

# huisartsgeneeskunde in een multidisciplinair perspectief

ri de ridder

houthalen

15.04.2015

1984

toen een consultatie 348 frank (8,68 euro)  
en een huisbezoek 372 frank (9,22 euro)  
kostten

- 1976 bijgeschoold algemeen geneeskundige
- 1984 stagemeeestervergoeding
- 1995 accreditering
- 1999 globaal medisch dossier
- 2001 huisarts

rapport  
karel  
van de meulebroeke  
2002

# niet contactgebonden financieringen (exclusief medische huizen)

2002	2013 <u>19 % huisartsenbudget</u>
globaal medisch dossier	globaal medisch dossier
accréditeringsforfait	accréditeringsforfait
	praktijktoelage
	telematicapremie
	beschikbaarheidshonorarium
	diabetespas
	impulsfonds
	kringfinanciering
	wachtposten
	zorgtrajecten
	lokale multidisciplinaire netwerken
	statuut HAIO

uitdagingen

hoe een verdubbeling van  
het aantal patiënten per  
huisarts opvragen?

hoe de diversiteit  
van de stad integreren  
in de praktijk?



integratie

zorg, gezondheid, welzijn

mobile health

gezondheidsgeletterdheid

hoe naar een behoeftengestuurde  
zorg voor overwegend  
multimorbiede patiënten  
in de dagelijkse praktijk?

vergrijzing



## Statistics Belgium

 Zoeken

Statistieken & Cijfers

Gegevensinzameling

Publicaties

Organisatie

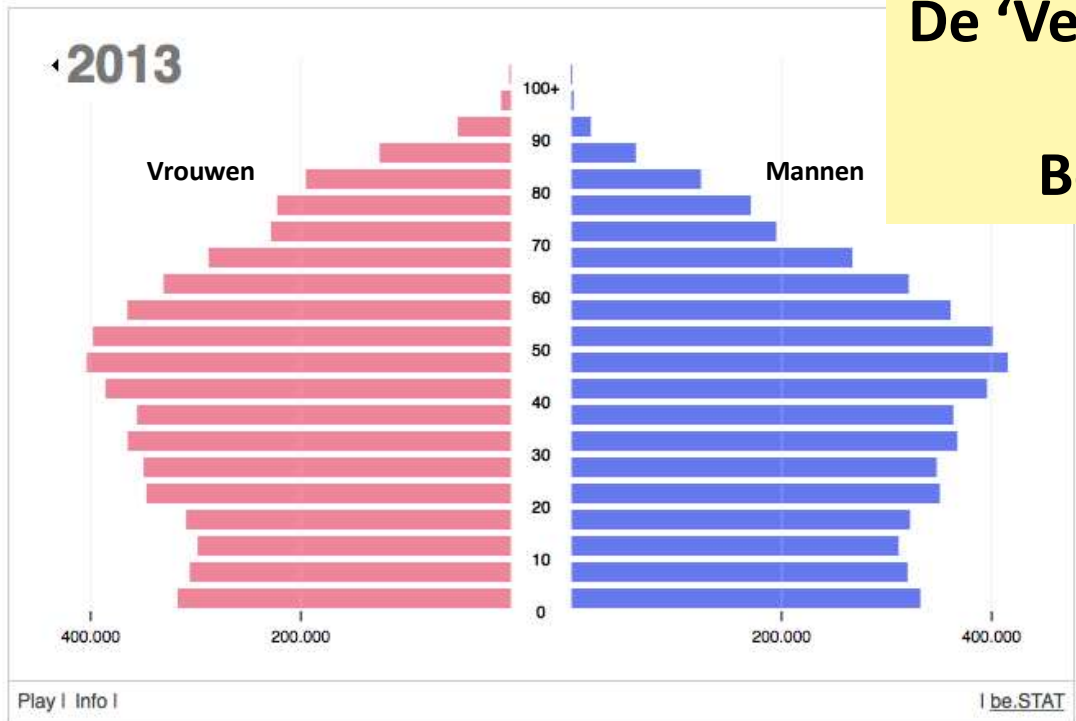
- » Volgens woonplaats
- » Volgens leeftijd en geslacht
  - » **Leeftijdspiramide**
  - » België
  - » Brussel
  - » Vlaanderen
  - » Wallonië
- » Indicatoren per gewest
- » Geslachtsverhouding
- » Honderdjarigen
- » Volgens burgerlijke staat
- » Volgens huidige nationaliteit
- » Volgens geboorteland
- » Volgens huishoudens

Home > Statistieken & Analyses > Statistieken & Cijfers > Bevolking > Structuur van de bevolking > Volgens leeftijd en geslacht > **Leeftijdspiramide**

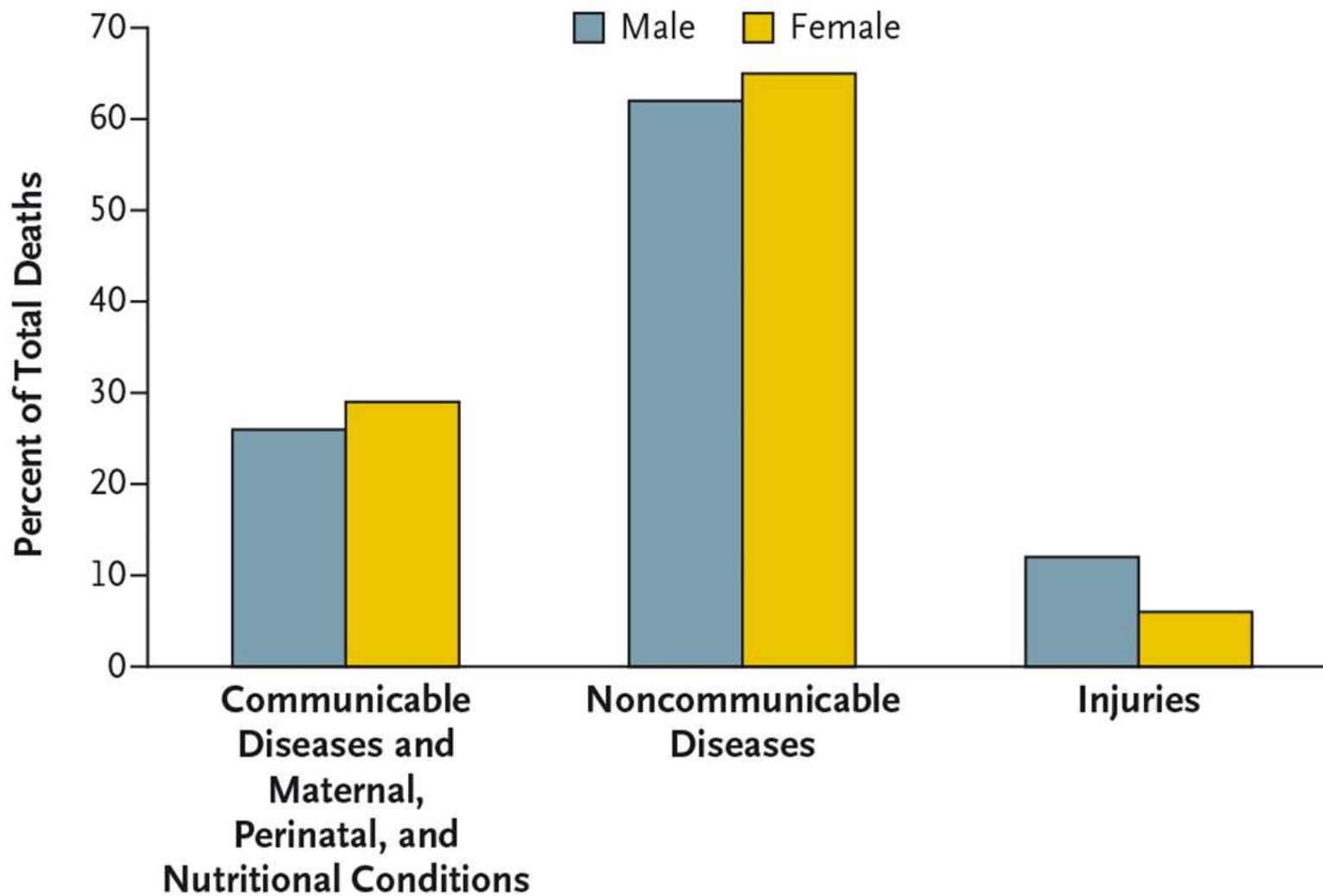
### Structuur van de bevolking volgens leeftijd en geslacht: leeftijdspiramide

