebben wel nood aan een uniek aanspreekpunt, een rol waarvoor huisartsen door hun opleiding de nodige competenties professioneel en academisch in handen hebben. De politieke ambitie om KB 78 te hervormen moet deze basiscompetentie van de huisartsen erkennen, respecteren en bestendigen naar de toekomst toe. De therapeutische - en vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt blijft de basis van de eerstelijnszorg, zowel voor preventie, acute zorg als de aanpak bij chronisch zieken. De GMD-houdende huisarts kan hierbij als synthese-arts een coördinerende rol spelen, voor een “doorverwijzing op maat”. De degradatie van universitaire medische competentieprofielen tot goedkopere “coach”-profielen voor de begeleiding van de patiënten kan onmogelijk de kwalitatieve zorgverlening garanderen en dient eerder de politiek dan de volksgezondheid. De eerstelijns geneeskunde moet gebruik maken van de competenties van elke zorgverstreker en die optimaal benutten.

Patient empowerment houdt ook in dat de patiënt zelf meer verantwoordelijkheid voor zijn of haar gezondheid aan de dag legt. Daarbij mag de notie “financiële verantwoordelijkheid” voor zijn of haar gezondheid geen taboeonderwerp meer zijn. Patiënten hebben soms een deel van hun gezondheidstoestand in eigen handen. Zij moeten hierop kunnen worden aangesproken om bij te sturen.

Organisatie van praktijken? Graag bottom-up, niet top-down!

Anno 2017 lijkt het alsof groepspraktijken, samen onder één dak, dé enige norm voor toekomstige praktijkvoering is. Verklaringen voor de shift van solo- naar groepspraktijken zijn er bij de vleet en komen verder in deze visietekst aan bod. Ook hier loert de verleiding om de hoek om nieuwe praktijkvormen in een meer formeel kader te willen gieten, waarbij van “boven” allerlei samenwerkingsvormen zullen worden opgedrongen om de eerstelijnszorg in een keurslijf te persen, maar zonder wetenschappelijke basis, onder het niet-bewezen dogma van “betere kwalitatieve zorg”. Zo levert een solo-arts niet minder kwalitatieve zorg omdat hij/zij verkiest om niet in een groepspraktijk aan de slag te gaan. VAS pleit voor diversiteit van diverse organisatievormen in de eerste lijn, aangepast aan de plaatselijke noden. In het nieuwe jargon heet dit netwerking.

De dagdagelijkse praktijk van de eerstelijns geneeskunde leent zich niet tot die of die vorm van praktijkvoering. Elke huisarts en eerstelijnszorgverstreker moet steeds voor zichzelf kunnen blijven uitmaken welke praktijkvoering zij of hij wenst uit te voeren.

Hoewel groepspraktijken ongetwijfeld voor patiënten en voor huisartsen tot op een bepaald niveau een toegevoegde waarde kunnen betekenen, en hopelijk ook naar kwalitatieve zorg toe, is het nog maar de vraag of de overmatige concentratie van huisartsen op één werkplek de toegankelijkheid tot de zorg niet in het gedrang brengt. Daar waar vroeger er in elke wijk een huisarts op wandelafstand was, gaat deze redenering al jaren niet meer op. Gelukkig kunnen solopraktijken dat hiaat blijven opvullen; hun ervaring zou tevens moeten doorgegeven kunnen worden en dat kan het best via kleinschalige associaties met doorgroeibanen.

De plannen om het beroep van praktijkassistent in de eerstelijnszorg binnen de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen te integreren, is geen goed idee. Het getuigt in de eerste plaats van een miskennis van zowel de huidige competenties van medische als van paramedische beroepen zoals die nu zijn gedefinieerd in de huidige wetgeving. De expliciete bedoeling om het competentieprofiel van dergelijke praktijkassistent erg laag te stellen zal eveneens leiden tot de devaluatie van kwaliteit van zorg binnen de huisartsenpraktijk.

Om goede kwalitatieve zorg te verstrekken werken huisartsen al decennialang samen met de zorgverstrekkers. Patiënten moeten steeds hun eigen huisarts kunnen kiezen, maar ook de andere professionele zorgverleners. Die vrijheid van de patiënten is enkel maar gegarandeerd als de organisatie van die extramuros-zorg horizontaal is georganiseerd. Organisatiemodellen voor samenwerking tussen huisartsen en andere zorgverstrekkers die zweren bij een hiërarchische aanpak, gaan volledig voorbij aan de notie van inter- en multidisciplinariteit die noodzakelijk is om in het kader van geïntegreerde zorg de gezondheid van de patiënt centraal te stellen en de beste zorg te verlenen. Performante, veilige en efficiënte gegevens- en informatiedeling moet de samenwerking tussen huisartsen en andere zorgverstrekkers optimaliseren.

