

Regioplan jaar 3

Meer Tijd Voor de Patiënt



1. Inhoudsopgave

1.	Inhoudsopgave	2
2.	Inleiding.....	3
	2.1 De ervaringen van de eerste anderhalf jaar MTVP in Utrecht stad	3
	2.2 MTVP vanaf 2025: bekostiging in S1 en regioplan jaar 3.....	4
	2.3 Opzet regioplan jaar 3: borgen en verdiepen	4
	2.4 Totstandkoming regioplan jaar 3.....	5
3.	Achterstandspopulatie en MTVP: Krachtige basiszorg.....	5
4.	Samenhang met andere programma's van HUS/Sterkzorg	5
5.	Intervisie in jaar 3: deelname aan stedelijke uitwisselbijeenkomst	6
6.	Voorwaarden jaar 3 MTVP volgens het groeimodel	6
	6.1 Anders werken in de praktijk	7
	6.2 Het voeren van het brede gesprek.....	11
	6.3 Samenwerken met het netwerk	14
	6.4 Uitbreiden personele capaciteit.....	15
7	Werkplezier.....	16

2. Inleiding

Om de huisartsenzorg klaar te maken voor de toekomst, is binnen het Integraal Zorgakkoord het programma **Meer Tijd Voor De Patiënt (MTVP)** opgezet. Dit programma wordt verder uitgewerkt in dit regioplan. **Meer tijd voor de patiënt** wordt bereikt door:

- anders te werken in de praktijk,
- het voeren van het goede gesprek,
- intensievere samenwerking met het netwerk,
- en, waar mogelijk en gewenst, het uitbreiden van de personele capaciteit.

Het doel van het programma MTVP gaat veel verder dan het simpelweg uitbreiden van de werkuren voor huisartsen en hun medewerkers. Met de extra tijd die je als praktijk creëert moet je daadwerkelijk iets anders gaan doen, anders vult de tijd zich zo weer. Het MTVP-programma is daarom specifiek ontworpen om een verschuiving naar een andere manier van denken en doen te stimuleren, voor iedereen in de praktijk. Dit geldt met name om te kunnen omgaan met het tekort aan personeel, nu en in de toekomst.

Daarnaast streeft MTVP ernaar patiënten meer regie te geven over hun eigen zorg, door het voeren van andere gesprekken. Een essentieel onderdeel van het programma is een krachtige samenwerking met en doorverwijzing naar het bredere zorgnetwerk. Dit ontlast de huisartsen en zorgt tegelijkertijd voor ruimte voor patiënten die daadwerkelijk door hen gezien moeten worden.

Om deze uitdagingen effectief aan te pakken, is het belangrijk dat iedereen in de praktijk geïnspireerd wordt en meedenkt. Wat is onze **stip op de horizon**? Waar willen we als stad, wijk en praktijk naartoe? En hoe pakken we dit aan? Wat vraagt dit van onze praktijkorganisatie? Wat is onze visie op het gesprek met de patiënt? Hoe kunnen we onze samenwerking met het netwerk versterken? En is er extra inzet van personeel nodig? Deze vragen worden in het praktijkplan per praktijk uitgewerkt.

2.1 De ervaringen van de eerste anderhalf jaar MTVP in Utrecht stad

MTVP startte in april 2023, met de laatste groep praktijken die in januari 2024 instroomde. Een deel is nog bezig met het eerste jaar, maar er zijn al enkele ervaringen en aandachtspunten:

- Veel praktijken kozen voor meer dan één interventie voor 'Anders werken in de praktijk'. Met name experimenteren met de flexibele consultduur en regiearts worden veel gekozen.
- Het is belangrijk om het héle team te betrekken bij MTVP. Hiervoor dienen medewerkers geïnspireerd te worden en is een visie vanuit de praktijk op de toekomst nodig.
- Procesondersteuning, waaronder de periodieke uitnodiging tot reflectie, wordt gewaardeerd.
- Het 'voeren van het andere gesprek' wordt op veel verschillende manieren aangevlogen. Sommige praktijken starten met de hele praktijk en zorgen voor voldoende inbedding in de praktijk, terwijl andere praktijken de focus leggen op individuele medewerkers die scholing volgen.
- Er is soms een mismatch tussen praktijk- en wijkplannen, wat een aandachtspunt is.

- Samenwerken met het netwerk in de stad Utrecht gebeurt al volop. In het eerste jaar was het kiezen van interventies facultatief, maar 94% van de praktijken heeft toch interventies opgegeven.
- Praktijken bepalen in jaar 1 en 2 zelf hoe ze kennisdeling en intervisie over MTVP-onderwerpen invullen. Veel praktijken haken aan bij bestaande wijk-overleggen, maar MTVP maakt hier vaak geen vast onderdeel van uit. Er is een duidelijke vraag naar meer uitwisseling van ervaringen tussen praktijken. De huidige intervisievorm blijkt onvoldoende te voldoen aan deze behoefte. Een uitzondering hierop vormen de Krachtige Basiszorgpraktijken, die vier keer per jaar bijeenkomen voor uitwisseling van kennis, uitdagingen en best practices. Deze bijeenkomsten worden als zeer waardevol ervaren en de lessen die hieruit zijn getrokken worden nu gebruikt voor de verdere ontwikkeling van het MTVP-programma (zie hoofdstuk 5).
- Het speciale MTVP-tijdschrift is een aanvullende en gewaardeerde vorm van uitwisseling waarin best practices gedeeld zijn.
- Sterkzorg heeft extra ingezet op werkplezier naast ondersteuning bij praktijkplannen en interventies door organisatie van 'De Week van het werkplezier' van 4-8 maart 2024. Deze werd goed ontvangen. Er was een [speciale Werkplezier-website](#) en vanuit veel praktijken is er deelgenomen aan één van de activiteiten. Punt van aandacht was dat de week geen multidisciplinair karakter had. Op veler verzoek wordt er ook in 2025 weer een Week van het Werkplezier georganiseerd (van 3-7 maart).