Gewest  Provincie  Arrondissement

Gemeente

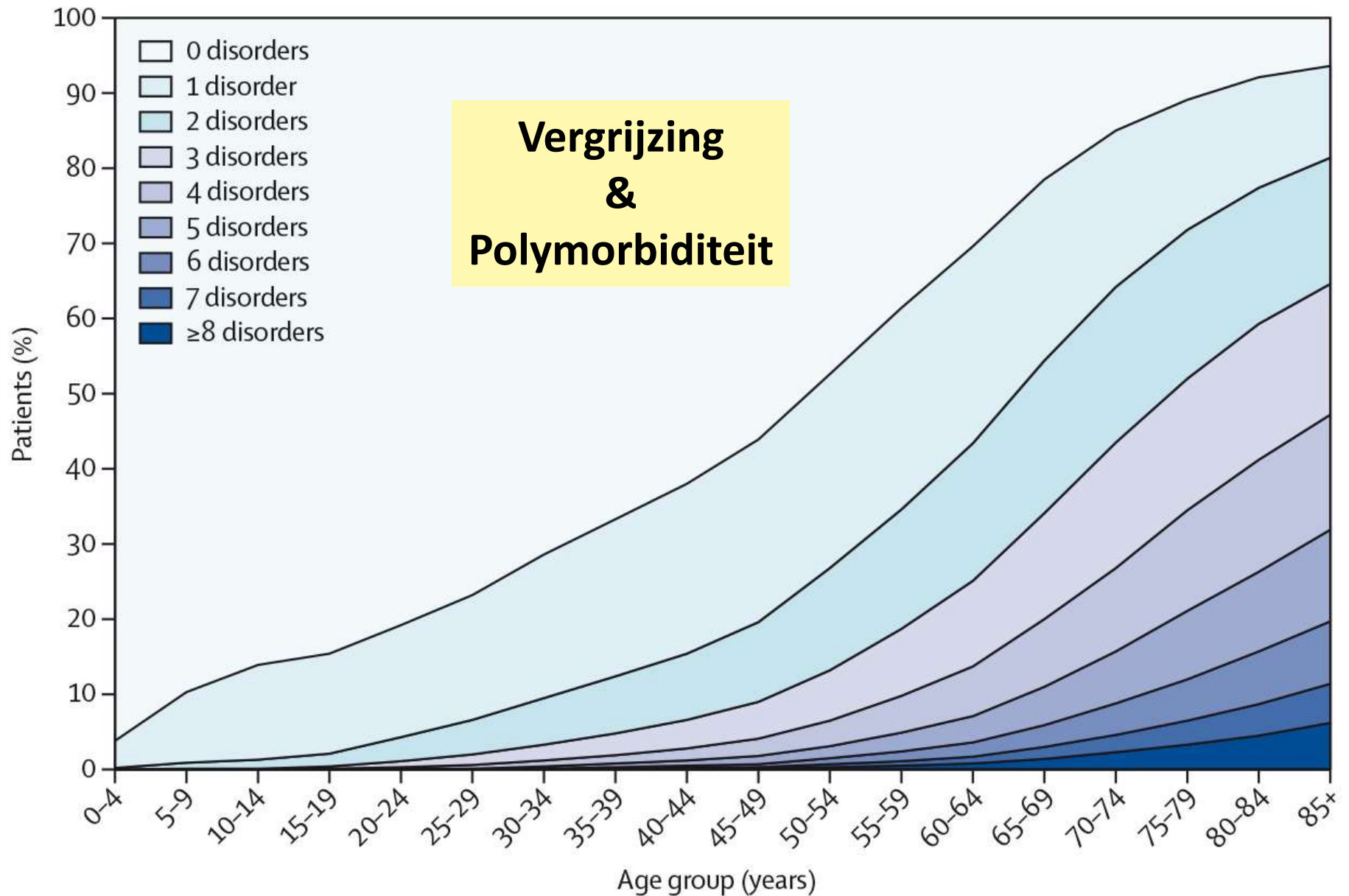


De 'Vergrijzing':  
België

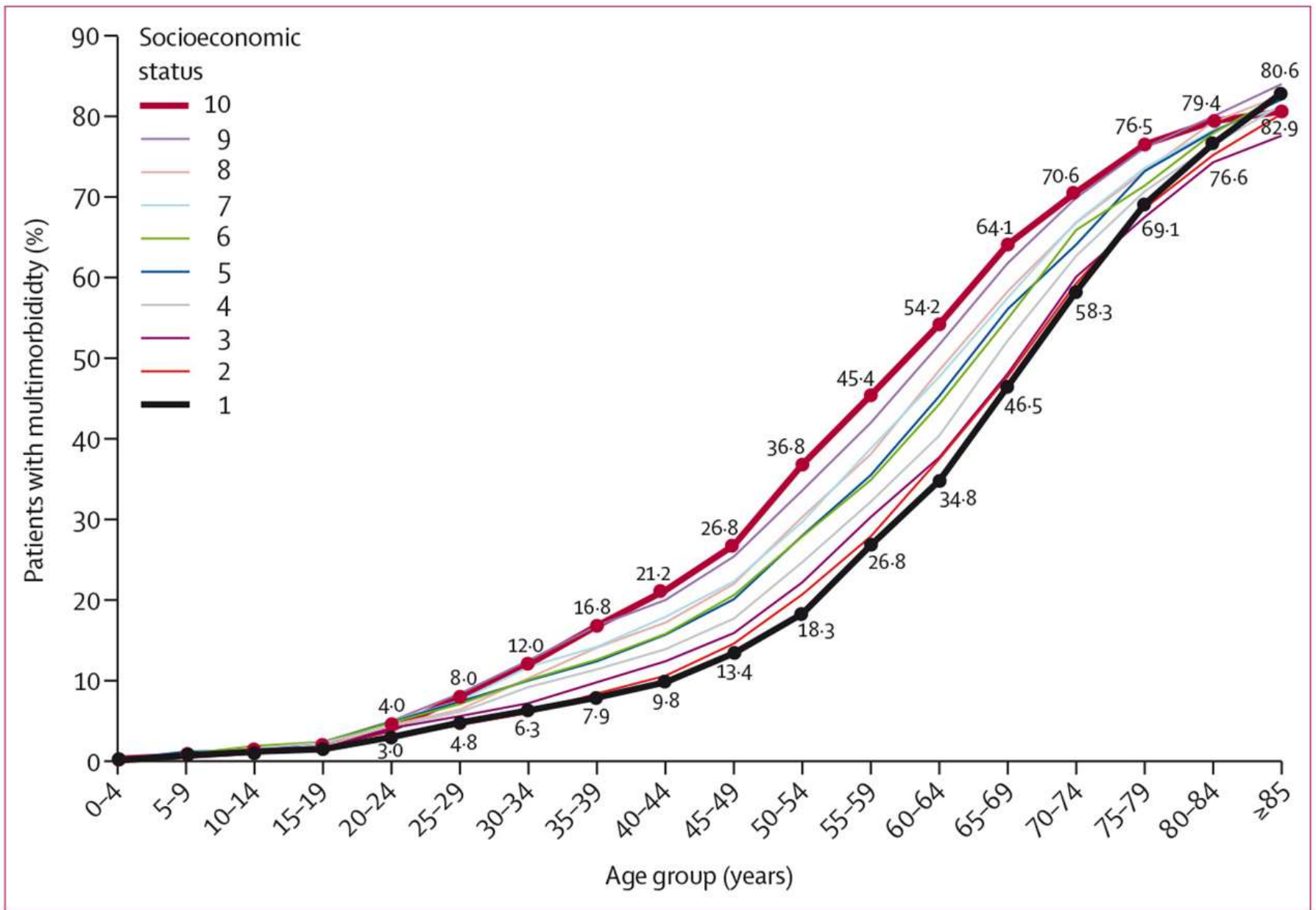


**Figure 1. Global Deaths According to Cause and Sex, 2008.**

Adapted from the World Health Organization (WHO).<sup>4</sup>



**Figure 1: Number of chronic disorders by age-group**



**Figure 2: Prevalence of multimorbidity by age and socioeconomic status**

On socioeconomic status scale, 1=most affluent and 10=most deprived.

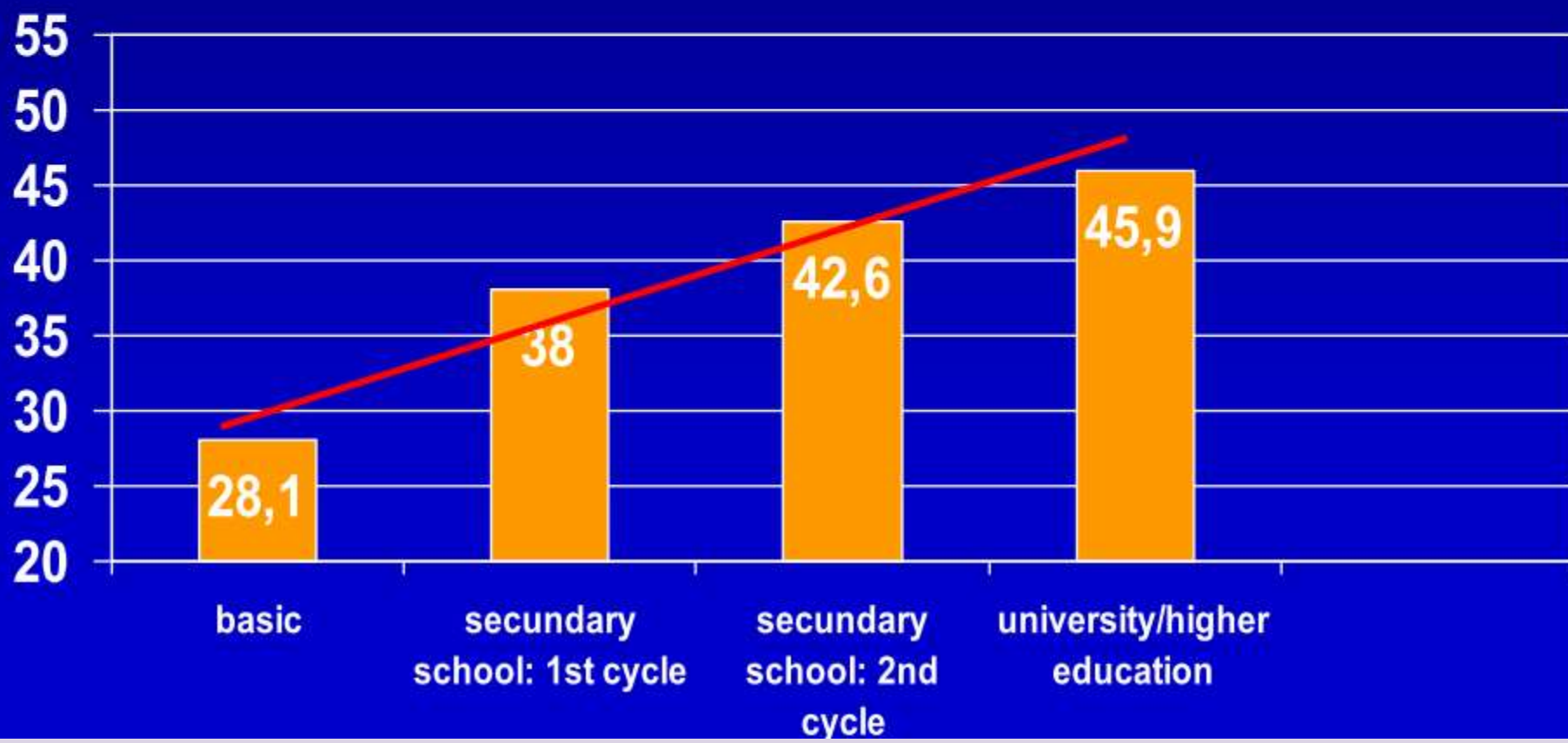


# Healthy life expectancy in Belgium

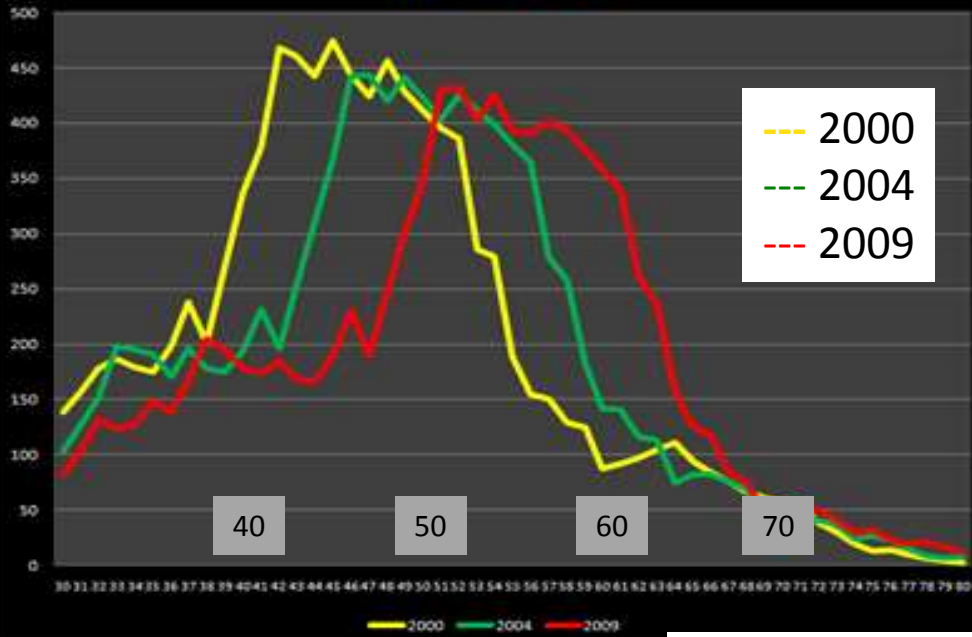
(Bossuyt, et al. Public Health 2004)

