



eerste lijn in beeld

Goede praktijkvoorbeelden
van samenwerking in
Zuid-Nederland

eerste lijn in beeld

Goede praktijkvoorbeelden
van samenwerking in
Zuid-Nederland

samen
werken

voorwoord

Met veel genoegen presenteer ik u, als voorzitter van Robuust, het boek *Eerste lijn in beeld. Goede praktijkvoorbeelden van samenwerking in Zuid-Nederland*. Het is een inspirerend boek geworden, met verhalen rechtstreeks opgetekend uit de praktijk van de eerste lijn in Zuid-Nederland.

In het werken aan een sterke eerste lijn komen de medewerkers van Robuust veel gewone en bijzondere samenwerkingsinitiatieven tegen. Initiatieven waarbinnen diverse eerstelijns zorgverleners samen dag in dag uit hard werken aan goede zorg voor hun patiënten. Robuust vond dat de eerste lijn en deze zorgverleners in het bijzonder wel wat speciale aandacht verdienen. Daarom is besloten een selectie van goede praktijkvoorbeelden van samenwerking in de eerste lijn te belichten en aan het woord te laten. Het resultaat van deze intensieve gespreksronde heeft u nu in handen.

Deze bundel verhalen laat zien dat het goed gaat met de eerstelijns zorg in Zuid-Nederland. De eerste lijn is volop in beweging richting meer samenwerking, afstemming en organisatie. Er wordt door enthousiaste en betrokken zorgverleners continu gewerkt aan goede kwaliteit van zorg voor hun patiënten. En dit alles gebeurt met passie voor het eigen vak en voor de eerste lijn.

Het is overigens ook nodig dat dit gebeurt. De eerstelijns zorg staat voor belangrijke uitdagingen de komende jaren. Kan de eerstelijns zorg de nabije, laagdrempelige en betaalbare zorg blijven voor iedereen? Kan de eerstelijns zorg de toenemende en complexere vragen aan in een omgeving die gekenmerkt wordt door marktwerking, vermaatschappelijking en steeds mondiger patiënten? Ik denk dat de eerstelijns zorg deze uitdagingen aan kan, als verder gegaan wordt op de ingeslagen weg die blijkt uit de verhalen in dit boek. Nog meer de samenwerking en afstemming zoeken, toekomstbestendige organisatievormen neerzetten en kansen pakken. Robuust wil hierbij graag ondersteuning en advies blijven leveren.

Tenslotte en vooral is een woord van dank op zijn plaats voor alle zorgverleners uit de eerste lijn die direct of indirect hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit boek!

Ik wens u veel leesplezier en inspiratie.

Paulien A.W. van Hessen
Voorzitter Robuust

Robuust is het samenwerkingsverband van de vier regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en) Zee-bra, ROSE-Phoenix, FASTeerstelijns en Beyaert, die samen verantwoordelijk zijn voor de ondersteuning van de eerste lijn in Zuid-Nederland

inhoud

- 9 Inleiding
- 12 Gezondheidscentrum de Parade
- 16 Bewegen in Etten-Leur
- 20 Een zakelijke kijk op de huisartsen-zorg in Limburg
- 24 Diabeteszorggroep Midden-Brabant
- 28 Verenigde fysiotherapeuten in oostelijk Zuid-Limburg
- 32 Multidisciplinaire samenwerking in Someren; een lange adem
- 36 Samenwerking tussen kinderfysio-therapeuten
- 40 Multidisciplinair Samenwerkings-verband Weert
- 44 Huisartsenzorg in de verzorgingshuizen
- 48 Heuvellands EersteLijns Overleg
- 52 Nieuwe huisvesting voor huisartsen en apotheek in Nijmegen
- 56 Ketenzorg excessief huilende baby's
- 60 Project Doorbraak Depressie in Tilburg
- 64 Strategisch management voor oefentherapeuten Cesar-Mensendieck
- 68 Een verloskundig centrum in Zuid-Limburg?
- 72 Verloskundig Samenwerkings-verband Nijmegen en omstreken
- 76 Het Huisartsenteam in Etten-Leur
- 80 Samenwerking eerste en tweede lijn bij revalidatie heuppatiënten
- 84 GGZ preventie in Zeeland
- 88 Reflectie *Dynamiek in de eerste lijn: een beschouwing*

