

# De huisarts aan het woord

Welke vooruitzichten kunnen ervaren artsen en beleidsmakers bieden aan jonge huisartsen die op zoek zijn naar een beter evenwicht tussen werk en privéleven? Biedt de evolutie van solo- naar groepspraktijken een afdoende antwoord op de groeiende administratieve lasten, op de behoefte aan permanente opleiding? Welke voordelen en oplossingen bieden de digitalisering van de gezondheidszorg en de nieuwe technologieën voor huisartsen?

De antwoorden op deze en vele andere vragen kwamen aan bod tijdens het debat "De huisarts aan het woord" op 25 april 2019.

Interventie van Dr. Roy Remmen, Huisartsengeneeskunde, Universiteit Antwerpen

**"Welke rol voor de huisarts in de geïntegreerde gezondheidszorg van morgen?"**



Volgens Dr. Remmen is het noodzakelijk om een duidelijk imago mee te geven aan het vak, door er klaar en duidelijk en eenvoudig over te communiceren.

Op internationaal niveau stellen we tal van veranderingen vast in de visie op het vak en de sector, met een sterke focus op de eerstelijnszorg. Het besef groeit in ziekenhuizen, bij artsen, vakbonden, enz.

De meeste belanghebbenden zijn het eens met het principe van de verandering, ze beseffen ook dat er een visie nodig is, maar de meningen lopen uiteen, wat de uitvoering betreft.

Op alle niveaus doen zich veranderingen

voor, met name op technologisch gebied, waar de betrokkenheid van de patiënten dankzij de nieuwe technologieën (apps, enz.) toeneemt.

Daarnaast is er de vergrijzing en de complexiteit van die vergrijzing: we worden geconfronteerd met een toename van het aantal patiënten met meerdere aandoeningen die verband houden met hun sociaaleconomische status. Het is ook belangrijk om de verscheidenheid van de situaties te onderstrepen.

Bovendien vergrijst het kader van de huisartsen en wordt het steeds vrouwelijker. Als we ons willen aanpassen, dan moeten we de volgende leidraad respecteren = het "vierledige doel": 1) kwaliteit, 2) naleving van goede praktijken en aanbevelingen, 3) kostenoverwegingen, 4) betrokkenheid van de patiënt.

Een opmerkelijke vaststelling is dat 30% van de huisartsen er al na 5 à 10 jaar de brui aan geeft.

In de praktijk moet de huisartsengeneeskunde de kwaliteit en continuïteit van de zorg (chronische en palliatieve patiënten) waarborgen. We moeten eerstelijnszones, zones

voor ziekenhuizen instellen, met een afbakening van de taken, wachtdiensten, een kader en kwaliteitsnormen.

"Ik geloof niet langer in de dokter die op zijn eentje raadplegingen doet per fiets", concludeert Roy Remmen. We moeten meer investeren in de eerste lijn en vaker met vaste bedragen werken, om een percentage vrij te maken dat kan dienen om kwaliteit te belonen en er ruchtbaarheid aan te geven".

### Interventie van Benjamin Fauquert, Huisarts, professor aan het Departement Algemene Geneeskunde ULB



### "Gedeelde gegevens en digitale hulpmiddelen voor wetenschappelijke en menselijke geneeskunde"

Er bestaan tal van digitale gezondheidsinstrumenten: telegeneeskunde, applicaties, agenda's voor het maken van afspraken, gekoppeld aan de medische praktijk, applicaties voor gedeelde beslissingen....

We moeten ons steeds afvragen of deze instrumenten wel nuttig zijn. Aan sommige voorwaarden van de huisartsgeneeskunde mag en kan niet getornd worden: de

bekwaamheid van de huisarts, de technische en culturele toegankelijkheid, het medisch beroepsgeheim.

De toepassingen moeten betaalbaar blijven zodat zowel de huisarts als de patiënt ze kunnen behapstukken. Er mangelt momenteel echter heel wat op het gebied van de digitale geletterdheid. Er is geen integratie van de tools met het gedeeld medisch dossier, geen coördinatie, geen multidisciplinaire app (of app waarmee multidisciplinair gewerkt zou kunnen worden), geen mogelijkheid tot klinische interpretatie (zie de opkomst van een nieuw beroep: 'genomicus'). Er is nog niet genoeg afstand. De gebruiker loopt ook het risico dat hij de waarschuwingen/meldingen die hij krijgt, beu zal worden omdat ze niet altijd even relevant zijn.