## Socio-economic inequalities in health

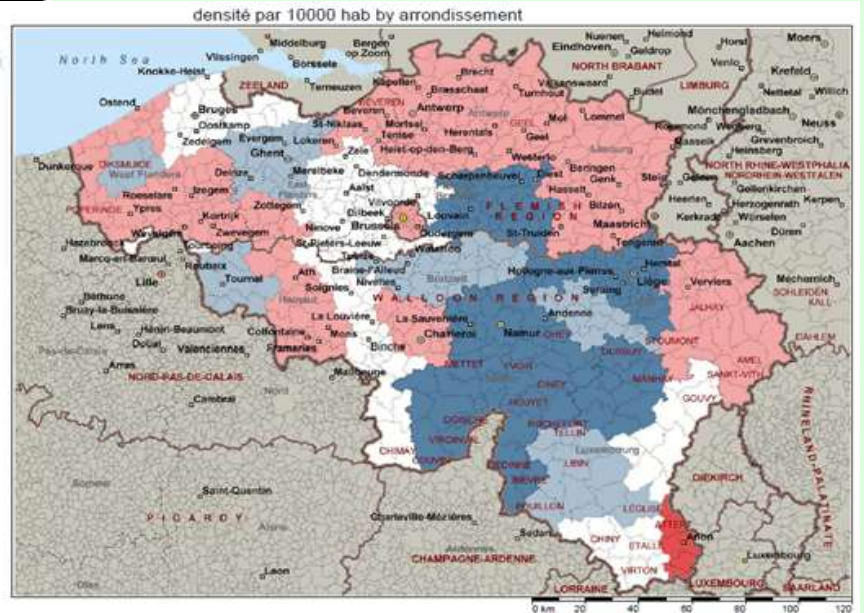
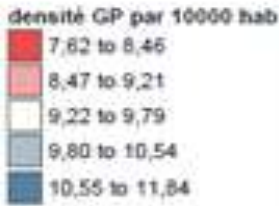
### Healthy life expectancy in Belgium, 25 years, men



nombre de GP agréés par âge (> 1250 contacts / an)  
2000-2004-2009



# De 'Vergrijzing': Huisartsen



chronische zorg

# POSITION PAPER: ORGANISATIE VAN ZORG VOOR CHRONISCH ZIEKEN IN BELGIË

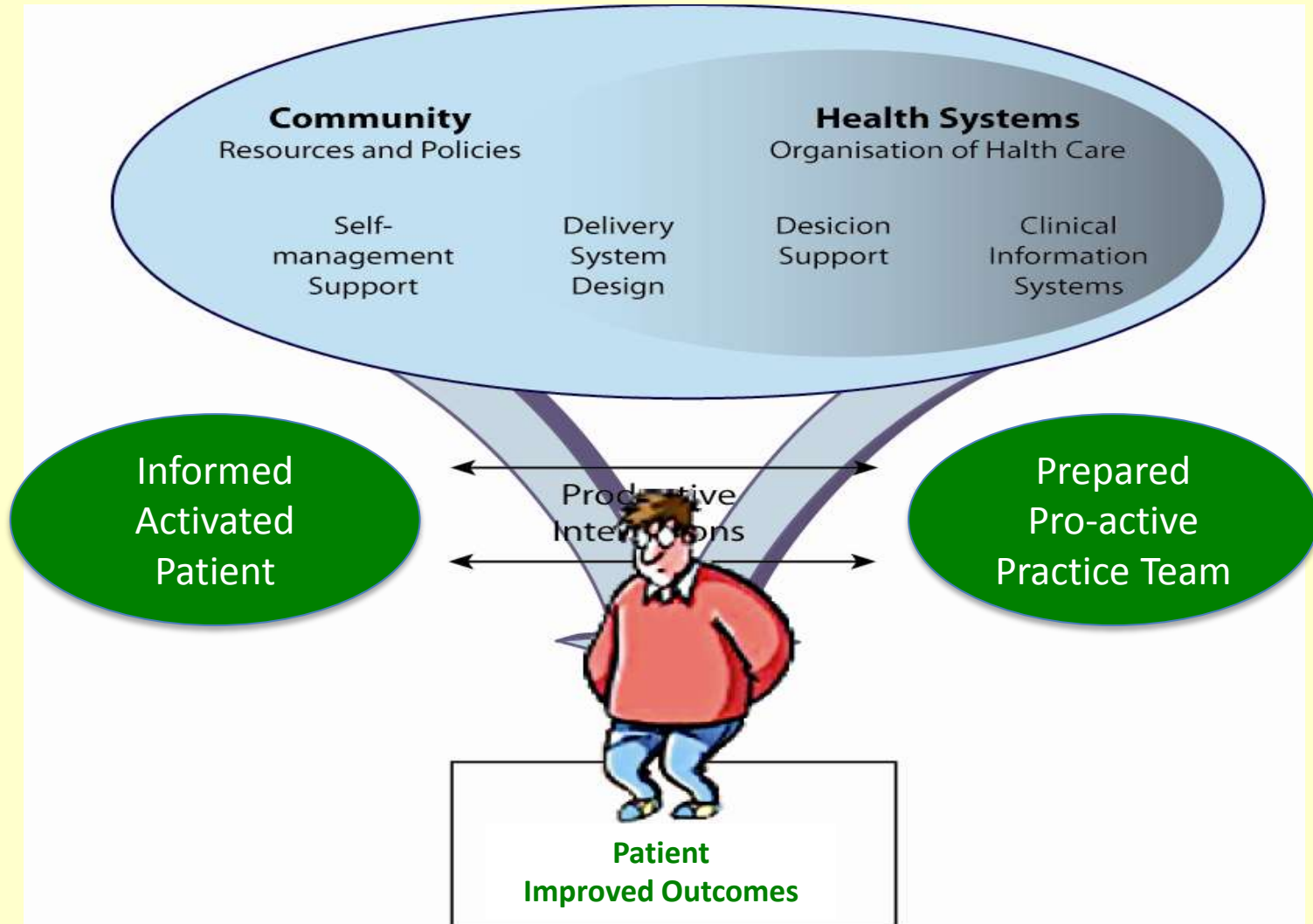


Het gezondheidszorgsysteem dat zich richt op chronische zorg, biedt personen, die lijden aan chronische aandoeningen en die hulp nodig hebben gedurende enkele (tientallen) jaren, een gecoördineerd geheel van op behoeften gebaseerde, gepersonaliseerde, doelgerichte, geplande, professioneel ondersteunde dienstverlening bij de routinezorg en bij acute episodes.

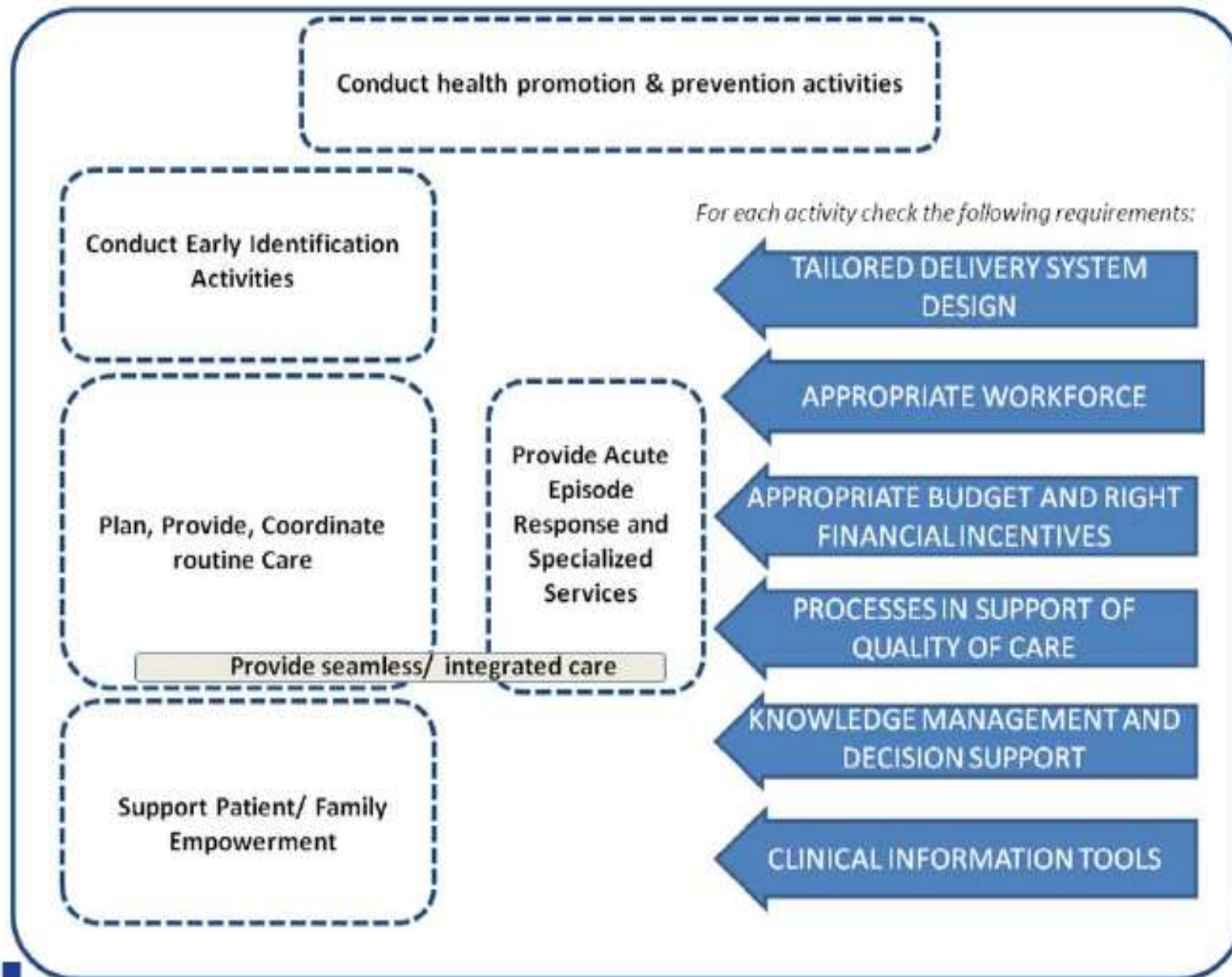
Deze dienstverlening gebeurt op een kwaliteitsvolle, evidence-based, efficiënte, duurzame, toegankelijke, cultureel competente en patiënt empowering manier in de minst complexe omgeving die klinisch aanvaardbaar is.

Het doel is de levenskwaliteit van de begunstigden te verbeteren en hen te helpen beter te functioneren, zowel thuis, op school/het werk, in de gemeenschap.

# Het Chronic Care Model (Wagner)



Implementation and follow-up of a dynamic care model based on evolving societal values, patients and families needs, state-of-the-art practices and budgetary constraints



*Margaret is 75 years old.*

*Fifteen years ago she lost her husband.*

*She is a patient in the practice for 15 years now. During these last 15 years she has been through a laborious medical history: operation for coxarthrosis with a hip prosthesis, hypertension, diabetes type 2, COPD and osteoarthritis. Moreover there is osteoporosis. She lives independently at her home, with some help from her youngest daughter Elisabeth.*

*I visit her regularly and each time she starts saying:*

*“Doctor, you must help me”.*

*Then follows a succession of complaints and unwell feeling: sometimes it has to do with the heart, another time with the lungs, then the hip, ...*



*Each time I suggest – according to the guidelines - all sorts of examinations that did not improve her condition.*

*Her requests become more and more explicit, my feelings of powerlessness, insufficiency and spite, increase.*

*Moreover, I have to cope with guidelines that are contradictory: for COPD she sometimes needs corticosteroids, which worsens her glycemic control.*

*The adaptation of the medication for the blood pressure (at one time too high, at another time too low), cannot meet with her approval, as does my interest in her HbA1C and lung function test-results.*

# What do the guidelines say ?



## Patient tasks

- Joint protection
- Energy conservation
- Self monitoring of blood glucose
  - Exercise
- Non weight-bearing if severe foot disease is present and weight bearing for osteoporosis
- Aerobic exercise for 30 min on most days
  - Muscle strengthening
  - Range of motion
- Avoid environmental exposures that might exacerbate COPD
- Wear appropriate footwear
  - Limit intake of alcohol
- Maintain normal body weight

## Patient education

- Foot care
- Osteoarthritis
- COPD medication and delivery system training
- Diabetes

## Clinical tasks

- Administer vaccine
  - Pneumonia
  - Influenza annually
- Check blood pressure at all clinical visits and sometimes at home
  - Evaluate self monitoring of blood glucose
  - Foot examination
  - Laboratory tests
  - Microalbuminuria annually if not present
  - Creatinine and electrolytes at least 1-2 times a year
  - Cholesterol levels annually
  - Liver function biannually
- HbA1C biannually to quarterly

## Referrals

- Physical therapy
- Ophthalmologic examination
- Pulmonary rehabilitation

Time	Medications
7:00 AM	Ipratropium dose inhaler Alendronate 70 mg/wk
8:00 AM	Calcium 500 mg Vit D 200 IU Lisinopril 40mg Glyburide 10mg Aspirin 81mg Metformin 850 mg Naproxen 250 mg Omeprazol 20mg
1:00 PM	Ipratropium dose inhaler Calcium 500 mg Vit D 200 IU
7:00 PM	Ipratropium dose inhaler Metformin 850 mg Calcium 500 mg Vit D 200 IU Lovastatin 40 mg Naproxen 250 mg
11:00 PM	Ipratropium dose inhaler
As needed	Albuterol dose inhaler Paracetamol 1g

*After so many contacts Margaret says:*

“Doctor, I want to tell you what really matters for me.