2.2 MTVP vanaf 2025: bekostiging in S1 en regioplan jaar 3

Er is overeenstemming bereikt over structurele bekostiging van de prestatie MTVP voor de individuele huisarts. Vanaf 1 januari 2025 wordt MTVP een vast onderdeel van de basishuisartsenzorg en voor de huisarts betaald uit de basiszorg, het zogeheten segment 1 (S1). Een vereiste is wel dat praktijken zich voor de volle **drie jaar** (afhankelijk van startmoment) blijven **committeren aan het regioplan**.

De bekostiging van Sterkzorg als RHO (regionale huisartsenorganisatie) voor ondersteuning van de individuele praktijk blijft voorlopig in S3.

Er zijn landelijke afspraken gemaakt dat de afgesproken doelstellingen (verbeterde kwaliteit en toegang, vermindering van het aantal consulten per patiënt, verbeterde patiënttevredenheid en werkplezier en beheersing van de zorgkosten) blijven gelden tot en met 2028 gelden. Gedurende deze tijd gaan de partijen (Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), InEen, Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH) en Zorgverzekeraars Nederland) monitoren hoe het gaat en ook kijken of de aanpak om die doelstellingen te halen bijstelling behoeft.

2.3 Opzet regioplan jaar 3: borgen en verdiepen

In april 2025 start het derde jaar van MTVP voor de eerste groep praktijken. De doelstellingen en voorwaarden voor jaar 1 en 2 staan in het [regioplan voor jaar 1 en 2](#).

Een extra voorwaarde in jaar 3 is dat elke praktijk deelneemt aan twee stedelijke uitwisselbijekomsten. Deze bijeenkomsten zijn belangrijk voor verdieping en samenhang in interventies. Bij Krachtige Basiszorg is al veel ervaring opgedaan met deze uitwisselingen, die onder begeleiding plaatsvinden. Tijdens deze bijeenkomsten worden kennis, uitdagingen en

best practices over o.a. praktijkorganisatie en samenwerken met het netwerk met elkaar gedeeld.

In hoofdstuk 6 van dit document worden de interventies voor jaar 3 gepresenteerd, die zijn gebaseerd op de ervaringen van de eerste twee jaren. We moedigen praktijken aan om de veranderingen duurzaam te verankeren, met ondersteuning van Sterkzorg. Ons streven blijft gericht op het daadwerkelijk toevoegen van waarde bij het behalen van de MTVP-doelstellingen, terwijl we de werkdruk voor de praktijk zo laag mogelijk proberen te houden.

2.4 Totstandkoming regioplan jaar 3

De werkgroep die betrokken was bij het opstellen van regioplan voor jaar 1 en 2 hebben zich ook bezig gehouden met het evalueren van de afgelopen twee jaar en het opstellen van een aanvullend plan voor jaar 3. Hierbij is een gezamenlijke MTVP geformeerd met een afvaardiging van huisartsenpraktijken, bestaande uit: Nanja Danhof, Thijs Luchtman, Judie Knol, Marije van der Meer, Liselot Schiphorst en vanuit Sterkzorg Anne-Marie Huijskes (projectleider MTVP) en Marije Hilhorst (meelezend).

3. Achterstandspopulatie en MTVP: Krachtige basiszorg

Praktijken met een achterstandspopulatie van 25% of hoger, komen in aanmerking voor een koptarief (pluscomponent) voor de patiënten met een achterstandspostcode. Dit wordt door Zilveren Kruis in ieder geval tot en met 2025 beschikbaar gesteld bovenop MTVP. Het koptarief voor achterstandspostcodes moet worden aangewend ter ondersteuning van de zorg voor deze vaak kwetsbare patiëntengroep. Bijvoorbeeld door het bieden van: extra tijd voor deze patiënten, waardoor een beter begrip van onderliggende problemen kan ontstaan, begeleiding van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden, intensievere samenwerking met (sociale) partners; en/of aanpak van specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld Lichte Verstandelijke Beperking, kwetsbare ouderen of gezinnen en patiënten met psychiatrische aandoeningen).

Praktijken kunnen ervoor kiezen om het programma 'Krachtige basiszorg' te volgen. Krachtige basiszorg richt zich op de groep kwetsbare, complexe patiënten met hoge gezondheidsrisico's en problemen in meerdere leefdoelgebieden en lage of geen gezondheidsvaardigheden. Sterkzorg ondersteunt het programma Krachtige basiszorg en legt de link met MTVP zodat het aantal verplichtingen voor praktijken wordt geminimaliseerd. Deelname aan Krachtige basiszorg is een voorwaarde om het koptarief te ontvangen. Bij deelname stellen praktijken een praktijkplan op en nemen ze vier keer per jaar deel aan de Krachtige basiszorg-bijeenkomsten.

Praktijken met vragen kunnen contact opnemen door een mail te sturen aan Anne-Marie via huijskes@huisartsenutrechtstad.nl

4. Samenhang met andere programma's van HUS/Sterkzorg

MTVP en Krachtige basiszorg vormen een rode draad tussen alle 'verticale' thema's binnen Sterkzorg (Chronische zorg, GGZ, Jeugd, Leefstijl, Ouderen). Ze bevorderen samenhang tussen de thema's door focus op samenwerking met patiënten en versterking van de eerstelijnszorg. Hierdoor worden de thema's op elkaar afgestemd en versterkt. Digitale samenwerking draagt hier ook aan bij.

5. Intervisie in jaar 3: deelname aan stedelijke uitwisselbijeenkomst

Praktijken hebben in het eerste en tweede jaar zelf gekozen hoe ze invulling geven aan kennisdeling en intervisie over MTVP-onderwerpen. We zien dat er veel gekozen voor aanhaken op bestaande overleggen in de wijk, maar dat MTVP hier geen vast onderdeel van de agenda uitmaakt. Ook horen we terug dat veel praktijken benieuwd zijn naar ervaringen en best practices uit andere praktijken op MTVP-onderwerpen. De huidige vrije vorm van intervisie is dus niet voldoende toereikend om te leren over praktijkorganisatie.

