



### 3.4 Continuïteit van zorg

Continuïteit van zorg richt zich op "de mate waarin gezondheidszorg voor specifieke gebruikers over verloop van tijd goed wordt georganiseerd binnen en tussen zorgverleners, instellingen en gewesten, en in welke mate het volledige ziekte-traject wordt opgevolgd".<sup>26</sup>

Er werden vier aspecten van continuïteit onderscheiden: **informatieele continuïteit** (de beschikbaarheid en het gebruik van gegevens van voorgaande gebeurtenissen bij nieuwe patiëntcontacten), **relationele continuïteit** (een voortdurende relatie tussen een patiënt en een of meerdere zorgverleners), **managementcontinuïteit** (een coherente zorgverlening door verschillende zorgverleners in verschillende zorgsettings) en **zorgcoördinatie** (de relatie tussen de verschillende zorgverleners in de loop van de tijd om een gemeenschappelijk doel te bereiken).

Er werden zeven indicatoren geselecteerd die deze verschillende aspecten omvatten (zie Tabel 5). Initiatieven voor geïntegreerde, persoonsgerichte zorg in verschillende settings houden ook verband met de continuïteit en coördinatie van de zorg, maar worden beschreven in het punt over patiëntgerichte zorg. Bovendien worden initiatieven omtrent Hospital at Home beschreven in Tekstbox 8.

#### Tekstbox 8 – Hospital at Home

Hoewel er geen consensus bestaat over de definitie van thuishospitalisatie (*'Hospital at Home'*, HAH), kan men het definiëren als "het verlenen van zorg in de woonplaats van de patiënt die anders in een acuut ziekenhuis zou moeten worden verstrekt".<sup>34</sup> Een belangrijk element is de complexiteit van de zorg, die zodanig is dat zonder de mogelijkheid van HAH, de patiënt noodzakelijkerwijs in het ziekenhuis zou moeten worden behandeld.

Deze aanpak kan verschillende behoeften en motieven vervullen: het aanpakken van het gebrek aan beschikbare ziekenhuisbedden, een poging om de zorgkosten te verlagen, de duur van het verblijf en/of het aantal ziekenhuisopnames te verminderen, of vanuit een vraagperspectief, een manier om patiënten in staat te stellen binnen hun eigen omgeving te blijven en hun voorkeuren te respecteren - gebaseerd op de veronderstelling dat patiënten over het algemeen liever thuis blijven.<sup>34</sup> Desalniettemin bevindt België zich in een situatie van algemene overcapaciteit van ziekenhuisbedden voor acute zorg, behalve voor geriatrische zorgbedden.<sup>35</sup> De grote uitdagingen liggen dus eerder in het waarborgen van de continuïteit van zorg, het overbruggen van de huidige kloof tussen eerstelijns- en tweedelijnszorg en mensen in de minst complexe omgeving houden die klinisch gepast is.<sup>34</sup>

In maart 2017 lanceerde de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid twaalf HAH-pilootprojecten (vijf in Vlaanderen, vijf in Wallonië en twee in Brussel). Ze richten zich op antibioticatherapie thuis (acht projecten) en andere soorten zorg, zoals anti-tumorbehandelingen (vijf projecten, waaronder twee gericht op borstkanker) of hematologisch oncologische behandelingen (één project). Bij de projecten zijn 1.300 patiënten en 35 ziekenhuizen betrokken, evenals thuisverpleging en huisartsen.<sup>36</sup>

Sinds juli 2023 wordt HAH op een meer structurele basis geïmplementeerd voor patiënten die antibiotica of oncologische behandelingen nodig hebben.



