



Achtergrondinformatie bij SCUBY's klankbord vergadering (maart 2021)

Katrien Danhieux, Monika Martens, Veerle Buffel, Roy Remmen, Edwin Wouters en Josefien van Olmen verbonden aan de Universiteit Antwerpen en het Instituut voor Tropische Geneeskunde.

Achtergrond

SCUBY beoogt bij te dragen aan de opschaling van geïntegreerde zorg voor chronische aandoeningen in België. In een eerste fase (2019-2020) onderzochten we de huidige implementatie van geïntegreerde zorg en de barrières tot opschalen. Op basis van deze bevindingen is de volgende stap om in samenwerking met actoren uit het veld een roadmap te ontwikkelen. Deze roadmap definieert de stappen tot een geïntegreerd zorglandschap, in eerste instantie in Vlaanderen. In dit document doen we ons onderzoek uit de doeken en wordt er per paragraaf ook beschreven hoe de bevindingen de roadmap vormgeven. Meer info over het project vindt u in de volgende artikels, verschenen in [Huisarts Nu](#) en [Global Health Action](#).

Doel

Wij definiëren geïntegreerde als zorg die de patiënt centraal stelt en garandeert dat patiënten een continuüm ervaren van zowel preventieve, curatieve als palliatieve zorg, naadloos oversluitend tussen verschillende organisaties, gedurende hun hele leven. Het is belangrijk dat de zorg doelgericht, populatiegericht en interprofessioneel is.

Het niveau van de patiënt en de praktijk

Uit interviews blijkt dat vooral kwetsbare patiënten nog heel wat drempels ervaren om de zorg te krijgen waar ze nood aan hebben. Indirecte kosten wegen zwaar op hun budget, ze ervaren dat er weinig tijd is voor educatie en het gaat vaak mis met de continuïteit zorg als patiënten persoonlijk tegenslagen of crisissen ervaren in hun leven zoals het overlijden van een partner. *Deze bevindingen illustreren de nood aan laagdrempelige en proactieve zorg met voldoende aandacht om mensen te leren omgaan met hun ziekte in hun leven.* Meer info over deze substudie binnen SCUBY vindt u [hier](#).

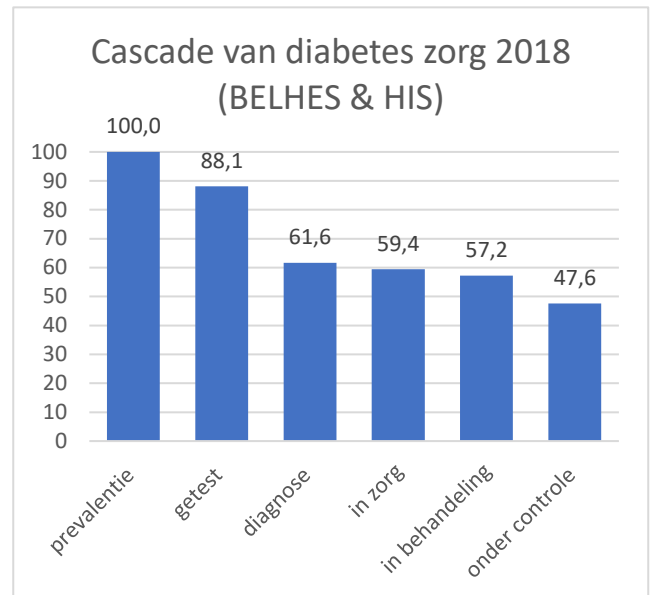
Ondanks meerdere beleidsinitiatieven blijft de implementatie van geïntegreerde zorg, gemeten met ACIC (the Assessment of Chronic Illness Care) in drie Vlaamse regio's, slecht. Een duidelijk verschil is merkbaar tussen klassieke solopraktijken en multidisciplinaire en forfaitaire praktijken, die beter scoren. Verpleegkundigen hebben de grootste impact op implementatie, gevolgd door de secretariaatsmedewerker en de diëtist. Een mogelijke verklaring is dat de eerste twee meestal betaald worden door de artsen binnen de praktijk, waar de diëtisten zelfstandig en onafhankelijker werken. *Dit wijst erop dat multidisciplinaire praktijken en bij uitstek de praktijkverpleegkundige een belangrijke meerwaarde hebben. Bovendien lijkt integrale financiering een faciliterende factor.* Voorlopige resultaten van deze SCUBY substudie vindt u op [deze poster](#) en daarnaast licht dit [artikel in BMC Family practice](#) de gevolgen van de COVID pandemie op de chronische zorg toe.