Voor Krachtige basiszorg geldt al sinds 2023 de verplichting om eens per kwartaal deel te nemen aan een uitwisselbijeenkomst. Hier worden kennis, uitdagingen en best practices over o.a. praktijkorganisatie en samenwerken met het netwerk met elkaar gedeeld. Deze bijeenkomsten worden als waardevol beschouwd en dragen bij aan de doorontwikkeling in de praktijk. De geleerde lessen over de organisatie van deze bijeenkomst worden nu toegepast in de doorontwikkeling van het MTVP-programma om te zorgen voor meer verdieping & samenhang.

Nieuw in jaar 3 is daarom dat van alle praktijken wordt verwacht dat zij twee keer deelnemen aan een MTVP-uitwisselbijeenkomst (bijeenkomst van 1,5 uur per keer). Deze bijeenkomsten hebben als doel om kennis te delen en het leren van en met elkaar te stimuleren. Sterkzorg bekijkt hoe deze kennis vervolgens ook breder kan worden gedeeld.

- Praktijken/gezondheidscentra schrijven zich [via de HUS academie](#) in voor een reeks van twee bijeenkomsten, verspreid over een jaar.

Startmoment	Bijeenkomst 1	Bijeenkomst 2
April 2023	15 april 2025	4 november 2025
Juli 2023	20 mei 2025	20 januari 2026
Oktober 2023 en januari 2024 (uitgezonderd Krachtige basiszorg-praktijken)	21 oktober 2025	14 april 2026

- Er neemt minimaal 1 deelnemer per praktijk/gezondheidscentrum aan de sessie deel. Dit hoeft niet beide sessies dezelfde deelnemers te zijn. Wel iemand die nauw betrokken is bij MTVP-plan (praktijkhouder en/of praktijkmanager in veel gevallen).
- Als er door meerdere praktijken een gezamenlijk MTVP-plan is ingeleverd, kunnen zij samen één deelnemer sturen.
- Door de bijeenkomst aan te bieden in een reeks, wordt dezelfde groep behouden en volgen praktijken ook elkaars proces.
- Een praktijk kan ook al vóór de start van zijn derde MTVP-jaar zich inschrijven voor een reeks van twee bijeenkomsten en voldoet dan ook aan de voorwaarden.

NB: de Krachtige basiszorg-praktijken hebben vier keer per jaar een uitwisselbijeenkomst.

6. Voorwaarden jaar 3 MTVP volgens het groeimodel

Praktijken werken, volgens het landelijke groeimodel MTVP, gedurende 3 jaar toe naar een optimaal resultaat van MTVP in hun huisartspraktijk. Hieronder staan de voorwaarden voor jaar 3 voor de vier kernelementen van MTVP, zoals weergegeven in de afbeelding.

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Toelichting
Anders werken in de praktijk	✓	Minimaal één extra interventie	✓/♻️	De huisarts heeft hierbij keuze uit minimaal drie interventies welke door de RHO in samenspraak met een afvaardiging van aangesloten regionale huisartsen zijn geselecteerd. De huisarts kiest in jaar 1 minimaal één interventie uit deze minimaal drie, maar mag er ook meerdere uit de selectie kiezen. In jaar 2 komt er in elk geval één interventie bij. In het 3e jaar wordt een nieuwe interventie gekozen of een doorontwikkeling/verdieping van een van de huidige interventies*.
Uitbreiding van personele capaciteit	✓	✓	✓	De huisarts heeft vrije keuze in type uitbreiding van personele capaciteit. Dit kan in jaar 1, 2 en/of jaar 3 ingezet en gecontinueerd worden.
Het voeren van het goede gesprek	✓	♻️	♻️	Het ingevoerde 'goede gesprek' wordt gecontinueerd in jaar 3 (en daarna), en zal worden onderhouden met nascholing en scholing van nieuwe personeelsleden.
Samenwerken met het netwerk		Minimaal twee interventies	✓/♻️	De RHO bepaalt in samenspraak met deelnemende huisartsen welke min. twee interventies hiervoor worden uitgevoerd in jaar 2. In het 3e jaar wordt een nieuwe interventie gekozen of een doorontwikkeling/verdieping van een van de huidige interventies*.

Legenda

- ✓ = implementatie van minimaal één interventie
- ✓ = implementatie van minimaal één interventie indien gewenst en mogelijk. Uitbreiding personeel is nooit de enige interventie, maar maakt onderdeel uit van set interventies zoals met RHO overeengekomen
- ♻️ = minimaal doorontwikkelen of verdieping van bestaande interventie(s)*

De volgende paragrafen laten aan de hand van menukaarten zien welke interventies per kernelement worden aangeboden voor jaar 2 en 3. Op het kernelement 'Uitbreiding van personele capaciteit' zijn geen interventies van toepassing, de huisarts heeft hierin een vrije keuze.

Iedere praktijk stelt een praktijkplan op, passend bij de wijk en de praktijk, en heeft hierover contact met de MTVP-projectleider. Deze adviseert de praktijk graag bij het maken van de keuze die het beste past bij de plannen en de uitdagingen van de praktijk. Door met elkaar te kijken naar welke kennis of ervaring de praktijk nodig heeft, haalt elke praktijk maximaal resultaat uit de interventies die aangeboden worden. Voor het opstellen van het praktijkplan van jaar 3 wordt door Sterkzorg een format aangeleverd per mail.

6.1 Anders werken in de praktijk

Een andere organisatie van het werk in de praktijk biedt de mogelijkheid om meer tijd vrij te maken voor een zinvol gesprek met de patiënt. Dit kan o.a. worden bereikt door de inzet van Lean werken en taakherschikking. Digitalisering, bijvoorbeeld door e-consulten, is ook een hulpmiddel om extra tijd vrij te maken voor andere patiënten die baat hebben bij fysiek contact en een langere consultduur.

De huisartsenpraktijk heeft in jaar 1 minimaal één interventie gekozen. In jaar 2 is daar in elk geval één interventie bijgekomen. In het 3e jaar wordt een nieuwe interventie gekozen of een doorontwikkeling/verdieping van een van de huidige interventies. Bij de keuze in het derde jaar voor het door ontwikkelen van een bestaande interventie is een onderbouwing noodzakelijk.

