

LOONT EEN PROJECTMANAGER IN EEN MULTIDISCIPLINAIR GEZONDHEIDSCENTRUM?

Integratie van individuele en algemene gezondheidsbelangen

M. VANMEERBEEK, C. HAULET

SAMENVATTING

Om te evolueren naar een globalere aanpak van alle patiënten besloot het Wijkgezondheidscentrum van Tilleur (Luik) zijn team te versterken met ontbrekende competenties. Dit leidde tot de aanwerving van een projectmanager die het multidisciplinaire team zou ondersteunen bij zorgprojecten, gemeenschapsgerichte gezondheidsprojecten en projecten gezondheidspromotie. In twee jaar tijd hebben deze interventies duidelijke structurele veranderingen teweeggebracht, zoals een verbetering van de preventieve procedures en een meer evaluatiegerichte werking.

M. Vanmeerbeek is huisarts en C. Haullet is master in volksgezondheid in het Wijkgezondheidscentrum Tilleur (Luik).

Correspondentie: marc.vanmeerbeek@ulg.ac.be
Belangenconflict: niets aangegeven

Dit werk werd gepresenteerd op de Wetenschapsdag 2010.

Vanmeerbeek M, Haullet C. Loont een projectmanager in een multidisciplinair gezondheidscentrum? Integratie van individuele en algemene gezondheidsbelangen. Huisarts Nu 2011;40:

INLEIDING

Samenstelling van het team

Het Wijkgezondheidscentrum (WGC) of medisch huis van Tilleur ligt in het postindustriële bekken van Luik en heeft een multiculturele bevolking. Het zorgteam is al 35 jaar actief in deze gemeente en heeft een bestand van meer dan 3500 patiënten. Het team bestaat uit acht huisartsen, vijf kinesitherapeuten, vier verpleegkundigen, een tandarts, een psycholoog, een diëtiste, een maatschappelijk werkster, een specialist in psychomotorische revalidatie, een projectmanager gezondheidspromotie, een informaticus en vier administratieve en onthaalmedewerkers.

Dit team wordt voor 85% gefinancierd vanuit het forfait van de honoraria en voor 15% via diverse ondersteuningsmaatregelen voor de praktijk, zoals het Impulsefonds, de steun van het Waalse gewest voor gemeenschapsgerichte gezondheidsactiviteiten, door verenigingen voor geïntegreerde zorg, sociale Maribel.

Focus op individuele zorg

Ondanks de rijkdom en de collectieve visie van dit multidisciplinair team blijft de huisartsgeneeskundige praktijk meestal gefocust op de zorg, als antwoord op de individuele vraag van de patiënt. Dit komt deels door het referentiekader van de zorgverleners: hun opleiding behandelt slechts zijdelings de concepten 'gezondheidspromotie' of 'collectieve acties'. De veelheid aan referentiekaders in een multidisciplinair team kan

een bijkomende moeilijkheid zijn om een gemeenschappelijke visie te ontwikkelen.

Ook de functie van de zorgverlener draagt bij tot de focus op zorg: het antwoord op de zorgvraag is steeds van prioritaair belang. Daarom worden preventieve acties of gemeenschapsgerichte gezondheidsacties eerder op de achtergrond geschoven, wegens gebrek aan tijd of aan organisatorische middelen.

Focus op volksgezondheid

De huisartsgeneeskunde van de toekomst zou nochtans moeten overwegen hoe ze de individuele benadering beter kan afstemmen op de doelstellingen op vlak van volksgezondheid^{1,2}. Deze evolutie wordt bepaald door druk op drie niveaus. Ten eerste is er de verschuiving op epidemiologisch vlak en de belasting die de chronische ziekten met zich meebrengen. Ten tweede de verschuiving op technologisch vlak die toelaat en rechtvaardigt dat tijdens het hele leven en zonder expliciete vraag van de patiënt, medische interventies worden geprogrammeerd. Tot slot is er de verschuiving op organisatorisch vlak die de huisartsenpraktijk dwingt om de plaats bij uitstek te worden waar complexe zorg en ingewikkelde pathologieën worden beheerd³⁻⁵.

Integratie van de verschillende dimensies

Eenzijds vraagt gezondheid, op niveau van de individuele zorg, om een globale aanpak, rekening houdend met biologische, gedragsmatige, omgevingsgebonden en sociale factoren. De herdefiniëring van de plaats van de gezondheidspromotie dringt zich op om een evenwichtig partnership te bereiken tussen zorgverlener en patiënt. Anderzijds zouden de zorgverleners moeten nagaan hoe ze zicht kunnen krijgen op de gezondheid van al hun patiënten⁶.