Op dit moment is het gemakkelijk om applicaties te verkrijgen en te gebruiken, maar dan wel met zeer bescheiden resultaten op het gebied van patiëntenzorg. We mogen niet vergeten dat gezondheid ook in gezinnen en apotheken wordt beheerd en dat er dus ruimte is voor digitale hulpmiddelen om de patiënt te helpen wanneer hij alleen is, zonder de steun van zijn huisarts. De potentiële mogelijkheden van deze toepassingen zijn reëel, hoewel deze tools nog verre van perfect zijn. Ze zijn nuttig omdat ze bijvoorbeeld de problemen qua geografische toegankelijkheid verminderen. Ze zijn ook nuttig, met name voor het welzijn, de opvoeding, het bewustmaking en de gezondheidsbevordering. Soms ook voor de monitoring.

Er moet echter rekening worden gehouden met bepaalde aspecten. Bijvoorbeeld de barrière van het geschreven woord, die een belemmering kan vormen voor de toegankelijkheid. Er is ook de angst die het gebruik van nieuwe technologieën kan veroorzaken: gebrek aan kennis, te veel meldingen,.... Benjamin Fauquert voegt hieraan toe dat het op ethisch vlak noodzakelijk zal zijn om een evenwicht te zoeken tussen de collectieve en private belangen van het delen van gegevens. Tot slot merkt de ULB-arts op dat het onderwijs vaak uit het oog wordt verloren in de verschillende eGezondheidsplannen. Een "datacratie" is uit den boze.



## Plaats voor het debat!

### Deelnemers:

- **Dr Anne-Laure Lenoir**, huisarts en docent aan de faculteit Geneeskunde van de Universiteit van Luik
- **Dr Marie Hechtermans**, huisarts in Etterbeek
- **Dr Herwig Van Pottelbergh**, huisarts in Halle
- **Dr Roy Remmen**, Huisartsengeneeskunde, Universiteit Antwerpen



### Wat zijn de uitdagingen van het huisartsenberoep?

Volgens **Dr. Anne-Laure Lenoir (foto)**, huisarts en docent aan de faculteit Geneeskunde van de Universiteit van Luik, zijn de uitdagingen, de vergrijzing, de 'multimorbiditeit', chronische ziekten, veranderingen in de soorten zorg en de hoeveelheid zorg, maar ook het profiel van de huisarts dat aan het veranderen is. "We zullen deze trends met elkaar moeten verzoenen. Het is echt tijd om na te denken over een betere eerstelijnszorg. Naar mijn mening bieden de groepspraktijk en de uitbreiding van de forfaitaire praktijk een mogelijk antwoord op de 'multimorbiditeit,'" voegt de huisarts eraan toe. Voor Roy Remmen, huisarts en hoogleraar aan de Universiteit Antwerpen, is een van de obstakels dat de huisartsen deze ontwikkeling nog niet volledig begrepen hebben. Oudere artsen werken nog steeds

vaak alleen en zijn soms minder geneigd om nieuwe praktijken toe te passen. De nieuwe generaties staan meer open voor deze kwesties.

"Als er geen eenheid is binnen het beroep," legt Dr. Lenoir uit, "dan is dat ook gerelateerd aan de geschiedenis van de geneeskunde. Aanvankelijk deed de huisarts allerlei soorten zorg. Naarmate de specialismen zich ontwikkelden, werden bepaalde disciplines hem ontnomen. Zijn beroep werd zo het resultaat van een aftreksom. Het is tijd voor het beroep om zijn geloofsbrieven opnieuw op tafel te gooien in het licht van de hyperspecialisatie, want wie anders kan beter een coördinerende rol spelen in de voorhoede van de eerste lijn?" voegt **Anne-Laure Lenoir** toe.

### **Hoe bereik je een globale en geïntegreerde aanpak van de patiënt? Moet het gezondheidsbeleid worden gevoerd op basis van gezondheidsdoelstellingen?**

Volgens **Anne-Laure Lenoir** is het noodzakelijk om het perspectief van de patiënt te integreren in de evidence-based geneeskunde: zijn (of haar) leefomgeving, functie, psychosociale context. "Er moet meer rekening worden gehouden met 'levensindicatoren', niet alleen met biomedische indicatoren. De huisarts kan dit als deelnemer aan de eerstelijnszorg bewerkstelligen".

