

meer

TJD.

voor de patiënt

HANS PETER JUNG
DE MAN MET MEER TIJD

Samen werkt. Toch?

Over botsen, bouwen
en beter worden in teams

Focus op wat wél kan
beter worden met plezier

HARDOP REFLECTEREN WERKT VERBINDEND
LESSEN UIT DE LEERGANG POSITIEVE GEZONDHEID

Wie doet dat nog?

Tijd maken om elkaar te spreken

TIJD is een magazine dat gemaakt is voor en door praktijken. Zorgprofessionals delen ervaringen en voorbeelden over samenwerking met het netwerk, anders organiseren en hoe de veerkracht van patiënten te verbeteren. Meer tijd voor de patiënt creëer je samen. We hopen dat zorgprofessionals en inwoners van Utrecht elkaar versterken met plezier. Lees en bespreek samen de verhalen uit jullie eigen Utrechtse praktijken, laat je inspireren, ga aan de slag met een van de werkboekitems en verhoog de kwaliteiTJD!

INHOUD



Samenwerken

Elkaar kennen helpt bij samenwerking. Volgens huisarts Henk Schers: "Zorg ervoor dat je elkaar af en toe ziet, loop elkaar voor de voeten". Bij Dokters op Dreef doen ze dat letterlijk, even de benen strekken met professionals uit zorg en welzijn. Inwoners van Utrecht en professionals vinden elkaar ook, bijvoorbeeld op het thema leefstijl.

Jung, de grondlegger van MTVP aan het woord
Interprofessionele identiteit
Het is een fase
Teamcheck: In welke fase zitten wij?
Lean your way to
Microsoft Teams voor efficiënte samenwerking
Stoppen met onnodige zorg
Het brede gesprek onder de loep
Leergang Positieve Gezondheid
Oplossingsgerichte vragen
Samen voor betere astmazorg in Oost
Slimmer werken: benader de kaderhuisarts!
Gezondheidscentrum Kanaleneiland... één jaar later
Al in de zorg
Stage bij het buurtteam
Henk Schers over samenwerking
Krachtige basiszorg voor iedereen
Tijd voor elkaar
Samenwerken rondom leefstijl



Brede blik

Maak tijd voor een ander gesprek met de patiënt. "Vraag een klant als eerste waar hij naartoe wil, net als een taxichauffeur", geeft huisarts Hans Peter Jung als advies. Lees ook over de ervaringen van Wijkgezondheidscentrum Lunetten wat er gebeurt als je met de patiënt over Positieve Gezondheid praat.

4 Huisartsen in een nieuw jasje

7
14 Twee verhalen over praktijken die zonder doktersassistenten werken

16 **Vogelenbuurt** 8
24 **Domstad Dokters** 12

28 De huisartsenspoedpost

37 Een serie van drie verhalen over de grootste huisartsenpraktijk van Utrecht

39 **De SUS in beeld** 17
42 **Het belang van goede overdracht** 20
46 **Snelle zorgverlening in noodsituaties** 21

50 Het brede gesprek

53 Drie artikelen over de implementatie van het brede gesprek

54 **Het brede gesprek onder de loep** 37
58 **Leergang Positieve gezondheid** 39
59 **Oplossingsgerichte vragen** 41

Samenwerken is een werkwoord



Anders organiseren

Leuk al die inspiratie, maar hoe doe je het vervolgens anders? In dit magazine vind je handvatten. Betrek het hele team bij het proces, gebruik de tips van huisarts Mattijs Numans om data in te zetten voor populatiegerichte zorg of laat je inspireren door het enthousiasme van huisarts Neeltje Truijens.

Daar ligt ie, stralend en wel. Net zoals de vele netwerken in de stad! Met deze tweede editie van magazine TIJD geven we weer een glimp van al het moois wat er op het gebied van samenwerking gebeurt.

In Utrecht stad 'zitten we daarop', het zit in de genen. Door de rijke historie van GEZ-en en wijk-samenwerking ligt het voor de hand om rondom complexe casuïstiek en bepaalde doelgroepen in de wijk te overleggen. De uitspraak: 'alleen ben je sneller, samen kom je verder' is van toepassing op iedereen die werkt aan een gezonde Utrechtse samenleving, van zorgprofessionals tot ervaringsdeskundigen en van buurtteammedewerkers, sociaal- en beweegmakelaars tot de informele zorg en andere betrokken bewoners.

Elke wijk heeft een eigen dynamiek en context. Werkers in en uit de praktijk, vaak samen met inwoners van de wijk, ontdekken goede oplossingen voor problemen, vinden manieren om elkaar te ontmoeten en schakelen hulp in om er niet meer alleen voor te staan. Die veerkracht verspreidt Sterkzorg met dit magazine graag in heel de stad.

Sta je wel eens stil bij het proces van samenwerking? Het wordt complex op momenten dat er geen tijd vrijgemaakt kan worden voor overleg, de contractering niet toereikend is voor een van de partners, als er versnippering is van te veel aanbieders of als vergaderingen niet efficiënt verlopen. Dit magazine in het kader van Meer Tijd Voor de Patiënt informeert hoe jouw collega's TIJD voor patiënten maken, TIJD aan elkaar schenken en ze vertellen over hun beste en slimme trucs om kwalitiJD hoog in het vaandel te houden. Ook stedelijk beleid wordt sterker als we het gezamenlijk opstellen en uitvoeren. Samenwerken is een werkwoord. Samen is sterker als we blijven investeren in onze netwerken en deze goed onderhouden. Voor goede zorg ten behoeve van de inwoners van onze prachtige stad.

Marije Hilhorst, bestuurder-directeur HUS
Barend van Dijk, directeur Sterkz.org

Colofon

Hoofdredactie	Anne-Marie Huijskes, Saskia Koster
Vormgeving	Jeroen Tirion
Redacteuren	Stéphanie van Emmerik Grieteke Meerman Marijke Dekker Linda de Haan
Fotografie	Bernadet de Prins Leen van Put Foto's uit privécollecties

Met medewerking van Annemarie Sprengers, Anil Kishoendajal, Arnica Bosma, Astma werkgroep, Barend van Dijk, Bart van Pinxteren, Brigitte Wieman, Clasineke Groenendijk, Dorothé Lucassen, Ernst-Jan Wind, Esther van Mourik, Feia Hemke, Hans Peter Jung, Henk Schers, HUS cliëntenraad, Irene Groenewegen, Iris van den Haselkamp, Jessie Neffke, Jonatas de Lemos, Karin Versteeg, Linda Oberhammer, Liselot Schiphorst, Maaïke Verlaan, Marguerite Samama, Marije van der Meer, Marijke Donath, Marijn Didderen, Mariska de Velde Harsenhorst, Mattijs Numans, MDO Ouderen, Neeltje Truijens, Nina Bos, Randy Haalboom, Shafiq Alikhil, Sjoukje Klein, Susan Delleman, Suzanne Kroeze, Sylvia van Kastel, Victor van Duuren, wijkverpleegkundige Wilma, en inwoners van Utrecht/patiënten: Astrid, Jos, Linda, Marjan, Marjolijn, Ouardia, Sacha, deelnemers Tuingroep Binnenstad.

A portrait of Hans Peter Jung, a man with grey hair and glasses, smiling. He is wearing a dark blue zip-up sweater over a light blue and white striped shirt. His hands are clasped in front of him. The background is dark and out of focus, showing some bookshelves.

‘Je kunt niet zelf de zorg reorganiseren, dat moet je met elkaar doen’

Huisarts Hans Peter Jung legde in 2015 in het Limburgse Afferden de basis voor ‘Meer tijd voor de patiënt’ (MTVP), waardoor huisartsen in Nederland sinds 2023 meer tijd voor hun patiënten vergoed kunnen krijgen. Disclaimer: je hebt pas écht iets aan die extra minuten wanneer je overgaat op een manier van werken die de mens als uitgangspunt neemt.

Tekst: Grieteke Meerman | Foto: uit eigen collectie

Hans Peter Jung wist het huisartsenvak veertien jaar lang te combineren met de intensieve zorg voor zijn meervoudig gehandicapte dochter. Toen zij in 2010 overleed aan een longontsteking, nam hij een jaar vrij om uit te rusten. Hij ontdekte dat de oorzaak van zijn vermoeidheid niet in de zorg thuis had gelegen, maar in zijn werk. “Ik had het gevoel dat ik klem zat. Feitelijk twijfelde ik of ik wel door wilde gaan met mijn praktijk.”

Om de werkdruk te verlichten, creëerde hij bij terugkomst meer tijd voor zijn patiënten door in zijn praktijk een collega aan te nemen. Maar al snel kreeg hij het net zo druk als toen hij nog in z’n eentje was. Zijn collega dreigde overspannen te raken, net zoals hij zelf pas was geweest. “Als je meer tijd voor je patiënten creëert, maar inhoudelijk precies hetzelfde doet als wat je altijd al deed, dan krijg je ook hetzelfde. Dat bleek niet voldoende om verschil te maken.”



Wat dat wel deed, was een baanbrekend idee dat Jung en zijn collega ontwikkelden. Dat gaat uit van een financieringssysteem dat niet uitkeert per consult, maar een vast bedrag per patiënt per jaar. Hierbij hoort ook een andere manier van werken, dat de mens als uitgangspunt neemt en niet het eigen medisch denkkader.

De mens als uitgangspunt, wat houdt dat in?

"Ik vergelijk het graag met het werk van een taxichauffeur. Die vraagt een klant als eerste waar hij naartoe wil. Maar een huisarts begint juist met de vraag waar een patiënt vanaf wil. Dat leidt tot een focus op datgene wat niet goed gaat. Door te kijken waar je naartoe wilt met elkaar, geef je zo'n andere invulling aan je vak. Het is belangrijk om daarbij te beginnen vanuit stilte. Ga dus niet meteen op een diagnose af, maar laat het gebeuren. Uit onderzoek blijkt dat een huisarts gemiddeld al na elf seconden ingrijpt

na de start van het consult. Gebeurt dat niet, dan laat 60 tot 70 procent van je patiënten een natuurlijke stilte vallen."

Wat levert stilte op?

"In die stilte gebeurt iets bijzonders. Mensen beginnen dan te vertellen vanuit een eigen focus, waaruit een heel ander gesprek ontstaat over onderwerpen die ikzelf niet had kunnen bedenken. Dit is bijvoorbeeld passend bij mensen met buik-, hoofd- en rugpijnklachten, omdat in de helft van deze gevallen nooit een medische diagnose wordt gesteld. Daar moet je niet de oorzaak willen vinden, want die ga je niet vinden. Doe je dat toch, dan beland je in de verkeerde wedstrijd."

Met zijn plan won Jung in 2015 het vertrouwen van Zorgverzekeraar VGZ. Deze gaf hem onder de noemer 'Meer tijd voor de patiënt' (MTVP) als eerste huisarts in Nederland de kans om meer tijd uit te trekken voor een patiëntconsult. In zijn praktijk in Afferden leidde dit tot 25 procent minder contactmomenten dan voorheen. Ook het aantal verwijzingen naar medisch specialisten daalde, net als de zorgkosten en de werkdruk. Wat toenam, was de tevredenheid van patiënten en hun eigen werkplezier.

Acht jaar later, in 2023, werd de pilot landelijk uitgerold. In het Integraal Zorgakkoord (IZA), dat de zorg toegankelijk, betaalbaar en toekomstbestendig moet houden, is opgenomen dat elke huisartsenpraktijk in Nederland de mogelijkheid heeft om meer tijd voor de patiënt vergoed te krijgen. Inmiddels werken bijna alle huisartsen met MTVP.

"Ik vergelijk het graag met het werk van een taxichauffeur. Die vraagt een klant als eerste waar hij naartoe wil."

“In onze praktijk verwijzen wij al tien jaar gemiddeld 30 procent minder dan we voorheen deden. Dat zijn enorme aantallen.”

Is het, om dit ook landelijk tot een succes te maken, belangrijk dat huisartsen hier net zo gemotiveerd in staan als u?

“In onze praktijk verwijzen wij al tien jaar gemiddeld 30 procent minder dan we voorheen deden. Dat zijn enorme aantallen. Maar wij zijn dan ook tot in onze haarvaten gemotiveerd voor deze aanpak. Landelijk is het aantal verwijzingen naar het ziekenhuis - buiten de coronatijd om - nu voor het eerst in 25 jaar gelijk gebleven. Dat vind ik een teken dat MTVP wel degelijk ook een effect heeft als je niet alles uit de kast trekt.”

Wat doet u om de boodschap te verspreiden?

“Ik heb door het hele land voor ongelooflijk veel huisartsenclubs mijn verhaal mogen vertellen. Maar een effectievere manier om het te verspreiden, is door het in de regio in de praktijk te brengen. Je kunt immers niet zelf de zorg reorganiseren, dat moet je met elkaar doen. Onze intensieve samenwerking met het streekziekenhuis heeft ertoe geleid dat wij als eerste regio in Nederland een goedgekeurd IZA-transformatieplan voor zorg en welzijn hebben. Daardoor hebben we nu 64 miljoen euro om gezamenlijk te kijken wat het betekent als die patiëntenstromen veranderen en hoe we ervoor kunnen zorgen dat we met tekorten aan zorgpersoneel de juiste dingen blijven doen. Dat is weer een nieuw sprookje eigenlijk.”

Wat kan een regio-organisatie als HUS/ Sterkzorg doen om dit te ondersteunen?

“Het is erg belangrijk dat je een cultuur creëert waarin je het met elkaar fijn, goed en leuk vindt om tijd te investeren in die samenwerking. Het is daarbij heel belangrijk dat er een gezamenlijke taal en cultuur wordt ontwikkeld. Mensen in het sociaal

werk hebben veel ruimte om goed te kijken naar problemen van mensen, wat huisartsen vaak ‘jeuk’ geeft. Want die wil snel over naar actie. Die totaal andere manieren van denken moet je van elkaar snappen. Daar is een leerproces voor nodig waar zo’n regio-organisatie enorm aan kan bijdragen.”

Jung ziet zijn aanpak niet als het enige antwoord op het toekomstbestendig maken van de zorg, maar als een stukje in een legpuzzel. Een ander belangrijk stuk is volgens hem de aanleg van een data-infrastructuur dat kan monitoren wat er rond patiënten gebeurt en voor alle professionals in verschillende zorgdomeinen toegankelijk is.

‘Consumeren’ van zorg

Verder zou er volgens Jung een einde moeten komen aan het ‘consumeren’ van zorg. Uit onderzoek blijkt dat we jaarlijks gemiddeld 105 miljard euro aan zorg uitgeven, terwijl slechts 10 procent daarvan daadwerkelijk bijdraagt aan onze gezondheid. De overige 90 procent wordt bepaald door factoren buiten de zorg, zoals bestaanszekerheid en een gezonde leefomgeving. “Om mensen daarvan bewust te maken, hebben we een bredere beweging nodig, waarin niet alleen de zorg actief is, maar ook het onderwijs en maatschappelijke organisaties een rol spelen.”

Dit betekent ook dat we ook naar onszelf moeten kijken, vindt hij. “Moeten we niet uit onze eigen bubbel stappen en de zorg minder als vanzelfsprekend beschouwen? Misschien is het tijd om de focus te verleggen: minder medicaliseren, meer investeren in gezondheid. We moeten af van het idee dat we erop los kunnen leven en bij problemen simpelweg een quick fix uit de zorg mogen verwachten.”

Vertrouwen in plaats van controle

Als laatste punt noemt Jung een andere houding van zorgverzekeraars en de overheid. Huisartsen en professionals in ziekenhuizen en het sociaal domein zouden moeten kunnen experimenteren met nieuwe manieren van werken, zoals hijzelf ooit deed met MTVP, zonder daar meteen op te worden afgerekend. Dat vraagt van zorgverzekeraars en overheden om anders te kijken naar financiering - zonder een vorm van controle die zorginstanties in een keurslijf dwingt. “Geef ons de kans om fouten te maken, zodat we kunnen ontdekken wat werkt en niet werkt. Daar is vertrouwen voor nodig.”

Samenwerken? Pas op, voor je het weet heb je nóg een identiteit!

Identiteit is een vreemd ding. Je denkt dat je er één hebt - huisarts, paramedicus, buurtteammedewerker, sociaal makelaar - en dat dat voldoende is. Je hebt er zelfs een diploma voor. Maar dan blijkt dat er meer van je verwacht wordt. Je bent niet alleen expert in je eigen vakgebied, maar ook collega, teamspeler, verbinder. Een schakel in een groter geheel.

Column

Dat klinkt mooi, tot je ontdekt dat samenwerken méér betekent dan af en toe een naam doorgeven of een mail sturen zonder reactie. Samenwerken vraagt om tijd, communicatie, en erger nog: het loslaten van de illusie dat je een onafhankelijke zorgverlener bent.

Een ongemakkelijke waarheid

Niemand kiest er bewust voor om een interprofessionele identiteit te ontwikkelen. Het overkomt je. Eerst ben je een huisarts die doorstuurt naar de fysiotherapeut, een sociaal makelaar die een welzijn



Foto: Twelvephoto

Ernst-Jan Wind is stadscoördinator jeugd, wijkcoördinator Noordwest, landelijk aanjager van Krachtige basiszorg en tot op het bot gemotiveerd om de hulp bij gezondheid zo goed mogelijk te organiseren.

op recept ontvangt, een logopedist die zich op zijn eigen expertise richt. Dan, ergens tussen de hectiek van de dag, besef je dat je niet alleen staat. Dat de inwoner die jij helpt ook de agenda van iemand anders bepaalt. Dat een probleem dat jij 'oplost', in werkelijkheid meerdere dimensies kent en verschuift naar de volgende zorgverlener. Je kunt die ongemakkelijke waarheid negeren. Of je accepteert dat de zorg en hulp geen optelsom is van losse disciplines, maar een onvermijdelijk netwerk. En dat jij, of je het nu wilt of niet, onderdeel bent van dat netwerk.

Waarom zou je toegeven aan een interprofessionele identiteit?

Omdat het werkt. **Betere zorg en hulpverlening** omdat een inwoner geen pakketje is dat je doorstuurt, maar iemand met een samenhangend verhaal. **Minder stress** omdat je elkaar als team opvangt, in plaats van steeds opnieuw het wiel uit te vinden. **Meer efficiëntie** omdat dubbel werk en miscommunicatie vaker het probleem zijn dan een gebrek aan expertise. **Meer werkplezier** omdat het fijn is als iemand anders ook even meedenkt.

Maar wat als het druk is?

Als het druk is - en het is altijd druk - grijpen we terug op dat wat we kennen. De huisarts, de buurtteammedewerker, de apotheker: allemaal duiken ze terug in hun eigen rol, hun eigen discipline, hun eigen veilige grenzen. De interprofessionele identiteit verdwijnt als een goed voornemen in februari. Ironisch genoeg maakt dat het probleem alleen maar groter. Want de inwoner wordt niet ineens simpeler, de zorg niet minder complex. Een team onderhouden kost minder tijd dan een team opnieuw opbouwen. Vertrouwen komt te voet en gaat te paard - en samenwerking? Die verdwijnt met gierende banden zodra de agenda volloopt.

Hoe dan wél?

Interprofessionele educatie: begrijp hoe anderen werken, zodat je niet alleen in je eigen bubbel blijft. **DUO-dagen** en dan ook mét het sociaal domein. **Echte samenwerking:** niet alleen via doorverwijzingen, maar in directe communicatie en gezamenlijke verantwoordelijkheid. **Mentorschap en leiderschap:** Zorg voor mensen die de samenwerking bewaken, ook als het druk wordt. **Reflectie en feedback:** Bespreek niet alleen wat er misgaat, maar ook wat beter kan. **Respect en inclusie:** Zie elkaar niet als aanvulling, maar als essentieel onderdeel van het geheel.

Identiteit in beweging

Het idee dat interprofessionele samenwerking je identiteit aantast, is ongegrond. Niemand verliest zijn vak. Niemand wordt minder huisarts, minder paramedicus, minder sociaal makelaar. Je wordt alleen méér dan dat.

En daar zit de crux: identiteit is niet statisch. Wie zichzelf vastklampt aan een strikte definitie van zijn rol, mist de essentie van zorg en hulpverlening. Het is niet óf-óf, maar én-én. En uiteindelijk worden jij en de patiënt er alleen maar beter van.

'Je bent een ouwerwetse huisarts, maar wel in een nieuw jasje'

Tekst: Saskia Koster | Beeld: Bernadet de Prins

"Als een systeem goed werkt, voeren we dat in. Daarom hebben we dit jaar het terugbelsysteem (TeleQ) ingevoerd. Dat heeft in de afgelopen jaren veel meer mogelijkheden gekregen. Dat maakt, dat we nu nog prettiger werken met meer grip op eigen tijd."

"Als een systeem goed werkt voeren we dat in."

Het werken zonder assistenten bevalt nog steeds. "Natuurlijk ben je als huisarts voor de gesprekken in de spreekkamer. Maar het is fijn om af en toe een korte klus te doen, zoiets als oren uitspuiten of een hechting verwijderen. Dan heb je direct de tijd om te vragen hoe het met die patiënt gaat. Het was natuurlijk best even zoeken hoe we het beste het werk konden inrichten zonder assistenten. Die kleine ingrepen bijvoorbeeld zijn we gaan inplannen op het spreekuur. Want je kunt niet ineens achter de balie vandaan weglopen."

Gewoon proberen

"Voor mijn collega was het niet direct koek en ei, hoor", zegt Carin. "Een van onze assistentes was al tien jaar in dienst. Ze kende iedereen, wist precies bij wie ze extra op moest letten. Daar hadden we enorm profijt van, maar toen zij wegging was het lastig een nieuwe assistente te vinden. Er was een flink verloop en net als nu een enorm tekort. We moesten zelf ook inspringen bij de balie. Ik merkte dat ik dat niet zo erg vond. Ik kon direct een recept uitschrijven of een advies geven. Daardoor werd het spreekuur ontlast. 'We gaan het gewoon zelf doen', zei ik tegen mijn collega. Laten we het gewoon drie maanden proberen."

Nu wil Janneke (Spitsbaard-Velmans, huisarts, red.) ook niet meer terug. "Patiënten vinden het erg fijn om direct een huisarts aan de telefoon te krijgen. Je kunt hen ook sneller plaatsen en bijvoorbeeld verwijzen naar de POHGGZ of POHsomatic. Ook de communicatie in de praktijk loopt soepeler, dat is logisch want je hebt een kleiner team. De lijnen zijn dus kort."

"Onze vaste waarnemers werken ook aan de balie. Vooral het afwisselen is leuk. In de vakanties is dat lastiger. Een waarnemer die maar even inspringt, heeft niet zomaar alle systemen onder de knie. Dan zie je dat het vak van dokters-assistente niet direct over te nemen is. We hebben trouwens wel extra inzet op financiën en het in- en uitschrijven van patiënten."