Deze onderzoeken tonen dat twee elementen cruciaal zijn. Enerzijds change management in huisartsenpraktijken, waarbij huisartsen via opleidingen aangemoedigd worden om hun praktijkvoering kritisch te bekijken. Anderzijds het belang van een financiering voor de praktijkverpleegkundige. Beide elementen zijn terug te vinden op de roadmap.

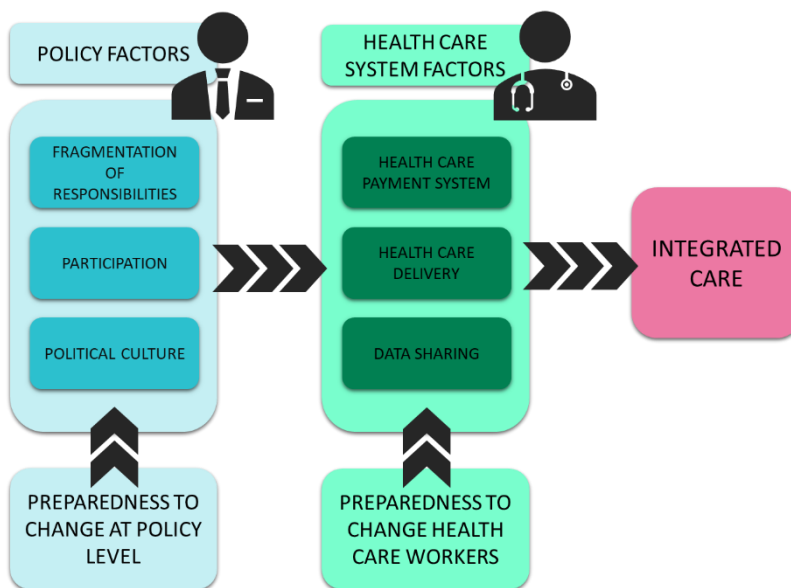
Het niveau van de eerstelijnszones

In de hervorming van de eerste lijn in Vlaanderen zijn de eerstelijnszones de sleutel tot populatiegerichte zorg. Deze moeten hiervoor instrumenten krijgen om te monitoren en bij te sturen. Het SCUBY-team stelt een minimale monitorset voor aan de hand van cascades van de zorg die laat zien waar de grootste verliezen in het zorgcontinuüm zijn. Hiernaast ziet u een voorbeeld op basis van de BELHES-data. De methode die we voorstellen en testen vindt u op [deze poster](#).

In samenwerking met het Vlaams Instituut Kwaliteit van Zorg (VIKZ) en Vivel zullen deze data verder geoperationaliseerd worden om de eerstelijnszones te kunnen dienen.



Het beleidsniveau – zowel federaal als regionaal



Interviews met 27 stakeholders op beleidsniveau werden uitgevoerd in 2019. We interviewden zowel beleidsmakers, ambtenaren, als vertegenwoordigers van zorgverleners en patiënten en vroegen hen naar de barrières en opportuniteiten voor het opschalen van geïntegreerde zorg. Zij identificeerden factoren op het niveau van beleid en politiek en op het niveau van de zorg. Zeer vaak werden genoemd: de betaling per prestatie, de fragmentatie

van bevoegdheden over de verschillende beleidsniveaus en de beperkte onderlinge uitwisseling van patiëntengegevens. Het was ook duidelijk dat veel factoren met elkaar samenhangen, zoals terug te vinden in bijhorende figuur. Dit laat zien dat er noodzaak is voor ingrijpende veranderingen op meerdere vlakken in het systeem. Meer informatie over de barrières vindt u op [deze poster](#) en daarnaast ook in dit [abstract](#) en dit tweede [abstract](#). We rapporteerden overigens over de zorgfinanciering in dit [verslag](#).

Deze bevindingen uit de interviews, maken duidelijk dat heel wat struikelblokken zich op het macro of politiek niveau bevinden. Stakeholders zijn het erover eens dat er nood is aan een gemeenschappelijke zorgfinanciering. Hierover willen we graag in debat treden met toonaangevende opinion leaders, experten en politici. Dit vormt dan ook de derde en laatste component op de roadmap.