### Informationele continuïteit in de huisartsenpraktijk

Het globaal medisch dossier (GMD) stelt de huisarts in staat om in de loop van de tijd informatie te verzamelen en de medische gegevens van zijn/haar patiënten te centraliseren. Deze dekking is in de loop der jaren gegroeid van 52,1% in 2010 naar 83,3% in 2021. Verschillen kunnen worden waargenomen per leeftijdsgroep. Oudere verzekerden hadden een betere dekking dan jongeren, namelijk 93,2% voor mensen van 75 jaar en ouder versus minder dan 79,1% voor mensen jonger dan 45 jaar in 2021. Er konden verschillen worden waargenomen tussen gewesten: in Vlaanderen had 87,8% van de verzekerden een GMD in 2021, terwijl de dekking 79,6% bedroeg in Wallonië en 67,8% in Brussel. De verschillen langs sociaaleconomische lijnen waren klein (zie punt 7.1).

### Relationele continuïteit met een huisarts

De Usual Provider Continuity-index (UPC-index of Gebruikelijke Verstrekker Continuïteitsindex) duidt op het aantal ontmoetingen met de "gebruikelijke huisarts van de patiënt", d.w.z. de huisarts die het vaakst door de patiënt wordt geraadpleegd gedurende een periode van twee jaar.

In de periode 2020-2021 kwam 60,3% van de patiënten minimaal drie keer op vier bij hun gebruikelijke huisarts ( $UPC \geq 0,75$ ). Dit percentage was hoger in Wallonië (68,0%) dan in Brussel (60,3%) en Vlaanderen (56,4%) en was ook hoger voor de meest kwetsbare patiënten (patiënten van 65 jaar en ouder en lagere sociaaleconomische groepen, zie punt 7.1). Tussen 2011 en 2021 is een dalende tendens waar te nemen, die iets meer uitgesproken is in Vlaanderen dan in de andere gewesten.

### Managementcontinuïteit tussen het ziekenhuis en de huisartsenpraktijk

Ondanks het vermeende voordeel van contact met een huisarts binnen de week na ontslag uit het ziekenhuis, was dit in 2021 slechts het geval voor 43,5% van de ziekenhuisopnames bij patiënten van 65 jaar en ouder. Dit aandeel daalde tussen 2010 (54,8%) en 2021 (43,5%). Er werd een lager aandeel waargenomen in Brussel (29,8%; tegenover 45,2% in Vlaanderen en 42,7% in Wallonië) bij patiënten die geen langdurige zorg ontvangen

(d.w.z. 34,6% bij patiënten die noch in een instelling woonden noch thuis verpleegd werden) en bij patiënten van 65-74 jaar (33,7%). Verschillen naar sociaaleconomische status worden besproken in punt 7.1.

Een beperking van deze indicator is dat noch de reden voor ziekenhuisopname, noch de duur van het verblijf in aanmerking werden genomen, hoewel deze factoren van invloed zijn op de noodzaak van een huisartscontact na ziekenhuisopname. Het is ook niet mogelijk om te bepalen of het contact met de huisarts het gevolg is van een door het ziekenhuis voorgesteld ontslagplan of van een initiatief van de patiënt zelf. Bovendien kan de patiënt contact hebben gehad met een andere zorgprofessional (bv. specialist, thuisverpleegkundige of verpleegkundige in een woonzorgcentrum).

### Coördinatie in ambulante zorg voor mensen met diabetes

Om de zorg aan mensen met diabetes te optimaliseren, werden door het RIZIV verschillende maatregelen geïmplementeerd (het diabetespaspoort, zorgtrajecten voor mensen met een chronische ziekte en de overeenkomst inzake zelfregulatie van diabetes).

Na een toename van 2011 tot 2019 daalde het aandeel personen onder insuline dat in een diabeteszorgmodel werd geregistreerd in 2020 en 2021 licht (voornamelijk via overeenkomsten), alhoewel, voor patiënten die orale antidiabetica of andere injecteerbare oplossingen dan insuline gebruiken, het aandeel patiënten in een diabeteszorgmodel laag bleef (26,6% in 2021, helft diabetespaspoort, helft zorgtraject), maar nam het toe tussen 2011 en 2019 en bleef het sindsdien stabiel. Voor beide patiëntengroepen was het aandeel hoger in Vlaanderen en lager voor patiënten in de residentiële sector. De verschillen langs sociaaleconomische lijnen waren klein (zie punt 7.1).