De contractuele banden tussen artsen en patiënten worden aangehaald via het globaal medisch dossier (GMD) en de uitbreiding met een preventievlak (GMD+). Dit zou logischerwijze ook het verantwoordelijkheidsgevoel van artsen tegenover al hun patiënten progressief moeten aanscherpen. Iedere zorgverlener kan zich afvragen waar hij zich op deze twee assen bevindt (*figuur 1*).

Ondanks de grote motivatie stelde het Wijkgezondheidscentrum van Tilleur vast dat het gebrek aan interne competenties en het chronische gebrek aan tijd van de zorgverleners een belangrijke hinderpaal waren om dit zorgmodel te laten evolueren naar de doelstellingen voor een globale aanpak van alle patiënten.

INTERVENTIE DOOR EEN PROJECTMANAGER

In een groot team, met een voldoende sterke financiële basis, werd beslist om het Wijkgezondheidscentrum te versterken met de ontbrekende competenties. Het intervisieproces startte in 2006 en leidde tot de aanwerving van een niet-zorgverlener, die het multidisciplinaire team zou ondersteunen bij zorgprojecten, gemeenschapsgerichte gezondheidsprojecten en projecten gezondheidspromotie.

Het selectieproces mondde in 2008 uit op het aanwerven, met eigen middelen, van een halftijds gediplomeerde in de volksgezondheid, namelijk een medewerker met grondige kennis van de gezondheidszorg, maar zonder medische of paramedische basisopleiding in de strikte zin van het woord. Die functie spitst zich toe op het overbruggen van de kloof tussen de klinische praktijk, die zich richt tot individuen en zorggebruikers, en de volksgezondheid, gericht op de gemeenschap en gezondheidsfactoren.

Met de steun van een stuurcomité, dat ook de opvolging op zich nam, maakte de projectmanager een stand van zaken en stelde zij wijzigingen voor met het oog op een verbetering van de kwaliteit van zorg. Daarnaast bood zij ondersteuning aan bestaande projecten, wat leidde tot concrete gemeenschapsacties. Het opzetten van dergelijke acties noopte ons tot het aanwerven in juni 2010 van een halftijds administratieve medewerker voor de ondersteuning van groepen of projecten binnen het Wijkgezondheidscentrum.

RESULTATEN

Op basis van de bestaande projecten in het Wijkgezondheidscentrum definieerde de projectmanager meerdere werkterreinen.

Verbetering van de procedures

Een lid van het referentieteam ontleedde en analyseerde elke procedure van de bestaande projecten. Deze procedures werden verduidelijkt aan het team uitgelegd.

De dekingspercentages van de verschillende preventieve procedures (vaccinatie tegen de seizoensgriep, screeningsmammografieën) verbeterden tussen 2008 en 2009, dit is vanaf het aanstellingsjaar van de projectmanager. Voor de goed geïdentificeerde doelgroepen zoals ouderen >65 jaar, was de winst miniem, maar voor populaties die de zorgverleners minder goed identificeerden, zoals patiënten met diabetes of met chronisch obstructief longlijden (COPD), was de winst groter (figuur 2). Deze toename is deels te danken aan de systematische invoer van pathologieën als zorgelementen in het elektronisch medisch dossier.

De cijfers van 2010 tonen een stagnatie en zelfs een lichte daling van de cijfers. Dit kan door het saturatie-effect bij patiënten verklaard worden. In het voorbeeld van de vaccinatie tegen de seizoensgriep bij ouderen werden de niet-gevaccineerde personen en de redenen voor niet-vaccinatie meestal achterhaald: weigering (9%), afwezigheid (verhuizing, reis) of overlijden. Voor mammografieën zal een bijkomende

KERNPUNTEN

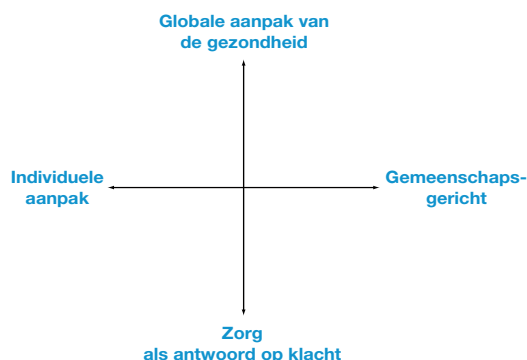
De huisartsgeneeskunde van de toekomst zou moeten overwegen hoe ze de individuele benadering beter kan afstemmen op de doelstellingen van de volksgezondheid.