Private initiatieven en financiering zullen niet alleen nodig zijn om de huidige kwaliteit van de zorg door eerstelijnsartsen in stand te houden, zonder die extra financiële stimuli zal er bovendien geen sprake kunnen zijn van een evolutie van het artseneroep binnen een geïntegreerd zorgmodel.

Balans privé-werk is een individuele keuze

In de toekomst moeten huisartsen zelf kunnen blijven beslissen hoe ze hun balans privé-werk in evenwicht brengen, zonder hierbij uit het oog te verliezen dat de continuïteit van zorg moet verzekerd blijven. Ook buiten de consultatie-uren. Een betere honorering van de avondraadplegingen moet in het kader van de balans privé-werk worden geplaatst. Huisartsen voor wie de balans privé-werk minder prioritair is, moeten voor zichzelf kunnen blijven uitmaken hoe ze hun praktijkvoering organiseren.

Wat de wachtdiensten betreft, moet het mogelijk zijn een pool van huisartsen samen te stellen die vooral wachtdiensten op zich willen nemen, en daar uiteraard financieel worden voor beloond. De motivatie van die huisartsen kadert perfect in een betere balans privé-werk, zowel voor die poolartsen als voor die huisartsen die omwille persoonlijke of familiale omstandigheden een wachtdienst moeilijk kunnen inplannen.

Zorgaanbod huisartsen afstemmen op zorgvraag

Na de vrijheid van praktijkvoering en van de individuele keuze voor een evenwicht privé-werk, moeten huisartsen ook de vrijheid van vestiging behouden. Toch leert de realiteit op het terrein dat die vrijheid van vestiging tot perverse neveneffecten leidt. De te hoge concentratie van artsen in stedelijke gebieden en de gemediatiseerde tekorten in meer rurale gebieden, ondanks Impulseo-initiatieven, geven de misleidende en foutieve indruk dat er zich een chronisch tekort aan huisartsen aftekent. Per capita zijn er in Vlaanderen (en in België) meer dan voldoende huisartsen. De geografische spreiding (zelfs op stedelijk vlak) laat te wensen over. De verleiding om in een grote groepspraktijk te werken, en de politieke promotie ervan, zijn niet steeds compatibel met de zorgbehoeften in een afgebakende geografische entiteit, zoals een wijk of stad. Het is daarom belangrijk om het zorgaanbod af te stemmen op de zorgvraag. Zowel in het belang van de huisartsen als van de patiënten is het noodzakelijk dit in kaart te brengen en mogelijkheden uit te werken om deze evenwichtsoefening, met respect voor de principes van het vrije beroep, tot een goed einde te brengen om op die manier de toegang tot zorg te waarborgen. Een kadaster voor huisartsen en bij uitbreiding voor alle zorgberoepen, is hierbij zonder twijfel een onontbeerlijke tool.

Digitalisering omarmen, niet vergoddelijken

In de gezondheidssector is de digitalisering en technologisering niet te stoppen. Voorstanders prijzen de gezondheidswinst die dit allemaal zou opleveren, koele minnaars wijzen terecht op de potentiële valkuilen. De ambitie van een elektronisch patiëntendossier voor elke patiënt mag dan ongetwijfeld van een onschatbare meerwaarde voor de volksgezondheid, patiënten en huisartsen zijn, de fragmentering bij de uitvoering van eHealth en andere digitale projecten is de ideale voedingsbodem om terecht de veiligheid en de privacy van de informatieketen in vraag te stellen. Om een kwalitatieve patiëntenzorg te kunnen garanderen, moeten huisartsen niet alleen op performante en efficiënte software kunnen rekenen. Gegevensinformatiedeling, GMD en eventuele datamining projecten, zelfs voor wetenschappelijke doeleinden, moeten voldoende garanties bieden op privacy en op het medische beroepsgeheim. Op dit ogenblik blijft er nog steeds heel wat juridische onduidelijkheid hangen

rond alle digitale projecten rond gezondheid, in de eerste lijn en daarbuiten. In dit kader pleit VAS pleit voor duidelijk juridisch kader.

De wildgroei aan de ontwikkeling van medische digitale toepassingen in de vorm van apps en wearables, roept ook vragen op. Plannen om die volop in de eerste lijn te implementeren en te promoten moeten rekening houden met de eventuele gezondheidswinst die deze moderne medische technologie kan opleveren en dit op basis van wetenschappelijk onderzoek, niet op basis van generieke claims. Follow-up van patiënten moet nog steeds in de huisartsenpraktijk gebeuren, eventueel met behulp van technologische apparatuur, zonder die tools de diagnostische en therapeutische waarde te geven die niet gevalideerd en wetenschappelijk onderbouwd is.

Eerstelijnsartsen krijgen onvoldoende opleiding rond digitalisering en informatisering. Bij de aflevering van een softwarepakket met bijhorende modules moeten de softwarehuizen een gedegen en duidelijke opleiding voorzien om ermee te werken. Rond innovatie en digitalisering is er heel weinig communicatie en overleg vanuit de overheid naar de eerstelijnsartsen toe.