Interventie-mogelijkheden voor Anders werken in de praktijk

Interventie	Wat houdt de interventie in?
Interventie 1: Flexibele consultduur door anders inroosteren	<p>De inrichting van de spreekuurtijden wordt aangepast. Door bewust patiënten kort te zien waar het kan, ontstaat ruimte om andere patiënten juist langer te zien. De flexibele consultduur zorgt voor meer rust bij patiënten die een grotere zorgvraag hebben.</p> <p>De interventie kan bestaan uit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Experimenteren met verschillende consultduren: Denk aan: Standaard 15 min consult, afgewisseld met kortere consulten voor kleine zorgvragen en langere blokken. Denk hierbij bijvoorbeeld aan aanvulling 15 min met blokken van 3x 20 min GGZ spreekuur, 5 min spreekuur voor kleine (dermatologische) beoordeling icm de doktersassistent, en een ingrepen spreekuur (evt op niet ingevulde visiteplekken) 2) Invoeren van korte consulten (flitsconsulten, max. 5 minuten) (dokterassistent heeft hier een coördinerende rol in) 3) Creëren van spreekuurplekken waarin laagdrempelig een MDO of 3-gesprek gepland mag worden; denk bijvoorbeeld aan een blok in de agenda tussen 11-12 uur. 4) Inzet van regiearts met als doel laagdrempelig overleg met de assistentes en het snel kunnen beantwoorden van medische vragen <p>Het is aan te raden om deze interventie te combineren met een triage-scholing.</p>
Interventie 2: Anders triëren d.m.v. triagetraining	<p>Door verandering in soort consulten heb je andere vaardigheden nodig om het spreekuur beter te kunnen plannen. Dit kan door een triagetraining voor doktersassistenten (via de HUS Academie) en/of een training gezamenlijk met het hele team in combinatie met het maken van werkafspraken.</p>
Interventie 3: Taakherschikking	<p>Taakherschikking kan een middel zijn om toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van zorg te blijven waarborgen en het werkplezier vergroten. Het uitgangspunt is de juiste professional op de juiste plaats waarbij er een structurele herverdeling van taken tussen of binnen een beroepsgroep, inclusief bijbehorende bevoegdheden en verantwoordelijkheden plaatsvindt.</p> <p>Dit gebeurt al zeer regelmatig, maar kan altijd worden uitgebreid. Hierbij kun je denken aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meer spreekuren voor dokterassistent zoals SOA spreekuur/vrouwenspreekuur/leefstijl - Opleiding tot SOH / implementatie van SOH - Uitbreiding van personele capaciteit door de inzet van een Physician Assistant (PA) en/of een Verpleegkundig Specialist
Interventie 4: Lean werken in de huisartsenpraktijk	<p>Werk slimmer, niet harder en houd tijd over voor werk dat er echt toe doet. Lean is een methode om processen in kaart te brengen en verspillingen in processen te herkennen. Dat helpt je om verbetermogelijkheden te zien voor de huisartsenpraktijk. De methodiek helpt praktijken continu te werken aan snellere en betere processen.</p> <p>Hoe voer je deze interventie uit? De gouden tip: het werkt alleen als de hele praktijk betrokken is!</p>
Volg een scholing over lean werken	<p>Lean basisscholing met de hele praktijk (kennismakingsworkshop) : Aan de hand van een simulatiespel leer je de principes van Lean werken en de waarde voor je eigen praktijkvoering. Klik hier voor meer informatie. <i>Workshop van 4 uur in je praktijk met alle medewerkers</i></p> <p>Verdieping lean – opleiden van lean coaches Heb je de kennismakingsworkshop ‘Lean werken’ gevolgd? En wil je dit graag met jouw team concreet maken in de praktijk, maar lukt het tot nu toe niet om LEAN</p>

	<p>handen en voeten te geven? Dan is deze LHV-training iets voor jou én jouw doktersassistent.</p> <p><i>Bij genoeg animo kunnen we een stedelijke scholing organiseren. Je kan je ook aanmelden via Lean coach – Academie</i></p>
<p>Kies een verbetervoorstel en implementeer dit in de praktijk</p>	<p>Implementatie van lean voorraadbeheer Praktijk stelt een plan om efficiënt voorraadbeheer in te voeren en geeft hier uitvoering aan, rekening houdend met mogelijkheden, beperkingen, beschikbaarheid en kosten.</p> <p>Procesanalyses/Waardestroomanalyses Complexere knelpunten die in een praktijk bestaan, ook als er ketenpartners bij betrokken zijn, kunnen middels een waardestroomanalyse worden aangepakt. Een concreet voorbeeld is het aanpakken van het proces van het urineonderzoek. Een ander resultaat van een procesanalyse is de implementatie van Microsoft 365.</p>
<p>Interventie 5: Digitalisering: beeldbellen / e-mailen / chatten / AI-tools</p>	<p>De druk in de huisartsenpraktijk neemt dagelijks toe. Wachttijden aan de telefoon worden langer en voor de problemen waar patiënten mee komen is meer tijd nodig. Door anders of slimmer te werken met digitalisering in de praktijk, kun je patiënten waar ze kunnen en willen op afstand en efficiënter helpen, waardoor je meer tijd overhoudt voor patiënten. Anders werken door digitalisering is hiervoor een oplossing. Sterkz.org is aangesloten bij Trijn, waar regionaal stappen worden gezet in de hybride & digitale zorg. Daarnaast kun je al van alles oppakken in je eigen praktijk.</p> <p>Wat wil je bereiken met deze interventie? Dat beslis je zelf, afhankelijk van wat past bij je praktijk. Beeldbellen, e-mail of chatcontact kan bijvoorbeeld worden toegepast bij patiënten met een stabiel verloop, bij het geven van voorlichting of bij het bespreken van uitslagen. Er zal wel altijd moeten worden afgewogen of digitaal contact de manier van consulteren is die passend is in het contact met de patiënt en bijbehorende vraag.</p> <p>We geven enkele voorbeelden van digitalisering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het gebruik van beeldbellen biedt net iets meer zicht op de patiënt dan dat je hebt bij telefonisch contact. Daarnaast is het zowel voor jou als praktijkmedewerker als voor de patiënt een voordeel om dit vanuit een thuis- of werksituatie te kunnen doen (dit scheelt ook weer reistijd). • Een e-consult maakt asynchrone communicatie mogelijk. Op deze manier kun je zelf kiezen op welk moment van de dag je een bericht beantwoordt. • Implementatie van een chatfunctie. Dit biedt een directe communicatielijn voor zowel praktische als medische vragen. Dit vermindert niet alleen de noodzaak van telefonisch contact, maar geeft ook assistenten de ruimte om efficiënter te reageren, wat bijdraagt aan een flexibeler beheer van de patiëntenstroom. • Met thuismetingen kun je patiënten op afstand monitoren en begeleiden, hiermee voorkom je druk op het spreekuur. • Door gebruik te maken van consult voorbereidende vragenlijsten kun je zowel als patiënt als zorgverlener een consult beter voorbereiden en kom je sneller tot de inhoud. • Door het gebruik van eHealth-toepassingen voor bijvoorbeeld leefstijl voor hoge SES hou je in de spreekkamer meer tijd over voor patiënten die het daar nodig hebben ('health equity') • Met een terugbelsysteem wordt de communicatie met de patiënten planbaar en krijg je meer grip op werkprocessen. Dit levert veel werkplezier op én meer tevreden patiënten, want die weten waar ze aan toe zijn en worden met meer focus geholpen.