On Tuesday and Thursday, I want to visit my friends in the neighbourhood and play cards with them.

On Saturday, I want to go to the Supermarket with my daughter. And for the rest, I want to be left in peace,

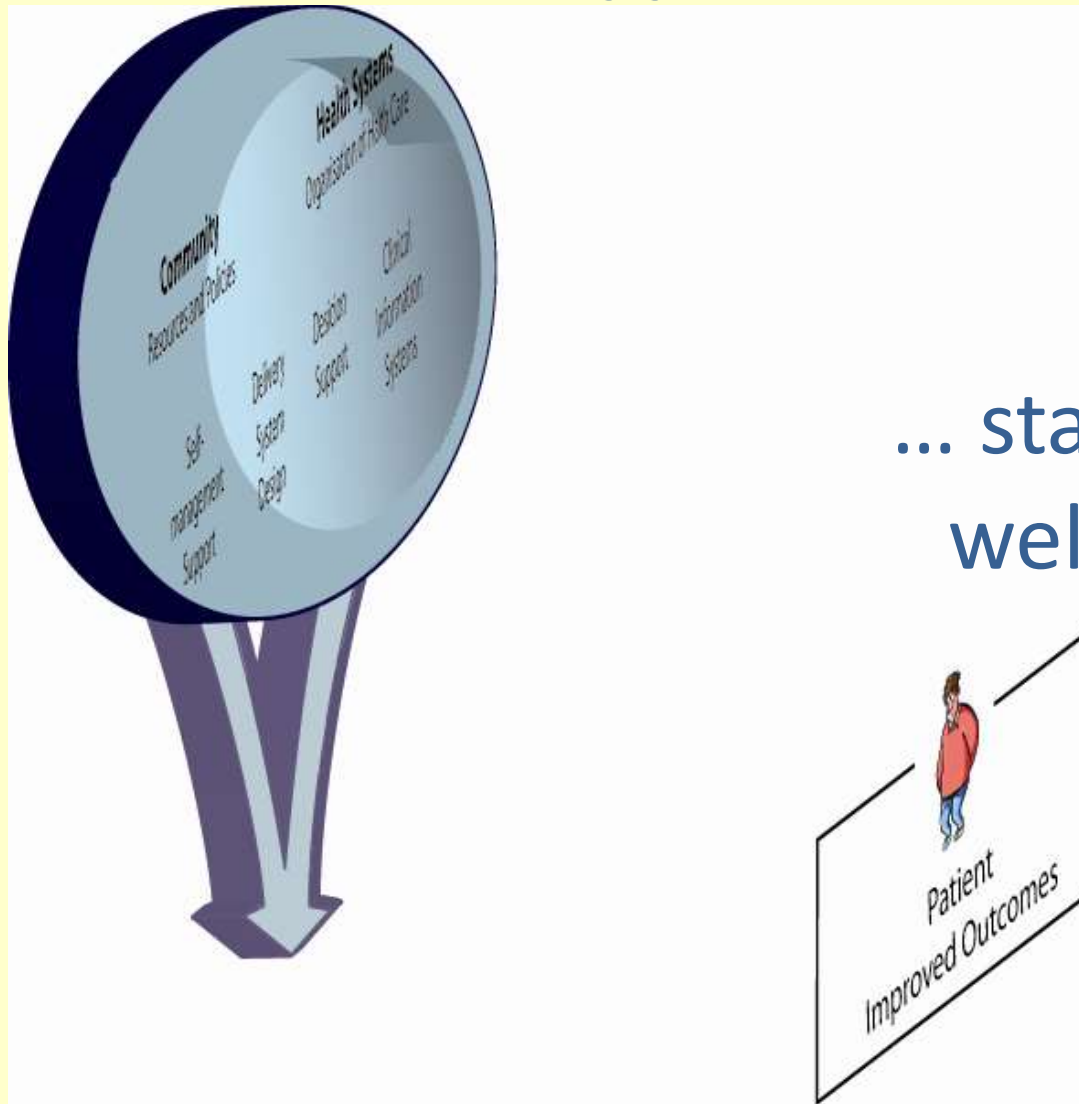
I don't want to change continually the therapy anymore, ... especially not having to do this and to do that”.

*In the conversation that followed it became clear to me how Margaret had formulated the goals for her life.*

*And at the same time I felt challenged how the guidelines could contribute to the achievement of Margaret's goals.*

*I visit Margaret again with pleasure ever since: I know what she wants, and how much I can (merely) contribute to her life.*

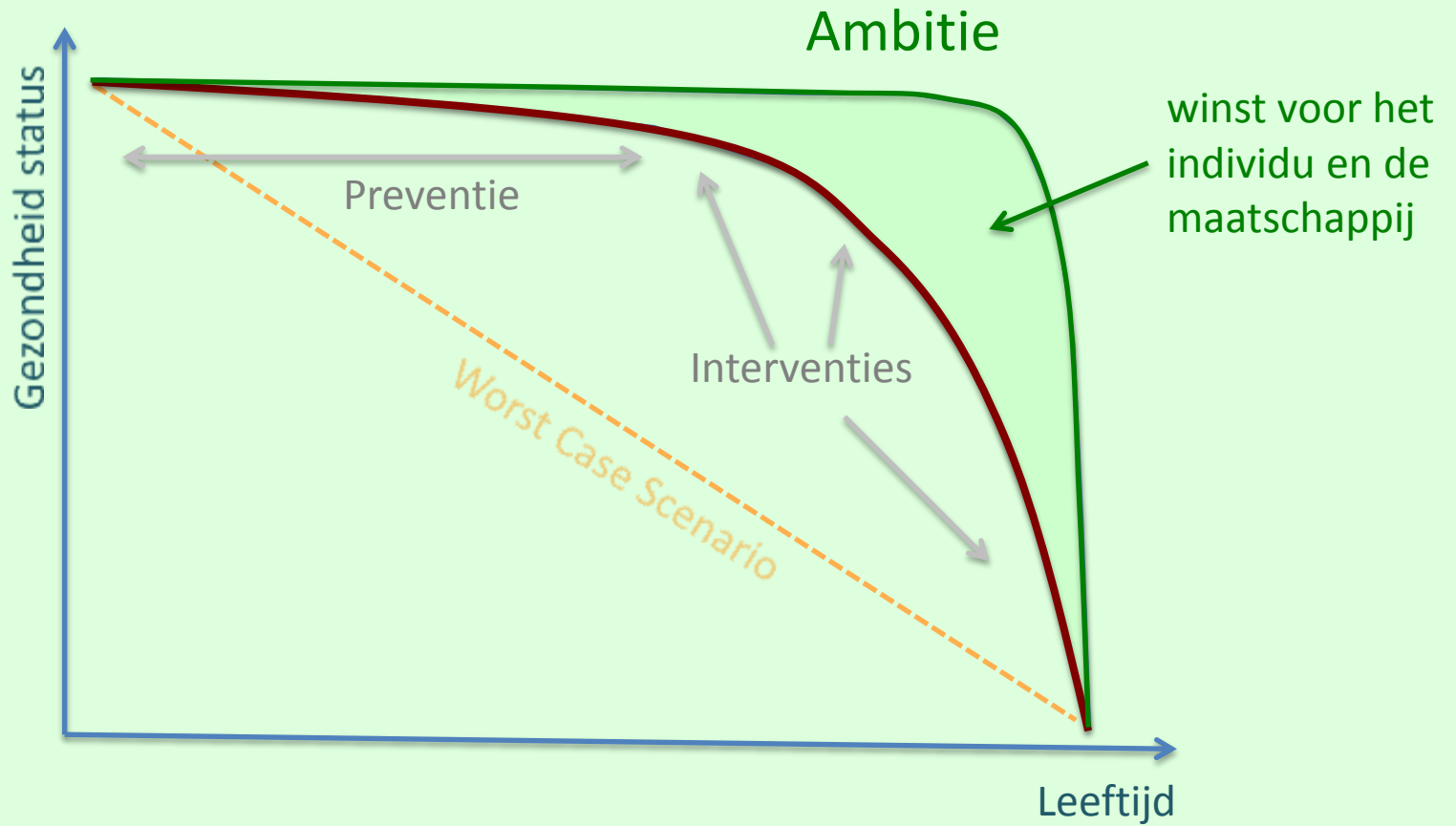
maar ...



... staat de patiënt wel centraal...?

geïntegreerde zorg

MORE YEARS  
BETTER LIVES



# geïntegreerde zorg ?

## *wat zegt de WHO hierover ?*

geïntegreerde zorg = het managen en leveren van gezondheidsdiensten, naadloos doorheen gezondheidspromotie, preventie, diagnose, behandeling, permanente opvolging, reïntegratie, palliatieve zorg;

op verschillende niveaus en verschillende plaatsen en afgestemd op de behoeften van de patiënt.

horizontaal én vertikaal geïntegreerd

= multidisciplinair en, gezamenlijk door eerste-, tweede- & derdelijn

# Typologie van geïntegreerde zorg

- **Horizontale integratie:** tussen gezondheids & welzijnssector
- **Verticale integratie:** Tussen eerste, tweede en derde lijn
- **Integratie binnen één sector:** bv. geestelijke gezondheidszorg
- **Integratie tussen preventie en curatieve diensten**
- **Integratie tussen zorgverstrekkers en patiënten**



# triple aim

*1. organiseer de zorg lokaal, in teamverband, op basis van een analyse van de bevolking (analyse van morbiditeit, mortaliteit, levenskwaliteit, verminderen van opnames...)*

*2. verbeter de zorg zoals de patiënt die ervaart*

*(prioriteiten van de patiënt, tevredenheid, vertrouwen, motivatie, empowerment, betrokkenheid...)*