"Goed dat jullie dat zo doen, maar bij ons zou dat niet kunnen, zeggen artsen van andere praktijken tegen ons." Carin is er verbaasd over. Licht geamuseerd zegt ze: "Natuurlijk kan je praktijk groter zijn, maar dan zet je toch twee huisartsen aan de balie? We doen veel digitaal, maar mensen kunnen nog steeds bellen en binnenlopen. Dat hybride werken is een uitkomst."

Kleinschaligheid

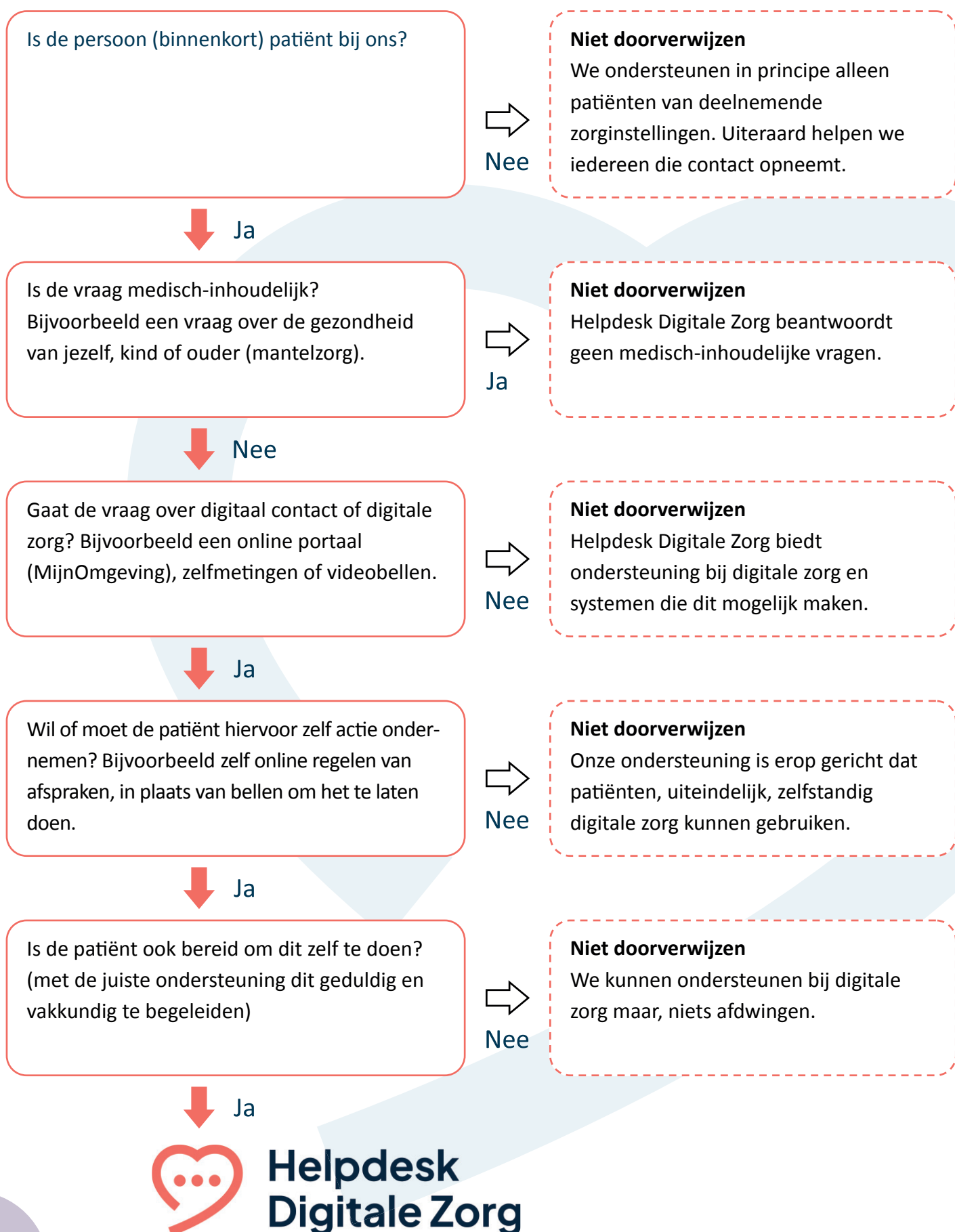
"Steeds meer patiënten maken gebruik van de Quin-app, waar we een jaar geleden mee zijn begonnen. Dat werkt als de app Moetiknaarde-dokter, maar is minder defensief. De waarschijnlijke diagnose wordt door het lerend systeem steeds beter en dus ook de adviezen."

Ondanks dat het drukker wordt, willen we die kleinschaligheid behouden. De meneer met dementie die hier in de straat woont, kan nog steeds gewoon binnenlopen. Eén van mijn patiënten zei laatst: 'Eigenlijk ben je een ouwerwetse huisarts, maar dan in een modern jasje!'



Beslisboom

Doorverwijzen naar Helpdesk Digitale Zorg?



Toegang tot digitale zorg makkelijker voor patiënt én praktijk

De Helpdesk Digitale Zorg maakt jouw werk als zorgverlener makkelijker. Daarom heeft HUS/Sterkz.org een contract gesloten met deze organisatie. Bespaar kostbare tijd door je patiënten door te verwijzen naar de helpdesk.

De missie van HDZ? Iedereen heeft recht op toegang tot digitale zorg, iedereen moet kunnen meedoen. Ze bieden patiënten:

- De weg naar oplossingen
- Geduld en empathie
- Concrete hulp
- Ondersteuning online en telefonisch
- Net dat stapje extra

Ook goed om te weten: voor zorggerelateerde vragen of vragen rondom dossierregistratie moet de patiënt toch echt bij de praktijk zijn.

Ervaringen uit Utrechtse praktijken:

"Gelukkig bestaat de Helpdesk Digitale Zorg. Zij fixen 't, ik kan gewoon mijn werk doen."



"Een patiënt die problemen heeft met ons portaal? Het enige dat ik hoeft te doen, is doorverwijzen naar de helpdesk. En het wordt opgelost!"



Maakt zorg op afstand dichtbij

Helpdesk Digitale Zorg ondersteunt cliënten en patiënten bij het gebruik van digitale zorg. We beantwoorden vragen, leggen uit en laten zien hoe de patiënt zélf aan de slag kan.



**Helpdesk
Digitale Zorg**

085 - 1304 575
helpdeskdigitalezorg.nl

"O ja, dat heb ik je nog niet verteld, Eric, ik heb het record gisteren verbroken: 15.000 stappen." Ayso zegt het tegen zijn collega Eric Jansen, terwijl hij naar de ruimte wijst waar de telefoondienst wordt gedaan. Beide zijn huisarts bij Domstad Dokters. Ayso: "O, jullie van die digitale praktijk, zeggen andere artsen vaak tegen ons. Met nadruk wil ik zeggen, dat we dát niet zijn. We zijn geen digitale huisartsenpraktijk!" Eric voegt er direct aan toe: "Als je een telefoon kunt bedienen, dan kun je ons gewoon bereiken. Je hoeft écht niet digitaal vaardig te zijn. We bellen na inspreken gewoon terug."

Domstad Dokters begon als 0-praktijk in 2021. Vanaf de eigen tekentafel konden ze de praktijk vormgeven. Huisartsen en partners in crime Fenna Schouten, Eric Jansen en Ayso de Vries schreven afzonderlijk van elkaar een visie op de ideale praktijk. "Grappig genoeg zaten daar veel overeenkomsten in", zegt Ayso. "Kleinschaligheid, korte lijnen, weinig overleg en diagnoses zoveel mogelijk hier in huis. Een ouderwetse huisartsenpraktijk in een nieuw jasje." Met het slaan van hun eigen piketpaaltjes, kwam Flexdokters op hun pad. Een coöperatie voor huisartsen op IT-gebied. "Ze durven écht buiten de lijntjes te denken. Ken je de *Biking doctors*? Die Haagse dokter die met een bakfiets de wijk in gaat? Hij wordt ook ondersteund door de Flexdokters."

Terug naar de 15.000 stappen. Die zijn dus gemaakt op de loopband onder het bureau, terwijl de boomlange huisarts aandachtig naar zijn patiënten luisterde. "Het belsysteem van Flexdokters is in het HIS geïntegreerd. Terwijl ik aan de telefoon ben, luistert het systeem mee en zet de juiste elementen in het HIS in de SOEP: Subject, Objectief, Evaluatie (lees diagnose) en Plan (het te voeren beleid). Dat gaat echt heel goed." "Het kost af en toe wel wat denkcapaciteit van de computer" zegt Eric. "Maar ook als er meerdere klachten worden besproken, zoals bijvoorbeeld naast de verkoudheid ook nog pijn aan een teen, dan zet ie dat ook gewoon goed neer. Wij hoeven dus geen aantekeningen te maken," vervolgt Eric, terwijl hij wat meewarig naar het schriftje kijkt waarin dit interview handmatig wordt opgetekend.

"Kijk, we zijn echt niet de heilige graal van Agema." Ayso werpt een betekenisvolle blik naar zijn maat. "We proberen het wel aangener"



te maken voor onszelf. Natuurlijk is een goede assistent goud waard. Die kent de patiënten, wéét daardoor wanneer het urgent is en kan veel ruis wegnemen voor de huisarts. Nu doen we veel assistenttaken zelf. Van het importeren van dossiers, het verwerken van verhuisberichten tot kleine ingrepen."

Beeldbellen

"De andere kant is dat patiënten het heel fijn vinden om meteen een huisarts aan de telefoon te hebben. Als het nodig is om mee te kijken, dan schakel ik over op beeldbellen," zegt Ayso. Dat heeft overigens niks met de jonge populatie van de praktijk te maken. Ook al bestaat deze voornamelijk uit studenten, jong werkenden en expats, naast gefortuneerde ouderen die weer in Utrecht komen wonen en een handjevol ouderen die met Ayso meeverhuisde vanuit Huisartsenpraktijk Mariahoek. Eric: "Patiënten vragen zelf nauwelijks om een



Stappen zetten en aandachtig luisteren

consult via beeldbellen. Terwijl het voor ons best prettig is om even te kijken hoe de patiënt erbij zit, hoe ziek is diegene of hoe ziet dat plekje op de huid eruit? Ook met ouderen kan dat beeldbellen goed, ook al zijn ze vaak minder digitaalvaardig."

Einde van de rek

"Natuurlijk hebben ook wij het druk", zegt Ayso. "Ook al neemt Flexdokters en Viduet (voor patiënten met chronische zorg) ons werk uit handen. Het einde van de rek is in zicht. Officieel nemen we geen nieuwe patiënten meer aan. Tenzij ze heel erg in de buurt van de praktijk wonen." "Het gevoel zelf aan de knoppen te draaien, geeft ons veel werkplezier. Ook dat we vanuit huis kunnen bijspringen wanneer dat even nodig is. Het houdt de burn-out buiten de deur." "En..." vult Eric aan: "de loopband onder het bureau maakt, dat we niet aan het eind van de dag weggezakt aan ons bureau zitten."

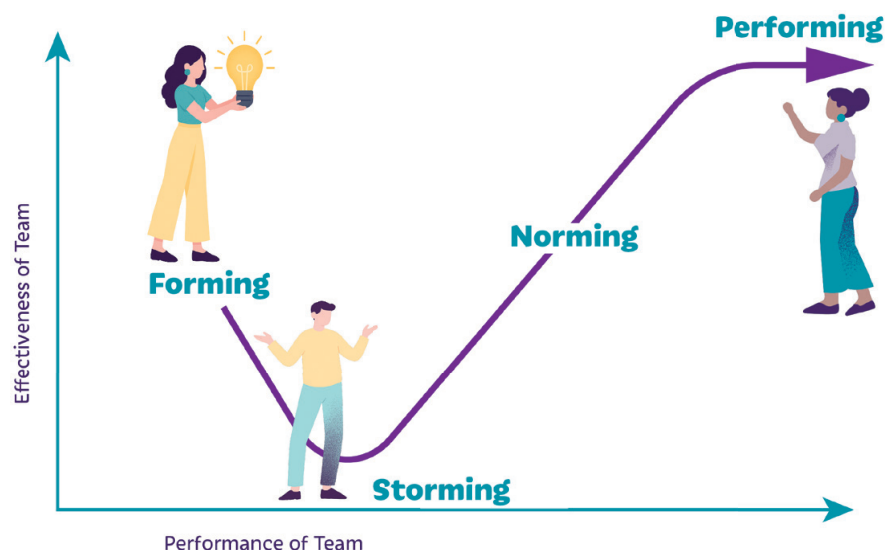
Eric: "Bewoners die al jaren in de binnenstad wonen, veelal in sociale woningbouw, staan al bij andere praktijken ingeschreven. Het duurt nog een paar jaar voordat we die groep binnen krijgen."

Het is een fase

Herken de groeifasen en verbeter de samenwerking

In de zorg werk je nooit alleen. Of het nu gaat om je eigen praktijk, een multidisciplinair team of samenwerking met externe partners, je maakt altijd deel uit van een groep. Maar hoe wordt een groep een effectief team? Samenwerken verloopt niet altijd vanzelf. Elk team doorloopt verschillende fasen voordat het optimaal functioneert. Door je hier bewust van te zijn, kun je beter inspelen op groepsdynamiek en de samenwerking versterken.

Tekst: Anne-Marie Huijskes & Saskia Koster



Fase 1

forming

Kennismaken en afstemmen

Een huisarts, praktijkondersteuner GGZ, fysiotherapeut en een beroepskracht uit het sociaal domein werken samen rondom een patiënt met multiproblematiek. Eerst moeten ze helder krijgen wie welke taken op zich neemt. In eerste instantie maken ze kennis met elkaar. Een kop koffie of thee samen drinken doet wonderen. 'Wanneer en op welk nummer kan ik jou het beste bereiken?' Stem af met eenvoudige vragen en bespreek ook wie welke rol pakt.

Fase 2

storming

Rolduidelijkheid en samenwerking afstemmen

Een huisarts en een medewerker van het buurtteam ervaren spanning over wie het voortouw neemt bij een kwetsbare patiënt met financiële- en gezondheidsproblemen. Doordat de huisarts en de buurtteammedewerker elkaar in deze periode extra opzoeken, ontstaat er onderling begrip. Ook vinden ze in deze cruciale fase een manier om heldere afspraken te maken.

Fase 3

norming

Gezamenlijke werkwijze en vertrouwen

Een huisarts, een praktijkondersteuner somatiek en een buurtteammedewerker ontwikkelen een werkwijze om patiënten met beginnende dementie beter te ondersteunen door tijdige signalering en vroegtijdige interventie. Doordat zij op vaste momenten overleggen, raken ze op elkaar ingespeeld en verloopt de samenwerking soepeler. De gezamenlijke aanpak blijkt effect te hebben. Het informele netwerk om de patiënt groeit en de druk op de praktijk neemt af.

Bruce Tuckman ontwikkelde een model met vier groeifasen die een team doorloopt: **Forming (Vormen), Storming (Stormen), Norming (Normeren) en Performing (Presteren)**. Later voegde hij een vijfde fase toe: **Adjourning (Afronden)**. Deze inzichten zijn niet alleen relevant voor grote organisaties, maar juist ook voor samenwerkingsverbanden in de nulde, eerste- en tweedelijnszorg.

Utrechtse dynamiek

De eerstelijnszorg kent veel multidisciplinaire samenwerkingen. Huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten, apothekers en wijkverpleegkundigen trekken regelmatig samen op. Maar rondom de zorg van patiënten spelen ook beroepskrachten uit het sociaal domein meer en meer een grote rol. Medewerkers van het buurtteam, sociaal makelaars en beweegmakelaars vormen vaak een belangrijk vangnet voor patiënten. Het maakt dat de samenstelling van een team per patiënt of project regelmatig wisselt. Voor deze Utrechtse dynamiek kan het goed en helpend zijn om je te realiseren dat teams zich continu door de fasen van groepsontwikkeling bewegen.

‘Waarom voelt dit zo chaotisch?’

Forming en **Storming** zijn de fasen waar eerstelijnsprofessionals en sociaal werkers zich regelmatig in begeven. De teamsamenstelling wisselt continu. Door deze fasen te herkennen en er actief op in te spelen, verloopt samenwerking sneller en effectiever. ‘Waarom voelt dit zo chaotisch?’, vraag je je misschien af bij een nieuwe bijeenkomst. Het kan zijn dat deze groep professionals nog in de *stormingfase* zit. Met dat besef kun je gezamenlijk een heldere afspraak formuleren. Jullie team is aan het groeien. Het voorkomt frustratie, verbetert communicatie en leidt tot betere zorg en ondersteuning voor de patiënt.

Hoe herken je deze fasen? Om je te helpen, maakten we een checklist voor je. Maar eerst nog wat voorbeelden, zodat je de fasen beter in beeld krijgt.

Tussen de huisarts en de buurtteammedewerker ontstaat onderling begrip, waardoor ze in deze cruciale fase heldere afspraken maken.

Fase 4

performing

Efficiënte en geïntegreerde zorg

In een huisartsenpraktijk met een praktijkondersteuner GGZ en een medewerker van het buurtteam verloopt begeleiding van kwetsbare patiënten soepel, omdat iedereen precies weet wat van hem of haar wordt verwacht. Ook de sociaal makelaar loopt geregeld even binnen en deelt signalen uit de speeltuin of het buurtcentrum. De interprofessionele samenwerking krijgt vorm: disciplines werken niet naast elkaar, maar mét elkaar.

Fase 5

adjourning

Afronden en evalueren

Als een patiënt met langdurige psychische klachten na een intensief traject weer zelfstandig verder kan, evalueren de huisarts en de medewerker van het buurtteam hoe de samenwerking verliep. De goede afronding en overdracht vinden zij een essentieel onderdeel. Het helpt bij toekomstige samenwerking en draagt bij aan continue verbetering.

Lastiger is het als het team uit elkaar valt, bijvoorbeeld omdat een belangrijke spil in het web wegvalt. De cyclus van teamontwikkeling start dan weer van voor af aan.

WERKBOEK

Teamcheck: In welke fase zitten wij?

Teams doorlopen verschillende fasen in hun ontwikkeling. Beantwoord de volgende vragen en ontdek in welke fase jullie team zich bevindt.

Hoe werkt het?

Lees elke stelling en geef aan in hoeverre deze op jullie team van toepassing is:

- 1 Zelden of nooit
- 2 Soms
- 3 Vaak
- 4 Bijna altijd

Tel de punten per fase op en ontdek welke fase het sterkst naar voren komt. Wat is specifiek voor deze fase? Inzetten op een gezamenlijk actie op dat punt kan de communicatie vlot trekken.

1 Forming (Oriëntatiefase)

- ☐ Teamleden leren elkaar nog kennen en zijn voorzichtig in hun communicatie.
- ☐ Er is behoefte aan duidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden.
- ☐ Binnen het team of netwerk is nog weinig gezamenlijke besluitvorming.
- ☐ Professionals zoeken nog naar de juiste manier van samenwerken.

2 Storming (Conflictfase)

- ☐ Er ontstaan meningsverschillen over werkwijzen en verwachtingen.
- ☐ Verschillen in achtergrond en expertise (bijvoorbeeld medisch vs. sociaal) leiden soms tot misverstanden.
- ☐ Het team ervaart frustratie over onduidelijke afspraken of overlap in taken.
- ☐ Niet iedereen voelt zich gehoord of betrokken bij de besluitvorming.

3 Norming (Samenwerkingsfase)

- ☐ Teamleden begrijpen elkaars expertise en benutten elkaars sterke punten.
- ☐ Er is een duidelijke werkwijze en communicatiestructuur vastgesteld.
- ☐ Samenwerking tussen professionals (ook in verschillende domeinen) verloopt soepeler en vertrouwen groeit.
- ☐ Misverstanden worden bespreekbaar gemaakt en opgelost.

4 Performing (Prestatiefase)

- ☐ Het team functioneert efficiënt en kan zelfstandig knelpunten oplossen.
- ☐ Iedereen weet wat er van hen wordt verwacht en voelt zich verantwoordelijk.
- ☐ De samenwerking tussen disciplines verloopt soepel en draagt bij aan betere patiëntenzorg.
- ☐ Er is ruimte voor innovatie en verbetering van de samenwerking.

Zit je tussen twee fasen in? Dat is normaal. Teams bewegen heen en weer afhankelijk van de samenwerking en omstandigheden.

SpoeDzorg



Een kijkje bij de grootste huisartsenpraktijk van Utrecht

We nemen een kijkje in de grootste praktijk van Utrecht. De praktijk met de meeste patiënten, het grootste aantal huisartsen, en de langste openingstijden. En waar goede samenwerking van groot belang is voor de zorg voor de patiënten. Welke praktijk dat is? Die aan de Burgemeester Fockema Andreaelaan. Inderdaad: de huisartsenspoedpost!



U4 niet hier

Dit is helaas geen representatieve foto van de wachtruimte. Het is vaak druk bij de huisartsenspoedpost. Om meer tijd vrij te kunnen maken voor meer urgente patiënten kijken we vanaf begin 2025 kritischer naar de gewenste vervolgactie. Patiënten met een U4-urgentie beoordelen we niet meer op de post. We geven vaker een (vangnet) advies en vragen de patiënt om de volgende dag contact op te nemen met de eigen huisarts. Zo blijven we bereikbaar voor patiënten die echt direct moeten worden gezien.



Tekst: Linda de Haan | Beeld: Bernadet de Prins

Kleine kinderen, kleine zorgen

Kinderen tot vier jaar worden veel gezien op de post. We hebben veel aandacht voor een zo soepel mogelijk bezoek voor kinderen. Dat proces begint al bij de triage. Zo geven triagisten het advies om het kind voorafgaand aan het bezoek aan de SUS al pijnstilling te geven en een lievelingsknuffel mee te laten nemen. Om kinderen zo min mogelijk angst, pijn en dwang te laten beleven bij een behandeling, gebruiken we de kindbox. Daarin zitten afleidingshulpmiddelen, zoals een balansvogel, moppen en een spelletje.



Triagisten

Triagist Iris en huisarts Mariska overleggen over een casus. Triagisten volgen elk jaar weer veel trainingen en scholingen om, net als huisartsen, iedere vijf jaar te kunnen her-registreren. Het triagevak blijft zich nog steeds verder ontwikkelen. Tijdens een avonddienst werken er vijf triagisten en één omloopassistent op de post. 's Nachts werken er twee triagisten. In totaal zijn er zeventig triagisten, junior triagisten en omloopassistenten werkzaam bij de spoedpost.