	<p>Tijdens het spreekuur kun je denken aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Werken met een AI-spraaksoftware <p>Als je hier als praktijk al stappen in hebt gezet, is het van belang om te verdiepen. Zijn er knelpunten die opgelost kunnen worden? Wat is daarvoor nodig? Stel een actieplan op.</p> <p>Kies een project of volg de nascholing 'optimale telefonische en digitale bereikbaarheid van jouw praktijk bij de LHV'.</p>
<p>NIEUW Interventie 6: Implementatie van Helpdesk Digitale zorg in de praktijk (digitalisering)</p>	<p>Helpdesk Digitale zorg ontzorgt de huisartsenpraktijk op het gebied van alle (niet-medisch inhoudelijke) vragen over digitale zorg door patiënten te ondersteunen bij het gebruik van digitale zorg (denk aan o.a.: DigiD, Uw Zorg Online en MijnGezondheid.net). Door patiënten naar de Helpdesk door te verwijzen bespaart de praktijk veel tijd! De HUS heeft een contract, dus er zijn geen kosten aan verbonden.</p> <p>In deze interventie implementeert de praktijk de Helpdesk Digitale zorg in de praktijk. Goede vindbaarheid op de praktijkwebsite en training van de doktersassistenten in goed doorverwijzen zijn een belangrijk onderdeel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor goede implementatie van de Helpdesk maakt praktijk gebruik van de toolkit op HA-web. Deze bevat: <ul style="list-style-type: none"> ○ Link naar de landingspagina voor HUS ○ Filmpje voor de wachtkamer ○ Online sessie die voor leden is georganiseerd, en die we hebben opgenomen om terug te kijken ○ Posters, visitekaartjes en flyers om uit te printen • Praktijk zorgt ervoor dat de link naar de HUS-landingspagina van de Helpdesk op de praktijkwebsite staat op de plek waar actie van de patiënt wordt verwacht (bij inlogschermbijvoorbeeld voor het portaal bijvoorbeeld). <p>Praktijk kan bij de implementatie door Sterkzorg worden ondersteunt. Neem contact op met projectleider Anne-Marie (huijskes@huisartsenutrechtstad.nl).</p>
<p>Interventie 7: 3-gesprekken</p>	<p>Een driegesprek is een gesprek tussen behandelaar, patiënt/bewoner en zijn/haar andere hulpverlener (bijvoorbeeld buurtteam). De interventie 3-gesprekken richt zich op het vergroten van de bewustwording van samen beslissen (shared decision making) onder zowel patiënten als zorgverleners. Door het voeren van een driegesprek heb je vanuit alle perspectieven (bijvoorbeeld huisarts, patiënt en buurtteammedewerker) een beeld en kun je met elkaar afspraken maken over prioriteit en bij wie je moet zijn met welke vraag. <i>Dit is onderdeel van Krachtige basiszorg.</i></p> <p>Om dit te organiseren heb je samenwerkingsafspraken met collega's in en buiten je team nodig over wie kan uitnodigen tot een driegesprek. Belangrijk is dat de patiënt/bewoner hiermee akkoord gaat en de meerwaarde ervan inziet.</p> <p>Belangrijke afspraken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle partijen delen de noodzaak van het contact/overleg/afspraken. • Alle partijen hebben dit vooraf met patiënt/bewoner besproken. • Van tevoren het doel van het 3-gesprek formuleren. • Moet iemand leidend zijn in de casus? • De initiatiefnemer? • Hoe te communiceren? • Hoe verslaglegging?
<p>Interventie 8: Regie op veelgebruikers</p>	<p>Veelgebruikers zijn mensen die meer dan 30 keer per jaar contact hebben met de huisartsenpraktijk. Door inzichtelijk te maken wie de patiënten zijn die veel contact hebben met de huisartspraktijk (en hier passende ondersteuning op in te richten), kan</p>

	<p>je deze patiënten sneller doorverwijzen naar de juiste plek. Zo zorg je dat de (onnodige) contactmomenten minder worden en dat levert je meer tijd en minder werkdruk op.</p> <p>Deze interventie richt zich op het in beeld brengen van veelgebruikers en proactief kijken hoe deze groep op een andere manier kan worden geholpen. Hierover maak je afspraken in de praktijk.</p> <p>Het in kaart brengen van de veelgebruiker kan op verschillende manieren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Binnen eigen praktijk, met zelf in kaart brengen veelgebruikers, bespreken in huisartsteam hoe bijvoorbeeld communicatie en continuïteit te verbeteren (bijv. door notities in HIS). 2. Vanuit de huisartsenspoedpost, door spiegelinformatie per half jaar, om zo ook inzichtelijk te maken welke patiënt er niet vaak in de praktijk komt maar bijvoorbeeld wel vaak de spoedpost belt. <p>Maak gebruik van het stappenplan om aan de slag te gaan in jouw praktijk. Pas in het contact met de veelgebruiker ‘het goede gesprek’ toe en schakel waar nodig andere professionals in (denk aan de POH of het buurtteam).</p>
--	---

6.2 Het voeren van het brede gesprek

Met de extra tijd in de spreekkamer ontstaat ruimte om ‘het andere gesprek’ te voeren. Dit gesprek richt zich op een bredere kijk op gezondheid: niet alleen medische klachten, maar ook leefstijl, mentaal welzijn, sociale omstandigheden en waarden komen aan bod.