*3. verhoog de efficiëntie*

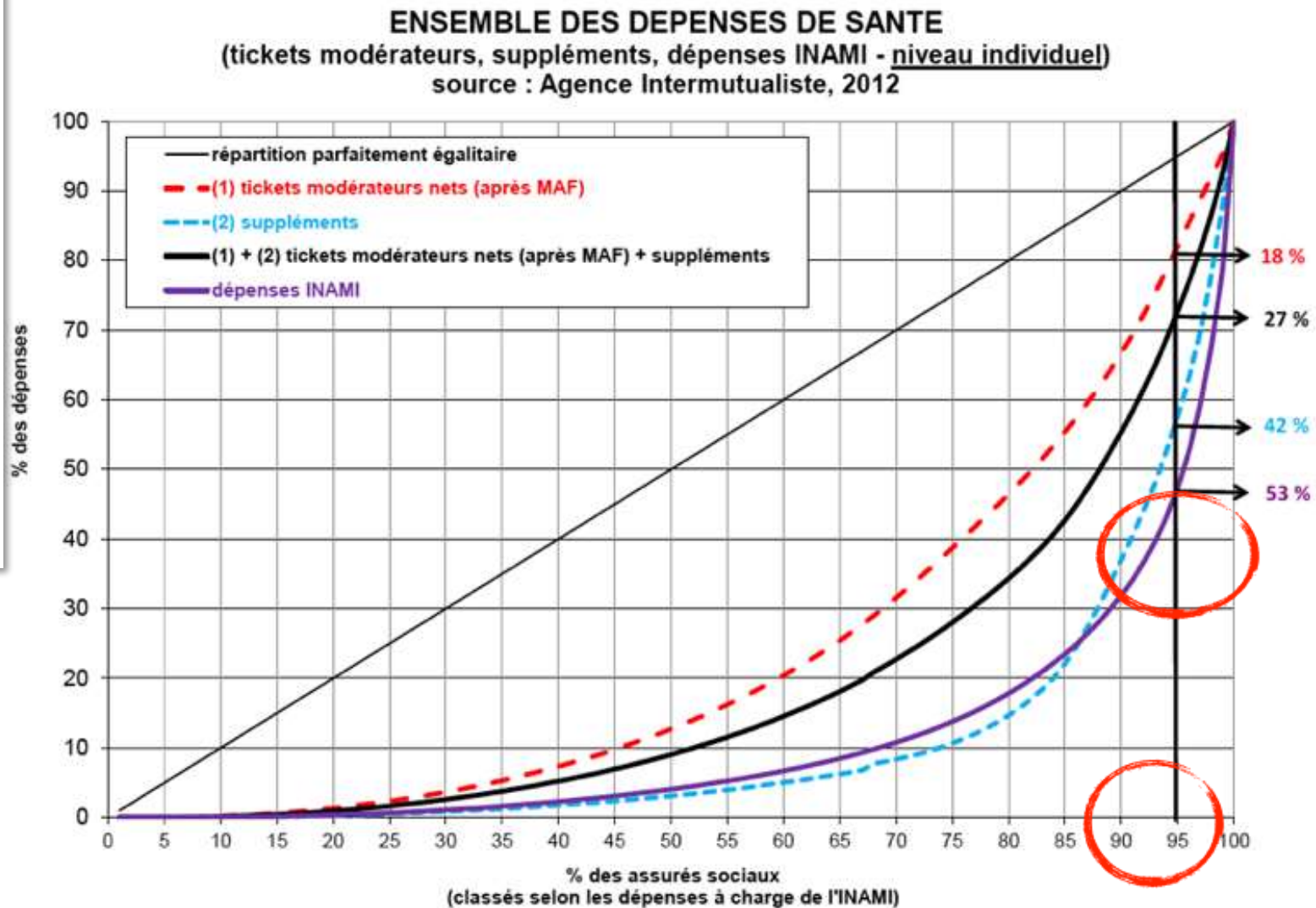
*(kosten/baten meten, hogere productiviteit, lagere kost per capita,...)*



hoe  
triple aim  
aanpakken

stratificatie

**step 1:**  
*identifieer  
samen en  
lokaal  
waar de  
grootste  
problemen  
zitten*



Les 5% d'assurés avec les dépenses AMI les plus élevées concentrent donc 53% des dépenses AMI, 18% des tickets modérateurs nets, 42% des suppléments (enregistrés) et 27% de la masse totale de tickets modérateurs nets et de suppléments.

 **Zoeken**

Consumentenbescherming

Ondernemingen & Zelfstandigen

**Statistieken & Analyses**

Over de FOD Economie

**Statistieken & Cijfers**

Gegevensinzameling

Publicaties

Organisatie

- » Volgens woonplaats
- » Volgens leeftijd en geslacht
- » **Leeftijdspiramide**
- » België
- » Brussel
- » Vlaanderen
- » Wallonië
- » Indicatoren per gewest
- » Geslachtsverhouding
- » Honderdjarigen
- » Volgens burgerlijke staat
- » Volgens huidige nationaliteit
- » Volgens geboorteland
- » Volgens huishoudens

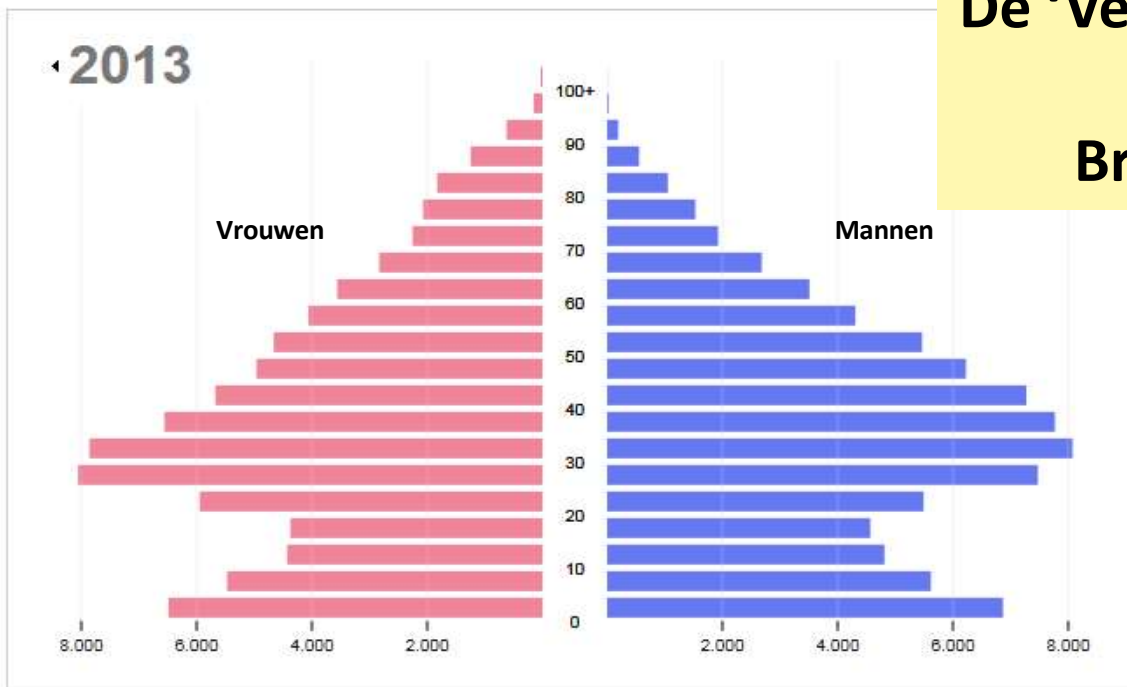
[Home](#) > [Statistieken & Analyses](#) > [Statistieken & Cijfers](#) > [Bevolking](#) > [Structuur van de bevolking](#) > [Volgens leeftijd en geslacht](#) > **Leeftijdspiramide**

### Structuur van de bevolking volgens leeftijd en geslacht: leeftijdspiramide

Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Brussel-Hoofdstad

Brussel



**De 'Vergrijzing':  
Brussel**

Play | Info |

[be.STAT](#)

 Zoeken

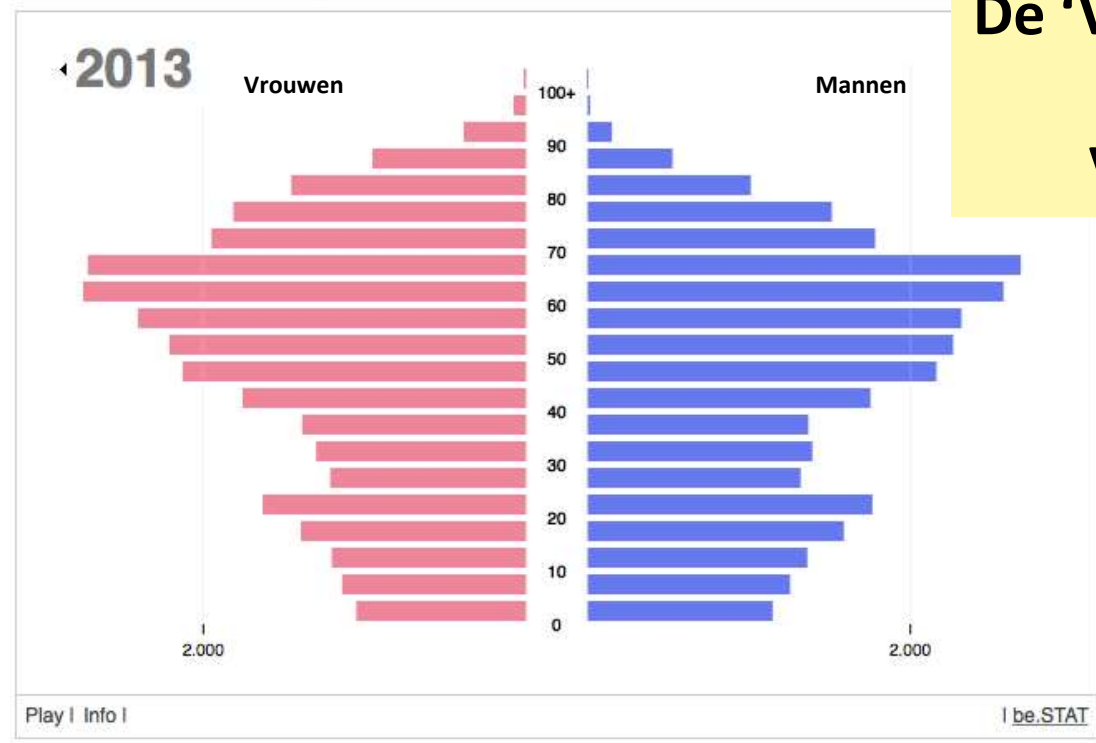
- » Volgens woonplaats
- » Volgens leeftijd en geslacht
- » **Leeftijdspiramide**
- » België
- » Brussel
- » Vlaanderen
- » Wallonië
- » Indicatoren per gewest
- » Geslachtsverhouding
- » Honderdjarigen
- » Volgens burgerlijke staat
- » Volgens huidige nationaliteit
- » Volgens geboorteland
- » Volgens huishoudens

Home > Statistieken & Analyses > Statistieken & Cijfers > Bevolking > Structuur van de bevolking > Volgens leeftijd en geslacht > **Leeftijdspiramide**

### Structuur van de bevolking volgens leeftijd en geslacht: leeftijdspiramide

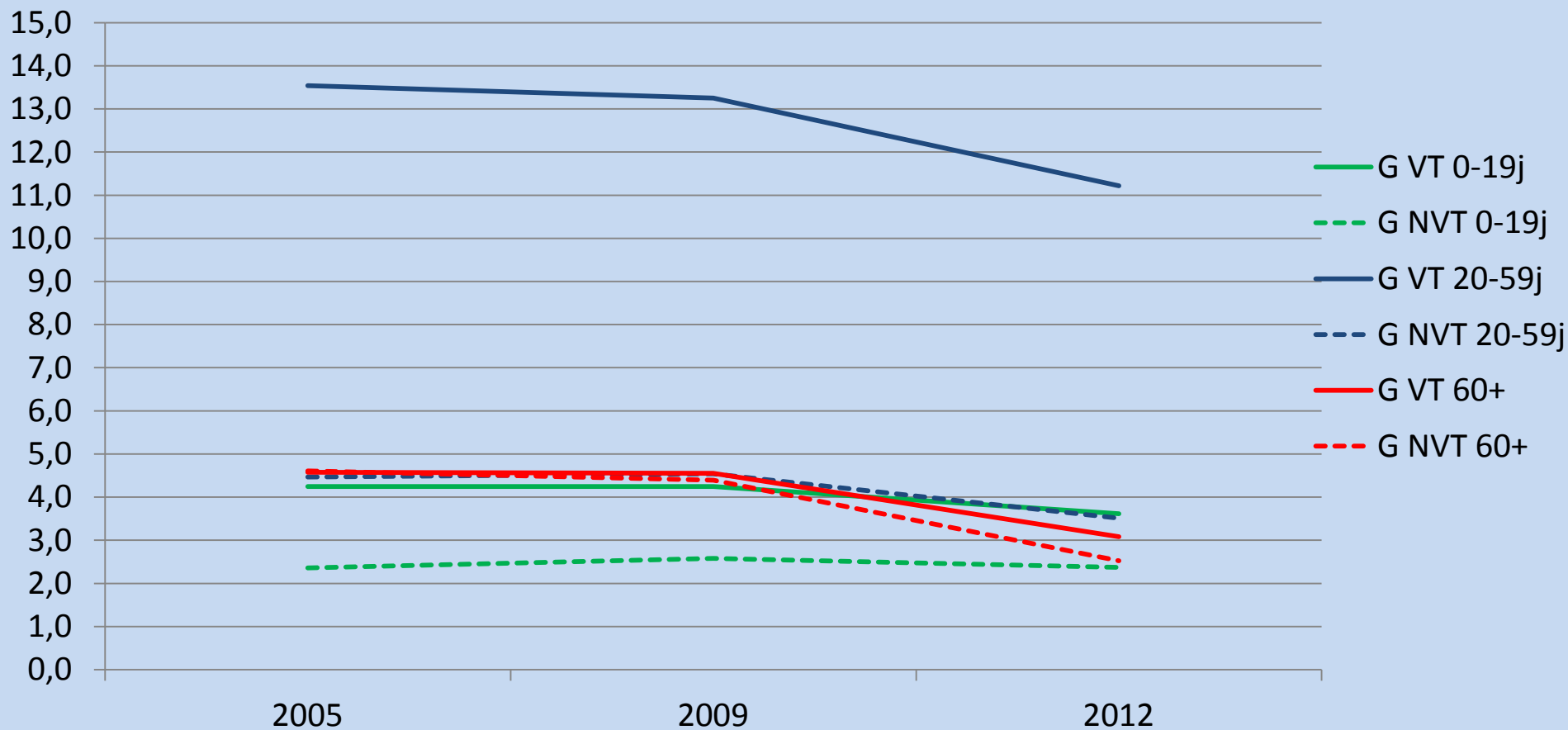
Vlaams Gewest West-Vlaanderen Veurne

Gemeente



**De 'Vergrijzing':  
Veurne**

evolutie % patiënten met psychiatrische hulpverlening  
(consultaties en/of therapie) 2005-2009-2012 volgens  
leeftijdsgroep en al dan niet verhoogde tegemoetkoming (bron:  
EPS release 8, basissteekproef 2005-2009-2012)