Elke dienst weer anders

De agenda begint leeg bij een dienst op de post. Je weet nooit wat je te wachten staat, het is dynamisch en elke keer weer anders. Breng je je dienst op de post door? Of ben je veel op pad? We zijn blij met alle medewerkers: samen zorgen we voor goede zorg in de avond, nacht en het weekend. Van huisarts tot triagist, en van omloopassistent tot chauffeur.





Het belang van goede overdrachten

De dagpraktijken en de huisartsenspoedpost zorgen samen voor 24-uurs eerstelijnszorg voor de inwoners van Utrecht. Regelmatig wisselen praktijken en de post informatie uit over werkafspraken om nog beter samen te werken. Hoe beter dat gebeurt, hoe meer tijd er is voor de patiënt. Triagisten Iris van den Haselkamp en Karin Versteeg staan in dit artikel stil bij het belang van een goede overdracht: waarom, hoe en wanneer?

Tekst: Iris van den Haselkamp, Karin Versteeg en Linda de Haan | Beeld: Bernadet de Prins

Waarom?

Het belang van goede en volledige overdrachten is groot. Bij complexe zorgproblemen, of als de continuïteit van zorg belangrijk is, wil je zo min mogelijk tijd kwijt zijn aan het uitzoeken wat er afgesproken is.

Hoe?

• Memo's in Topicus

De absolute voorkeur van de huisartsenspoedpost voor een goede overdracht: memo's! Binnen de dagpraktijk voert de huisarts met de eigen uzi-pas zelf een overdracht of memo in binnen Topicus. Als een patiënt contact opneemt met de huisartsenspoedpost, verschijnt de memo meteen na het invoeren van de NAW-gegevens. De informatie hieruit kan direct worden meegenomen in het beleid en actie voor de juiste zorg.

• Telefonisch overleg

Als een memo of zorgmail geen optie is, kunnen dagpraktijken in een enkel geval ook telefonisch overdragen aan de spoedpost. Dat gebeurt

nog wel eens als het met een palliatieve patiënt slecht gaat. De huisarts maakt dan bijvoorbeeld afspraken over wanneer zij zelf bereikbaar zijn (bijvoorbeeld tijdens het sporten in de avond niet).

Wanneer is er overdracht?

• Bij een complexe casus

Als we een complexe casus uit de nachtdienst willen overdragen, bellen we soms naar de dagpraktijk voor een warme overdracht. Het is fijn als we de dagpraktijk al meteen om 8 uur kunnen bereiken, zodat we direct en efficiënt kunnen overdragen na onze dienst.

• Bij urgentie U2

Een patiënt neemt tussen zeven en acht uur 's ochtends contact met ons op. Tijdens de triage komen we uit op een urgentie U2. De patiënt moet dan binnen een uur beoordeeld worden. Als het tijdtechnisch handiger is om direct door de eigen huisarts om acht uur te worden gezien, dragen we de zorg warm over.

• Bij overlijden tijdens avond-, nacht- en weekenddienst

Wij bellen ook in sommige gevallen het overlijden door van patiënten naar de dagpraktijk. Vooral als er situaties zijn ontstaan met bepaalde omstandigheden, onverwachts overlijden of familiesituaties die ook aandacht van de eigen huisarts vragen.

• Bloedbepaling in de late middag

Een patiënt wordt door de eigen huisarts verwezen naar het laboratorium voor een bloedbepaling in de late middag. Bij een afwijkende labuitslag wordt de huisartsenpost gebeld, omdat de dagpraktijk gesloten is. Extra belangrijk is dan, dat het landelijk schakelpunt (LSP) openstaat. Zodat wij de reden en het beleid kunnen inzien. Als we het telefoonnummer hebben van de aanvrager, kan de uitslag direct aan de juiste persoon doorgebeld worden. Dat zou nóg mooier zijn.



Snelle zorgverlening in noodsituaties

Voordelen voor patiënten én zorgverleners

Tekst: Mariska de Velde Harsenhorst | Beeld: Bernadet de Prins

Er zitten heel wat schakels in het krachtige netwerk van zorgprofessionals waar de dagpraktijken en de huisartsenspoedpost mee samenwerken. Onder andere de RAVU Ambulancedienst, het Diakonessenziekenhuis, het Zorg Coördinatie Centrum Midden Nederland, de Dienstapotheek en Altrecht zorgen met ons voor een snelle en efficiënte zorgverlening in noodsituaties. Deze integrale samenwerking heeft vele voordelen voor zowel de zorgverleners als de patiënten.

Door de nauwe samenwerking kunnen zorgprofessionals direct informatie uitwisselen en snel handelen bij acute zorgsituaties. De huisartsenpost zorgt voor eerstelijns acute zorg buiten reguliere werktijden met een team van triagisten, junior triagisten, chauffeurs en omloopassistenten. Bij complexere gevallen wordt snel geschakeld met het Diakonessenziekenhuis, zodat patiënten direct de juiste zorg op de juiste plek ontvangen.

Daarnaast zorgt het Zorg Coördinatie Centrum Midden Nederland (ZCC) voor een soepele afstemming tussen verschillende zorginstellingen, waardoor de zorgketen optimaal wordt benut. Het ZCC helpt bij complexe en tijdrovende casuïstiek, door bijvoorbeeld een overleg met de aanwezige sociaal psychiatrisch verpleegkundige,

zodat de juiste zorg op de juiste plek komt of bij het helpen vinden van een eerstelijnsbed. Ook zit de RAVU-meldkamer in het ZCC waardoor wij samen patiënten kunnen overdragen en van elkaar kunnen overnemen voor efficiëntere inzet van personeel en materiaal.

De Dienstapotheek voorziet in adequate medicatie, zelfs buiten kantooruren. En Altrecht biedt specialistische zorg bij psychische noodsituaties, wat het totaalpakket van zorg compleet maakt.

Naast de zorginhoudelijke voordelen, maakt deze samenwerking het werk voor zorgprofessionals ook leuker en boeiender. Het gezamenlijk werken in een netwerk van betrokken collega's stimuleert het gevoel van samenwerking en betrokkenheid, wat zorgt voor meer werkplezier. Dit maakt het niet alleen mogelijk om sneller en effectiever te handelen, maar ook om als team sterk te staan, wat bijdraagt aan een prettige werkomgeving en betere zorg voor patiënten.



Twee jaar geleden zochten we bij huisartsenpraktijk *Dokters op Dreef* vanuit het gedachtegoed van Krachtige basiszorg nog voorzichtig naar een passende samenwerking met het sociaal domein. Nu zijn we juist heel enthousiast over de vorm die we hebben gevonden en de resultaten die dit oplevert.

Iedere donderdag bespreken we in een uur alle patiënten die de voorgaande week met een psychosociale vraag bij de huisarts kwamen met beide praktijkondersteuners GGZ, minstens drie huisartsen en medewerkers van buurtteam sociaal en buurtteam jeugd. Ook bespreken we patiënten waarbij iemand zorgen heeft. Niemand wordt meer doorverwezen zonder multidisciplinair te zijn overlegd.

Goed hulpverlenerschap

Zo komt zowel de overbelaste student met een verzoek voor een psycholoog, als de vader uit een kwetsbaar gezin die boos stond te schreeuwen aan de balie of de oudere dame met angstklachten aan bod. Dankzij de strakke regie van de praktijkondersteuner, die de casuïstiek voorbereidt met behulp van de methodieken van Krachtige basiszorg en SBAR (een communicatietechniek om belangrijke informatie effectief over te brengen), bespreken we wekelijks tien tot vijftien casussen. We vragen vooraf toestemming aan de patiënt of we in het kader van goed hulpverlenerschap bij zorgen mogen overleggen. Uiteraard bespreken we de

Column

Alles gericht op het versterken van de patiënt

Het gevoel dat je niet alleen symptomen bestrijdt, maar ook oorzaken aanpakt. Meer grip op complexe vraagstukken en weten dat je niet alleen voor staat. Begrijpen wat het sociale domein doet en kan, en tegelijkertijd helder maken waar je eigen verantwoordelijkheden liggen. Minder patiënten die van het kastje naar de muur worden gestuurd. Effectiever gebruik maken van de GGZ.

Tekst: Feia Hemke, huisarts en praktijkhouder bij *Dokters op Dreef* | Beeld: Bernadet de Prins

betreffende casus zoveel mogelijk anoniem. Als het nodig is schuift bijvoorbeeld de praktijkondersteuner ouders of een fysiotherapeut aan.

Samen geven we richting aan een vervolgtraject. Soms gebeurt dat met een driegesprek tussen de praktijkondersteuner GGZ en een buurtteammedewerker om de leefomstandigheden en klachten van de patiënt beter in kaart te brengen. Andere keren is een directe verwijzing naar de GGZ nodig, met overbrugging door de praktijkondersteuner. Het meest voorkomende scenario is dat het buurtteam begeleiding biedt, die kan variëren van ondersteuning en activering tot toeleiding naar initiatieven in de wijk of stad. Alles is gericht op het normaliseren van de situatie en het versterken van de patiënt.

Terugvallen op het netwerk

Door het buurtteam zo vroeg in het zorgproces te betrekken, begrijpen we beter hoe we elkaar aanvullen en wat medisch-sociale samenwerking echt inhoudt. Dit verandert niet alleen de verwijzingen, maar ook onze eigen benadering van patiënten. Wat doet iemand eigenlijk op een dag? Hoe staat het ervoor met de financiën? En op wie kan iemand in zijn netwerk terugvallen?

De samenwerking verloopt ook praktischer. Geen eindeloos heen en weer bellen of voicemails achterlaten, omdat je op verschillende dagen werkt of niet weet wie betrokken is. We krijgen directe

terugkoppeling over welke collega's betrokken zijn en hoe we contact met hen kunnen leggen. Ook weten we nu sneller of mensen zijn aangekomen bij de hulp waarnaar ze zijn verwezen.

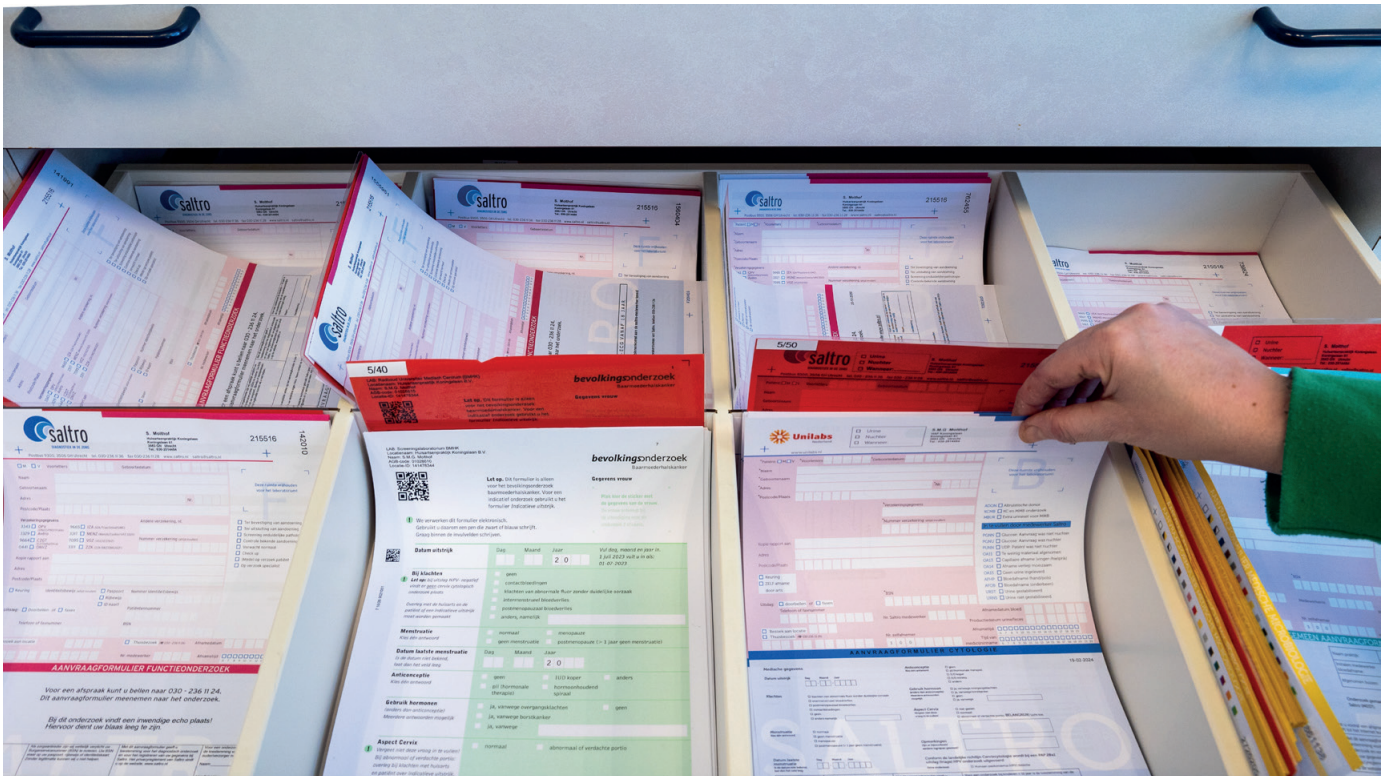
Ruimte

Door bewust een pas op de plaats te maken en de complexiteit van iedere hulpvraag te bestuderen én ons zorgaanbod te kennen, ontstaat er ruimte. Letterlijk, met lege plekken in de agenda van de praktijkondersteuner GGZ. Maar ook mentaal, omdat we niet langer het gevoel hebben alles alleen te moeten oplossen, of taken op ons nemen die eigenlijk niet bij ons horen.

En de patiënt? Die is vooral blij dat de vraag serieus wordt genomen. Mensen voelen zich gehoord en gezien. Ze komen minder vaak terug met dezelfde vraag en komen vaker echt bij het buurtteam aan. Het geeft ons zorgverleners in ieder geval het gevoel dat we samen werken aan een oplossing die écht verschil maakt.

“Niemand meer doorverwijzen
zonder multidisciplinair overleg”





Lean your way to

Werkplezier en efficiëntie gaan hand in hand. Welk proces nodigt uit voor een efficiëntieslag? We vroegen het jullie in de eerste editie van TIJD. Door slimmer en duurzamer te werken, houd je meer tijd en energie over voor wat écht telt: goede zorg voor je patiënten en een prettige werkomgeving voor jezelf en je collega's. Jessie en Anne-Marie maakten dit werkblad om jou te helpen direct aan de slag te gaan met lean werken. Kleine aanpassingen kunnen een groot verschil maken!

Tekst Jessie Neffke en Anne-Marie Huijskes | Beeld: Leen van Put

Zorg voor efficiënt voorraadbeheer, niet alleen van medicatie, maar ook van materialen.

- Maak een gezamenlijke spoedtas en een extra set spoedmedicatie voor op de praktijk zodat niet elke dokter een eigen set nodig heeft.
- Overweeg het sterilisatiebeleid: niet alles hoeft steriel verpakt, zoals speculums bij spiraalzettingen. Gebruik waar mogelijk geen wegwerpartikelen maar reusables. Instrumenten die gereinigd moeten worden, kunnen in een droge bak bewaard worden dagelijks samen gereinigd worden met sekusept. Dat bespaart doses sekusept.

Medicatiebeheer

Communiceer proactief met de apotheek over wijzigingen in medicatie, vooral bij baxtermedicatie en terminale zorg. *Bekijk de Quickscan Duurzamer Voorschrijven van De Groene Huisarts op de volgende pagina.*

• **Baxtermedicatie:** Wanneer een huisarts medicatie wijzigt, betekent dit vaak dat de apotheek de volledige baxterrol opnieuw moet vullen en de oude moet weggooien. Dat leidt tot verspilling. Een baxterrol wordt vaak eens per twee weken geleverd. Door tijdig wijzigingen door te geven aan de apotheek, voorkom je onnodige verspilling.

• **Terminale patiënten:** Bij patiënten in de palliatieve fase wordt vaak te veel medicatie voorgeschreven uit angst voor tekorten. Door vroegtijdig te overleggen met de apotheek en thuiszorg en afspraken te maken over het standby staan voor levering op korte termijn, kunnen medicijnen beter afgestemd worden op de werkelijke behoefte. Dit voorkomt onnodig gebruik en verspilling en zorgt ervoor dat medicatie tijdig beschikbaar is wanneer het echt nodig is.

“Veel steriele verpakkingen zijn overbodig en kosten onnodig tijd en geld.”

Corine Visser, huisarts

“Veel patiënten gebruiken al jaren medicatie zonder meerwaarde. Tijd nemen om te stoppen of af te bouwen vermindert polyfarmacie, bijwerkingen en onnodig gebruik.” Marlies Huijsmans, huisarts

Duurzaam afvalbeheer & energieverbruik

Afvalstromen binnen de praktijk kunnen vaak efficiënter ingericht worden. Het begint met duidelijke afspraken met personeel en schoonmaak over afvalscheiding. Daarnaast kan het verminderen van apparatuur en gebruik van spullen zoals printers en onderzoeks-bankpapier bijdragen aan minder verspilling. Een eenvoudige maatregel zoals het gebruik van automatische schakelaars zorgt ervoor dat verlichting en computers niet onnodig blijven aanstaan. Gebruik waar mogelijk herbruikbare instrumenten.

Refuse is de meest duurzame keuze: koop en gebruik alleen wat echt nodig is.

Digitale efficiëntie & werkprocesoptimalisatie

Een gestructureerde manier van werken met digitale systemen bespaart niet alleen tijd, maar ook energie. In gezondheidscentrum Lombok is een cursus mailbox-beheer gevolgd om digitale vervuiling te verminderen en efficiëntie te vergroten. Denk hierbij aan minder groepsmails, minder bijlagen en direct archiveren of verwijderen van gelezen e-mails. Dit bespaart energie en voorkomt onnodige opslag.

Werken met Microsoft Teams is voor een aantal praktijken ook een gouden zet. Tip: lees het recept en bijsluiter op pagina 26.

Daarnaast kunnen zorginhoudelijke processen efficiënter worden ingericht:

- Urineonderzoek: stroomlijn inleveren en verwerkingsmomenten.
- Bloedonderzoek en vaccinaties: optimaliseer planning en protocollen.
- Andere routinematige handelingen: voorkom onnodige onderbrekingen en bespaar tijd.

Lean denken in de praktijk

Lean werken betekent keuzes maken die bijdragen aan een efficiënte en duurzame praktijkvoering. Dit begint bij het minima-

liseren van onnodige handelingen en het optimaal inzetten van beschikbare middelen. Door slimmer te plannen, digitale hulpmiddelen effectief te benutten en preventie een centrale rol te geven, ontstaat er een praktijkvoering die zowel tijd als middelen bespaart.

- Slim plannen: Een efficiënt spreekuurbeheer voorkomt onnodige drukte en helpt bij een betere spreiding van patiënten, bijvoorbeeld door een postcodebeleid te hanteren.

- Preventie als uitgangspunt: Wanneer preventie wordt meegenomen in de dagelijkse praktijkvoering, helpt dat niet alleen de patiënt, maar voorkomt het ook toekomstige zorgvragen en bespaart het uiteindelijk tijd en middelen.

- Gebruik maken van bestaande structuren: Maak optimaal gebruik van gemeentelijke duurzaamheidsconsulten en andere externe initiatieven, zodat niet alles binnen de praktijk hoeft te worden ontwikkeld en uitgevoerd.



“Minder e-mails en een opgeruimde mailbox besparen niet alleen tijd, maar ook energie.” Willem van der Kraan, gepensioneerd huisarts

Quickscan Duurzamer Voorschrijven

Sta stil bij elke pil



Niet voorschrijven

Zou het lukken zonder medicijn?

- ☐ Medicatie bij chronische slaapproblemen en chronische pijn: eerst bezinnen, dan beginnen
- ☐ UWI, OMA, sinusitis, het rode oog, wratten en onychomycose: geen risico, geen medicatie?
- ☐ Laatste levensfase: welke medicatie hoeft niet (meer)?



Afbouw chronische medicatie

Streef naar stoppen of de laagste dosering met goed effect. Werk samen met apotheker en patiënt.

- ☐ NSAID: meer milieu-impact dan je denkt, mn topicaal
- ☐ Opiaten: durf af te bouwen
- ☐ PPI: is het (nog) wel nodig?
- ☐ Statine: leeftijd of bijwerkingen zijn goede redenen voor afbouw of stop
- ☐ SSRI's: bouw af in stabiele fase
- ☐ Benzodiazepinen: beter resultaat bij goed geïnformeerde patiënten
- ☐ Andere medicijn groepen: kennisdocumenten NHG/ KNMP



De patiënt

Betrek de patiënt bij duurzaam omgaan met medicijnen.

- ☐ Bespreek gezond gedrag en correct gebruik van medicatie
- ☐ Het duurzame gesprek: bespreek ook de milieuaspecten
- ☐ Watchful waiting met goede uitleg van natuurlijk beloop en vangnet adviezen
- ☐ Restmedicatie naar de apotheek in plaats van door toilet etc
- ☐ Topicaal: niet afspoelen. Restanten met tissue verwijderen. Weggoien bij het afval
- ☐ Vraag naar zelfzorgmiddelen en medicatie reeds in huis
- ☐ Informeer op website en wachtkamerscherf hoe de patiënt kan bijdragen

In Nederland is de zorgsector verantwoordelijk voor ongeveer 7% van de CO₂-uitstoot, 4% van het afval en 13% van het grondstoffengebruik. Een groot deel van deze vervuiling is het gevolg van het produceren, gebruiken en uitscheiden van medicatie. **Meer dan 190.000 kg** medicijnresten komen in het oppervlaktewater terecht met schadelijke effecten voor waterorganismen. Van alle voorgeschreven medicatie is 80% afkomstig van huisartsen. Hier ligt dus een kans voor huisartsen om de schade door medicatie te verminderen.

Hoe? Bekijk hieronder wat je gewoon in je eigen praktijkvoering kan doen. Kies één of meer actiepunten en lees via de QR-code welke stappen nodig zijn. Doe dit samen met de apotheker en patiënt om zo veel mogelijk effect te bereiken.



Start nieuwe medicatie

Sta stil bij elke pil!

- ☐ Chronische medicatie: start en bouw op met gepaste aantallen in hele strips
- ☐ Tijdelijke medicatie: durf weinig voor te schrijven mét stopdatum
- ☐ Optimale therapietrouw: therapietrouw is een werkwoord
- ☐ Vergroot effectiviteit medicijn: uitleg en controle juist gebruik bij start en controles



Anders voorschrijven

Kies een duurzame behandelvorm.