Het doel is patiënten meer regie te geven over hun eigen zorgproces, waardoor ze vitaler worden en gezondheidsproblemen effectiever worden aangepakt. Dit leidt tot betere zorg, meer werkplezier en een lagere werkdruk voor zorgverleners.

Samen aan de slag in de praktijk

Het ontwikkelen van een brede blik op gezondheid is de basis van waaruit je werkt. Dit vraagt om een gezamenlijke aanpak binnen het team: van doktersassistent tot huisarts. Het is noodzakelijk dat het team een gezamenlijke visie en basis deelt. Dit zorgt voor samenhang in de zorg en versterkt de samenwerking binnen de praktijk en met (zorg)professionals in de wijk.

In je praktijk kun je gebruikmaken van verschillende kaders en methoden die complementair zijn aan elkaar:

- **Positieve Gezondheid (spinnenweb), het 4D-model of het leefstijlroer:** bieden structuur en een bredere kijk op gezondheid en welzijn.
- **Gespreksmethoden ‘Oplossingsgericht werken’ en ‘motiverende gespreksvoering’:** geven praktische tools om de patiënt te begeleiden in het nemen van regie en het stellen van doelen
- **ALK-scholingen:** Bieden specifieke kennis en handvatten voor de begeleiding van patiënten met aanhoudende lichamelijke klachten en sluiten daarbij aan op bovenstaande kaders en gespreksmethoden.

Deze hulpmiddelen bieden een brede selectie aan mogelijkheden, zodat je per patiënt kunt bepalen wat het meest geschikt is. De ene patiënt heeft bijvoorbeeld behoefte aan een gesprek over zingeving, terwijl bij een ander de focus ligt op mentaal welzijn of praktische ondersteuning.

De modellen kunnen elkaar aanvullen en flexibel worden ingezet, afhankelijk van de context en de behoeften van zowel de patiënt als de zorgverlener.

Het is belangrijk dat het team investeert in scholing en training, zodat iedereen vanuit dezelfde brede visie werkt, maar ook ruimte houdt voor persoonlijke invulling. Het is wenselijk om dit gezamenlijk aan te pakken. Hierdoor zorg je voor consistentie en voor flexibiliteit binnen het team.

In jaar 1 maak je een keuze voor het goede gesprek, in jaar 2 verdiep je dit en vanaf jaar 3 blijft het een vast onderdeel van de werkwijze, ondersteund door nascholing en scholing van nieuwe medewerkers.

Afspraken in de wijk

In sommige wijken, zoals de Krachtige basiszorg-wijken, wordt gewerkt met het 4D-model. In andere wijken kunnen andere afspraken gelden, zoals 'Samen begrijpen en beslissen met kinderen.' Stem daarom jouw praktijkplan af op de plannen en afspraken in jouw wijk. Neem bij twijfel contact op met de [wijkcoördinator](#).

Tip: Door als team samen te werken vanuit een gedeelde basis, gebruik te maken van een diverse 'gespreks-toolbox; en af te stemmen met de wijk, verbeter je niet alleen de zorg voor patiënten, maar versterk je ook de samenwerking in de wijk en regio.

Laat je inspireren:

In het [speciale MTVP-magazine TIJD](#) kun je vanaf p. 39 lezen hoe collega's in de stad werken aan het goede gesprek!

			
SAMEN BEGRIJPEN EN BESLISSEN	OPLOSSINGS-GERICHT WERKEN	HET 4-DOMEINEN-MODEL	POSITIEVE GEZONDHEID
Lotte Vlak vertelt over haar motivatie en de tijdswinst van 'Samen begrijpen en beslissen met kinderen'.	Tessa Dijkstra probeert van elk consult een feestje te maken met oplossingsgericht werken.	Arlette Hamel vertelt over het 4-Domeinen-model als hulpmiddel om nieuwsgierige vragen te stellen.	Juliette van Gijssel vertelt over het doordringen zijn van positieve gezondheid.

Interventie-mogelijkheden voor 'het goede gesprek':

Samen begrijpen en beslissen met kinderen (in de wijk):
In een aantal wijken loopt de aanpak 'samen begrijpen en beslissen met kinderen'. Niet de klacht staat centraal. In de kern draait het om de vragen: wat is belangrijk in het leven van het kind? Wat helpt het kind, en wat belemmert? Kind, ouders/verzorgers en hulpverleners stellen samen persoonlijke doelen op. Steeds bekijken zij samen wat het kind zelf kan doen en wat het netwerk kan betekenen. En ten slotte, of en zo ja welke aanvullende hulpverlening er nodig is.
Het gaat om scholing en toepassing van de netwerkinname, de kindtool Positieve gezondheid of het 4D-kindmodel en (afspraken over) samenwerking met het netwerk.
Positieve Gezondheid: scholing, implementatie en borging in de praktijk
Bij Positieve Gezondheid ligt het accent niet op ziekte, hoewel die natuurlijk wel behandeld wordt, maar op mensen zelf, op hun veerkracht en op wat hun leven betekenisvol maakt. Hiervoor wordt het Spinnenweb gebruikt.

Leergang Positieve Gezondheid:

In het kader van MTVP biedt de HUS de leergang Positieve Gezondheid voor de huisartsenpraktijk aan. Deze kan 'in company' geboekt worden of als open scholing gevolgd worden bij de HUS (bij voldoende animo). De training leert je breder naar gezondheid te kijken, een ander gesprek te voeren en meer mogelijkheden in beeld te krijgen om samen met de patiënt tot een plan te komen.

Verskillende praktijken hebben deze training inmiddels met veel plezier gevolgd. Met name de mogelijkheden tot het maatwerk maakt dat deze training positief is ontvangen. Om het geleerde te verankeren in de praktijk, is ook een na-traject ontwikkeld. Hierin kunnen verschillende aspecten worden betrokken, zowel organisatorisch en inhoudelijk. Ook hier is maatwerk het sleutelwoord. De leergang kan inclusief of exclusief na-traject geboekt worden.