**stap 2:**

*identificeer samen met die patiënten wat hun behoeften en verwachtingen zijn*

**stap 3:**

*stel samen het multidisciplinair protocol op: wie doet wat ?*

**stap 4:**

*genereer zelf de nodige extra middelen door efficiënter te werken*

**stap 5:**

*meet outcomes, evalueer en stuur bij waar nodig*

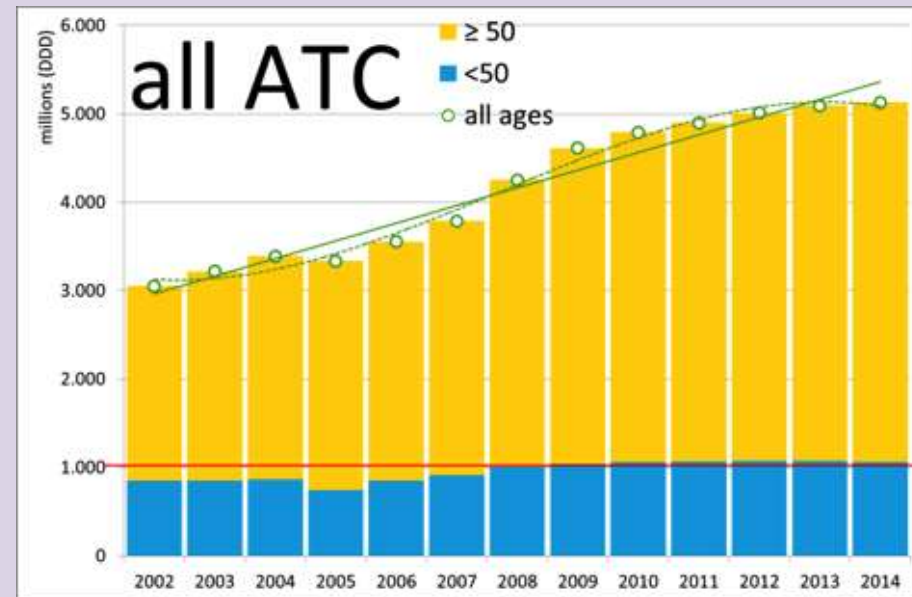
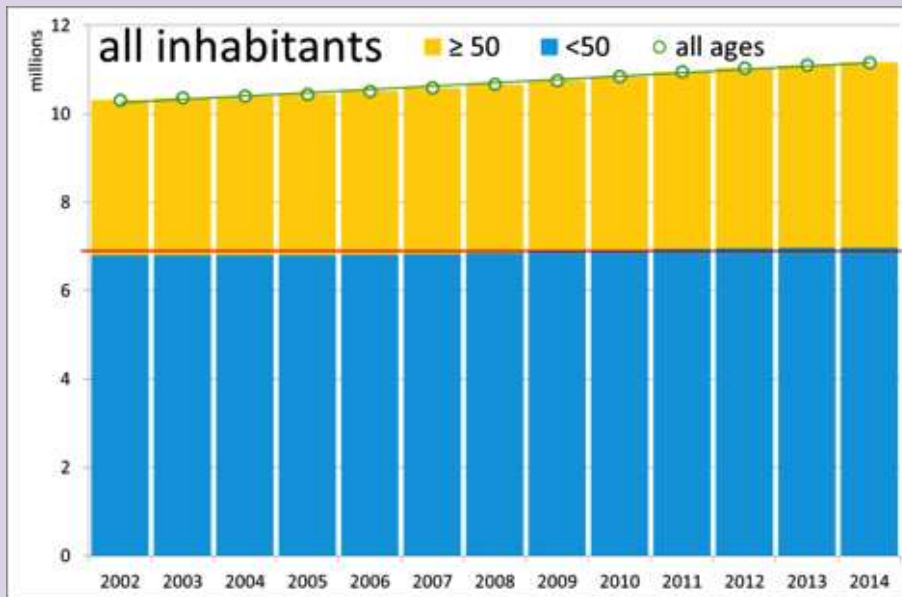


# stap 4

## vergrijzing en geneesmiddelenconsumptie

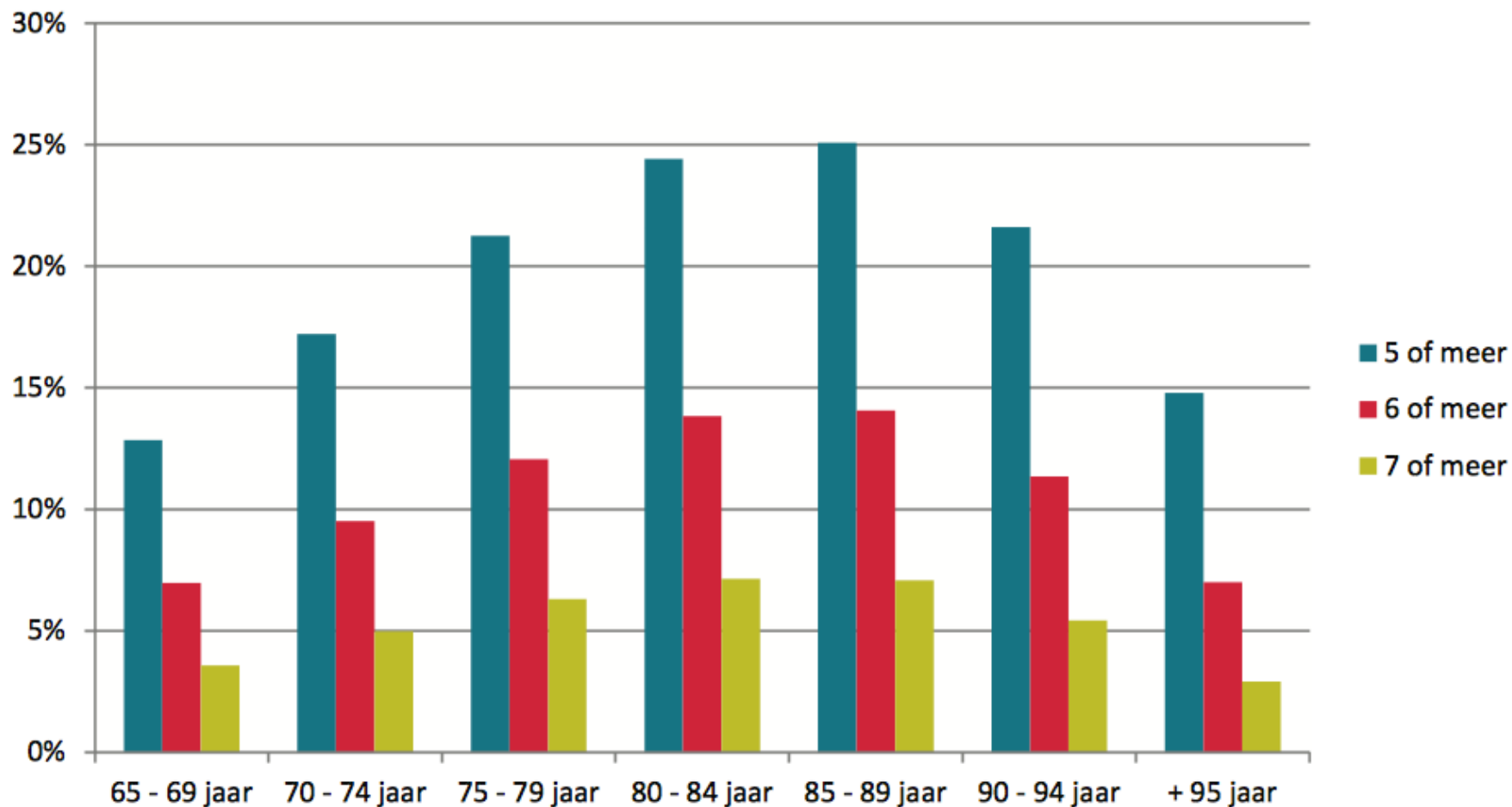
op 12 jaar van 10 naar 11 miljoen Belgen (de groei zit helemaal in de >50 jarigen...

effect op het geneesmiddelengebruik. ...> 50j. : explosieve DDD groei)



# stap 4

**Grafiek 3 - Percentage patiënten per aantal chronisch gebruikte geneesmiddelenklassen en per leeftijdscategorie (op ATC-3-niveau)**



Bron: Farmanet, RIZIV situatie 31.12.2012

efficiënter werken

online

per telefoon

dienstverlening

# mHealth & telemonitoring

geef de patiënt een  
“Dashboard”:

1. regelmatig zelf meten en monitoren
2. zien of je wel in de “groene zone” blijft
3. een “rood lampje” waarschuwt je tijdig, voor het fout loopt



geef de patiënt een “GPS” :

1. start met het geven van een (therapeutisch) doel
2. de “GPS” toont waar je bent en waar je naartoe moet
3. hij helpt je terug op het juiste pad, wanneer je fout dreigt te lopen.



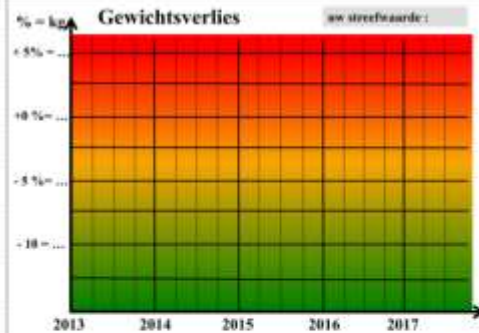
# “objectief voor de patiënt: in de groene zone blijven...”

Overgewicht is een belangrijke risicofactor voor hart en bloedvaten.

**5 à 10% gewicht verliezen volstaat** om dit risico te verminderen en uw bloedsuikergehalte te verbeteren.

*Noteer uw startgewicht hiernaast bij de "0". Voor u is 5% ... kg of 10% ... kg.*

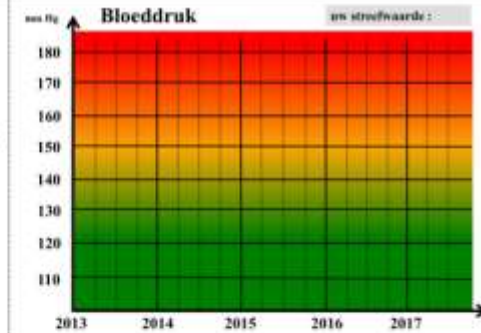
Bij gewichtsproblemen kan begeleiding door een diëtiste helpen om uw streefdoel te bereiken.