- ☐ **TIP!** Inhalatiemedicatie: kies waar mogelijk een poederinhalator
- ☐ Gezonde leefstijl en meer plantaardige voeding: een bodem voor gezond leven
- ☐ Niet-medicamenteuze interventies essentieel bij onder andere stemmingsklachten en palliatie
- ☐ Anticonceptie: een IUD bevat minder hormonen dan de pil
- ☐ Lagere dosering mogelijk? Probeer het eens!
- ☐ Hitte: zijn er aanpassingen nodig?
- ☐ Natuurlijke zelfzorgmiddelen



Algemeen

Deze handelwijzen helpen bij duurzamer omgaan met medicijnen.

- ☐ Stem beleid goed af: huisarts, apotheker, patiënt
- ☐ Voorraadbeheer: werk lean. Tip: gezamenlijke spoedtas
- ☐ Fliatteren van herhaalmedicatie? Grijp je kans
- ☐ Restjes vloeibare medicatie? Niet door de gootsteen, maar naar apotheek of chemisch afval
- ☐ Polyfarmacie. Bij elke leeftijd is een review zinnig
- ☐ FTO Geneesmiddelen en Milieu. Leerzaam voor hele team
- ☐ Ben je nieuwsgierig naar meer? Hier vind je het!



Nieuwsgierig? Klik hier voor meer info en tips of scan de QR-code!

Deze quickscan is een product van Stichting De Groene Huisarts in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het document is geschreven door Claudine van Lith, Diana Lucassen, Emily Dowdalls, Emma van Roosmalen- de Feijter, Jessie Neffke en Liesbeth Timmermans.

Bijsluiter

Apotheek TIJD, L. de Haan, auteur

Arthur van Schendelstraat 600, Utrecht

01-05-2025 MS TEAMS

Gedurende werkdagen enkele keren per dag raadplegen.
Lees voor gebruik de bijsluiter.

**** middel ter bevordering van vlotte communicatie ****
LET OP! Teams kan niet gebruikt worden in combinatie met patiënteninformatie, gebruik daarvoor het HIS.

Microsoft Teams - voor een soepele samenwerking in de huisartsenpraktijk

Bij regelmatig gebruik bevordert Teams een rustig werkproces, verbetert het de samenwerking en verhoogt het werkplezier!

Lees deze bijsluiter aandachtig door voordat u dit communicatie-middel gaat gebruiken.

Samenstelling

Microsoft Teams bevat - naast de mogelijkheid voor videovergaderingen - de volgende werkzame bestanddelen:

- Een overzichtelijke structuur om informatie te delen
- De mogelijkheid om samen aan bestanden te werken
- De mogelijkheid om chatberichten te sturen, 1-op-1 of in een groep
- Handige tools zoals planborden, notitieblokken en takenlijsten
- Integratie van AI-dienst Co-pilot
- Een goede en snelle zoekfunctie
- Hulpstoffen: emoji's en GIF's

Indicaties

Microsoft Teams wordt gebruikt bij:

- Chronische e-mailchaos, met symptomen zoals: "Ik weet niet meer wat de laatste versie was", "Heeft iemand dit gelezen?" en "Wanneer is dit besproken?"
- Vergaderitis, veel vergaderingen, telefoontjes en overleggen, die eigenlijk veel handiger in een Teamskanaal of chat kunnen plaatsvinden.
- Teamfragmentatie, omdat communicatie blijft hangen in losse mailtjes en WhatsAppgroepen, waardoor niet iedereen op de hoogte is van belangrijke informatie.

Dosering

- De juiste dosering is heel persoonlijk. Het kan even duren voordat u gewend bent aan deze medicatie. Dat is normaal. Geef uzelf de tijd om te wennen aan deze nieuwe manier van werken.
- Op werkdagen raadplegen op basis van informatiebehoefte, minimaal een maal daags is aan te bevelen om goed op te hoogte te blijven
- Niet innemen op een lege maag - voeg een koffiepauzekanaal toe voor ontspanning en teamgevoel.
- Teams mist lichaamstaal, dus een goed geplaatste emoji kan de juiste duiding geven aan je bericht. Gebruik ze wel met mate.

Hoe start je met dit medicijn?

- Start klein: Begin bijvoorbeeld met drie kanalen: belangrijke informatie, werkpraat en de koffiekamer.
- Doe het met z'n allen: Door met iedereen in Teams te werken, bereik je het beste resultaat.
- Vraag een andere praktijk naar ervaringen: als je twijfelt, vraag dan om de ervaring van andere gebruikers.

Let op!

- Het gebruik van Teams in het verkeer kan de rijvaardigheid beïnvloeden
- Het gebruik van Teams tijdens toiletgebruik verlengt de duur hiervan.

Mogelijke bijwerkingen

Zoals elk medicijn, kan ook Microsoft Teams bijwerkingen veroorzaken.

Veelvoorkomende bijwerkingen:

- Meer tijd voor de patiënt, omdat je minder bezig bent met zoeken, schakelen en herhalen. Minder ruis, meer zorg - precies waar je voor hebt gekozen.
- Een plotselinge afname van overvolle inboxen. Kan leiden tot lichte desoriëntatie bij gebruikers die gewend zijn aan 100+ ongelezen e-mails.
- Meer rust in de praktijk, doordat collega's minder vaak tussendoor bellen voor kleine vragen. Dit kan aanvankelijk vreemd aanvoelen, maar verdwijnt na gewenning.
- Snellere besluitvorming, omdat informatie gestructureerd en direct beschikbaar is. Dit kan leiden tot een lichte euforie bij mensen die gewend zijn eindeloos te zoeken in oude e-mails.

Zeldzame bijwerkingen:

- Het gebruik van Microsoft Teams op het werk kan de behoefte aanwakkeren om je hele leven te reorganiseren. Stop in dat geval nooit zomaar met Teams.

Wat te doen bij overdosering?

- Zet meldingen en notificaties uit buiten werktijd.
- Zet kanalen die je veel gebruikt vast voor meer overzicht.
- Gebruik de functie 'verzend later' om andere gebruikers niet te overvoeren buiten werktijden.

Alternatieven

Allergisch voor Big Tech? Er zijn ook minder bekende alternatieven op de markt, privacyvriendelijk en opensource, die een volwaardig alternatief zijn voor MS Teams.

Bewaren en houdbaarheid

- Teams blijft onbeperkt houdbaar
- Niet opslaan in stoffige e-mailboxen of overvolle WhatsAppgroepen.
- Overweeg af en toe een digitale detox.

Je mag experimenteren met dit recept. Breid het uit door bijvoorbeeld je protocollen ook in Teams te zetten. Alles op één plek, wel zo handig.



Wat als we stoppen met onnodige zorg?

De eerstelijnszorg in Nederland staat voor flinke uitdagingen. De zorgvraag blijft toenemen, terwijl de capaciteit juist afneemt. Dit zet de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit onder druk. Hoe kunnen we de zorg slimmer organiseren? Een van de ideeën die steeds vaker opduikt, is het stoppen met zorg die weinig toevoegt. Maar hoe werkt dat in de praktijk en is het kansrijk voor onze stad?

Beter niet doen-lijsten: een logische stap?

Binnen de beweging naar doelmatige zorg zijn de 'Beter niet doen'-lijsten een interessante ontwikkeling. Deze lijsten bevatten aanbevelingen om bepaalde behandelingen of tests niet meer standaard uit te voeren, omdat ze weinig bijdragen, niet effectief of zelfs schadelijk kunnen zijn. Voor huisartsen en verpleegkundigen bestaan er al zulke lijsten, en fysiotherapeuten werken eraan.

Het klinkt logisch: als iets niet werkt, dan stoppen we ermee. Maar in de praktijk is dat minder eenvoudig. Denk bijvoorbeeld aan het terugdringen van het voorschrijven van slaapmiddelen of maagzuurremmers - dat klinkt als een goed idee, maar brengt forse

uitdagingen met zich mee. Het proces van afbouwen en loslaten van vertrouwde zorg heet de-implementatie en roept bij zowel zorgverleners als patiënten vaak weerstand op. Waar het implementeren van nieuwe zorgmethoden en innovaties hoopvol en positief voelt, omdat het belooft een probleem op te lossen, kan stoppen met bepaalde gewoontes vooral onzekerheid oproepen.

Voordat we in Utrecht zorgverleners vragen hier tijd en energie in te steken, willen we daarom eerst weten wat het oplevert en waar we rekening mee moeten houden. In dit artikel neem ik de lijst voor huisartsen onder de loep.

Is het de moeite waard?

De eerste vraag die bij mij opkwam: hoeveel levert het inzetten op deze 'Beter niet doen'-lijst op? Om de kosten en baten te vergelijken, heb ik met behulp van AI de 30 aanbevelingen voor huisartsen geanalyseerd op basis van openbare Nivel-data. Wat blijkt?

- Per normpraktijk wordt 45 uur per jaar bespaard en € 27.000 aan zorgkosten.
- Voor Utrecht als geheel (120 normpraktijken) betekent dat een besparing van € 3,24 miljoen en 5.400 uur per jaar.

Hoewel dit bescheiden is in het totaalplaatje van alle zorguitgaven, zou het wel een merkbaar verschil kunnen maken binnen de huisartsenzorg en diagnostische kosten. Bovendien levert het per normpraktijk gemiddeld een uur per week op, en dat is een waardevolle tijdswinst voor huisartsen.

Wat vinden huisartsen ervan?

In Utrecht, maar ook in de landelijke media, geven huisartsen aan kansen te zien, maar ook uitdagingen. Ze vrezen dat patiënten weerstand bieden en dat zij dit in hun toch al volle agenda moeten opvangen. Ook geven zij aan dat de relatie met patiënten niet onder druk zou moeten komen te staan vanwege een relatief kleine besparing. Tegelijkertijd erkennen ze dat doelmatige zorg belangrijk is en zien ze dit als een werkbare manier om bij te dragen aan toekomstbestendige zorg. Belangrijk is dat huisartsen hierbij ondersteund worden. Ze willen duidelijke informatie over de aanbevelingen en toegankelijke middelen voor patiëntvoorlichting. Digitale ondersteuning, zoals reminders in het dossier, zou helpen, net als goede alternatieven voor de zorg die niet meer ingezet wordt, zoals psychologische hulp, welzijnsinitiatieven of e-healthoplossingen.

Hoe reageren patiënten?

Naast de reactie van huisartsen wilde ik ook weten hoe patiënten dit ervaren. Uit literatuur blijkt dat niet alle patiënten de implementatie op dezelfde manier beleven. De gevolgen van de 'Beter niet doen'-lijst raken vooral ouders, vrouwen, ouderen en mensen met een lage sociaal economische status (SES) of beperkte gezondheidsvaardigheden. Juist deze groepen hebben vaak meer moeite met veranderingen in zorg.

- Ouderen met een lage SES zien specialistische zorg vaak als beter en hebben meer moeite met minder medische interventies.
- Mensen met een lage SES hebben vaker chronische aandoeningen en vertrouwen sterk op medicijnen, terwijl leefstijlinterventies effectiever kunnen zijn.
- Vrouwen met ALK-klachten ervaren minder verwijzingen soms als een gebrek aan erkenning. Als ze ook een lage SES hebben, is de toegang tot alternatieven zoals paramedische zorg bovendien beperkt.

Als patiënten het idee krijgen dat ze niet serieus worden genomen of niet begrijpen waarom zorg verandert, kan dat het vertrouwen in de eerste lijnszorg schaden. En juist dat vertrouwen hebben we de komende jaren hard nodig. Dat betekent dat we extra kritisch moeten kijken of deze de-implementatie echt de moeite waard is. Daarom legde ik de 'Beter niet doen'-lijst voor aan de cliëntenraad van HUS en een groep bewoners met een lage SES. Op basis van herkenbare casussen vroeg ik hen waar ze de grootste weerstand verwachten, wat ze belangrijk vinden en welke oplossingen mogelijk zijn.

Communicatie als sleutel

Bewoners gaven aan dat zij het liefste zien dat Utrechtse inwoners zelf een deel van de verantwoordelijkheid naar zich toe trekken voor het terugdringen van de zorgvraag. Zij zouden willen dat mensen niet te snel naar de huisarts gaan en soms iets langer aankijken of een klacht verdragen. Tegelijkertijd is dit ook groter dan waar wij met elkaar invloed op hebben. Dus terug naar de concrete 'Beter niet doen'-lijst. De bewoners gaven allemaal aan dat begrip en erkenning het meest essentieel zijn. Als de huisarts duidelijk uitlegt waarom een bepaalde behandeling niet (meer) nodig is, checkt of de patiënt het begrijpt, én de patiënt zich serieus genomen voelt, neemt



Stéphanie van Emmerik, werkzaam als stedelijk coördinator leefstijl rondt binnenkort een masteropleiding tot Implementation Science Practitioner af via een fellowship vanuit ZonMW. In het kader daarvan zoekt ze voor de eerstelijnszorg in Utrecht naar kansrijke implementatie projecten en probeert voorafgaand in kaart te brengen wat mogelijke belemmerende en bevorderende factoren zijn om rekening mee te houden.

Hoe nu verder?

Op basis van deze verkenning lijkt het inzetten op de 'Beter-niet-doen'-lijst een kansrijke manier om in Utrecht doelmatige zorg te bevorderen. Binnen het programma Versterken Eerstelijns zou dit goed passen als bijdrage aan het mogelijk maken van de continuïteit van zorg, ook in tijden van toenemende zorgvraag.

Een gezamenlijke aanpak en inzet is het meest kansrijk, maar daarbinnen is een gefaseerd traject een prima optie. Aanbevelingen kunnen bijvoorbeeld op verschillende manieren geselecteerd worden:

- 1 Selectie op de grootste besparingen én de meeste patiëntvoordelen.
- 2 Selectie op aanbevelingen met de minste weerstand, zodat huisartsen en patiënten kunnen wennen aan de nieuwe werkwijze.

Daarbij is wel van belang om te zorgen dat de opbrengsten dusdanig zijn, dat het merkbaar verschil of resultaat geeft. Als de successen te klein zijn en je vooral de weerstand moet opvangen, lekt de energie natuurlijk snel weg.

Tot slot is monitoring en evaluatie cruciaal. Ongewenste effecten, zoals een toename van spoedzorg, té grote weerstand bij patiënten of een te hoge werklust voor huisartsen en collega's in de praktijken, moeten tijdig worden gesignaleerd en bijgestuurd. Maar volgens mij is het dan toch zeker kansrijk om hiermee in Utrecht samen stappen te zetten naar toekomstbestendige zorg.



de weerstand af. Dat geldt volgens de bewoners zelfs voor agressie, omdat agressie eigenlijk een forse vorm van weerstand is. Een patiënt die daadwerkelijk begrijpt wat het beleid is en zich meegenomen voelt zal minder herhaalbezoeken initiëren of zich melden bij de spoedpost.

Een bewoner verwoordde het treffend: "Neem alsjeblieft vijf minuten langer de tijd, daarmee voorkom je dat mensen blijven terugkomen en gefrustreerd raken omdat ze het eigenlijk niet begrijpen, zich niet serieus genomen voelen en zich zorgen blijven maken." Daarnaast helpt het om de voordelen voor patiënten te benoemen:

- Minder pijn of stress door onnodige tests te vermijden.
- Gezondheidswinst (minder straling, geen onnodige medicatie).
- Voorkomen van bijwerkingen zoals sufheid, gewichtstoename of verslaving.
- In het uiterste geval, financieel voordeel, zoals geen onnodige eigen bijdrage.

Patiënten gaven ook aan dat huisartsen niet moeten onderschatten hoe patiënten onderling over hun zorgverlener praten. Inconsistent beleid tussen huisartsen in dezelfde stad kan leiden tot frustratie en de perceptie dat zorg 'af te dwingen' is. Duidelijk en consequent beleid helpt om de weerstand te verminderen en acceptatie te vergroten. Hier benadrukken de bewoners tegelijk ook dat zij ook vinden dat bewoners zelf een rol en taak in te vervullen hebben. Tegelijk is het de grote uitdaging voor de huisarts om, eigenlijk zoals altijd, steeds de balans te vinden tussen kosten, baten en persoonsgerichte zorg.

Scan de QR-code voor de lijst:



Wat kan wel?

Gezamenlijk de veerkracht versterken

Initiatieven die de veerkracht van patiënten versterken buiten de spreekkamer om. Wat kan wél? Magazine TIJD brengt het plezier van patiënten en inwoners van Utrecht in beeld met deze fotoreportage.

Gezondheidscentrum Binnenstad heeft een tuingroep. Deelnemer Nick hierover: "Fijn om onder de mensen te zijn. Heb geen verstand van tuinieren en ik kan niks onthouden van wat ze daarover vertellen. Maar ik help mee met het opruimen en vegen." In de wijk West initieerden fysiotherapeut Marijn Didderen en praktijkondersteuner GGZ Suzanne Kroeze Fysio Dansante. In januari won dit project ontstaan vanuit de multidisciplinaire werkgroep ALK de tweejaarlijkse Mirjam van Bommelprijs.

Deelnemer Jos tijdens een bijeenkomst van Fysio Dansante: "Het mooie is dat ik hier op verschillende manieren geprikkeld word. Muziek, zacht bewegen, fun, fantasie. Voor mij is het goed om dingen met anderen te delen. Dat levert me veel op. Ik ben dol op dansen en word hierin gestimuleerd. Trainen met plezier is een enorme meerwaarde. Daar kom ik voor. Nu op zoek naar een vervolg."





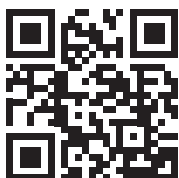
Kunst op recept

Procesmaker Marijke Donath van het Wilde Westen: "Via een wijkverpleegkundige van Buurtzorg kwamen we in contact met Astrid. Ze had veel gereisd voor haar ongeluk en wilde er weer op uit. We begonnen met een fotografische reis door haar huis, nu trekken we samen naar buiten. De verpleegkundige vertelt dat naast het lopen achter de rollator haar spraak erg vooruitgegaan is."

Wat wél kan

Meedoen met anderen in de buurt, aangesproken worden op wat wél kan, het aanspreken van capaciteiten en trainen met plezier; het helpt patiënten zich beter te voelen. Ook als er niks meer lijkt te kunnen of als er klachten zijn, maar weinig medisch te vinden is. Denk bij het verwijzen van de patiënt ook aan Welzijn en Kunst op Recept.

Meer info op worutrecht.nl:



"Het mooie is dat ik hier op verschillende manieren geprikkeld word."



Deelnemer Sacha tijdens een bijeenkomst van Fysio Dansante:

"Het vertrouwen in mijn lijf was ik kwijtgeraakt. Met een verwijzing kwam ik hier terecht. Het is een combinatie van muziek en bewegen. Ik voel me hier vrij. Je doet wat je kunt. Er is geen format. Ook als je anders bent, is dat prima. De stijfheid dans je los. Daarvan herstel je."

Tuingroep Gezondheidscentrum Binnenstad

De tuingroep kwam voor het eerst sinds de winter weer samen. Tot schrik van tuinvrouw Ludwin was een deel van de tuin platgetrapt door stellingbouwers. De schade mag ze declareren. Deelnemer Jeroen: "Dankzij de praktijkondersteuner begon ik hier na mijn pensioen. Nu werk ik in drie tuinen! Heb zelfs longkruid geplant... Tja, waar dat longkruid nu is gebleven? Dat is waarschijnlijk ook vertrapt."





Meer populatiegerichte zorg door goed gebruik van data

Tekst: Saskia Koster | Foto: Bernadet de Prins

“Het zou mooi zijn als de praktijk of het gezondheidscentrum goed kan overzien hoe het er met de ingeschreven populatie voor staat. Populatiegerichte zorg kan enorm helpen om de druk op de zorg te verlichten. Dat betekent dat je met zorg- én welzijnsprofessionals niet alleen kijkt naar medische aspecten, maar dus ook naar sociale omstandigheden.” Aan het woord is Mattijs Numans, hoogleraar huisartsgeneeskunde en huisarts in Oog in Al. Hij pleit voor een goede registratie in het HIS, elektronische patiëntendossiers en netwerkinformatiesystemen. Door gebruik te maken van die data is populatiegerichte zorg mogelijk. Niet binnen de officiële wijkgrenzen, maar vooral in het gebied óm de gezondheidscentra heen. “Zorgverleners en beroepskrachten uit het sociaal domein moeten het met elkaar rooien. Zij gaan beter registreren als ze merken dat het bewoners én henzelf helpt.”

Numans pleit voor een koppeling van gegevens, bijvoorbeeld door het gebruik van één HIS. “Of het gebruik van een soort koppelingssysteem, zoals ZorgDomein. Je kunt dan veel makkelijker gezamenlijk bepalen op welke risicofactoren je

beleid gaat maken. Ook kun je beter met elkaar plannen en structureren welke patiënten je op welke momenten voor bekende problemen ziet. Al dan niet door de huisarts. De huisarts krijgt daardoor meer tijd ‘aan de voorkant’ bij nieuwe problemen. In het toekomstbeeld dat Mattijs Numans schetst, is de huisarts meer proactief aan het werk met mensen die grotere risico’s lopen, in plaats van reactief wachten tot het misgaat. “Voorbodes daarvan zie je nu ook al in de diabeteszorg, die patiënten zien we zelf minder vaak voor follow-up.”

Voordeur

“Vroeger wisten huisartsen, alleen of in centra of in huisartsgroepen, wel ongeveer uit hun hoofd in die straat, achter die voordeur...daar moet ik eens even langs, of daar zitten problemen. Tegenwoordig liggen de grenzen wat scherper. Ook huisartsen scheiden werk en privé streng en willen het graag bij acht uur werken houden. Dat is logisch, maar het maakt de continuïteit en vindbaarheid van zorg niet simpeler. Registreren wordt dus steeds belangrijker. Goed gebruik maken van wat is geregistreerd, door het te analyseren. En op de analyses gebaseerde feedback geven voegt toe aan individuele medische preventie.”

In rap tempo legt Numans verband tussen ervaringen en experimenten uit het verleden en het geschetste toekomstbeeld. Van Oog in Al, de Stadsmaatschap en Leidsche Rijn in Utrecht tot aan Leiden en Den Haag en weer terug.

Risicokenmerken

"Op dit moment weten we zelf niet goed bij wie in de praktijk het mis kan gaan, tótdat iemand is gevallen en daardoor zelf of via familie in beeld komt. Maar we zouden dat soort risico's door goed naar onze gegevens te (laten) kijken dus beter kunnen voorspellen." Het huidige Opgavegericht werken en Wijkdata Wijkdoen ziet Numans als het vervolg van het SIZU-experiment met datakoppeling waar hij met de GGD vijftien jaar geleden in Ondiep aan meedeed. "En ook het grote Om-U project met gegevens-hergebruik rond ouderen, dat ook in die tijd door de hele stad ging. In Ondiep bleken toen bijvoorbeeld veel eenoudergezinnen en mensen met gewrichtsproblemen (door het harde werken) de zorgvraag te bepalen. Die konden proactief worden verwezen naar valpreventie of er werd in een vroeger stadium een maatschappelijk werker aan eenoudergezinnen met schulden gekoppeld. Nog steeds geldt dat als je bewoners, bijvoorbeeld ouderen, met een groter risico op gezondheidsklachten door de wijkverpleging kunt laten bedienen, je dan veel problemen vooraf ondervangt."