De functie van projectmanager spitst zich toe op het overbruggen van de kloof tussen de klinische praktijk, die zich richt tot individuen en zorggebruikers, en de volksgezondheid, gericht op de gemeenschap en gezondheidsfactoren.

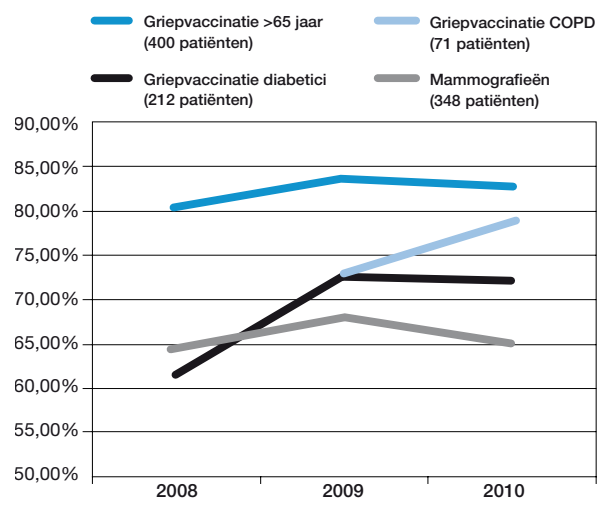
De gemeenschapsgerichte gezondheidscultuur, die door de projectmanager werd ingevoerd, heeft het team doen evolueren naar een doel- en evaluatiegerichte werking.

Om dergelijke projecten te realiseren, zoals de aanstelling van een projectmanager, is het noodzakelijk dat de overheidssteun uit een andere financiële bron komt dan de honoraria.

Figuur 1: Dimensies van de gezondheidsaanpak.



Figuur 2: Evolutie van de dekingspercentages van preventieve procedures.



intervisie nodig zijn om de weerstanden te verklaren, zowel bij artsen als bij patiënten.

Kwaliteitscultuur

Vroeger werden acties eerder intuïtief op touw gezet, waardoor de resultaten moeilijk te beoordelen waren. De gemeenschapsgerichte gezondheidscultuur, die door de projectmanager werd ingevoerd, heeft het team doen evolueren naar een doel- en evaluatiegerichte werking.

Dankzij de dynamiek van de kwaliteitscyclus konden de stappen van definiëring van de doelstellingen, planning en evaluatie worden geformaliseerd⁷. Dit soort management ver-

sterkt de groepsdynamiek: de groep werd zich bewust van de te volgen weg en de tijd die hiervoor nodig is.

Het communiceren van de resultaten aan het team is een uitermate belangrijke stap, die aanzet tot het verderzetten of bijsturen van de actie. Het komt erop neer dat men verder gaat dan 'wij zijn tevreden'. Deze communicatie evalueert of de keuze van de ingezette middelen daadwerkelijk de beste was om de doelstelling te halen.

Multidisciplinair overleg

De komst van de projectmanager heeft de ontzuiling bevorderd tussen de verschillende beroepssegmenten binnen het centrum, zowel wat het opzetten als het realiseren van projecten betreft.

De stand van zaken toonde een grote spreiding van allerlei activiteiten alsook een gebrek aan dwarsverbindingen tussen de acties van verschillende werkgroepen in de jaren voordien: campagneverantwoordelijken (vaccinatie volwassenen en kinderen, mammografieën), de groep belast met de inrichting van de wachtzaal, het 'dashboard' of 'tableau de bord' (Fédération des Maisons médicales, Waals gewest, Brussel Hoofdstedelijk gewest⁸) en bijeenkomsten over preventie van de Luikse InterGroupe des Maisons médicales.

Elke drie maanden brengt daarom een preventiegroep voortaan alle betrokken actoren van het team bijeen voor een multidisciplinair overleg, dat door de projectmanager wordt geleid. Deze dynamiek laat toe individuele acties te integreren in een meer globale interventie.

Een voorbeeld van ontzuiling is de evolutie die de groep 'diabetes' heeft doorgemaakt. De interventie heeft geleid tot een experiment met een door huisartsen en verpleegkundigen gedeelde opvolging van bepaalde patiënten. Het basisidee was om de biologische parameters (gewicht, bloeddrukmeting, bloedonderzoek, voetonderzoek) van alle diabetespatiënten systematisch op te volgen in speciale diabetesconsultaties. De ervaringen van de groep (en de mening van patiënten, zie 'Gezondheids promotie') leidden tot het voorstel om gedeelde opvolging slechts voor te behouden voor bepaalde gevallen van slechte therapietrouw. Zo krijgen deze patiënten de kans om hun moeilijkheden op een andere manier te uiten en men hoopt op die manier hun levenskwaliteit gestaag te kunnen verbeteren. Met deze nieuwe aanpak volgen zorgverleners, zonder het te beseffen, de recente aanbevelingen voor globale aanpak van chronische ziekten beter op, geheel in de geest van 'patient empowerment'⁹.