Hoge bloeddruk werkt vernauwing van de bloedvaten in de hand.

Gezonde voeding, beweging en rookstop doen de bloeddruk dalen.

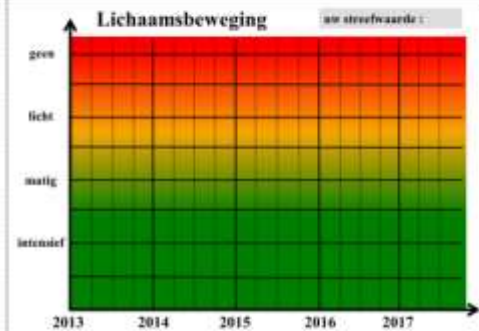
**Meestal is ook medicatie nodig**, vaak zelfs een combinatie van verschillende geneesmiddelen.



Regelmatig bewegen verbetert uw bloedsuiker en is goed voor hart en bloedvaten.

U hoeft niet intensief te sporten. Meer **beweging inbouwen in uw dagelijks leven is al voldoende** (trap i.p.v. lift, boodschappen te voet, ...). Nog meer bewegen mag natuurlijk altijd.

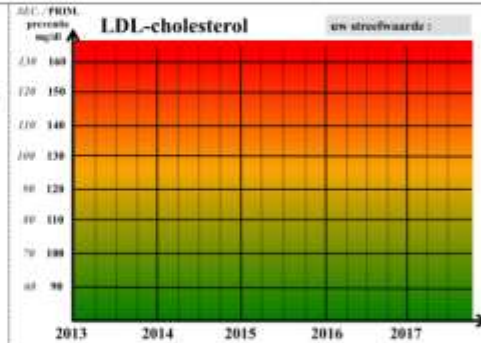
**Dagelijks een half uurtje flink doorstappen** zonder buiten adem te raken is ideaal.



Hoge cholesterol (vooral de 'slechte' LDL-cholesterol) moet streng worden aangepakt bij diabetes.

De streefwaarde is lager als u al hart- of vaatproblemen hebt gehad.

Meestal is cholesterolverlagende medicatie nodig. Bij diabetes geldt immers: "hoe lager de cholesterolwaarde hoe beter de bescherming tegen verkwikelingen."

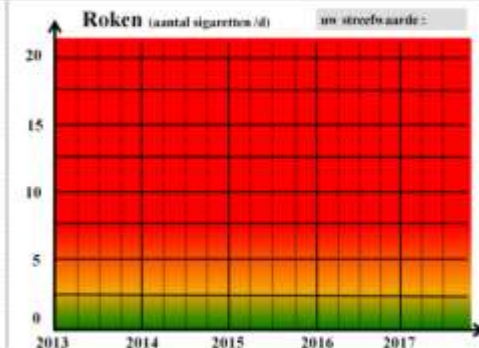


Stoppen met roken is zeer belangrijk!

Roken veroorzaakt bij personen met diabetes veel meer schade aan de bloedvaten dan bij personen zonder diabetes, ook al rookt u maar enkele sigaretten.

**Doe erg uw best om het roken te laten!**

Uw arts kan u hierbij helpen. Rookstopbegeleiding is effectief en wordt grotendeels terugbetaald.

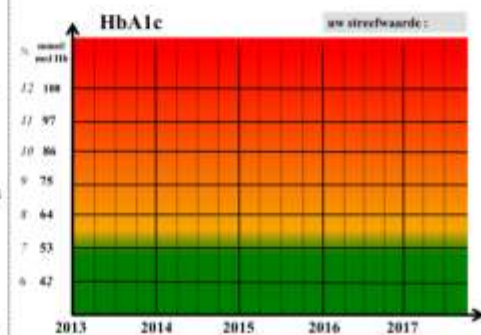


Een goede bloedsuikerregeling vermindert uw kans op diabetesverkwikelingen.

De HbA1c-waarde geeft het gemiddelde weer van de hoeveelheid suiker die de voorbije 3 maanden in uw bloedvaten is blijven plakken.

**Laat om de drie maanden uw bloed prikken om HbA1c te bepalen.**

*De oude HbA1c-waarde in % is internationaal vervangen door een nieuwe waarde in mmol/mol Hb. In de tabel zijn nog beide notaties opgenomen.*



onmogelijk ?

de verandering  
is al begonnen !

historiek

een voorgeschiedenis

van onvrede

over de rolverdeling

tussen huisarts en specialist

in de (chronische) patiëntenzorg



historiek

inschrijving bij de huisarts

echelonering

globaal medisch dossier

## aantal GMD 2014

	rechthebbenden	GMD
vlaanderen	6.310.659	4.044.204
belgië	11.012.510	5.784.973

referentiekaders

kce-rapport : de kwaliteit en organisatie  
van type 2 diabeteszorg – 2006

# kce-rapport 2006 aanbevelingen

van symptoom gedreven zorg → globale,  
proactieve patiëntgerichte en geïntegreerde  
zorg

van arts-patiënt → team-patiëntrelatie

patiënt empowerment

correcte zorg conform wetenschappelijke  
richtlijnen

# kce-rapport 2006 aanbevelingen

huisarts centraal / specialist coach

diabeteseducator cruciaal lid team

klinisch informatiesysteem

indicatoren

van losse initiatieven naar nationaal  
diseasemanagement

dpa

bottom up : kan gestructureerde diabeteszorg  
in een regio opgezet worden op basis van  
chronic disease management en is dat kosten  
effectief ?

zorgtrajecten

een complexe interventie

# het zorgplan “diabetes 2”

## *doelstellingen*

- *ziekte inzicht & educatie*
- *motiveren van patiënt & omgeving*
- *levensstijl: bewegen, roken, gewicht, voeding*
- *therapie-doelen:*  
*glycemie, lipiden, rr, tromboserisico, rookstop, infecties, levensstijl*
- *preventie: griep – pneumokokken*
- *biologische parameters: HbA1c (4x/jaar), lipiden, creatinine, microalbuminurie*
- *verwikkelingen opsporen:*  
*cardiaal, vasculair, neurologisch, voeten, nier, ogen, seksualiteit*



# het zorgplan “diabetes 2”

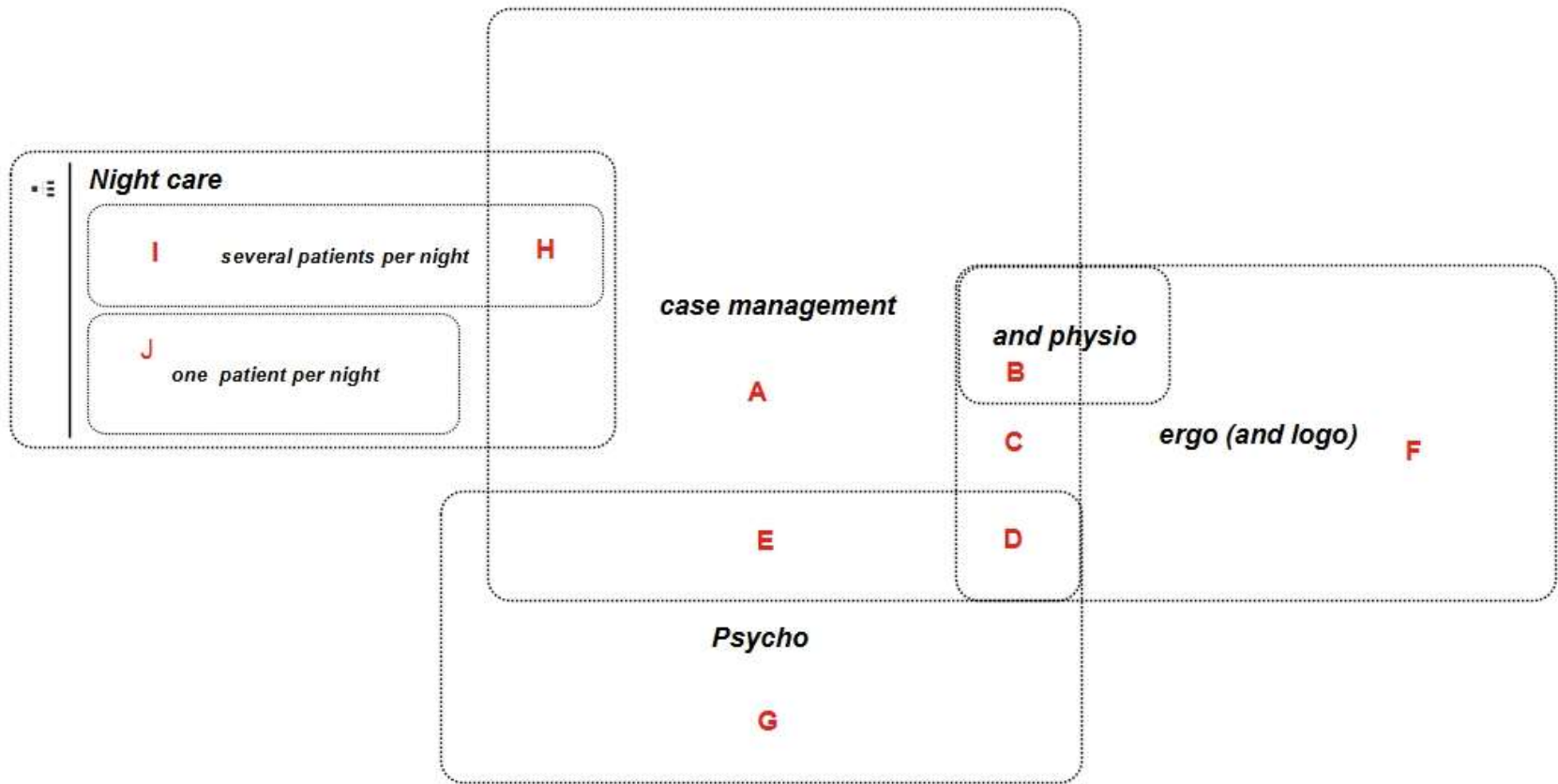
## *bouwstenen*

- *gepersonaliseerde doelstellingen*
- *aanbeveling goede praktijk*
- *educatie en educatoren*
- *zelfzorgmateriaal*
- *diabetespas*
- *coaching*
- *podologie*
- *diëtetiek*
- *automatische goedkeuring hoofdstuk IV geneesmiddelen*
- *remgeldvermindering*
- *LMN*
- *zorgtrajectpromotor*
- *gegevensregistratie*
- *administratieve criteria*
- *feedback*