### **Hoe zit het met de niet-medische taken van de huisarts?**

"Alles hangt af van wat men niet-medische taken noemt," legt **Marie Hechtermans**, een jonge huisarts in Etterbeek, uit. De administratieve paperassen zijn duidelijk tijdrovend. Maar de opmaak van papieren voor de patiënten, maakt deel uit van de zorg voor die patiënten. Het is natuurlijk wel waar dat het in 2019 veel gemakkelijker zou zijn om alles in twee klikken te kunnen doen."

**Is het noodzakelijk om een sociaal coördinator te hebben in de huisartsenkringen of wachtdiensten?** Dat kan nuttig zijn, vooral om te helpen op andere dan medische gebieden," legt **Marie Hechtermans** uit. "Dit zou interessant zijn omdat we vaak geconfronteerd worden met sociale situaties waarvoor we hulp nodig hebben. We zouden zo iemand kunnen hebben naar wie we onze patiënten doorverwijzen als dat nodig is".

### **Welke soort van praktijk voor de huisartsen?**



Op die vraag kan geen eenduidig antwoord gegeven worden. **Dr. Herwig Van Pottelbergh (foto)**, een huisarts in Halle, werkt in een kring van 5 artsen. Volgens hem moeten huisartsen zich bijscholen en investeren in de werking van hun beroep. Ze moeten werk maken van hun imago, maar moeten ook investeren in zaken die niet direct verband houden met de praktijk.

**Dr. Anne-Laure Lenoir** voegt hieraan toe: "In feite zijn er momenteel twee manieren om te werken. Een 'mesoniveau' met huisartsenkringen en een 'microniveau' met centra voor eerstelijnszorg. In 2019 is het hoog tijd om na te denken over het model dat wij willen voor de toekomst."

"De solo-beoefenaar werkt hard en verdient felicitaties", zegt **Dr. Roy Remmen**. Maar het lijkt moeilijk om als huisarts die alleen werkt, opgewassen te zijn tegen alle veranderingen die op ons afkomen. Hoe dan

ook, de jeugd wil zo niet langer werken. De alleenwerkende arts zal zijn werk niet lang meer kunnen bolwerken."

### **Moet de patiënt een vaste huisarts kiezen?**

"Dat heeft zijn voordelen, want op die manier zal de huisarts zijn patiënt natuurlijk goed kennen", zegt **Dr. Lenoir**. Volgens **Dr. Herwig Van Pottelbergh**, moet de patiënt ook zijn verantwoordelijkheid opnemen, wat het globaal medisch dossier (GMD) betreft.

### **Wat is de uiteindelijke rol van de huisarts?**

Volgens **Dr. Marie Hechtermans** (foto) is er meer dan één rol weggelegd voor de huisartsen, met name in het kader van het beheer van de thuiszorg. "Je kunt niet langer op je eentje werken, het is belangrijk om je plaats te vinden in een team. De huisarts kan een coördinerende functie vervullen, het is aan hem om deze plaats in te nemen," voegt de jonge huisarts hier nog aan toe. **Dr. Lenoir** zegt nog dit: "De huisarts heeft ook een rol te spelen in het denkproces over veranderingen in zijn beroep en over de projecten in de eerstelijnszorg. Hij moet ook zijn steentje bijdragen tot deze discussies."



Ook op het gebied van informatie moet de huisarts aanwezig zijn. "In een moderne praktijk, met patiënten die overspoeld worden met massa's informatie en een lawine aan wetenswaardigheden", legt **Roy Remmen** uit, "moet de patiënt kunnen rekenen op zijn huisarts, want deze kan (en moet) hem de weg wijzen naar de juiste informatie".