inspiratie

Inleiding

De eerstelijns zorg in Zuid-Nederland is volop in beweging! Op veel plekken werken enthousiaste en betrokken zorgverleners samen aan het leveren van goede zorg voor patiënten. Deze samenwerkingsinitiatieven zijn heel divers van aard: ze bevinden zich in diverse stadia van ontwikkeling, de aanleidingen en de doelen zijn steeds weer uniek en de samenstelling van de samenwerkingsinitiatieven kent alle mogelijke vormen. Ze hebben echter ook veel met elkaar gemeen: ze hebben de overtuiging dat samenwerking wenselijk en noodzakelijk is om betere zorg te leveren en ze hebben de ervaring dat samenwerking intensief, leuk en leerzaam is.

Om (nog meer) inspiratie en enthousiasme te verspreiden voor het belang en de noodzaak van samenwerking in de eerste lijn, heeft Robuust deze publicatie gemaakt. In deze publicatie worden negentien goede praktijkvoorbeelden van samenwerking uit Zuid-Nederland in de schijnwerpers gezet. Deze 'good practices' laten zien hoe goed, gevarieerd en intensief er in Zuid-Nederland wordt gewerkt aan samenwerking. En hoe belangrijk het is dat er in de eerstelijns zorg meer en beter wordt samengewerkt.

Ontwikkelingen in de eerstelijns zorg

Er is veel aandacht voor de eerstelijns zorg. De zorgvraag neemt toe en verandert. Het aanbod is sterk in ontwikkeling. Kan de eerstelijns zorg de zorgvragen goed blijven opvangen, blijft de zorg kwalitatief goed en voor iedereen toegankelijk en betaalbaar?

Nederland heeft een sterke eerstelijns zorg. Toch leveren bovengenoemde ontwikkelingen in vraag en aanbod nu en in de toekomst mogelijk problemen op voor de eerstelijns zorg. De zorgvraag neemt toe en wordt complexer, door een vergrijzende bevolking en een toename van het aantal chronisch zieken en gehandicapten. Ook stellen patiënten steeds meer eisen aan de toegankelijkheid, kwaliteit en keuzevrijheid van de zorg. De zorgaanbieders kampen met een hoge werkdruk, dalende vergoedingen, toenemende bureaucratisering en de gevolgen van marktwerking. Ook willen zorgaanbieders vaker parttime en in samenwerkingsverbanden werken. Tenslotte zet de vermaatschappelijking van de zorg door, waardoor meer mensen (langer) een beroep doen op de nabije (eerstelijns) zorgvoorzieningen in wijken en buurten. Deze ontwikkelingen in de eerste lijn laten zien dat het versterken van de eerstelijns zorg noodzakelijk

is om de toekomstige uitdagingen aan te kunnen. Deze versterking kan volgens alle betrokkenen vooral bereikt worden door meer samenhang en (vooral multidisciplinaire) samenwerking in de eerste lijn te realiseren. Op die manier wordt de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de eerste lijn gewaarborgd.

Versterking van de eerstelijns zorg

Vanuit de landelijke overheid en de politiek is er veel aandacht voor de versterking van de eerstelijns zorg. Eén van de maatregelen om de eerstelijns zorg te versterken is de oprichting van regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en). Deze ondersteuningsorganisaties, ruim twintig in Nederland, ondersteunen huisartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen, oefentherapeuten, logopedisten en de samenwerkende partners binnen de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (o.a. de eerstelijns psychologen) bij het realiseren van meer samenwerking en afstemming, het verlenen van kwalitatief goede en patiëntgerichte zorg en het voorkomen en/of oplossen van capaciteitsproblemen. Elke zorgverzekeraar in Nederland is verantwoordelijk voor het realiseren van een ondersteuningsorganisatie in zijn werkgebied. Deze ondersteuningsorganisaties worden gefinancierd uit de zorgpremies.