Aan de slag

"Wat we in het Om-U project deden, is eens per kwartaal de hele populatie van de praktijk elektronisch screenen. We vinkten risicokenmerken in het HIS aan, zoals bijvoorbeeld slechtziend en/of slechthorend, alleenwonend, boven de 55 jaar, slijt bètablokkers, et cetera. En met de mensen die voor het eerst boven een bepaalde risicodrempel komen, kon de doktersassistent of de praktijkondersteuner het gesprek aangaan. Dan bleek bijvoorbeeld dat iemand baat zou kunnen hebben bij Welzijn op Recept, bij een contact met een buurtteam-medewerker, of met een praktijkverpleegkundige of apotheker over de medicatie of over ondersteuning." Met een gezamenlijk koppelings-systeem en de juiste algoritmes, kun je volgens Numans aan de slag. "Voor deze gesprekken met patiënten in achterstandswijken is er financiering. Maar voor een experiment als groepsconsulten, waar we in Den Haag mee experimenteren, moet je andere oplossingen zoeken."

Het artikel van Judie Knol (pagina 8) over werken met miniteams:



"Eens per kwartaal de hele populatie van de praktijk elektronisch screenen."

Wijk

- Werk domeinoverstijgend samen in het gebied rondom de gezondheidscentra, ook als dat over de wijkgrens heen gaat.
- Zorg dat professionals merken hoe multidisciplinair overleg nut heeft, bijvoorbeeld door zichtbaar te maken dat de druk op de zorg afneemt.
- Denk na over risicoprofielen die in wijken worden gebruikt. Bijvoorbeeld de veelgebruikte Nederlandse risico-scoretabellen voor hartvaatziekten, deze werken op veel plaatsen goed. In sommige delen van de stad en in sommige wijken zijn de tabellen uit andere Europese landen veel beter om te gebruiken.

Praktijk

- Doe mee aan dataverwerkingsprojecten, bijvoorbeeld via IPCI, STIZON, het Julius Huisartsen Netwerk en VipLIVE zodat je periodiek terugkoppeling krijgt over risicogroepen in je HIS.
- Probeer gebaseerd op die analyses meer proactief te gaan werken. Dat kost in het begin meer tijd maar levert uiteindelijk tijd op.
- Betrek in een vroeg stadium bij het contact met patiënten doktersassistenten, praktijkondersteuners en beroepskrachten uit het sociaal domein rond je praktijk. Lees het artikel van Judie Knol over het werken met miniteams.
- Overweeg groepsconsulten bij specifieke groepen (bijvoorbeeld rokers, slechte slapers, mensen met diabetes of hartvaatziekten).
- Onderschat de impact van een praktijk- of gezondheidscentrum in een wijk niet: dus steun openlijk initiatieven die mensen helpen hun leefstijl te verbeteren, bijvoorbeeld Vitality clubs en andere initiatieven gericht op bewegen, wandelen, gezond voedsel, gezond koken, et cetera.



Modellen voor het brede gesprek onder de loep

Onderzoek

Huisartsen en praktijkondersteuners spelen een cruciale rol in het ondersteunen van patiënten met psychosociale klachten. Vaak spelen onderliggende sociaal-maatschappelijke problemen hierbij een rol. Denk daarbij aan eenzaamheid, schulden, werkloosheid of zingelevingsvraagstukken. Een puur medische aanpak is niet voldoende om deze patiënten te helpen. Om beter aan te sluiten bij de unieke situatie van elke patiënt, is het voeren van 'het brede gesprek' van groot belang.

Tekst: Nina Bos, projectmanager en wetenschappelijk medewerker mentale gezondheid & preventie Trimbos-instituut

Het Trimbos-instituut en samenwerkingspartners onderzochten drie gespreksmodellen voor deze brede gespreksvoering. De onderzoekers concluderen dat persoonsgerichte zorg veelbelovende resultaten biedt, maar dat er nog uitdagingen zijn bij de uitvoering in de praktijk.

Wat is het brede gesprek?

Het brede gesprek is een gespreksvorm waarbij huisartsen en praktijkondersteuners niet alleen kijken naar klachten en symptomen van een patiënt, maar naar de gehele context, oftewel ook naar diens leefomstandigheden. De focus gaat van 'Wat gaat er niet goed?' naar 'Wat kan er wél?'. Daardoor verschuift de aandacht naar eigen regie, veerkracht en zingeving van de patiënt. De patiënt besluit samen met de arts wat een goede vervolgstap is om de klacht op te lossen. Dat kan bijvoorbeeld een doorverwijzing naar het sociaal domein zijn, een (vervolg)gesprek in de huisartsenpraktijk, of dat de patiënt zelf aan de slag gaat.

Drie gespreksmodellen voor het brede gesprek

Via een literatuuronderzoek en interviews met huisartsen, praktijkondersteuners, zorgprofessionals en patiënten werden drie gespreksmodellen onderzocht:

1 Het Spinnenweb van Positieve Gezondheid

- een holistische benadering, gericht op zes dimensies van gezondheid; lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren.

2 Het 4-Domeinen-model - een integrale aanpak die lichamelijke, geestelijke, sociale en maatschappelijke factoren in kaart brengt.

3 Het KOP-model - gericht op de interactie tussen klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl.

Verrijkend

Uit het onderzoek blijkt dat deze modellen huisartsen en praktijkondersteuners helpen om het brede gesprek te voeren. Zij ervaren de gesprekken aan de hand van de modellen als verrijkend. Ook patiënten voelen zich meer gehoord. Het breder kijken naar gezondheidsklachten is niet nieuw voor professionals. Niettemin ervaren zij uitdagingen in de praktijk, zoals het realiseren van gezamenlijke besluitvorming, het vergroten van eigenaarschap bij de patiënt, en het niet per se tot een concrete oplossing hoeven te komen. De gespreksmodellen bieden hier ondersteuning voor, op voorwaarde dat ze juist gebruikt worden.

“Het brede gesprek is een basisvaardigheid. Wel moet er nog wat water door de Rijn stromen voordat alle huisartsen en praktijkondersteuners er mee werken in spreekkamer, praktijk en wijk”

Karianne Buddingh, universitair docent en onderzoeker, Gezondheidswetenschapper, LUMC/ PHEG.

Werk aan de winkel

De voordelen van de modellen voor het brede gesprek zijn duidelijk: de patiënt krijgt meer regie en de coördinatie van de zorg is beter. Toch is er nog werk aan de winkel. Ondanks dat veel professionals welwillend zijn, zetten ze de modellen in de praktijk weinig tot niet in, of slechts gedeeltelijk. Zij geven als redenen daarvoor onder meer tijdgebrek, gebrek aan kennis en praktische knelpunten in samenwerking.

“Een duurzaam ingebed breed gesprek vraagt tijd, aandacht en samenwerking,” aldus Nina Bos, onderzoeker van het Trimbos-instituut. “Maar het biedt kansen om patiënten écht te helpen en de druk op de huisartsenzorg te verlichten.”

Dit artikel verscheen in januari als nieuwsbericht op de website van het Trimbos-instituut.

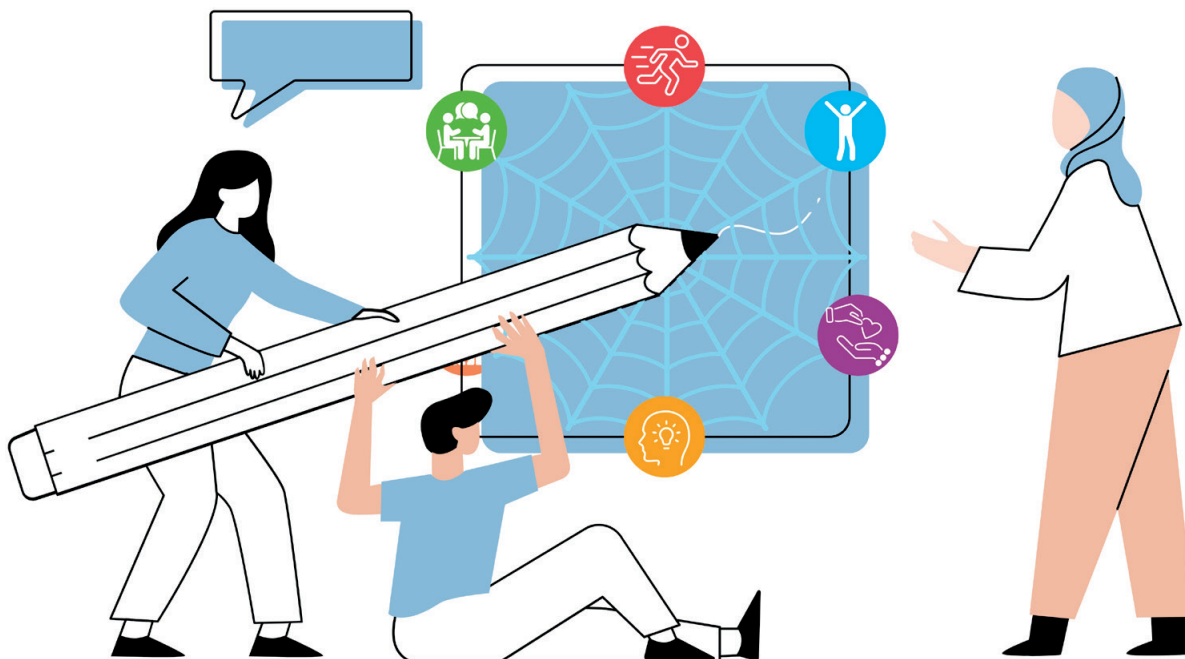
Scan de QR-code voor het hele artikel:



Aanbevelingen

Om het persoonsgerichte werken via het brede gesprek duurzaam in te bedden in de huisartsenzorg, doen de onderzoekers vijf aanbevelingen:

- 1 Meer aandacht in het werkveld voor de relatie tussen professional en patiënt bij het persoonsgericht werken, in het bijzonder voor de samenwerking tussen patiënt en professional en het vergroten van de eigen regie van patiënten.
- 2 Duidelijke rolverdeling tussen huisartsen, praktijkondersteuners en het sociaal domein in de kanteling naar meer persoonsgerichte zorg.
- 3 Opleiding van huisartsen en praktijkondersteuners: meer aandacht voor persoonsgericht werken.
- 4 Verbetering van de samenwerking tussen huisartsenzorg en sociaal domein behoeft blijvende aandacht.
- 5 Nader onderzoek naar de opbrengsten van brede gespreksvoering.



Veranderen - hoe werkt dat?!

Leergang Positieve Gezondheid

Vier groepen Utrechtse zorgprofessionals zijn het afgelopen jaar met de leergang Positieve Gezondheid gestart. In drie bijeenkomsten maken praktijken kennis met het gedachtegoed van Positieve Gezondheid en oefenen in groepjes met de methodiek. Alle praktijkmedewerkers zijn welkom bij de training, dus van huisarts tot praktijkondersteuner somatiek en van fysiotherapeut tot praktijkmanager. Om het geleerde werkelijk te kunnen implementeren volgt na de training een intervisietraject. Dat bestaat het eerste jaar uit vier bijeenkomsten van een uur en het tweede jaar nog twee bijeenkomsten.

Tekst: Marguerite Samama, Anne-Marie Huijskes & Saskia Koster

Naast opgedane kennis en vaardigheden, blijkt de training een sterk bijkomend voordeel te bieden: meer onderlinge betrokkenheid in de praktijk! Aan het woord Thérésa Oost, praktijkmanager van Wijkgezondheidscentrum Lunetten en trainers Liselot Schiphorst en Marguerite Samama.

Een ander soort gesprek

Het doel van deze leergang is om gezondheid breder te leren bekijken en een groter bewustzijn te krijgen van manieren waarop veerkracht

versterkt kan worden. Maar hoe bereikt een praktijk dat doel? Kort gezegd door als praktijk te beslissen om gericht te oefenen met integraal kijken en hierover met elkaar in gesprek te blijven. "Trust the process", zegt Liselot. "Samen een leerproces in gaan dat over meerdere jaren loopt, is eigenlijk al een sleutel tot succes." Thérésa vult aan: "Ik heb soms zitten observeren en dan zie je direct dat de praktijkondersteuner praktisch aan de slag wil, terwijl de huisarts volgens mij denkt: wat vraag je van mij, wat betekent dat voor mij

Sterkzorg biedt de leergang Positieve Gezondheid sinds 2023 aan in het kader van Meer Tijd Voor de Patiënt.

Voor meer informatie:



“Het contact veranderde tussen collega's. Er ontstond meer onderlinge verbinding en een ander soort gesprek”

als professional, wat betekent dat voor mijn patiënt en hoe is die winst?”

De ervaring leert dat het succes niet ligt in het rationeel begrijpen van de grondslagen van Positieve Gezondheid. Het gaat om oefenen en blijven benoemen wat lukt en ook waar je tegenaan loopt. Dat hardop reflecteren blijkt verbindend te werken.

“Je spreekt elkaar ineens op een andere manier. Je moet naar jezelf kijken, iets van jezelf blootgeven”, zegt Marguerite. “Het contact veranderde tussen collega's. Er ontstond meer onderlinge verbinding en een ander soort gesprek”. Thérésa vult lachend aan: “Dat doen ze normaal nooit of nou ja, niet op die manier. Het is een diepte-investering voor jezelf, voor je team, voor je collega's. Er ontstaat meer samenhang.”

Praktijkmedewerkers gaan bijvoorbeeld tijdens de eerste bijeenkomst zelf aan de slag met het spinnenweb. De meeste mensen zijn bekend met dit hulpmiddel van Positieve Gezondheid: via vragen op zes gebieden kun je iemands gezondheid breder in beeld krijgen. Daarbij biedt het vaak inzicht welke factoren een positief effect zouden kunnen hebben op iemands veerkracht. De deelnemers onderzoeken

hun eigen gezondheid en kiezen een klein veranderdoel. Hierover gaan ze in gesprek en tijdens de tweede bijeenkomst volgt een evaluatie. Vaak was het kleine doel toch niet behaald. Deze ervaring maakt mensen ervan bewust dat soms nog een tussenstapje nodig is, of dat het doel bijgesteld moet worden. Zo gaat het ook bij patiënten die iets willen veranderen. Later in de training komen het brede gesprek en veranderingen in de organisatie aan de orde. De nadruk blijft liggen op oefenen en afstemmen.

Op het droge trekken

“De trainers gingen steeds terug naar: ‘Houd het klein’. Veel professionals hier zijn enorm ambitieus” zegt Thérésa. “Willen direct grote veranderingen doorvoeren. Maar juist door telkens kleine stappen te zetten en daarop te reflecteren, ontstaat duurzame verandering. Dat besef gaf rust en hielp om het traject vol te houden, zelfs in deze drukke praktijk.” Marguerite vult aan: “Er werd nagedacht wat er in de organisatie nodig is om dit doel te behalen. Er liggen nu bijvoorbeeld op het bureau in elke spreekkamer blocnotes met het spinnenweb”. Liselot voegt daaraan toe: “Als je merkt dat iets werkt, blijf je het doen. En dat is precies hetzelfde als wat we óók bij patiënten willen bereiken.”

Top of mind

Zorgverleners in Lunetten vertelden na het oefenen dat bepaalde patiënten inderdaad met nieuwe inzichten naar huis gingen, juist omdat het gesprek op een andere manier werd gevoerd. Liselot blikt terug: “Er gebeurde écht iets! riep de professional aangenaam verrast uit”. Natuurlijk hebben huisartsen een ander gesprek met patiënten dan assistentes, toch zorgen de trainers dat er voor iedereen iets te oefenen valt.

Met het tweejarige gezamenlijke intervisietraject blijft de materie top of mind. “Thérésa is daarbij een anker voor de praktijk”, zegt Marguerite: “In haar hele houding draagt ze Positieve Gezondheid uit.” Ook volgens Thérésa is structurele borging cruciaal. “We hebben de borging opgenomen in het jaarplan en werkoverleggen. Zoals bijvoorbeeld door vast te leggen met hoeveel patiënten we in 2026 Positieve Gezondheid bespreken. Zo blijft het levend.” Trainers Liselot en Marguerite benadrukken het belang van een vaste aanjager binnen de praktijk. “Als je hiermee aan de slag gaat, zorg dan dat je dit als team omarmt en dat iemand in de praktijk hierop toeziet. Zo wordt Positieve Gezondheid een natuurlijk onderdeel van ieders werkwijze.”

Oplossingsgerichte vragen voor in de spreekkamer

Zet jouw gesprek in beweging

'Ploink', je ziet het lampje aan gaan in het hoofd van jouw patiënt, terwijl het gesprek eerst nog muurvast zat. Zeker als de patiënt niet meer geholpen is bij het voorschrijven van medicatie, het nog lang wachten is voordat er plek is bij een tweedelijnsafpraak of als er geen duidelijke oorzaak is te vinden en de klachten blijven aanhouden. Bij huisartsenpraktijk Mariahoek zetten ze het gesprek in beweging door oplossingsgerichte vragen te stellen. Geregeld is er in de spreekkamer een aha-erlebnis, zowel bij de zorgprofessional als bij de patiënt. TIJD deelt graag het overzicht van hun oplossingsgerichte vragen. Knip deze pagina uit en plastificeer 'm en leg de lijst binnen handbereik.

De vragen helpen om in te spelen op drie typen relaties in het gesprek:

- **KLANT-typisch** - de patiënt wil actief aan een oplossing werken.
- **KLAAG-typisch** - de patiënt ervaart een probleem, maar ziet zelf nog geen oplossing.
- **BEZOEKERS-typisch** - de patiënt is er op advies van een ander, zonder eigen urgentie.

Leg de lijst binnen handbereik en ontdek hoe je met de juiste vragen elk gesprek in beweging krijgt! Wil je hier meer over leren? Mura biedt een training waarin je dit verder kunt verdiepen.

Bij een **KLANT**-typische relatie:

- Geef erkenning.
- Wil je dit anders?
- Wat zou je anders willen?
- Waar hoop je op? (Wat is wél gewenst in plaats van wat is niet gewenst)
- Welk verschil zal dat maken?
- Wat werkt (al/nog?) / En wat werkt nog meer?
- Wat zal een volgend teken van vooruitgang zijn? Of: wat zal jouw volgende stap(je) zijn?
- Van 0-10; op welk cijfer zit je nu? Wat maakt dat het geen (cijfer lager) is? Hoe zou een (cijfer hoger) eruitzien?
- Wat mag er absoluut niet veranderen?

Bij een **KLAAG**-typische relatie:

- Hoe houd je het vol?
- Wanneer is het probleem (even) geen probleem?
- Wat mag er niet veranderen?
- Beschrijf je slechtste moment van de week -> wat maakt dat alle andere momenten niet zó slecht waren?
- Stel dat de ander op een positieve manier zou veranderen, wat zou er dan anders zijn? Wat zou jij dan anders doen/reageren? Wat mag er niet veranderen?
- Stel de ander verandert niet of onvoldoende in de door jou gewenste richting, wat kan jij dan doen om de situatie te verbeteren? (Laat de keuze bij patiënt of deze dat zou willen.)
- Stel dat jullie beiden wel een gezamenlijk doel zouden hebben, wat zou dat dan zijn? Stel dat je het wel zou weten, wat zou je dan zeggen?
- Je hebt veel verteld over hoe je het niet wilt. Wat wil je wel? Wat wil je voor het probleem in de plaats?

Bij een **BEZOEKERS**-typische relatie:

- Wat moet er minimaal veranderen om de ander tevreden te zien/jou met rust te laten?
- Is dat iets wat je kunt of wilt doen? Hoe kan je jezelf motiveren om dat te doen?
- Ben je het eens met de zorgen die de ander over je maakt?
- Wat denkt de ander dat je hier zal moeten doen?
- Hoe zal je weten dat het toch een goed idee was om vandaag te zijn gekomen?
- Wat is het minimale dat we kunnen doen zodat je hier terug zal komen?



Samen sterk voor betere astmazorg in Utrecht-Oost

De belangrijkste voorwaarde van persoonsgerichte zorg is een goede samenwerking in de wijk. Een astmawerkgroep in Utrecht Oost laat zien hoe dat moet. Daar staan verschillende zorgverleners als één team om de patiënt heen. Die is nu beter in beeld én krijgt de behandeling die nodig is. Niet onbelangrijk: het levert zorgprofessionals veel voldoening op. "Het is zo'n dankbare groep om iets voor te kunnen betekenen."

Tekst: Grietke Meerman | Beeld: Bernadet de Prins

Meer dan een half miljoen Nederlanders kampen met astma, maar vermoedelijk krijgen die door een gebrek aan ziektekennis niet allemaal de juiste zorg. Dat geldt ook voor veel jonge patiënten in Oost, zo kwam naar voren in een onderzoek van een multidisciplinaire werkgroep in de Utrechtse wijk. "We kwamen erachter dat mensen die langdurig astma hebben, veel minder weten over hoe ze met de aandoening moeten omgaan dan wij hadden aangenomen", vertelt Catharina Colli. Zij is als longfysiotherapeut aangesloten bij de werkgroep.

Struikelen over studenten

Dit komt mede doordat de veelal jonge astmapatiënten in deze wijk lang niet altijd in beeld zijn bij zorgverleners, zo bleek eveneens. "Het zijn

met name studenten waar we een beetje over struikelen. Want dat is een patiëntengroep die we helemaal nog niet kennen", zegt apotheker Lee Tjioe. "Dan komen ze op een gegeven moment bij ons met een exacerbatie, zonder dat we daar historie mee hebben. Op die groep willen we graag meer grip krijgen."

Ook Susan Ireland, die als verpleegkundig specialist betrokken is bij het project, ziet dat op het gebied van signalering nog veel winst te behalen is. Zij komt veel jonge mensen tegen die al van jongs af aan astmaklachten hebben die nooit onderkend zijn. "Die zijn als kind al gewend geraakt aan minder energie, denken dat het aan henzelf ligt dat ze zo vaak moe zijn en niet goed mee kunnen komen. Het is zo'n dankbare groep om iets voor te kunnen betekenen."

Energie

Volgens Susan is het belangrijk om af te wijken van vaste protocollen, omdat deze niet altijd aansluiten bij wat een patiënt écht nodig heeft. Ze pleit voor een persoonsgerichte aanpak die begint tijdens het spreekuur. "Kijk voorbij de geijkte klachten zoals benauwdheid en piepen. Wees alert op jonge mensen met luchtwegklachten die gewend zijn aan minder energie, zonder te beseffen dat dit astma kan zijn. Vraag hen: hoe is je conditie, hoe functioneer je? Maak hen bewust dat hun klachten niet normaal zijn."