### **Ook op het gebied van eHealth vallen er dingen te zeggen.**

"ICT moet direct gekoppeld zijn aan de eigen praktijk van de huisarts", legt **Dr. Herwig Van Pottelbergh** uit. Nieuwe technologieën moeten een toegevoegde waarde bieden. Het is vandaag niet meer mogelijk om zonder te werken, daarvoor is de wereld te drastisch veranderd. We staan voor 3 uitdagingen: de multimorbiditeit, de tsunami van informatie, gekoppeld aan de voortschrijdende wetenschappelijke vooruitgang, plus een zware administratieve werklust," legt de huisarts uit Halle uit. "Nieuwe technologieën kunnen helpen bij deze 3 uitdagingen! Huisartsen moeten daarom investeren in goede IT-programma's, ze moeten opleidingen en cursussen volgen. Dat is hun verantwoordelijkheid! De autoriteiten moeten dan weer meer investeren in deze sector".

**Dr. Marie Hechtermans** treedt hem bij: "Een bepaald percentage van mijn werktijd bestaat uit secretariaatswerk, psychologische bijstand en kunst-en-vliegwerk. Dat maakt natuurlijk deel uit van het werk van een huisarts, maar ik denk dat de administratieve overlast beperkt moet worden. Deze is des te vervelender omdat er in 2019 toch echt wel veel mogelijk is! Ik wil in 2019 in een modern kabinet kunnen werken. eAttest is bijvoorbeeld een win-winsituatie: iedereen komt hier als winnaar uit de bus," voegt de jonge Brusselse huisarts daar nog aan toe. Beschikken over een betrouwbaar diagnostisch hulpmiddel is ook heel belangrijk. De algemene geneeskunde dreigt bandwerk te worden

en de patiënt moet vrij snel een antwoord krijgen op zijn vraag. Een dergelijk hulpmiddel kan nuttig zijn tijdens de raadpleging."

### Hoe kan de huisarts betrokken worden bij de kwaliteit van de zorg?

**Dr. Anne-Laure Lenoir** legt bijvoorbeeld uit hoe je weerstand kunt bieden tegen de druk die de patiënt uitoefent op het gebied van antibiotica. "Digitale hulpmiddelen helpen natuurlijk, maar we moeten ook investeren in patiëntenvoorlichting en -bewustmaking. Er zijn al veel campagnes gevoerd en dat is prima, maar we moeten de patiënten blijven informeren. Ik ben van mening dat voor kwaliteit dus niet alleen wetenschappelijke informatie nodig is, maar ook informatie die afgestemd is op de patiënt".

Wie 'kwaliteit' zegt, zegt ook 'indicatoren', maar volgens **Roy Remmen** is het noodzakelijk om te weten hoe deze indicatoren geregistreerd worden en welke dit juist zijn. Zo ontbreekt het bijvoorbeeld aan indicatoren die de uitwisseling en communicatie tussen de arts en zijn patiënt kunnen meten.

Indicatoren zijn nuttig, maar de werking mag er niet van afhangen. "In Groot Brittannië bestaat er een systeem van "pay for peer" dat goede praktijken belooft", zegt **Dr. Lenoir**. Een heikel punt in dit systeem is dat geen enkele arts nog bepaalde patiënten wenste op te volgen omdat hun profiel te complex zou zijn en niet past binnen het beloofde plaatje. Indicatoren zijn dus nuttig om de praktijk in de juiste richting te sturen, maar we moeten er ook op onze hoede voor zijn".

"Hoe definieer je kwaliteit in de algemene geneeskunde", vraagt **Marie Hechtermans** zich af. "Algemene geneeskunde is niet alleen een wetenschap, maar ook iets abstracts", zegt ze. Het contact met de patiënt is uitermate belangrijk om zijn voorgeschiedenis en zijn leefwereld te kennen, maar dan verlaten we natuurlijk het louter wetenschappelijk en medisch kader".

### Conclusie door Hans Avondt



Volgens **Dr. Avondt (foto)** is het noodzakelijk om zowel te investeren, als om de handen uit de mouwen te steken in dit beroep. Hoe kan de schok met de specialisatie opgevangen worden? Een deel van de oplossing ligt in IT-tools. Met degelijke ergonomische hulpmiddelen zou alles tussen de artsen vlotter kunnen verlopen. Huisartsen en specialisten kunnen elkaar ook ontmoeten dankzij teleconsultatie, bijvoorbeeld als de patiënt meerdere aandoeningen heeft.

Het zal ook nodig zijn om de bezoldiging van de huisartsen opnieuw te bekijken. Dit om hen in staat te stellen serener en ontspannener te zijn, wat alvast bevorderlijk zal zijn voor de kwaliteit van de zorg.