Deze trainingen worden begeleid door Liselot Schiphorst (ervaren en gecertificeerd trainer van iPH) en Marguerite Samama (procesbegeleiding in leveren maatwerk).

Neem voor meer informatie contact op met de [HUS-academie](#).

4-Domeinenmodel: scholing, implementatie en borging in de praktijk

Hoe zorg je ervoor dat je een patiënt breder benadert dan alleen vanuit zijn of haar klachten? En hoe leg je de regie bij de patiënt zelf? Het 4 Domeinen-model (hierna: 4D-model) is hier een mooi instrument voor. Het 4D-model gebruik je in gesprek met de patiënt om zijn of haar klachten in een bredere context te kunnen bekijken. Je legt de focus daardoor niet alleen op het lichaam, maar brengt samen ook geest, sociale omgeving en maatschappelijke status van de patiënt in kaart. Op deze manier is dit bijvoorbeeld goed in te zetten bij mensen met een complexe hulpvraag of met gestapelde problematiek en als biopsychosociale of functionele benadering van medische klachten en ALK.

Het is daarnaast een mooi instrument in de afstemming met andere professionals.

Het 4-Domeinenmodel ondersteunt de interactie tussen professionals onderling, maar ook tussen professional en patiënt (of bewoner). Dit model wordt ingezet bij Krachtige basiszorg.

Bekijk [de kalender](#) van de HUS academie voor het actuele scholingsaanbod voor een stedelijke 4D-scholing.

Scholing met je team?

Het is aan te raden om allemaal dezelfde taal te spreken. Dit kun je bereiken door een incompany-scholing. Neem contact op met de [HUS Academie](#) voor het bespreken van de mogelijkheden.

Training rondom gespreksvoering gericht op ALK-patiënten

Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK) vormen al jaren structureel een hardnekkige uitdaging in de zorg. Uit landelijk onderzoek blijkt dat het gaat over 50% van de patiënten die bij de huisarts komt. Niet alleen is dit een vervelende situatie voor de patiënt, ook de zorgprofessional zit regelmatig met de handen in het haar. De patiënt komt steeds terug en blijft bezorgd om zijn gezondheid. Dit levert extra werk op en laat de zorgprofessional soms gefrustreerd achter omdat er een eenduidige oplossing lijkt te zijn. In Utrecht is het [zorgprogramma ALK](#) opgesteld. De aanpak biedt concrete handvatten voor elke wijk die ALK patiënten zorg op maat wil bieden met behulp van een multidisciplinaire aanpak.

In de praktijk is al gebleken dat een gestructureerde, multidisciplinaire aanpak veel oplevert. In Overvecht en in de Binnenstad wordt al jaren gewerkt met zogenaamde kernteams rondom ALK patiënten. Die kernteams bestaan meestal uit een huisarts, POH-GGZ en fysiotherapeut. Dit kernteam maakt afspraken over benadering, taalgebruik en wijze van communiceren onderling.

De [HUS academie](#) biedt basis- en verdiepingsscholingen aan voor 'succesvol samenwerken rondom ALK-patiënten'. In deze scholing bieden ervaringsdeskundigen jou de mogelijkheid om de voordelen van deze aanpak te ervaren, hen voor te leggen waar je tegen aan loopt en te onderzoeken waar jouw praktijk mee verder kan. Ook ervaar en oefen je met gespreksmodellen (4D-model en iPH Spinnenweb) om de (klacht)situatie van de patiënt in een eerder stadium breder inzichtelijk te krijgen, te bekrachtigen wat wel

goed gaat en zo stapsgewijs toe te werken naar meer kwaliteit van leven. Tot slot wordt specifiek ingegaan op de netwerkaanpak rondom patiënten met een licht verstandelijke beperking (LVB).

Training over Oplossingsgericht werken

Het oplossingsgericht werken is een aanvulling op het medisch model, daarin staat de vraag van de patiënt centraal. De zorgverlener kijkt niet zozeer naar de kluwen van factoren die heeft geleid tot de hulpvraag, maar sluit aan bij de vraag van de patiënt en helpt hem zoeken naar mogelijkheden om de gewenste situatie te bereiken. De focus ligt dus op de gewenste toekomst. De professional geeft geen adviezen, maar stelt vragen aan de patiënt. Oplossingsgericht werken is daarom geschikt bij: complexe, langdurige klachten en als een diagnose of zorgpad niet eenduidig of rechtlijnig is, bijvoorbeeld bij psychische klachten (zoals depressie, burn-out), chronische ziektes (zoals diabetes), aanhoudende lichamelijke klachten (ALK) en leefstijl-gerelateerde aandoeningen (zoals obesitas en hart- en vaatziekten).

Patiënten zijn co-experts van hun eigen leven en een informatiebron. Bij een oplossingsgerichte aanpak bouw je aan wat werkt: Als iets (beter) werkt, doe er dan meer van. Als iets niet werkt, doe dan iets anders.

Mura biedt scholingen voor [oplossingsgericht werken](#) aan.

Training over Motiverende gespreksvoering

Als zorgprofessional ben je dit vak ingegaan omdat je anderen wil helpen. Het is dan ook niet vreemd dat de reparatiereflex, oftewel het sterke verlangen om iets te herstellen wat “fout” is, diep in ons zit ingebakken. Toch werkt deze reparatiereflex averechts als het gaat om wat we willen bereiken, namelijk: gedragsverandering. Met behulp van motiverende gespreksvoering kan je dit doel wel bereiken. Motiverende gespreksvoering is een op samenwerking gerichte gesprekstijl die iemands eigen motivatie en bereidheid tot verandering versterkt.

De [HUS academie](#) biedt basis- en verdiepingsscholingen aan voor Motiverende gespreksvoering.