Hoe belangrijk dat is, blijkt uit een vragenlijst die de werkgroep eerder afnam onder vijftig patiënten en hun zorgverleners. Naar voren kwam dat mensen

graag meer aandacht willen voor hun persoonlijke situatie. Ze staan open voor meer informatie en advies over leefstijlaspecten als astmaprikkels, vermoeidheid, stress en roken.

Leren luisteren naar het lichaam

Susan benadrukt dat het verbeteren van de zorg voor deze mensen niet met één consult geregeld is. "Dit zijn de mensen waar je in moet investeren. Je moet regelmatig contact hebben, ze laten terugkomen. Als je twintig jaar lang iets op dezelfde manier hebt gedaan zonder dat er aandacht aan is besteed, dan heb je dat niet binnen een week omgebogen. Je moet deze patiënten leren luisteren naar wat hun lichaam ze vertelt."

Korte lijnen

Omdat bij astma de leefstijl van een patiënt een belangrijke factor is, is samenwerking met zorgdisciplines buiten de huisartspraktijk van grote waarde. Korte lijnen met fysiotherapeuten, apothekers, diëtisten en verpleegkundig specialisten zijn dan handig, zoals binnen de longwerkgroep in Oost het geval is. Zij kennen elkaar al sinds 2011, toen de werkgroep werd opgericht. De samenwerking intensiverde drie jaar geleden, met de start van het astmaproject. Maar ook daarbuiten komen ze elkaar vaak tegen, zoals op scholingen.

Hetzelfde verhaal vertellen

"Wat betreft patiëntenzorg is het vooral belangrijk dat je elkaar goed kent en dat je weet wat de ander doet", zegt Femke Wouters, die als huisarts aan het project verbonden is. "Dan kun je makkelijk eventjes bellen. Of ik stuur even een Siilo-berichtje naar Catharina om haar te attenderen op een patiënt die zelf nog twijfelt aan het nut van een goede behandeling. Dan vraag ik haar bijvoorbeeld of ze zo'n patiënt warm willen binnenhalen. Zo zorgen we ervoor dat we hetzelfde verhaal vertellen. Dat werkt heel goed."

Anders ademen

Longfysiotherapeut Catharina kijkt op haar beurt welk deel van de klachten te verbeteren is door de patiënt te leren op een andere manier te ademen. "Wij proberen dan duidelijkheid te creëren voor de patiënt door hem oefeningen te laten doen of aan te sluiten bij de sport die hij of zij doet. Dan kijken we hoe we de ademhaling beter kunnen afstemmen en beïnvloeden. Maar we controleren ook de voorwaarden om goed te kunnen ademen. Heeft de patiënt bijvoorbeeld genoeg ademhalingspierkracht om een prestatie te kunnen leveren?"

Deze informatie koppelt ze terug naar de huisarts of praktijkondersteuner. Die passen in overleg met Catharina de medicatie aan, in het geval dat die tekortschiet of juist overmatig is. "Ze weten mij altijd te vinden als er vragen zijn."

Dubbele winst

Apotheker Lee vult de samenwerking aan met haar expertise op het gebied van inhalatiemedicatie. Als astmapatiënten die optimaal leren gebruiken, hebben ze er veel meer baat bij, zegt ze. Dat levert

niet alleen gezondheidswinst op, maar ook een financiële besparing. "Astmamedicatie is heel duur omdat het complex is. Het zit in een apparaatje waar veel onderzoek naar wordt gedaan om de flow te optimaliseren. Als je het niet goed inhaleert, komt de medicatie niet op de plek waar die wezen moet. En dan is het eigenlijk verspild geld."

Om het gebruik van inhalatie-apparaatjes - beter bekend als 'puffers' - te optimaliseren heeft ze met huisartsen afgesproken dat patiënten bij een eerste uitgifte wordt geadviseerd een afspraak met de apotheek te maken. "Dan kunnen we even twintig minuten zitten om uit te leggen hoe het werkt en vragen te beantwoorden. Ik zal niet zeggen dat het altijd heel goed gebeurt, maar het gebeurt wel steeds vaker."

Daarnaast kijkt Lee kritisch naar het soort en de hoeveelheid medicatie die patiënten gebruiken. Dit kan nuttig zijn voor de mensen die niet bij de longfysiotherapeut komen en ook de huisarts nauwelijks zien, maar alleen herhaalrecepten aanvragen. "Wij proberen in de apotheek inzichtelijk te maken hoeveel medicatie en rescue-medicatie

"Het zijn met name studenten waar we een beetje over struikelen. Want dat is een patiëntengroep die we helemaal nog niet kennen."



Het houdt zichzelf dan in stand. Ik verwijs wel eens door naar een haptotherapeut, maar ook een psycholoog kan helpen. Dat deel is volgens mij nog hartstikke onderbelicht.”

Maar eerst zal ze zich richten op het nog beter in beeld brengen van jonge patiënten die wel medicatie gebruiken, maar zich zelden op het spreekuur melden. Ook dit doet ze in samenwerking, in dit geval met de apotheker. “Deze mensen denken dat ze niet zoveel nodig hebben, maar komen bijvoorbeeld wel Salbutamol halen, een kortwerkende luchtwegverwijder. Die patiënten kunnen we eruit vissen. Zo kunnen we er samen voor zorgen dat mensen met klachten zich ervan bewust worden dat er meer voor ze te halen valt.”

Samen leren, samen verder

De kracht van het project in Utrecht Oost ligt niet alleen in de lokale ontwikkelingen, maar ook in de mogelijkheid om de opgedane kennis te delen. Door ervaringen, inzichten en samenwerkingsvormen - onder andere via dit artikel - breder toegankelijk te maken, kunnen ook andere wijken vooruitgang boeken in de richting van betere en meer persoonsgerichte astmazorg. Verpleegkundig specialist Susan: “Degenen die bij het project betrokken zijn, zijn zich al bewust van het belang van persoonsgerichte zorg in samenwerking met andere zorgverleners. Wat we vooral willen bereiken, is dat het niet alleen door ons, maar ook door collega's in de wijk en de stad zo wordt gezien.

Patiëntenonderzoek vormt basis van astmawerkgroep

Om de zorg voor jongvolwassenen met astma te verbeteren, onderzocht een multidisciplinaire werkgroep in de Utrechtse wijk Oost in 2021 de ervaringen van vier astmapatiënten. Daaruit kwamen twee doelen naar voren: het tijdig in beeld krijgen van de patiënt en het verbeteren van persoonsgerichte informatie.

Daarop financierde Zilveren Kruis een project om hier verder onderzoek naar te doen. Er volgde onder andere een onderzoek onder vijftig patiënten en hun zorgverleners. Aan het licht kwam dat patiënten hun leefstijl onvoldoende herkennen als basis van hun astmabehandeling en dat patiënten die niet in beeld zijn bij de huisartsenpraktijk niet weten wat ze daar kunnen halen.

Om leefstijl en persoonsgerichte aandacht een grotere rol te geven in de behandeling, is in het najaar van 2023 in de wijk een multidisciplinaire scholing over leefstijl en astma ontwikkeld. De patiënt liet zich over de effecten daarvan positief uit in een nieuwe onderzoeksronde.

- advertorial -

HR-diensten voor praktijken

Bij Huisartsen Utrecht Stad ondersteunen we huisartsenpraktijken met HR-diensten.

Meer tijd voor jouw patiënt door gebruik te maken van de expertise van HUS.

Op deze onderwerpen kun je advies inwinnen.

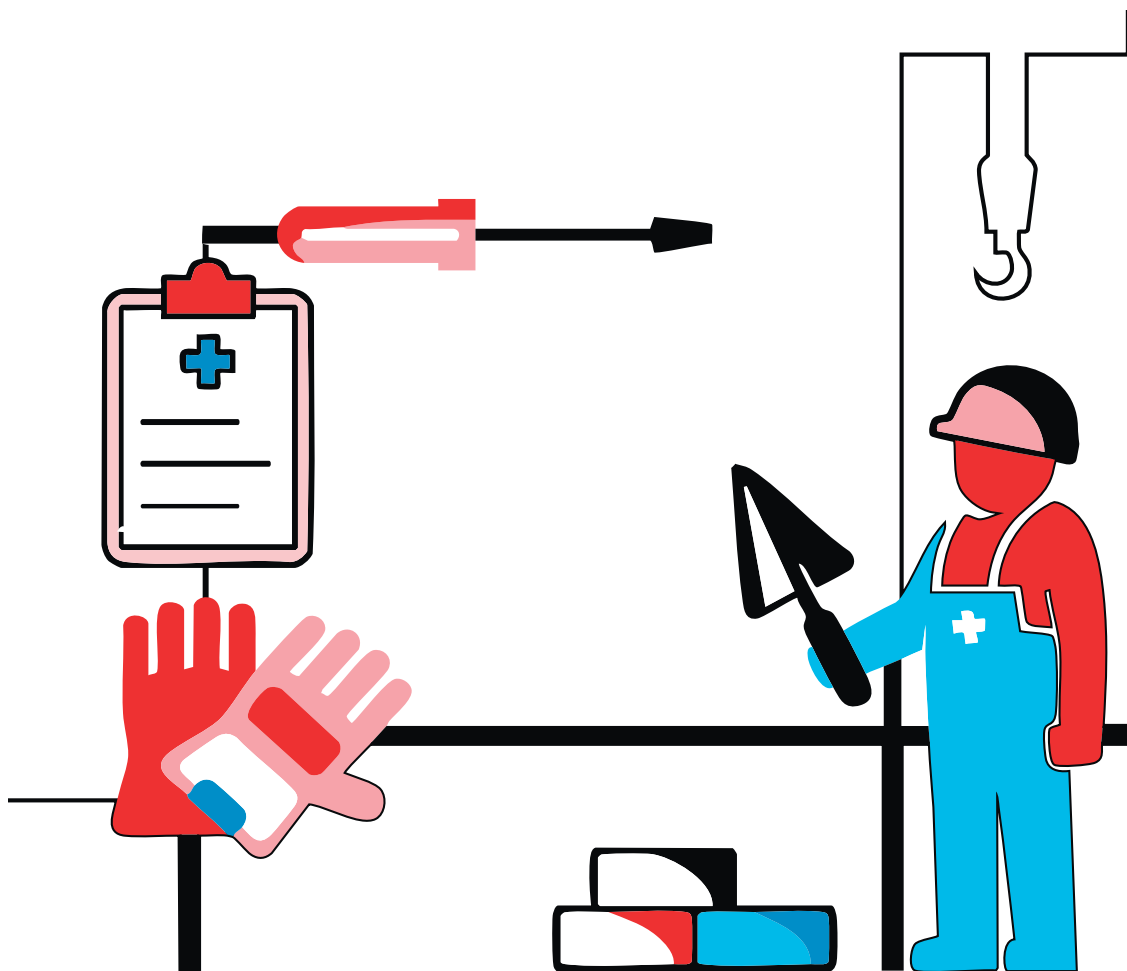
Scan de QR-code. Lid van de HUS?
Dan kost een advies je niets.

- ZIEKTEVERZUIM
- INWINNEN VAN ADVIES MET BETREKKING TOT WET- EN REGELGEVING
- CAO-VRAAGSTUKKEN
- HR-CONTRACTEN MET DERDEN
- ADVIES BIJ COMPLEXE SITUATIES, ZOALS DISFUNCTIONEREN OF ARBEIDSCONFLICTEN



DE HR-ADVISEURS NEMEN CONTACT MET JE OP, NADAT JIJ HEN HEBT GEMAILD.
ZIJ BEOORDELEN OF DE VRAAG BINNEN HET GRATIS AANBOD PAST OF DAT ER EEN OFFERTE NODIG IS.

HUS
MAAKT MEER MOGELIJK



Slimmer werken: benader de kaderhuisarts!

Slimmer werken en organiseren betekent soms ook: gebruik maken van de diepgaande kennis van een collega-huisarts. In dat kader start in Utrecht een pilot waarin zes kaderhuisartsen een jaar lang hun expertise delen met hun collega's. Het doel? De eerstelijnszorg versterken, onnodige verwijzingen voorkomen en patiënten sneller en beter helpen.

In de pilot wordt een laagdrempelige manier getest om adviesconsulten aan te vragen bij een kaderhuisarts via ZorgDomein. Huisartsen kunnen direct specialisten binnen de eerstelijns consulteren op het gebied van diabetes, ouderenzorg, het bewegingsapparaat, slaapproblemen en urogyneacologie. Dit verhoogt de kwaliteit van zorg.

Zodra de exacte startdatum bekend is, lees je dit in de HUS-nieuwsbrief.

Betere zorg door snellere consultatie

Experthuisarts Bart, een van de deelnemende kaderhuisartsen, ziet grote voordelen in deze werkwijze: "Snellere, laagdrempelige consultatie leidt tot betere

zorg. Huisartsen krijgen snel praktische adviezen, waardoor patiënten minder vaak hoeven te worden doorverwezen en eerder geholpen worden."

Ook kaderhuisarts bewegingsapparaat Jonatas is enthousiast: "Als kaderhuisarts kan ik de zorg in de eerste lijn helpen versterken: bruggen bouwen, samenwerken, meedenken, expertise bieden voor onze collega-huisartsen."

Meer samenwerking, minder verwijzingen

Naast de directe voordelen voor patiënten, is er ook winst te behalen in de samenwerking tussen zorgverleners. Kaderhuisarts diabetes Shafiq ziet dit als een kans om communicatie te verbeteren: "We kunnen de communicatie in de eerstelijns verder verfijnen en betere samenwerkingen creëren tussen alle zorgverleners." Annemarie Sprengers is kaderhuisarts ouderen. Ze hoopt dat haar collega-kaderhuisarts

Victor en zichzelf veel vragen direct kunnen beantwoorden. "En als dat niet lukt, kunnen we samen nadenken over de juiste zorg op de juiste plek. Zo voorkomen we onnodige of verkeerde verwijzingen."

Linda Oberhammer benoemt als onderwerp ook nog de lange wachttijden in de tweedelij. Ze is kaderhuisarts urogynaecologie. "De menopauzepolis heeft op dit moment lange wachttijden. Voor een deel van de patiënten kan via de kaderhuisarts al een plan gemaakt worden. Dit ontlast niet alleen de tweedelij, maar voornamelijk ook de patiënt."

Tijdwinst én werkplezier

Een belangrijke vraag is natuurlijk of deze werkwijze tijd zal opleveren. Volgens Bart is dat zeker het geval: "Ja, voor huisartsen én patiënten. Huisartsen hoeven minder tijd te besteden aan zoeken en verwijzen, terwijl patiënten sneller de juiste zorg krijgen, zonder lange wachttijden." Jonas ziet nog een bijkomend voordeel: "Deze werkwijze kan ons werkplezier vergroten en ons bewust maken dat er nog veel te leren is in de eerstelij. Ook Shafiq en Annemarie benadrukken dat het tijd scheelt, niet alleen voor huisartsen, maar

ook voor praktijkondersteuners en verpleegkundigen. Victor vat het mooi samen: "Uiteindelijk zorgt dit voor tijdsbesparing, meer werkplezier en gedeelde zorg voor de inwoners van Utrecht."

Op naar een efficiëntere eerstelijnszorg

Deze pilot loopt een jaar en laat hopelijk zien hoe waardevol het is om de expertise van kaderhuisartsen te benutten. Met snellere consultaties, betere samenwerking en minder onnodige verwijzingen kan deze werkwijze een belangrijke stap zijn naar de versterking van de eerstelijnszorg.

Even voorstellen...



Bart van Pinxteren
experthuisarts slaap

"Slaap is essentieel voor je gezondheid. Toch is het een onderwerp dat vaak onderbelicht wordt in de huisartsenpraktijk. Ik wil collega's graag helpen om slaapproblemen beter te diagnosticeren en te behandelen, zodat patiënten niet onnodig lang blijven worstelen."

Jonatas de Lemos
kaderhuisarts bewegingsapparaat



"Bewegingsapparaatklachten zijn altijd mijn passie geweest. Door me te specialiseren als kaderhuisarts kon ik deze passie nog verder ontwikkelen. Ik heb nu intenser contact met andere professionals die betrokken zijn bij hetzelfde onderwerp."



Shafiq Alikhil
kaderhuisarts diabetes

"Ik wilde graag meer verdieping in mijn vak. Mijn kennis updaten en de kwaliteit van zorg verbeteren door middel van effectief en laagdrempelig communiceren, samen met de patiënten en de zorgverleners, in zowel de eerste als de tweedelij."

Annemarie Sprengers
kaderhuisarts ouderen



"Ik wil graag de kwaliteit van ouderenzorg in de eerstelij verbeteren. Een goed netwerk hebben met andere disciplines. Knelpunten signaleren en proberen op te lossen. En dat het liefst zo praktisch mogelijk!"

Victor van Duuren
kaderhuisarts ouderen



"Ouderenzorg is netwerkzorg. Door de kaderopleiding ben ik me bewuster geworden dat samenwerking de sleutel is tot kwalitatief betere zorg voor ouderen met complexe problematiek. Het is de investering waard om verbinding met andere spelers in de wijk te zoeken."

Linda Oberhammer
kaderhuisarts urogynaecologie



"Voor de huisartsenopleiding speelde ik met de gedachte om gynaecoloog te worden. Met mijn keuze huisarts te worden ben ik nog steeds heel blij, maar de kaderhuisartsenopleiding bleek een mooie manier om mijn interesse voor gynaecologie wat meer te integreren."

Snel weten wie je waarvoor kan consulteren? Aan de andere kant van deze bladzijde vind je een informatieblok voor op jouw bureau. Metsel 'm niet te vast, dan kun je m nog eens omdraaien.

Bewegingsapparaat

Kaderhuisarts Bewegingsapparaat

Jonatas de Lemos

Vragen over:

diagnostiek, verwijzing, advies complexe casus bewegingsapparaat, et cetera.

Slaap

Experthuisarts Slaap

Bart van Pinxteren

Vragen over:

- diagnostiek, behandeling van insomnie

Diabetes

Kaderhuisarts Diabetes Melitus

Shafiq Alikhil

Vragen over:

diagnostiek, behandeling, medicatie, complicatie, nieuwe ontwikkelingen, niet goed ingestelde patiënten of wat te doen als behandeling niet werkt.

Urogynaecologie

Kaderhuisarts Urogynaecologie

Linda Oberhammer

Vragen over:

menopauze klachten, wel of niet verwijzen naar menopauzepoli, menstruatiestoornissen, bekkenbodemplachten, et cetera.

Ouderengeneeskunde

Kaderhuisarts Ouderengeneeskunde

Victor van Duuren

Vragen over:

samenwerkingspartners, wilsbekwaamheid, medicatie, ELV, gedragsproblematiek, et cetera.

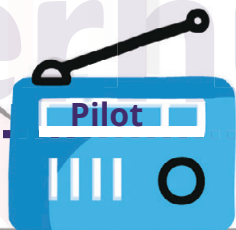
Ouderengeneeskunde

Kaderhuisarts Ouderengeneeskunde

Annemarie Sprengers

Vragen over:

samenwerkingspartners, wilsbekwaamheid, medicatie, ELV, gedragsproblematiek, et cetera.



Knip deze pagina uit, vouw op de stippellijnen en plak het laatste strookje aan de binnenkant vast. Zo heb je een blok kaderhuisartsen met inclusiecriteria voor op jouw bureau.

Pilot:

Weet welke arts je via ZorgDomein voor een adviesconsult kunt raadplegen.

Kaderhuisartsen

Gezondheidscentrum Kanaleneiland... één jaar later



“Als je doet waar je goed in bent, werkt dat veel efficiënter. Ik denk dat iedere praktijk in Utrecht kan leren van ons proces”, zegt Neeltje Truijens. “De meeste praktijkhouders erven immers een portefeuille van hun voorganger.”

Tekst: Anne-Marie Huijskes | Foto: Bernadet de Prins

“Dit was geen gepland proces, maar het heeft ons juist veel tijd opgeleverd”, zegt Neeltje. Anderhalf jaar geleden begonnen ze in Gezondheidscentrum Kanaleneiland een traject waar ze uitgebreid over vertelde in de eerste editie van dit magazine. Anne-Marie Huijskes checkt in bij huisarts Neeltje Truijens en HR-coach Anil Kishoendajal en hoort wat dit proces oplevert: meer rust, werkplezier en een efficiëntere praktijkorganisatie.

“De eerste fase stond in het teken van structuur en duidelijkheid, maar nu is het tijd om het team nog meer te betrekken. “In 2025 willen we dat dit een zelflerende organisatie wordt,” zegt Anil. “Dat betekent continu reflecteren en verbeteren.” Neeltje: “We zijn daar al mee begonnen. Elk kwartaal hebben we een kathedraaloverleg waarin het hele team samenkomt. We bespreken knelpunten, commissies presenteren hun werk en er is ruimte voor ideeën.”

Een nieuwe verdeling, meer energie

“Het was eigenlijk de bedoeling dat ik kort zou blijven om een acuut probleem op te lossen,” vertelt Anil. “Maar inmiddels wil niemand hem meer kwijt!” vult Neeltje lachend aan. “Hij is nog steeds bij onze

HOED-vergaderingen en zorgt voor structuur. We denken beter na, vergaderen efficiënter en dat scheelt zoveel chaos.”

De herverdeling van portefeuilles bleek een gouden zet. “Iedere praktijkhouder kreeg een andere portefeuille,” legt Anil uit. “Financiën worden nu professioneler aangepakt, ICT en kwaliteit zijn naar een hoger niveau getild en huisvesting staat nu zelfs landelijk op de agenda. Het mooie is dat iedereen extra stappen heeft kunnen zetten én dat met minder energie.”

Neeltje: “Als je de beste zorg wilt leveren, moet je als één team opereren. We hebben gewerkt aan een stevige basis: de juiste mensen op de juiste plek. En dat merk je, want iedereen is nu gelukkiger in zijn of haar rol. Onze recente praktijkscan bevestigt dit beeld: medewerkers voelen zich beter op hun plek en de samenwerking verloopt soepeler.”

Onverwachte winsten

Naast de verbeterde structuur is er ook een verrassend positief effect op het team. “We dachten altijd dat we een tekort aan doktersassistenten hadden, maar doordat processen en samenwerking zijn verbeterd, doen we nu met minder assistentes meer werk,” zegt Anil. “Dat is een enorme winst.”

Neeltje merkt dat een betere werksfeer ook bijdraagt aan een lagere werkdruk: “Als mensen zich prettig voelen, helpen ze elkaar meer. De introductie van een regie-arts die een paar uur per dag aanwezig is, wordt enorm gewaardeerd. De verzuimcijfers onder assistenten zijn nu lager dan ooit.”