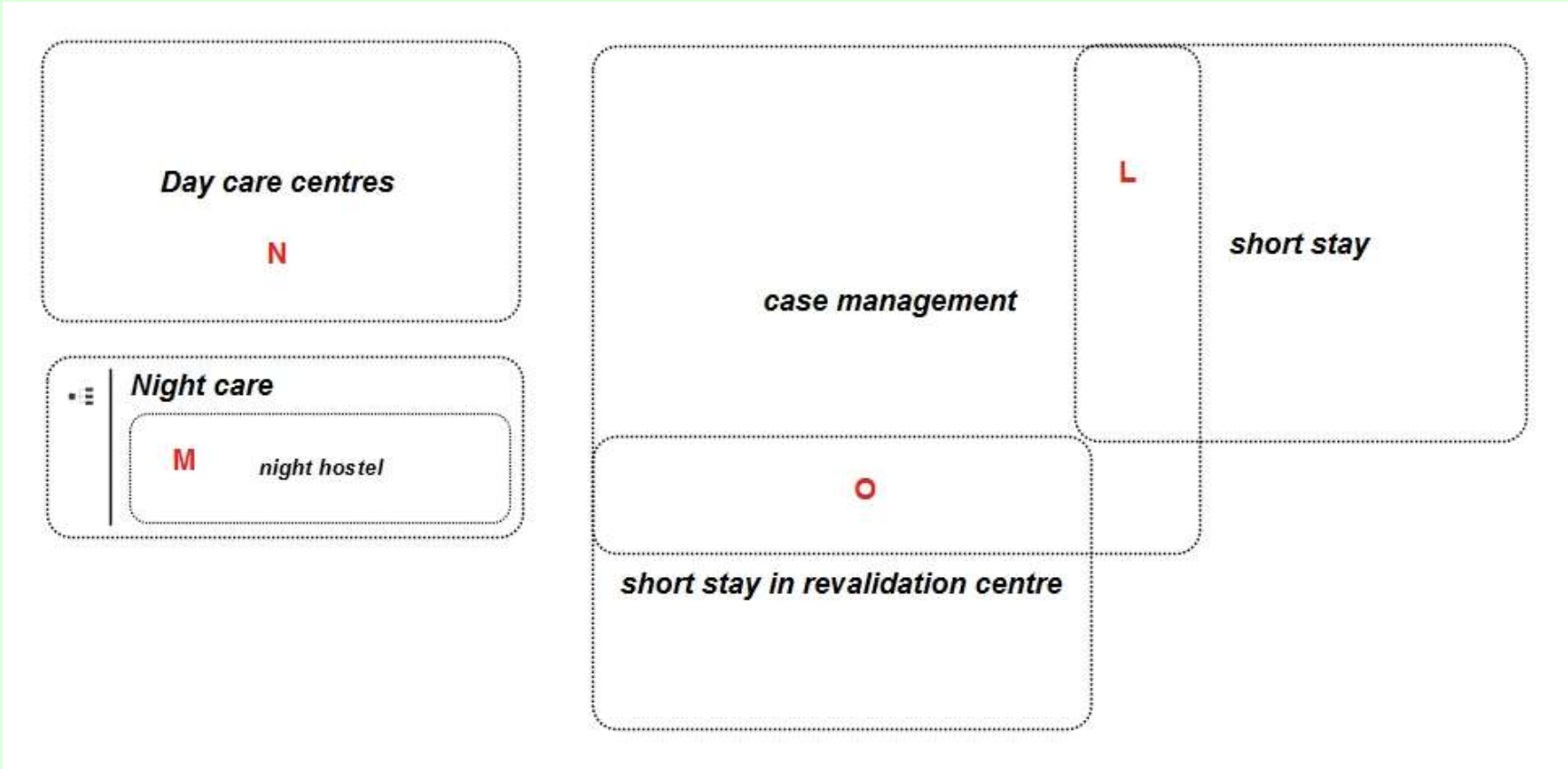
zorgvernieuwingsprojecten

‘protocol 3’

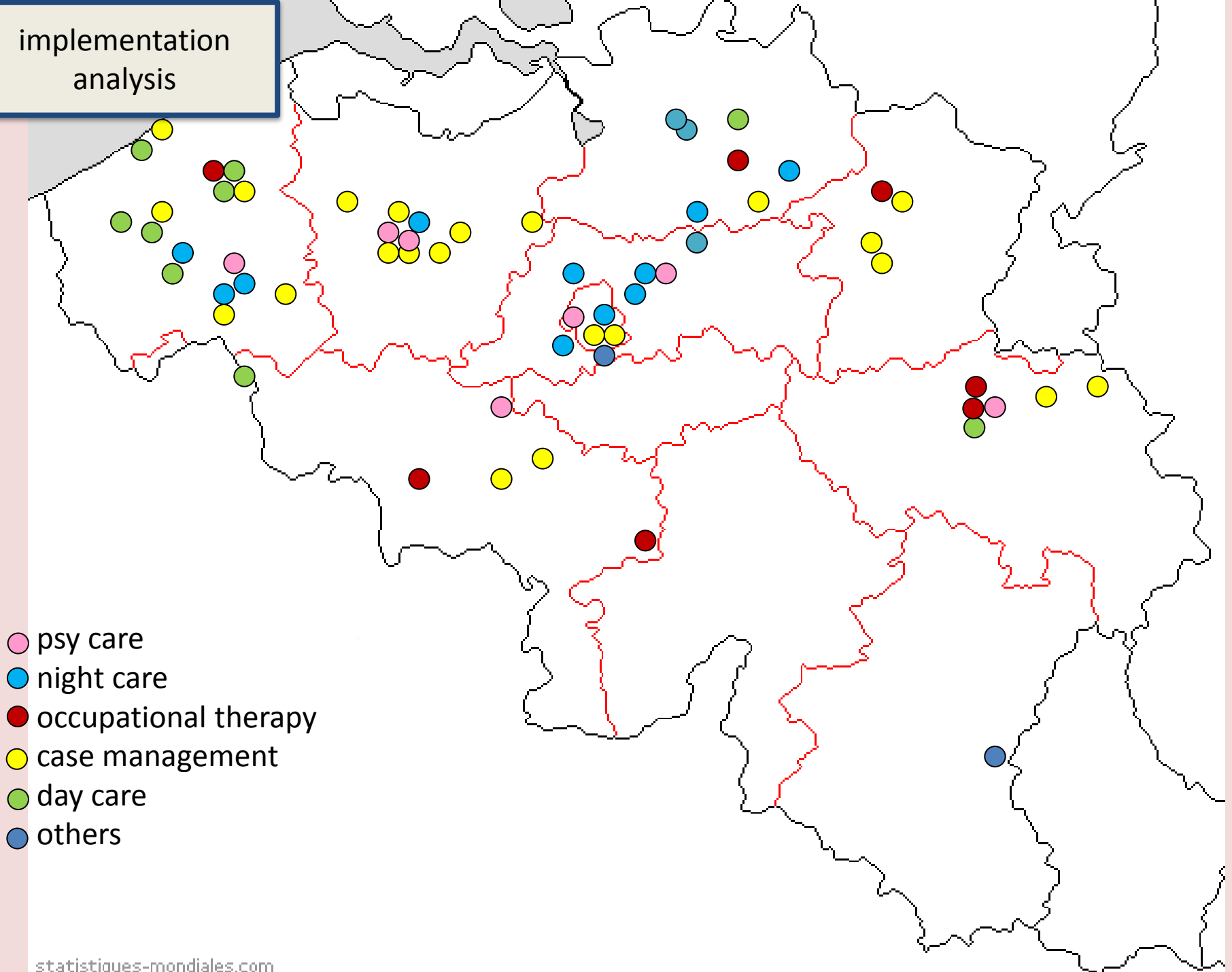
# interventions at home



# interventions out of the home



implementation  
analysis



*van een archipel van eilanden met  
individuele zorgverstrekkers  
en instellingen...*



*... naar een geïntegreerd  
zorglandschap met multidisciplinaire  
samenwerking,  
naadloos gecoördineerd  
tussen alle "lijnen"*

# Note d'orientation

Une vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique



# Orientatienota

Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België



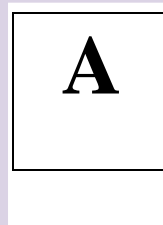
naar een  
nationaal plan  
geïntegreerde zorg





*Conférence Interministérielle  
Santé Publique*

*Interministeriële Conferentie  
Volksgezondheid*



**Déclaration conjointe  
concernant les soins  
intégrés en faveur des  
malades chroniques**

-  
*Groupe de travail inter-  
cabinets  
Maladies chroniques*

**Réunion  
30 mars 2015**

**Gemeenschappelijke  
Verklaring over de  
geïntegreerde zorg voor  
chronisch zieken**

-  
*Interkabinetten-  
werkgroep  
Chronische ziekten*

**Vergadering  
30 maart 2015**

actieplan  
e gezondheid  
2013 - 2018

de inzet is groot

een  
universele  
solidaire  
duurzame  
kwalitatieve  
gezondheidszorg

maatschappelijk belang

totale gezondheidsuitgaven 2012: 41 miljard  
euro

publiek: 8,2% van het BBP  
privaat: 2,7% van het BBP

dus samen 10,9% van ons nationaal inkomen

maatschappelijk belang

RIZIV (geneeskundige verzorging) in 2014

totaal budget: 31 miljard euro

‘begrotingsdoelstelling’: 27,8 miljard euro

NB: staatshervorming

het gaat dus om  
veel meer  
dan het “budget van de huisartsen”

# Beetje anders of *'disruptive innovation'*

Maureen Bisognano, 2014.  
Institute for Healthcare Improvement, Boston





# Leuke pakketjes droppen volstaat niet



**O**p 21 maart vond de Netwerkdag Chronische Zorg van Domus Medica plaats. Aanleiding was een vraag van minister Vandeurzen om de chronische zorg op eigen bodem beter te organiseren. Domus stak zijn licht op met een SWOT-analyse in 18 zorgregio's. De actoren van de eerstelijnsgezondheidszorg werden bevraagd: hoe percipiëren zij de chronische zorg in hun regio? Tussentijdse resultaten werden op 21 maart bekendgemaakt. Er volgt een nieuwe overlegronde met de deelnemende zorgregio's over de voorlopige wrap-up. Daarna gaat er een definitief rapport naar minister Vandeurzen. Een persoonlijke, maar door enige consensus onderbouwde visie kregen we alvast van professor Liesbeth Borgermans, specialiste chronische zorg verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de VUB.



# **TOGETHER WE CHANGE**

Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit!

Jan De Maeseneer, Bert Aertgeerts,  
Roy Remmen, Dirk Devroey

# Together we care



Ziekenhuizen als schakels  
in een keten van zorg



kan dit lukken ?

# de bredere beleidscontext

	Beleid	Zorgverlening	Omvang (populatie)
MACRO	Regelgeving op niveau van Europa, België, de deelstaten en de op dit niveau vastgestelde middelen	Analyse van resultaten, wetenschappelijke onderbouwing van zorgprocessen	1,5 tot 11 miljoen inwoners
MESO	De eerstelijnszones vormen het niveau waar de organisatorische voorwaarden worden gecreëerd voor de zorgverlening, inclusief de realisatie van continuïteit binnen een eerstelijnszone	Afstemming van promotie, curatie, palliatie, preventie. Afstemming met de 2 <sup>de</sup> lijn en gespecialiseerde trajecten. Voorziet in continuïteit 24/7	75.000 tot 125.000 inwoners
MICRO	De organisatorische en financieringskeuzes van eerstelijnszorgvoorzieningen en eerstelijnspraktijken en hun erkenning	Concrete zorgverstrekking door interprofessionele teams/netwerken voor de ingeschreven populatie in het kader van de eerstelijnsvoorziening. Ondersteuning door vrijwilligers en mantelzorgers	Een eerstelijnszorgvoorziening verzorgt in een ruraal gebied minimaal 5000 burgers, in een stedelijk gebied minimaal 10.000
NANO	Begeleiding, navorming en intervisie van zorgverstrekkers Verbeteren van "Health Literacy"	De concrete interactie zorgvrager – zorgverstrekker	Een hulpvrager(eventueel met familie)

enkele harde noten te kraken  
(naar Geert Goderis)

de eerste lijn is absoluut niet klaar  
en opgesloten in comfortzones

chronic diseasemanagement onbekend en  
onbemind

slopen van muren tussen lijnen en silo's geen  
evidentie

loslaten van dogma's

maar ook:

... hoewel bijvoorbeeld huisartsen financieel niet te klagen hebben staat het water (in termen van burn out) hen toch aan de lippen door te veel werk, werk dat te gecompliceerd wordt en de vaststelling dat ze als alleenstaande huisarts (of zelfs artsen in een solo-praktijk) niet meer veel meer kunnen bieden dan routinewerk, en papierwerk, maar dat de kwaliteit van hun zorgen ondermaats wordt, niet omdat ze slecht presterende clinici zijn, maar omdat de randvoorwaarden niet meer voorhanden zijn in deze hoog-technologische, hoog-communicatieve maatschappij met een grondig veranderd ziekte-landschap

en toch geloven we  
dat het kan lukken





onze  
ice bucket challenge  
voor over  
10 jaar