“Gratis zorg” belemmert zorg

De roep vanuit het middenveld om de prestatiegeneeskunde bij huisartsen terug te dringen, zelfs volledig te forfaitariseren, is gebaseerd op populistische redenen, net als de veralgemening van de regeling derde betalende onder het mom van een betere toegankelijkheid. Zowel forfaitarisering als een uitbreiding van de regeling derde betaler zijn geen garanties voor een betere toegankelijkheid en een betere zorg. Wanneer patiënten voor de minste klachten zich naar de gratis zorg kunnen reppen, leggen zij niet alleen een hogere werkdruk op de nu al vaak overwerkte artsen, ze beletten dat patiënten die meer intens moeten worden opgevolgd, de huisartsenzorg krijgen die ze broodnodig hebben. Groepspraktijken die met forfaits werken liggen trouwens niet noodzakelijk in de achtertuinen van de patiënten. Patiënten die zich in een financieel precaire situatie bevinden, om welke redenen dan ook, moeten steeds toegang tot de huisartsenzorg blijven krijgen.

Prestatiegeneeskunde is niet alleen de erkenning van de hoeveelheid tijd die een eerstelijnsarts op een dag verricht, het kan de overconsumptie en overbevraging van eerstelijnsartsen tegengaan. Prestatiegeneeskunde vereist daadwerkelijke inspanningen door de artsen, terwijl huisartsen die met een forfait werken een blanco cheque krijgen, ongeacht de werkdruk.

De modellen van forfaitarisering en prestatiegeneeskunde kunnen perfect naast elkaar bestaan, op voorwaarde dat de eerstelijnsartsen zelf kunnen kiezen in welk systeem ze willen gaan werken, zonder het gevaar gestraft te worden omdat men liever voor prestatiegeneeskunde kiest. Een mix van vergoeding, namelijk 30% forfaitbetaling en 70% via prestaties, is een realistische piste. De invoering van andere vergoedingssystemen, zoals *pay for performance*, is niet noodzakelijk een verbetering van de huidige honorering. Het gevaar is niet denkbeeldig dat vergoedingen voor het behalen van bepaalde performantiefactoren de huisartsen zullen aanzetten aan patiëntselectie te doen. Bij forfaitaire en

prestatiegeneeskunde kunnen huisartsen patiënten niet selecteren op basis van *compliance* of moeilijk op te volgen pathologieën.

Betere begeleiding voor eerstelijnsartsen

Zowel het begin als het einde van een loopbaan zijn cruciale fases in het leven van een huisarts. Bij het begin is er niet het zelfvertrouwen en de financiële draagkracht als op het einde van haar/zijn carrière. Naar patiëntenzorg toe stellen deze fases ook uitdagingen voor de huisartsen. Een professionele begeleiding en coaching zijn zeker nodig bij het begin en bij het einde van een loopbaan, ook in de periode daartussen moet huisartsen kunnen rekenen op steun. Wanneer een eerstelijnsarts die bijna met pensioen gaat een startende collega begeleidt, zou hij/zij voor de tijd en opleiding een vergoeding moeten krijgen. Langdurige ziektes en burn-out zijn uitdagingen waarbij zelfstandige huisartsen een beroep zouden moeten kunnen doen op een vangnet.

Volwaardig sociaal statuut

Naar de opbouw van sociale rechten toe hebben de artsen in opleiding nog steeds geen volwaardig sociaal statuut. Gezien hun lange opleiding i.v.m. andere vrije beroepers is dit nefast voor hun pensioenopbouw. Voor VAS is het noodzakelijk dat deze discriminatie op het vlak van de opbouw van sociale rechten en pensioen wordt weggewerkt.

Inperking macht mutualiteiten

Mede door de verregaande informatisering binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, verdwijnen enkele taken die de mutualiteiten historisch hebben ingevuld. Heel wat administratief werk dat vroeger door de mutualiteiten werd gedaan, gebeurt nu door de eerstelijnsarts zelf. Voor dit omslachtige werk krijgt hij/zij geen enkele vergoeding, terwijl de mutualiteiten nog steeds het geld hiervoor opstrijken. Voor VAS is het logisch dat eerstelijnsartsen het geld van de mutualiteiten krijgen als vergoeding voor het administratieve werk dat ze voor die mutualiteiten doen. Tot slot pleit VAS voor een inperking van de macht van de mutualiteiten bij zeggenschap rond gezondheid, omdat een volwaardige eerstelijnsgeneeskunde zich moet baseren op goede praktijkvoering. De belangen van de mutualiteiten zijn door de silowerking eerder op de politiek gericht dan op een goede praktijkvoering in het belang van de patiënt en van een kwalitatieve zorg.