6.3 Samenwerken met het netwerk

Wat betreft samenwerken met het netwerk hebben we als Sterkz.org flink ingezet op het bouwen aan netwerken en het maken van samenwerkingsafspraken in de wijk, stad en regio. De ervaring is dat we behalve moeten ‘bouwen’ aan netwerkensamenwerking ons ook moeten richten op het ‘onderhouden’ van de netwerken en samenwerkingsafspraken. En dat kost tijd en is niet altijd eenvoudig.

Beschrijf in je plan wat je wil bestendigen of verbeteren wat betreft samenwerking. Wellicht zijn burgerinitiatieven aan je aandacht ontglipt en wil je je daar meer in verdiepen. Of wil je voor een specifieke doelgroep gericht overleggen en benut je daar netwerkoeverleggen voor. Maar mogelijk doe je reeds het maximale met de capaciteit die je hebt. Kies dan de interventies die wat jou betreft het meeste waarde toevoegen voor de kwaliteit van zorg en je werkplezier.

In jaar 2 heeft praktijk minimaal 2 interventies gekozen en uitgevoerd. In het 3e jaar wordt een nieuwe interventie gekozen of een doorontwikkeling/verdieping van een van de huidige interventies. Bij de keuze in het derde jaar voor het door ontwikkelen van een bestaande interventie is een onderbouwing noodzakelijk.

Interventie-mogelijkheden voor Samenwerken met het netwerk

Interventie	Wat houdt de interventie in?
Welzijn op recept	We zien dat steeds meer sociaal maatschappelijke vragen in de praktijk worden gesteld. Deze kunnen variëren van medische oorzaken tot psychosociale kwesties. Het voeren van ‘Het andere gesprek’ heeft tot gevolg dat duidelijker wordt welke aanvullende zorg de patiënt nodig heeft, naast de zorg van de huisarts/POH. Door middel van Welzijn op Recept verwijst de huisarts/POH patiënten met psychosociale

	<p>klachten direct naar de welzijns partij in het betreffende gebied. Hiermee bevordert de praktijk de samenwerking in de wijk en ontstaat er een netwerk met korte lijnen en laagdrempelige overlegmogelijkheden.</p> <p>Welzijn op recept is standaard beschikbaar in Utrecht Stad. De mate waarin je er gebruik van maakt kan wellicht verbeteren. Mogelijk ben je niet goed op de hoogte van het aanbod of ken je de contactpersoon voor jou wijk nog niet.</p>
ALK programma (incl. aanleren multidisciplinaire blik en samenwerking)	In de praktijk is gebleken dat een gestructureerde, multidisciplinaire aanpak veel oplevert. In Overvecht en in de Binnenstad wordt al jaren gewerkt met zogenaamde kernteams rondom ALK-patiënten. Die kernteams bestaan meestal uit een huisarts, POH-GGZ en fysiotherapeut. Dit kernteam maakt afspraken over benadering, taalgebruik en wijze van communiceren onderling.
Meedoen aan de casuïstiek-besprekingen in de wijk op de thema's	Er zijn al veel besprekingen in de meeste wijken maar nog niet iedereen doet mee, dus doel vergroten deelname. Ondersteuning door wijkorganisaties.
Samenwerking met de wijkverpleging / buurtteam / sociaal team	Onder deze interventie verstaan we de samenwerking met alle andere (zorg)professionals in de keten en het informele netwerk om de patiënt heen. Samenwerking met de wijkverpleging, het wijkteam, het buurtteam en/of het sociaal team zijn voorbeelden van deze interventie. De inspanning van de huisartsenzorg is van korte duur terwijl het netwerk langer ondersteuning kan bieden. De samenwerking kan in omvang verschillen van enkele afspraken tot intensieve samenwerking met bijvoorbeeld jeugd- of ouderenzorg.
Aansluiting bij burgerinitiatieven in de wijk	Het doorverwijzen van patiënten met niet-medische problemen naar initiatieven van burgers uit het gebied, functioneert als een interventie die de zelfredzaamheid van patiënten stimuleert. Burgerinitiatieven hebben als doel om patiënten met niet-medische problemen – en soms ook andere doelgroepen – zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving te laten wonen. De initiatiefnemers zijn vaak mensen die hun directe leefomgeving willen verbeteren. Meestal beginnen deze initiatieven met het aanbieden van (onderlinge) diensten zoals vervoer, hulp aan huis, onderhoud en huishoudelijke hulp en koffie en bezoekenmomenten. De initiatieven beginnen vaak klein maar kunnen in samenwerking met professionals uitbreiden naar intensievere zorg.

6.4 Uitbreiden personele capaciteit

Uitbreiding van personele capaciteit kan breed worden opgevat: het kan gaan om de huisarts zelf die meer uren inzet, maar ook om de (extra) inzet van een waarnemend huisarts, hidha (huisarts in dienst van een huisarts), doktersassistent, praktijkondersteuner, praktijkmanager, physician assistant en/of verpleegkundig specialist. Met andere woorden, extra personele capaciteit gaat om de brede inzet van personeel die nodig is om daadwerkelijk meer tijd in de spreekkamer te kunnen creëren. Er kan ook gedacht worden aan het inzetten van basisartsen in de huisartsenpraktijk.

Verpleegkundig specialist: In Utrecht is al een aantal verpleegkundig specialisten (VS) aan de slag. Een verpleegkundig specialist is een zelfstandig bevoegd behandelaar. De VS houdt spreekuur en loopt visites, net als de huisarts. De VS heeft daarbij oog voor zowel de medische als verpleegkundige kant van de hulpvraag. [Lees hier meer](#) over de voordelen van de VS, de opleiding en andere relevante informatie.

7 Werkplezier

Als regio-organisatie zetten we extra in op werkplezier, omdat het niet alleen bijdraagt aan een prettigere werkomgeving, maar ook aan de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Door werkplezier centraal te stellen, versterken we de toekomstbestendigheid van huisartsenpraktijken. Dit zorgt ervoor dat teams beter om kunnen gaan met onvoorziene crises en vergroot de veerkracht en wendbaarheid van de praktijken. Zo creëren we samen een gezonde werkomgeving en bouwen we aan een sterke eerstelijnszorg die klaar is voor de toekomst.

Het actuele aanbod voor meer werkplezier wordt gedeeld via onze nieuwsbrief en de [MTVP-website](#).