“We waren altijd een leuk team, maar hebben ingezien dat het probleem deels bij onszelf lag” sluit Neeltje af. “Het mooie is: je kunt dat probleem op een positieve manier omturnen. Het hele proces heeft geen enkele keer tot ruzie geleid. Dat zegt alles!”

“We waren altijd een leuk team,
maar hebben ingezien dat het
probleem deels bij onszelf lag”

De invloed van big tech op onze samenleving is gigantisch, en dat roept vragen op. Wat betekent het voor onze autonomie als een handvol bedrijven de regels bepaalt? Hoe zit het met privacy, eigenaarschap van data en de verborgen impact op ons milieu? Artificiële intelligentie (AI) is daarin een volgend hoofdstuk: het is spannend en vol beloftes, maar roept ook legitieme zorgen op.

Met AI meer tijd voor de patiënt!

Tekst: Bart van Pinxteren (huisarts) en ChatGPT | Cartoon: Danibal



AI zal de huisarts niet vervangen. Maar een huisarts die niets met artificiële intelligentie doet, zal over tien jaar moeite hebben zijn werk nog vol te houden. AI biedt vooral een kans. De kans om ons vak terug te brengen naar waar het om draait: echte aandacht voor de patiënt.

Mijn spreekuur ziet er tegenwoordig zo anders uit dan vroeger. Ik zit in een comfortabele stoel, met mijn volle focus op de patiënt en diens verhaal. Ik kijk niet naar een scherm, typ niet mee. Het gesprek wordt automatisch getranscribeerd en na afloop genereert Juvoly een samenvatting in SOEP-regels. Hier en daar pas ik wat correcties toe. Straks geïntegreerd in mijn HIS, zodat ik ook niet meer hoeft te knippen en plakken. Binnenkort worden de meetwaarden zoals bloeddruk, pols en zuurstofsaturatie ook meegenomen en wordt een recept klaargezet.

En tussen de consulten door raadpleeg ik ChatGPT of EvidenceHunt. Niet om klakkeloos adviezen over te nemen, maar om mij te helpen beter te

redeneren, scherpere vragen te stellen en sneller tot de kern te komen. AI fungeert als een klankbord dat mijn expertise ondersteunt en mij in staat stelt efficiënter te werken. Welke diagnostiek moet ik aanvragen bij hemozpermie? Hoe lang na een miskraam is een zwangerschapstest nog positief? Bescherm het varicella-zostervaccin ook tegen het optreden van een facialisparesis? Zo maar een greep uit vragen die dagelijks op mij afgevuurd worden en naar het antwoord waarop ik soms lang moet zoeken.

Betekent dit dat ik AI blindelings vertrouw? Natuurlijk niet. Het blijft een hulpmiddel, en ik ben de dokter. Maar het is een hulpmiddel dat, mits goed ingezet, ons werk ingrijpend kan veranderen.

Alles klakkeloos aan AI overlaten? Nog niet. Er is veel energie nodig voor het beantwoorden van de vragen en naar de bakker op de hoek ga ik ook niet met de auto. Maar toch: de huisart-senzorg verandert. Laten we ervoor zorgen dat wij degene zijn die verandering vormgeven. En als je toch naar de bakker gaat, neem dan onderstaande boodschappen mee!

“De kans om ons vak terug te brengen naar waar het om draait: echte aandacht voor de patiënt.”

Take-home-messages

- AI vervangt je niet, maar negeren is geen optie: Over tien jaar zal het een integraal onderdeel van de huisart-senzorg zijn.
- Gebruik AI om tijd terug te winnen: Minder administratie betekent meer aandacht voor de patiënt.
- Blijf kritisch en experimenteer: AI is een hulpmiddel, geen wondermiddel. Gebruik het.

VERSLAGLEGGING VEREENVOLDIGEN VIA A.I.



IK WORD ER
EEN BETERE
ARTS VAN,
WANT IK KAN
ME FOCUSSEN
OP LUISTEREN.

DIGITAAL
TRANSCRIPT/
SAMENVATTING
VANUIT JE
LUIE STOEL!

cartoonverslag.nl

Bakken vol energie

Tekst: Jessie Neffke (huisarts) | Cartoon: Danibal



Artificiële intelligentie geeft meerwaarde bij de ontwikkeling van medicijnen, helpt mogelijk bij consultvoering en de digitale assistent kan werkdruk verminderen. Ik zie veel voordelen in AI. Wat mij zorgen baart is de enorme ecologische voetafdruk die internetgebruik heeft.

Weersta de datahonger

Het versturen van een email staat gelijk aan dertig minuten een gloeilamp laten branden en het niet weggooien van één email staat na een jaar gelijk aan een autorit van vijftig kilometer. Hoe komt het dat internet zo'n energieslurper is?

In grote datacentra, de zogenoemde cloud, worden op servers alle data bewaard: emails van jouw inbox, filmpjes van YouTube en Netflix, gegevens van HIS-sen, et cetera. Ook vindt daar de rekenkracht plaats voor onze zoekacties. Ze

zijn zó groot dat ze ons landschap "verdozen" tot soms kilometerslange gebouwen met servers. Toch wordt geschat dat de centra zelf slechts 25 procent van de klimaatimpact hebben. De rest komt door het energieverbruik van dataverkeer.

Geloofwaardig

Sinds de opkomst van AI versnelt de toename van energieverbruik door ICT. In 2023 was ICT verantwoordelijk voor acht tot tien procent van de wereldwijde energieconsumptie. Naar schatting is over een paar jaar het energieverbruik van data meer dan alle opgewekte groene energie in de wereld! Zelfs al worden datacentra steeds energiezuiniger, door de toename van datagebruik zal dat energieverbruik waarschijnlijk alsnog verder stijgen. Net zoals een extra snelwegbaan of een energiezuinige auto niet leidt tot minder verkeersopstoppingen of uitstoot. Er komt meer verkeer bij of de "energiezuinige" auto's worden groter en zwaarder.

Jessica Workum (IC-arts en AI-specialist) benoemt op het platform ResearchGate, dat AI kansen biedt voor verbetering van intensivistische zorg, maar uit ook haar bezorgdheid over de hoge

energieconsumptie, de fouten die AI maakt en het risico op datalekken (privacygevoelige data die in leersystemen van AI kunnen belanden). AI, in de vorm van bijvoorbeeld ChatGPT is niet een systeem dat als doel heeft de waarheid vertellen, maar wel om geloofwaardig over te komen. Bakken vol energie zijn er nodig om ChatGPT dit te laten leren, want het gebruikt daarvoor alle open data uit de datacentra.

Mezelf uitdagen

Hoe ga je om met enerzijds het gemak en voordelen van AI en anderzijds de schade, uitstoot en zo ook gezondheidsrisico's die dataverkeer veroorzaakt? Ik daag mezelf uit om kritisch naar mijn digitale acties te kijken. Voorkomt een e-consult of teleconsult een fysiek consult, dan is dat waarschijnlijk duurzamer. Maar op afstand vitale functies monitoren van iemand die gezond of stabiel is vind ik ecologisch, financieel en qua tijdsinvestering onverstandig. Hopelijk komen mettertijd meer kleinere, doelgroepgerichte AI-netwerken. Zo zou een medisch netwerk met minder verbruik kunnen leren, betrouwbaarder zijn en privacy beter garanderen.

Mijn conclusies

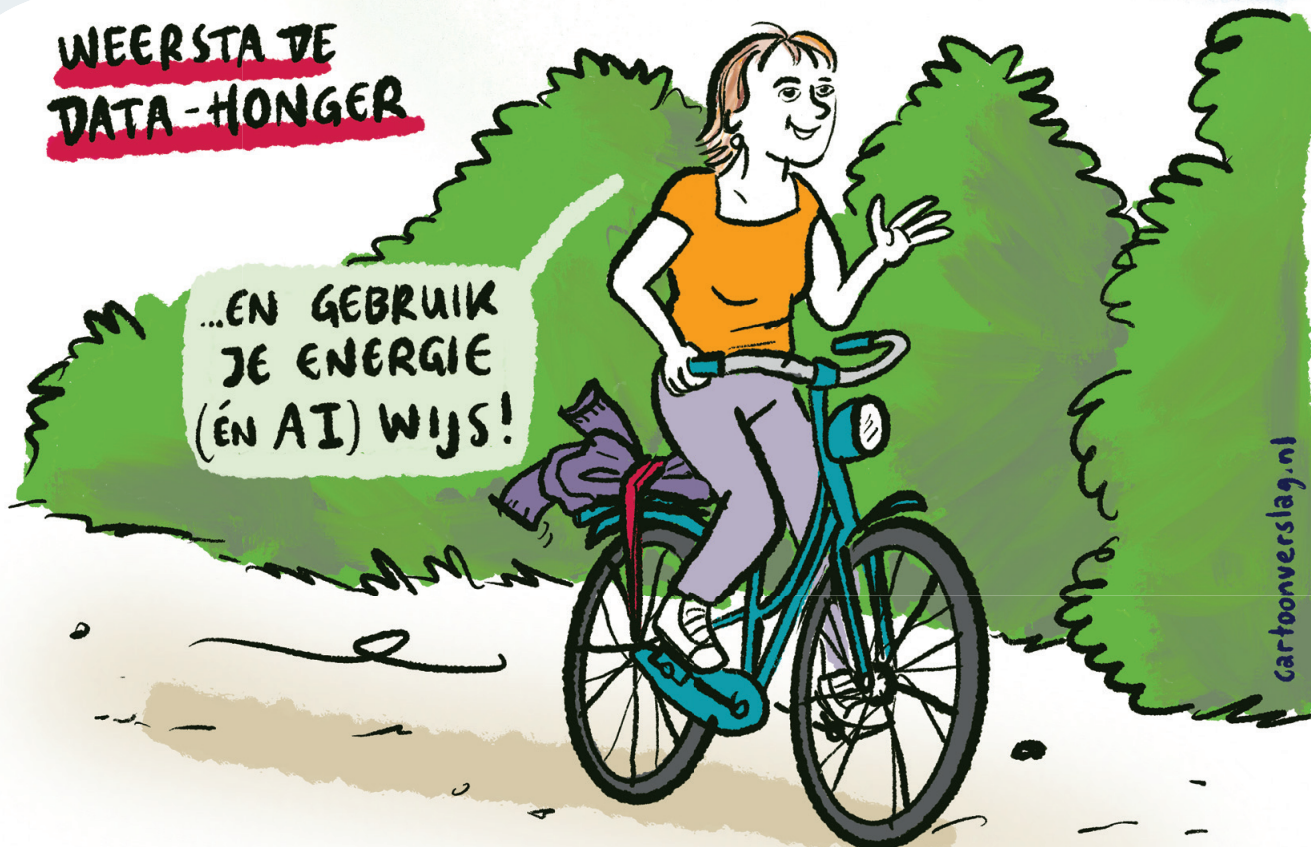
- Vooral nog denk ik altijd na over welke informatie AI van mij krijgt en hoe betrouwbaar haar antwoord is.
- AI heeft een zorgwekkend grote milieu-impact, maar cijfers over energieverbruik lopen sterk uiteen door gebrek aan transparantie.
- AI laten leren gaat niet automatisch. Het wordt vaak gedaan door mensen in ontwikkelingslanden onder erg slechte arbeidsomstandigheden.
- Het ontwikkelen (trainen) van een grootschalig AI-model levert significant meer CO2 uitstoot op dan een gemiddelde auto gedurende diens gehele levensduur.

Mijn digitale impact probeer ik te verkleinen door:

- Altijd te overwegen of voor mijn vraagstuk AI de beste oplossing is:
- Gebruik ik het niet alleen uit gemak of voor de lol?
- Kan het ook met een zoekmachine als Ecosia of Google?
- Mijn mailbox en cloudaandeel regelmatig opschonen en kritisch kijken naar welke bestanden ik bewaar.

WEERSTA DE DATA-HONGER

...EN GEBRUIK
JE ENERGIE
(ÉN AI) WIJS!



Huisarts Irene Groenewegen loopt stage bij het BUURTTEAM



Hier een fotootje van Joke Visser, mijn begeleidster van BT Sociaal de afgelopen vier maanden.

Logboek

Maandag 10 maart

Vandaag multidisciplinair overleg over een bijzondere cliënt die overlast veroorzaakt in de buurt met alle betrokkenen (wijkagent, buurtteam, huisarts, GGD, Woonoverlast, iemand van de persoonsgericht aanpak (PGA), het Leger des Heils, Altrecht). Wij kennen hem als bijzonder, voor de buurt is hij raar, intimiderend en dreigend. Geen ggz diagnose, geen dementie. Een gesloten afdeling in een verpleeghuis voor deze man lijkt niet passend. Opname in de GGZ ook niet. Voor nu komt Woonoverlast van UCentraal samen met de Outreachende Zorg van het Leger des Heils om te kijken of de overlast kan verminderen, zodat er weer een leefbare situatie ontstaat voor iedereen. Cross fingers.

De man die overlast veroorzaakt kwam bij mij op het spreekuur met als cadeau een houten vogeltje uit Thailand. Ik ben naast hem gaan zitten en heb luid in zijn goede oor gepraat. Vanaf april zijn z'n nieuwe gehoorapparaten beschikbaar. Het helpt als hij die gaat gebruiken. Dat het bedreigend overkomt als hij hard roepend met een riek, die hij als stok gebruikt iemand tegemoet loopt, snapt hij nu. Het Thaise vogeltje hangt in mijn spreekkamer.

Vanuit mijn studie GGZ-kaderopleiding loop ik stage bij het buurtteam sociaal voor het onderdeel Beleid en organisatie.

Kijk! Hier is het aanmeldscherm van het Buurtteam, mijn computer zet er een mooie foto van mijn bergtocht bij. :-)



TIP

Mooie standaardvraag zou zijn: Hoe is de relatie met je huisarts?

Maandag 3 maart

Op bezoek bij een bejaarde dame met enige dementie. Ze heeft een euthanasieverzoek lopen bij het Expertisecentrum euthanasie. Tegelijkertijd werd er huishoudelijke hulp aangevraagd. Dat zou niet meer op tijd lukken, waarop Joke, mijn begeleider, zelf wekelijks een kijkje gaat nemen en even helpt met was opvouwen, de afwas doen of andere huishoudelijke klusjes doen. Ik met de stofwisper erachteraan, ondertussen spreken we over haar achteruitgaande geheugen en het einde van het leven.

Joke schreef me een week later: "ik ben voor de laatste keer bij mevrouw X geweest. Hoe vreemd dat ze er volgende week niet meer zal zijn."

Conclusie

- Samenwerken is leuk en nuttig
- Hiervoor is aanpassing op ICT nodig: bijvoorbeeld op het aanmeldformulier, wie is de huisarts en mag die geïnformeerd worden?
- Vragen bij de kennismaking naar relatie met huisarts
- Het komt de cliëntenzorg ten goede

‘Wat het beste werkt, is als je elkaar gewoon kent’



Het is een van de kernwaarden van huisartsen, maar toch blijft samenwerking een uitdaging, zeker in een zorglandschap met losse netwerken. Hoogleraar en huisarts Henk Schers pleit voor betere afstemming, minder versnippering en meer menselijke interactie. Want uiteindelijk draait succesvolle samenwerking om één simpel principe: elkaar écht kennen.



Zestig jaar lang konden huisartsen het af zonder het woord 'gezamenlijk' als een van de officiële kernwaarden van hun beroepsgroep. Maar natuurlijk werd er ook toen volop samengewerkt: zowel met intern hulppersoneel als met andere professionals in de wijk. Henk Schers, hoogleraar huisartsgeneeskunde aan het Radboud Universitair Medisch Centrum, illustreert het met een voorbeeld uit de oude doos. "In de jaren vijftig liep de wijkzuster ook al regelmatig bij de huisarts naar binnen. Ik bedoel maar te zeggen: samen dingen doen is niets nieuws."

Tijdens een reprise van de conferentie in Woudschoten is in 2019 is besloten om dat maar eens op te schrijven. Sindsdien omschrijven huisartsen hun werk niet alleen als 'persoons-gericht, medisch-generalistisch en continu', maar ook als 'gezamenlijk'. "Terecht", zegt Schers, die zich als onderzoeker onder meer richt op regionale netwerkvorming. "Want het is een belangrijk stukje van wat we al heel lang doen."

Wat wél nieuw is, is de aandacht die er op management- en bestuursniveau uitgaat naar samenwerken. "Er wordt de laatste jaren ongelooflijk veel over gepraat en nagedacht", zegt Schers. "Maar het lastige aan de beslissingen die er tussen managementlagen worden gemaakt, is dat onduidelijk blijft wat dat op de werkvloer precies betekent. Het is heel moeilijk om namens heel veel mensen te praten, mensen die je niet in de hand hebt en op wie geen top-down sturing mogelijk is."

Wat betekent dat in de praktijk?

"Zorgnetwerken worden vaak teams genoemd. Maar ik vind dat geen teams. Want het idee van een team is dat die zich binnen één organisatie bevindt, met één baas die zegt hoe het moet gebeuren. Maar als een thuiszorgorganisatie vindt dat overleggen met de huisarts te veel ten koste gaat van de tijd met de patiënt, dan gebeurt het niet meer. Niemand kan dat afdwingen. Hetzelfde geldt voor iemand die zegt dat hij namens 'de fysiotherapeuten' praat. Er zijn honderden fysiotherapeuten en die allemaal hun eigen toke hebben en zelf beslissen wat ze doen. Dat is bij huisartsen precies hetzelfde."

Waarmee valt of staat een goede samenwerking dan volgens u?

"Met het type mens met wie je te maken hebt. En dat is heel gevarieerd. Je hebt de solistische werkers en de samenwerkers. Sommige mensen overleggen maar zelden met iemand anders. Dat lijkt niet optimaal, maar gaat het daardoor ook slechter met hun patiënten? En gaat het beter met de patiënten als die solistische werkers meer gaan samenwerken? Dat vind ik interessante vragen die wij nog lang niet beantwoord hebben."

Als de opbrengst van samenwerken niet helder is, waarom moet het dan zo nodig?

"Het lijkt natuurlijk wel belangrijk, alleen al om voor elkaar te krijgen dat we met minder mensen daadwerkelijk meer kunnen doen. Je kunt bijna

niet tégen samenwerken zijn. Maar als je kijkt naar de wetenschap, dan weten we nu eenmaal nog heel erg weinig van wat het oplevert qua kosten-

besparing, tijdsbesteding, arbeidstevredenheid en de tevredenheid van de burger. Ons type zorgsysteem is bijzonder met zijn losse netwerkstructuren; het bestaat bijna alleen maar in Nederland, veel andere systemen zijn totaal onvergelijkbaar. Dus er zit nog heel veel werk in om goed uit te vogelen hoe het het beste werkt. Daar zoeken we nu naar."

Hoe realistisch is het idee om het systeem meer 'top-down' in te richten?

"Dan moet je de totale structuur veranderen, maak je van die eerste lijn een soort regionaal ziekenhuis waar iedereen in zit, zonder maatschappen, gewoon allemaal in dienst. Maar ik zie dat niet gebeuren in Nederland. En ik weet ook niet of dat het beste model is."

Wat volgens Schers in elk geval niet werkt, is wanneer er sprake is van veel verschillende spelers binnen één domein. Want hoe meer organisaties, hoe meer tijd een huisarts kwijt is aan overleg, in plaats van aan patiëntenzorg. "Vijf thuiszorgorganisaties binnen één huisartsomgeving leiden echt niet tot betere zorg voor ouderen dan wanneer je er

Samenwerkingsverband fysiotherapeuten



Fysiotherapeut Randy Haalboom, voorzitter FUS

Het samenwerkingsverband Fysiotherapeuten Utrecht Stad (FUS) zag in 2018 het daglicht toen er bij de O&I-poot van HUS (dat in 2022 de naam Sterkzorg kreeg, red.) behoefte ontstond aan één aanspreekpunt voor deze beroepsgroep. Aangezien fysiotherapeuten - anders dan huisartsen - elkaars concurrenten kunnen zijn, was het een uitdaging om daar animo voor te vinden. Maar toch vonden veel van hen een goede reden om zich aan te sluiten: de kans om mee te praten over belangrijke thema's die spelen in de stad.

Dat bleek uiteindelijk niet voldoende. Want toen het lidmaatschap later geld ging kosten, haakten veel leden af. "Met de overgebleven deelnemers zijn we gaan kijken: willen we meer zijn dan een aanspreekpunt?", vertelt Randy Haalboom, oprichter van de FUS en eigenaar van praktijk Fysio & Leefstijl Utrecht. "Toen kwam naar voren dat de praktijken het heel leuk vonden om elkaar te ontmoeten om te kijken waar ze elkaar kunnen aanvullen."

Met het organiseren van scholingen en lunches nam het aantal aangesloten praktijken toe tot inmiddels 36. Wat de FUS tot nu toe heeft gebracht? Haalboom: "Dat hangt ervan af aan wie je het vraagt. Er zijn collega's die lekker bezig zijn met hun eigen praktijk en verder geen behoefte hebben aan verdere samenwerking. Maar wij zijn een praktijk die het juist heel leuk vindt om samen te werken. Doordat we elkaar kennen, kunnen we elkaar als collega's beter vinden. En uiteindelijk is vooral de patiënt daarbij geholpen."

Samenwerkingsverband diëtisten



Diëtist Brigitte Wieman namens DUS

In 2021 werd het samenwerkingsverband Diëtisten Utrecht Stad (DUS) opgericht met als doel de kwaliteit en toegankelijkheid van diëtistische zorg te verbeteren. Ook willen professionals in deze beroepsgroep zo hun rol binnen de eerstelijns gezondheidszorg versterken. Inmiddels heeft de organisatie een dekkinggraad van ongeveer 70 procent van de diëtisten die werkzaam zijn binnen het werkgebied van Sterkzorg.

Volgens Brigitte Wieman, diëtist bij zorgorganisatie Careyn en vertegenwoordiger van DUS, kunnen diëtisten elkaar versterken in plaats van concurreren door open communicatie en onderlinge betrokkenheid. Dit gebeurt door elkaar te kennen, te informeren en te betrekken bij ontwikkelingen in de wijk en de stad, waarbij wordt aangesloten op landelijke ontwikkelingen en de laatste stand van de wetenschap.

Een sterkere positie van diëtisten kan uiteindelijk veel opleveren: een verbetering van de kwaliteit van voedingszorg, een versterking van de organisatiegraad en het realiseren van de juiste zorg op de juiste plek.