Gezondheids promotie

Een belangrijke stap in gezondheids promotie is toelaten dat de patiënt het woord neemt. Dit kan in zijn relatie met de zorgverlener(s), maar ook op een meer collectieve manier. Het team had hiermee alleen ervaring via algemene informatievergaderingen, bijvoorbeeld over voeding en diabetes.

Op initiatief van de projectmanager werden in het Wijkgezondheidscentrum focusgroepen en een individuele enquête gehouden over de aanpak van diabetes. De bedoeling was een beter inzicht te krijgen in de verwachtingen van patiën-

ten. Het idee van gedeelde opvolging tussen arts en verpleegkundige werd er aangekaart. De groepen hebben er de onderzochte modaliteiten voor realisatie sterk beïnvloed.

Een globaal gezondheidsbeeld dient rekening te houden met niet-medische, omgevingsgebonden en sociale factoren. Bij wijze van experiment heeft men onder meer patiënten en zorgverleners bijeengebracht tijdens wandelingen of bezoeken aan tentoonstellingen over maatschappelijke thema's (klimaatwijziging, staking van 1960). Aan elke activiteit deden tientallen patiënten mee. Dit zet aan om dit type activiteit te herhalen en te organiseren op verschillende sleutelmomenten tijdens het jaar.

BESLUIT

In twee jaar tijd is de projectmanager de schakel geworden tussen de verschillende beroepssegmenten binnen het Wijkgezondheidscentrum en de initiatieven die tot dusver zeer dispaaraat waren. De methodologische inbreng eigen aan de volksgezondheid, is het ankerpunt geworden tussen het projectontwerp en de concrete realisatie ervan in de dagelijkse praktijk.

Ondanks de typische weerstand voor verandering zien we bij de zorgverleners stilaan structurele veranderingen op gang komen en merken we dat bepaalde pathologieën of preventieacties globaler worden aangepakt. De gezondheids promotie, zowel op individueel als op collectief vlak, krijgt een nieuwe plaats binnen een team met een voornamelijk zorggerichte werking.

De in ons gezondheidszorgsysteem gebruikelijke moeilijkheden in de samenwerking tussen zorgverleners en gezondheids promotoren zijn een argument om alle competenties binnen een multidisciplinaire structuur beter op elkaar af te stemmen³.

Dit project was slechts mogelijk dankzij de grootte van het team, waardoor voldoende mankracht en financiële middelen vrijgemaakt konden worden. Om de uitvoerbaarheid en reproduceerbaarheid van dergelijke projecten te garanderen, is het noodzakelijk dat de overheidssteun uit een ander financieel vaatje komt dan de honoraria. Een evaluatie op grotere schaal van de voordelen op langere termijn voor patiënten en zorgverleners is nodig.

Literatuur

- 1 van Weel C, De Maeseneer J, Roberts R: Integration of personal and community health care. *Lancet* 2008;372:871-2.
- 2 De Maeseneer J, van Weel C, Egilman D, Mfenyana K, Kaufman A, Sewankambo N: Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment. *Br J Gen Pract* 2008;58:3-4.
- 3 Bourdillon F, Mosnier A, Godart J: Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Vandoeuvre-lès-Nancy: EPITER, Association pour le développement de l'épidémiologie de terrain; 2008:18 p.
- 4 Harvey BJ: The issue of public health. *Can Fam Physician* 2009;55:1057-9.
- 5 Breton M, Levesque JF, Pineault R, et al. Integrating public health into local healthcare governance in Quebec: Challenges in combining population and organization perspectives. *Healthc Policy* 2009;4:e159-e178.
- 6 Vanmeerbeek M. General practice has to contribute to the continuous improvement of quality of care and integrate health promotion. *Presse Med* 2009;38:1360-5.
- 7 Roland M, Prevost M, Jamoulle M: L'assurance de qualité et le médecin de famille. *Arch Public Health* 2001;59:1-28.
- 8 Denis B, Prevost M, Somassè E, Marganne M. The dashboard of 'Maisons médicales'. In: *Methods in Health Survey Research*. Brussels 2010.
- 9 Serrano-Gil M, Jacob S: Engaging and empowering patients to manage their type 2 diabetes. Part I: a knowledge, attitude, and practice gap? *Adv Ther* 2010;27:321-33.