Continuïteit van zorg draagt ook bij aan de doeltreffendheid van het gezondheidssysteem. Opnames voor diabetes vertoonden in de loop van de tijd een dalende tendens (behalve in 2021, zie QE-2), wat bemoedigend is, ook al is de werkelijke impact van de continuïteit van zorg op dit resultaat moeilijk in te schatten.



### Patiënten met een huisapotheker

Sinds 1 oktober 2017 werd een dienst "huisapotheker" ingevoerd door het RIZIV voor mensen met een chronische ziekte die naar een openbare apotheek gaan (met uitzondering van personen in woonzorgcentra). Deze dienst bestaat uit het registreren van geleverde geneesmiddelen in het farmaceutisch (elektronisch) dossier; het afleveren van een medicatieschema voor de patiënt en ervoor zorgen dat andere zorgverleners toegang hebben tot het medicatieschema van de patiënt.

Deze indicator meet het gebruik van de dienst onder de beoogde personen, d.w.z. patiënten aan wie in een jaar ten minste 5 verschillende werkzame stoffen zijn afgeleverd, met 160 DDD's of meer in de afgelopen 12 maanden voor ten minste één daarvan.

De gemiddelde leeftijd van patiënten met een huisapotheker was 67,6 jaar en de mediaan 68 (in 2022); 56,4% van hen waren vrouwen; het aandeel patiënten dat profiteerde van een verhoogde vergoeding is 27,5%.

Het aandeel doelpatiënten dat een huisapotheker had, is gestegen van 15,0% in 2017 tot 38,7% in 2021. Vlaanderen had een hoger aandeel (44,6% in 2021) dan Brussel (31,6%) en Wallonië (29,9%). De trend ging in alle drie de gewesten in stijgende lijn.

### Coördinatie van ziekenhuiszorg voor kankerpatiënten

Multidisciplinaire oncologische consulten (MOC) werden in veel landen geïmplementeerd als het overheersende model voor kankerbeheer om te zorgen dat alle patiënten tijdig een wetenschappelijk onderbouwde diagnose en behandeling krijgen en om de continuïteit tussen verschillende zorgverleners te waarborgen.

Sinds de invoering van specifieke nomenclatuurcodes voor de MOC in 2003 werd een snelle toename van het gebruik ervan voor alle soorten kanker vastgesteld. Over het algemeen werd 90,4% van de kankerpatiënten besproken op de MOC in 2021 (tegenover 52,5% in 2004 en 83,4% in 2012). Er zijn enkele variaties in het gebruik van de MOC tussen verschillende soorten kanker (het hoogst in 2021 was borstkanker met 95,5%, het laagst 75,6% voor kwaadaardig melanoom van de huid en 67,5% voor primaire

kanker van onbekende origine en slecht gedefinieerde gevallen), maar de verschillen waren kleiner dan in 2004.

In de periode 2004-2021 werd voor alle drie de gewesten een toenemend gebruik van de MOC opgemerkt. Bovendien verminderde de aanvankelijke (d.w.z. uit 2004) duidelijke gewestelijke variabiliteit in het gebruik van de MOC, met de hoogste resultaten in Vlaanderen, de laatste jaren duidelijk. In 2021 werden kankerpatiënten slechts iets vaker besproken tijdens de MOC in Vlaanderen (91,6%), dan in Brussel (89,3%) en Wallonië (88,2%).

Een beperking van deze indicator is dat hij, omdat hij zich richt op een specifieke categorie van ziekten, slechts een beperkt beeld geeft van de intramurale coördinatie van de zorg.