Een actieve WhatsApp-groep maakt het mogelijk dat vertegenwoordigers van aangesloten praktijken laagdrempelig met elkaar kunnen afstemmen en overleggen over niet-patiëntgerelateerde zaken. Daarnaast is het streven om elkaar ieder kwartaal persoonlijk te ontmoeten.

eentje hebt. Er is veel bewijs dat dat ellende geeft." Hij pleit dan ook voor meer sturing op dat gebied door bijvoorbeeld twee, hooguit drie organisaties toe te laten in een wijk. "Meer, daar heeft de burger niks aan. De samenwerking wordt er in elk geval slechter door."

Ook zou het de samenwerking ten goede komen als de verschillende zorgdisciplines zich wat meer op wijkniveau zouden organiseren. "In de huisartsenzorg zijn ze het erover eens dat iedereen in de wijk bediend moet worden, daar zijn afspraken over. Maar die zijn er bij psychologen meestal nog niet. Die doen gewoon de deur dicht; vol is vol. Ook fysiotherapeuten hebben eigenlijk geen goede afspraken met elkaar. Het zijn toch een soort concurrenten van elkaar. Ze zouden beter als collectief kunnen samenwerken. Je bent aanspreekbaar voor een regio waar je als beroepsgroep voor zorgt, ook als het zwaar weer is."

Een onmisbare schakel in een samenwerking is goed functionerende informatie- en communicatietechnologie. En ook dat schreeuwt om sturing, vindt Schers. Lang werd dit helemaal vrijgelaten, waardoor iedereen zijn eigen geïsoleerde dossier heeft ontwikkeld. "Tamelijk dramatisch", noemt hij als gevolg hiervan de informatiedeling tussen professionals. "Je kunt mij wel het verpleegkundig of fysiotherapeutendossier sturen, maar daar kan ik niks mee. Er is zoveel informatie waar mensen elke dag mee worden opgescheept, dat is niet te overzien." Het antwoord op de vraag hoe een effectief communicatiesysteem eruit ziet, heeft hij niet. "Het is een grote uitdaging, om op een slimme, doelmatige manier informatie te delen waardoor er minder tijd naar dossiervoering en administratie gaat, in plaats van alsmáar meer, wat nu eigenlijk het geval is."

Wat adviseert u huisartsen om toch op een effectieve manier tot meer samenwerking te komen buiten de praktijk?

"Wat het beste werkt, is als je elkaar gewoon kent. Zorg ervoor dat je elkaar af en toe ziet, loop elkaar voor de voeten. Uit al die netwerktheorieën blijkt dat het 'elkaar kennen' zo'n beetje het belangrijkste cement is, op elk niveau. Van bestuurs- tot micronetwerk. Als er iemand uitstapt en er komt een nieuw persoon in, dan heeft dat systeem altijd weer even nodig om op gang te komen. Voor een goede samenwerking blijft menselijke interactie, communicatie en waardering heel belangrijk. Dat is natuurlijk geen nieuws. Maar het is wel waar."

Vergeet daarin het sociaal domein niet, voegt Schers eraan toe. Hij doelt onder meer op maatschappelijk en sociaal werkers, jeugdzorg-

en wijkteammedewerkers. "Ga praten met die mensen. Vroeger zat de maatschappelijk werker gewoon in praktijk. We zijn ze heel lang kwijt geweest, maar nu komen ze gelukkig weer terug. Dat kan heel veel opleveren. Een deel van de chronische belasting van huisartsen komt van mensen die veel tijd vragen, maar voor wie je niet veel kunt doen. Die kun je dan naar een ander bureau brengen. Zo kunnen zij beter geholpen worden en gaat het van je eigen bordje af."

Samenwerkingsverband apothekers



Apotheker Clasineke Groenendijk, voorzitter CAU

Coöperatie Apotheken Utrecht (CAU), opgericht in 2009, is een van de oudste coöperaties van apothekers in Nederland. Maar pas toen in 2018 binnen de eerstelijnszorg een grotere nadruk kwam te liggen op multidisciplinair samenwerken in de regio, besloot de beroepsgroep om voortaan naar buiten toe met één mond te praten. "We zijn toen allemaal met de neuzen dezelfde kant op gaan staan", zegt Clasineke Groenendijk, eigenaar van Apotheek Boswijk en voorzitter CAU.

Het was niet moeilijk om dat voor elkaar te krijgen. Want tegenover de zeventig huisartsenpraktijken die de stad Utrecht telt, staan slechts achttien apothekers. Groenendijk: "Dat zorgde ervoor dat we snel de gelederen konden sluiten. Met achttien eigenaren kan ik heel makkelijk zeggen dat ik een mandaat heb om beslissingen te nemen. Wij kunnen heel snel met elkaar afstemmen."

Doordat de CAU goed georganiseerd is, lukt het volgens Groenendijk om constant op hoger niveau invloed uit te oefenen. Concreet betekent dit dat apothekers kunnen meepraten wanneer er afspraken worden gemaakt tussen huisartsen en verzekeraars over bijvoorbeeld instructies bij inhalatoren voor astma. Maar ook wanneer het gaat over geld. "Wij worden nog steeds betaald voor het afleveren van die doosjes. Dus als huisartsen en verzekeraars overeenkomen om de medicijnvergoeding te veranderen, dan hebben ze ook ons nodig. In dat gesprek staan we met z'n allen sterker dan alleen."

"Sommige mensen overleggen maar zelden met iemand anders. Dat lijkt niet optimaal, maar gaat het daardoor ook slechter met hun patiënten?

En gaat het beter met de patiënten als die solistische werkers meer gaan samenwerken?"



Krachtige basiszorg voor iedereen

Tekst: Marije van der Meer, huisarts

'Wil het hebben over huis. Moet persé bij jou' dat staat erbij in de agenda.

'Ik ben niet de huis-arts omdat ik iets met huizen kan. Lekker de woningbouw bellen', denk ik in eerste instantie. Ik open alvast even het dossier. 'Oh.'

'Taalbarrière, ALTIJD DC' staat er als memo. DC betekent Dubbel Consult. Er staat een enkel consult ingepland, maar deze 15 minuten zijn toevallig voor m'n koffiepauze. Dus als ik die oversla, dan loop ik daarna niet uit.

Ik zie dat mijn collega ook al besproken heeft met deze man dat wij niet over de urgentieverklaring voor een nieuwe woning gaan. Niet alles wat bij de huisarts komt, is iets voor de huisarts. Dat is niet erg, maar het is wel fijn als we dan mensen in elk geval een stapje verder kunnen helpen.

Als hij er is, blijkt er veel meer aan de hand. Hij kan niet slapen, omdat hij in de woonkamer op een harde bank slaapt. Hij heeft rugpijn en hoofdpijn. Hij woont bij mij in de wijk - in een huis waar de yuppen weggaan na hun tweede baby, omdat het niet past. Het huis is zeker te klein voor zijn gezin van zes. De ouderslaapkamer hebben ze afgestaan aan de ene zoon die psychisch in de problemen zit, en die anders de rest van het huis wakker maakt. De andere slaapkamer wordt door drie zussen gedeeld.

Krachtige basiszorg onderdeel van inkoopbeleid Zilveren Kruis 2026-2027

In het nieuwe inkoopbeleid van Zilveren Kruis dat in april bekend werd, is Krachtige basiszorg onderdeel geworden van het inkoopbeleid. Daarmee geeft de verzekeraar erkenning aan het bestaansrecht van Krachtige basiszorg en aan de noodzaak om huisartsenzorg in aandachtswijken anders te organiseren voor de meest kwetsbaren in onze samenleving. Zilveren Kruis legt hiermee een bodem in het bekostigingsbeleid. Dit najaar wordt bekend gemaakt hoe de financiering voor Krachtige basiszorg er precies uit gaat zien.

Een van de dochters is mee om te vertalen. Ik probeer erachter te komen wat ze al hebben gedaan of geprobeerd. Of de gemeente ook heeft meegedacht, of het buurtteam. Ze weet het niet. Haar vader wijst nogmaals naar zijn rug en zegt dat ik iets moet doen.

Aan die rugpijn kan ik natuurlijk wel iets doen - maar als de oorzaak niet verandert, dan heeft het geen zin. Als zijn leefomstandigheden niet verbeteren, dan kan hij elke dag bij mij komen, en moet ik hem elke dag teleurstellen.

Het gevaar van een mooie term is dat het op een gegeven moment gekaapt wordt door de politiek, of dat niemand precies weet wat het betekent. 'Bestaanszekerheid' klinkt namelijk als iets wat iedereen nodig heeft - maar ook als iets waarmee je eigenlijk niets zegt en niets hoeft te veranderen als dat in je partijprogramma staat.

In de stad waar ik werk, is er een fantastische aanpak. Het heet Krachtige basiszorg. Dit wordt deels gefinancierd, en nog niet structureel. Dat is jammer. Nu is het zo dat je als je als huisartsenpraktijk meer dan een kwart van je patiëntenpopulatie in een achterstandswijk hebt wonen, dat je dan dat jaar extra geld krijgt om een integrale oplossing te zoeken voor hun problemen. Dit klinkt veel zweveriger dan het is.

Het komt erop neer dat veel mensen die niet lekker in hun vel zitten in een wijk waar de bestaanszekerheid onder druk staat, meer baat hebben bij een maatschappelijk werker dan bij een dokter.

Wat er gebeurt, is dat er door deze bekostiging bijvoorbeeld ruimte is om een waarnemer in te zetten of meer FTE dokters aan te nemen, zodat ik tijd heb om te overleggen met het buurtteam of de gemeente over mensen zoals mijn patiënt.

Zodat ik voor hem wel een DC kan inplannen, zonder dat het ten koste gaat van mijn andere patiënten. Of van mijn koffiepauze.

En dat hij de hulp krijgt die hij nodig heeft. Niet persé van mij, maar wel via de huisarts naar het geschikte netwerk om hem heen.

Dat gun ik iedereen.

Deze column is op 1 april 2025 gepubliceerd op de website van Medisch Contact



Overvecht: Samen naar buiten na het multidisciplinair GGZ-overleg bij Dokters op Dreef

Tijd voor elkaar

Elkaar ontmoeten gebeurt overal: aan de koffietafel, tijdens een multidisciplinair overleg of bij een netwerkborrel. In de praktijk, de wijk en de stad vinden zorgprofessionals elkaar - formeel én informeel. Soms met een duidelijke agenda, soms gewoon om te sparren. Zoals bij het GGZ-overleg bij huisartsenpraktijk Dokters op Dreef in de praktijk en tijdens een wandeling door Overvecht na afloop, of zoals in Oost wijkverpleegkundige Wilma op de koffie bij huisartsenpraktijk Koningslaan. Wilma heeft een enorm netwerk in de wijk. Regelmatig loopt ze even binnen, daardoor blijven de lijnen kort. Door samen twee keer per jaar te borrelen weten zorgprofessionals en beroepskrachten uit het sociaal domein elkaar ook goed te vinden in de wijk West. Er is tijd voor elkaar, professionals leren elkaar (nog beter) kennen. En met die formele, maar juist ook informele kennis verbetert de zorg en het welzijn voor de patiënt. In elke fase is contact de sleutel en krijg je sterkere zorg: samen is sterker.



Oost: wijkverpleegkundige Wilma
(tweede van rechts) op de koffie -
Huisartsenpraktijk Koningslaan

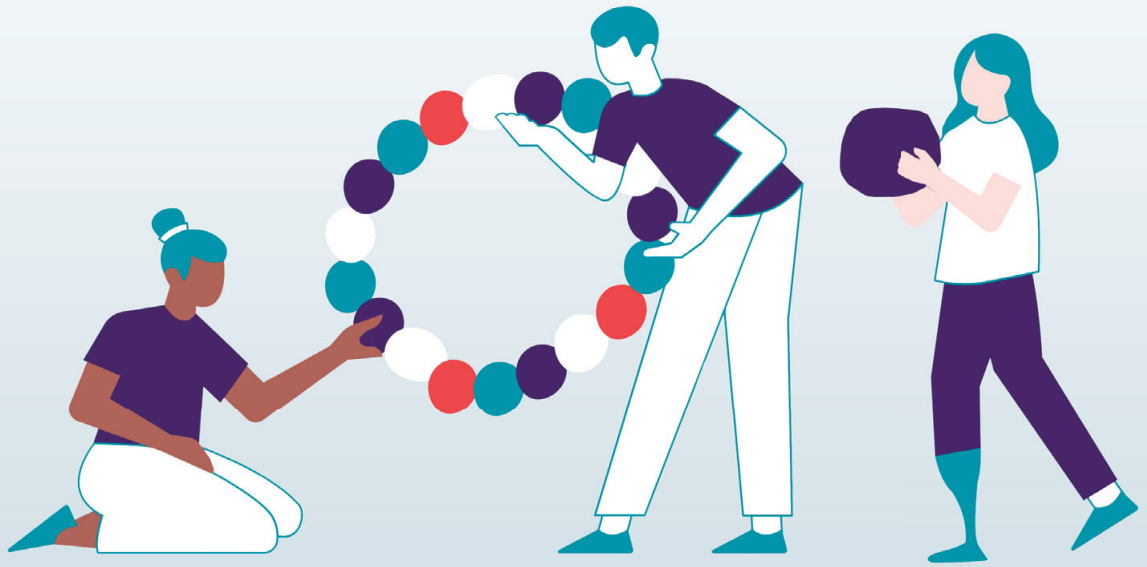


Binnenstad: multidisciplinair overleg Ouderen (MDO) bij huisartsenpraktijk Mariahoek



West: professionals uit zorg en welzijn op hun tweejaarlijkse netwerkbijeenkomst

Samenwerken rondom leefstijl



Een gezonde leefstijl. Voor iedereen bereikbaar en haalbaar. Ook voor inwoners met een lagere sociaal-economische status (SES). Dát is het doel van het Utrechtse driejarenproject Krachtig Leefstijl Netwerk (KRALEN). Het project draait om samenwerking en krachtenbundeling in de wijk en stelt daarbij de doelgroep en haar behoeften centraal. Inwoners, zorg- en welzijnsprofessionals en ervaringsdeskundigen gaan samen op zoek naar wat er speelt en bedenken passende oplossingen. Dit leidt tot interessante en relevante inzichten.

Tekst: Marijke Dekker | Beeld: illustratie Ivector

Leefstijlinterventies kunnen bijdragen aan gezondheid. Toch blijkt dat mensen met een lage SES minder gebruik maken van deze mogelijkheden, vaker afhaken of minder succes behalen. Dit heeft een negatieve impact op (zelf)vertrouwen, stress, de gezondheid en uiteindelijk leidt het mogelijk tot een toename van de zorgvraag.

Binnen *Kralen* werken inwoners, ervaringsdeskundigen en zorgverleners vanaf het allereerste moment samen. "Volledig gelijkwaardig", zegt projectleider Stéphanie van Emmerik. "Samen het probleem bepalen, samen naar passende oplossingen zoeken en iedereen krijgt een gelijke vergoeding. Echte co-creatie dus."

Het project *Kralen* is in 2023 gestart en wordt gefinancierd vanuit het ZonMw programma 'Versterken van preventie in de eerstelijns'. Samen met professionals en bewoners in Hoograven, Lunetten en Rivierenwijk wordt gewerkt aan mogelijke oplossingen voor dit probleem. Ze worden geholpen met expertise vanuit Pharos, UMC Julius Centrum en de HU (lectoraten Co-creatie en Schulden en Incasso).

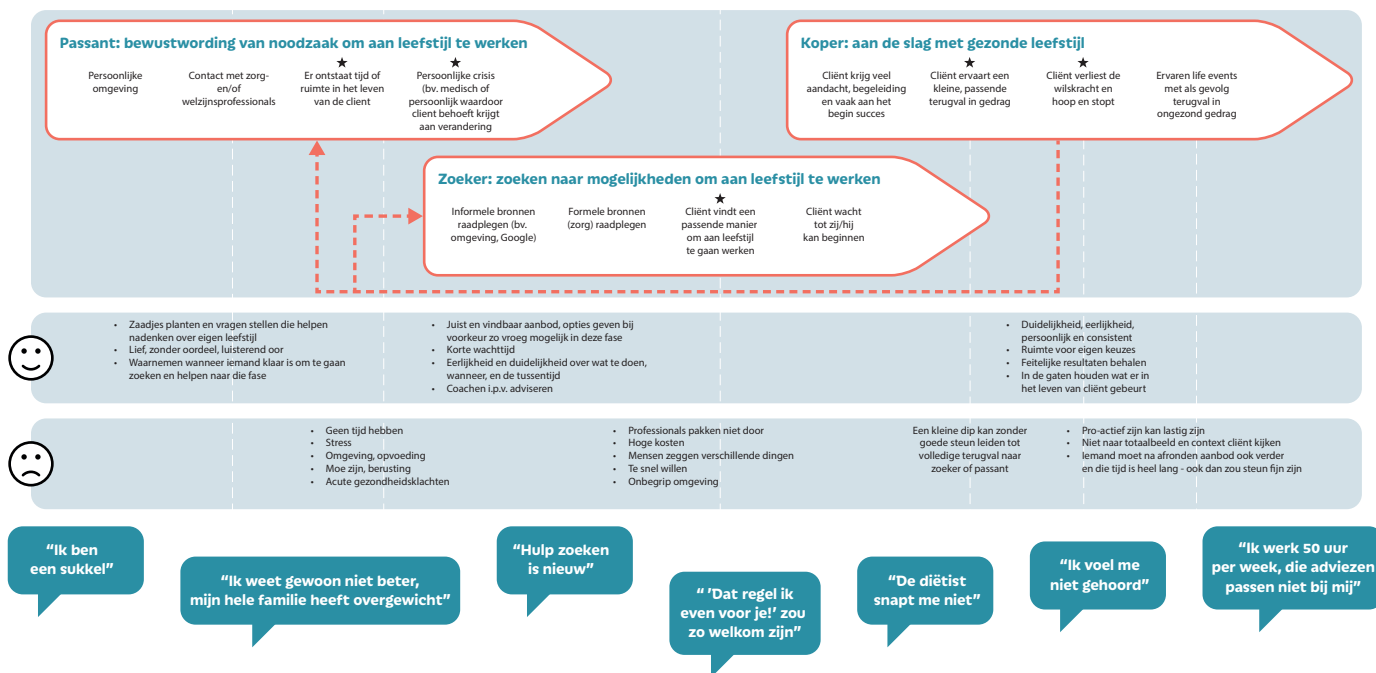
Bubbel

"Interventies worden vaak bedacht door hoogopgeleide mensen, vanuit hun eigen perspectief", zegt projectleider Stéphanie van Emmerik. "Vanuit dat perspectief leg je soms ook dingen anders uit. Een voorbeeld? Als een paramedicus een programma van 12 weken voorstelt, en de cliënt komt drie keer niet opdagen, luidt vaak het oordeel: 'Cliënt is niet gemotiveerd, en wil dus niet'. Daardoor kan de betreffende patiënt niet aan de gezondheid werken, terwijl de motivatie er wel degelijk kan zijn. Het

Het Passant-Zoeker-Koper model is een marketingmodel dat beschrijft hoe consumenten van onbewuste voorbijgangers (passant) via een oriëntatiefase (zoeker) uiteindelijk tot een aankoopbeslissing (koper) komen. Het helpt om de klantreis in kaart te brengen en gericht te communiceren per fase.

Workshop 2: Patiëntreis

Volwassen 40-75 met overgewicht, zonder migratieachtergrond met lage SES in Rivierenwijk



helpt dan meer om maatwerk te bieden, door te achterhalen wat de reden is voor de afwezigheid en bijvoorbeeld een ander traject voor te stellen, dat flexibeler is. Bij leefstijl speelt dit nog sterker. Investeren in de langere termijn is door chronische stress echt heel moeilijk. Het brein is vooral bezig met wat er vandaag moet of kan."

Verbeterkansen

"We proberen allerlei werkvormen uit waarmee alle perspectieven tot hun recht komen. En tegelijk werken we a aan de probleemanalyse en mogelijke oplossing. Het belangrijkste is de patiëntreis waarbij we het probleem aan de hand van een passant-,

zoeker- en koperfase (zie uitleg in kader, red.) onderzoeken en vaststellen waar de verbeterkansen zitten.

Door deze positieve ervaringen en met behulp van de geleerde methoden en technieken hopen we dat de betrokken professionals in de wijken ook buiten dit project vaker samen gaan werken met ervaringsdeskundigen.

Waardevol inzicht

Het project levert waardevolle inzichten op. Zo mikken we als zorgverleners mogelijk op de verkeerde fase in de patiëntreis. "De zorg zet massaal in op het motiveren van mensen in de passantfase. Dat lijkt dan te lukken, maar vervolgens vragen andere zaken thuis weer om aandacht of ontbreekt een passend aanbod en kan de motivatie niet vastgehouden worden. Terwijl we de mensen die daadwerkelijk gemotiveerd zijn 'verliezen' in de zoeker- of in de koperfase doordat we daar niet meer meekijken en -doen. We denken dat het efficiënter is om te investeren in toegankelijke, betrouwbare informatie via de juiste kanalen met passend aanbod voor een zoeker. En voor een koper is met name terugvalbegeleiding bij leefstijl belangrijk. Omdat terugval vaak leidt tot uitval, is juist dan steun en soms zorg nodig. Als professional ben je niet 's avonds om 22.00 uur nog bereikbaar, maar we hebben wel belang bij het slagen van de leefstijlverandering. We onderzoeken daarom wat bewoners onderling kunnen doen en hoe de professional hierbij kan ondersteunen. We nemen dit mee in de meerjarenplannen voor het stedelijk thema leefstijl."

Terugval begeleiden door verhalen te delen

Het Leefstijlnetwerk Rivierenwijk heeft terugval tijdens en na een leefstijlverandering als cruciaal moment geïdentificeerd. Wat kunnen zorg- of welzijnsprofessionals dan bieden?

Met ondersteuning van Pharos zijn groepsgesprekken opgezet, begeleid door zorg- en welzijnsprofessionals. Veilige, gelijkwaardige sessies met de focus op terugvalmomenten. Terugval is onvermijdelijk, maar kan worden opgevangen, begeleid en omgezet in leerervaringen.

In de op basis van kennis en evidence-based methodieken goed voorbereide groepssessies stond verhalen delen centraal. "Deelnemers voelden zich gehoord of ervaarden het als een stok achter de deur", vertelt kartrekker en eerstelijnspsycholoog Hans Kamsma. "Voor zorgprofessionals leverde het waardevolle inzichten en meer begrip op. Niet te snel oordelen, bijvoorbeeld."

Maatwerk is essentieel: "Er is geen one size fits all. Kijk naar wat voor iemand werkt en bouw dat uit. Een succes is krachtiger dan een faalmoment."

Kijk op www.krachtigleefstijlnetwerk.nl



Samen is sterker.

TIJD. IS EEN UITGAVE VAN

sterkz.org
EERSTE LIJN UTRECHT STAD