### Besluit

De indicatoren voor de continuïteit van zorg lieten tegenstrijdige resultaten zien. De coördinatie van de zorg liet goede resultaten zien in de eerstelijnszorg voor mensen met diabetes die insuline gebruiken (gemeten als geregistreerd in een diabeteszorgmodel) of binnen de ziekenhuisomgeving voor patiënten met kanker die moeten worden besproken tijdens een MOC. De resultaten waren echter teleurstellend voor mensen met diabetes die geen insuline gebruiken. Het lijkt erop dat voor deze patiëntenpopulatie de structuur bestaat om de coördinatie van de zorg te bevorderen, maar dat die nauwelijks wordt gebruikt. De andere drie indicatoren hadden betrekking op huisartsen en lieten tussentijdse resultaten zien: het gebruik van een GMD was hoog onder de bevolking, de relationele continuïteit gemeten aan de hand van de UPC-index zou beter kunnen, ook al was deze relatief goed onder de meest kwetsbare patiënten (patiënten van 65 jaar en ouder en lagere sociaaleconomische groepen) en het aantal contacten na een ziekenhuisopname van een patiënt van 65 jaar of ouder was nog steeds vrij laag.

Deze evaluatie werd bemoeilijkt door twee beperkingen: deze enkele indicatoren weerspiegelen slechts een gedeeltelijk beeld van het veelzijdige concept van continuïteit van zorg, en een vergelijking met resultaten uit andere landen is zeer moeilijk vanwege het gebrek aan internationale indicatoren, en dus gegevens, met betrekking tot deze dimensie.



Tabel 5 – Kwaliteit: indicatoren voor de continuïteit van zorg

(ID)	Indicator	Score	België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-14 (gemiddelde)
<b>Informatieele continuïteit in de huisartsenpraktijk</b>									
QC-1	Gebruik van een globaal medisch dossier (% van de bevolking met een globaal medisch dossier (GMD) bij een huisarts)	+	83,3	2021	87,8	79,6	<b>67,8</b>	IMA	-
<b>Relationele continuïteit in de huisartsenpraktijk</b>									
QC-2	Usual Provider Continuity-index $\geq 0,75$ (% van de patiënten met 3 of meer contacten met de huisarts in de afgelopen 2 jaar)	-	60,3	2021	56,4	68,0	60,3	IMA	-
<b>Managementcontinuïteit tussen ziekenhuis en huisarts</b>									
QC-3	Contact met een huisarts binnen 7 dagen na ziekenhuisontslag (% patiënten $\geq 65$ jaar)	-	43,5	2021	45,2	42,7	<b>29,8</b>	IMA	-
<b>Coördinatie in de ambulante zorg</b>									
QC-4	Opvolging van diabetes met een conventie/paspoort/(pre-)zorgtraject (% van de bevolking $\geq 18$ jaar die met diabetes leven en met insuline worden behandeld)	-	86,0	2021	88,2	84,2	81,1	IMA	-
QC-5	Opvolging van diabetes met een conventie/paspoort/(pre-)zorgtraject (% van bevolking $\geq 18$ jaar die met diabetes leven en met niet-insuline antidiabetica worden behandeld)	ST	26,6	2021	32,8	<b>17,7</b>	<b>24,0</b>	IMA	-
QC-7	Personen met een huisapotheker (% van die groep die een huisapotheker zou moeten hebben)	+	38,7	2021	44,9	<b>29,9</b>	<b>31,6</b>	IMA	-
<b>Coördinatie in de ziekenhuiszorg</b>									
QC-6	Kankerpatiënten die werden besproken tijdens een multidisciplinair oncologisch consult (MOC) (% van de kankerpatiënten)	↗	90,4	2021	91,6	88,2	89,3	BCR	-

Goede (●), gemiddelde (●) of slechte (●) resultaten, met een trend die stabiel blijft (ST), verbetert (+), verslechtert (-) of niet is geëvalueerd (leeg).  
 Voor contextuele indicatoren (geen evaluatie): evolutie door de tijd die stijgt (↗), stabiel blijft (→), daalt (↘), of geen duidelijke evolutie toont (C).