In Zuid-Nederland is Robuust sinds 1 juli 2005 actief als ondersteuningsorganisatie. De zorgverzekeraars CZ en VGZ hebben een overeenkomst hiervoor gesloten met Robuust. Robuust is een samenwerkingsverband van vier regionale ROS'en:

- Zee-bra, voor Zeeland en West-Brabant
- ROSE-Phoenix, voor Midden- en Noordoost-Brabant
- FAST_{eerstelijns}, voor Zuidoost Brabant, Nijmegen e.o. en Noord-Limburg
- Beyaert, voor Zuid- en Midden-Limburg

Elke ROS binnen Robuust heeft een team van adviseurs dat professionele en vraaggerichte ondersteuning en advisering levert aan de zorgverleners in hun regio. De ervaring leert dat veel zorgverleners vooral ondersteuning en advies vragen bij het realiseren van mono- of multidisciplinaire samenwerking: men wil met meerdere zorgverleners een gezondheidscentrum, HOED (Huisartsen Onder Eén Dak) of paramedisch centrum realiseren of men wil de zorg rondom bepaalde patiëntgroepen beter organiseren.

Robuust begeleidt momenteel in heel Zuid-Nederland zo'n 150 samenwerkingsinitiatieven en levert samen met alle betrokken zorgverleners een belangrijke bijdrage aan de versterking van de eerstelijns zorg in Zuid-Nederland. In deze publicatie zijn negentien van deze samenwerkingsinitiatieven beschreven. Deze 'good practices' zijn met elkaar een goede en inspirerende afspiegeling van de dynamiek in de eerste lijn in Zuid-Nederland.



•
simpele
filosofie

Gezondheidscentrum de Parade

Op het terrein van het Maxima Medisch Centrum in Eindhoven staat een aantal barakken. Sinds augustus 2006 zit daar het tijdelijke onderkomen van gezondheidscentrum de Parade in. Oogt de buitenkant nog onaantrekkelijk, eenmaal de deur door, is dat helemaal anders. De tijdelijke wachtkamer heeft een vrolijk kleedje op de vloer, gezellige lampen in de hoeken en een cd speler met muziek. Op tafel liggen actuele magazines en er staat een pot met pepermuntjes. Monique Verweij, centrummanager, vertelt hoe een gezondheidscentrum naar haar idee gerund zou moeten worden.

Ontstaansgeschiedenis

De Parade is onderdeel van Stichting Gezondheidscentra Eindhoven (SGE). Hieronder vallen negen centra met in totaal 60.000 patiënten. SGE is voortgekomen uit de gezondheidscentra van Phillips en viert dit jaar haar 25-jarig jubileum als zelfstandige stichting. Bij de vorming van de Parade valt een aantal toevalligheden samen. Een huisarts met een solopraktijk in de buurt stopte en er was geen opvolger te krijgen. De zorgverzekeraar vroeg aan de SGE om de praktijk over te nemen. Daarnaast ging verpleeg- en verzorgingshuis Poppelrode in de wijk nieuwe huisvesting bouwen. Onderin dat gebouw zou een gezondheidscentrum moeten komen. Eind 2008 zal de Parade daar naartoe verhuizen, tot dan zit de Parade op het terrein van het ziekenhuis.

Simpele filosofie

Verweij legt uit dat het centrum een vrij simpele filosofie hanteert. 'We willen op een prettige en menselijke manier met elkaar en met de patiënten omgaan. Doordat we veel verschillende disciplines bij elkaar hebben zijn de lijnen kort en kunnen we als team de beste zorg voor de patiënt bieden.'

In de Parade werken zes disciplines samen, waarvan de meeste in dienst van de SGE. Dat is een groot verschil met de vrij gevestigde professionals. 'De mensen die hier komen werken, willen de administratieve rompslomp van een eigen praktijk niet, ze vinden het prettig om met veel mensen samen te werken en willen zoveel mogelijk tijd aan de patiënten besteden. Bovendien krijgen ze hier de ruimte om (wetenschappelijk) onderzoek te doen en ligt het inkomen vast. Hier werken over het algemeen jonge professionals die kiezen voor een goede balans tussen werk en privé. Aan de andere kant, wordt er ook een aantal dingen voor ze beslist, zoals de aanschaf van materiaal en de deelname aan bepaalde zorgprogramma's.'

Denk in oplossingen

Het huidige onderkomen werd in twee dagen opgetrokken. ‘De huur van ons vorige pand was opgezegd en we konden dat niet meer verlengen. Een tijdje leek er geen plek voor ons te zijn en een aantal medewerkers vroeg de hele tijd aan mij of het wel goed kwam. “Natuurlijk komt het goed”, riep ik dan. En dat was ook zo. Het ziekenhuis was bereid om met ons mee te denken en daarom kon het zo snel. De stroom komt bijvoorbeeld van het ziekenhuis en de telefoonlijnen van Peppelrode. Toen het gebouw eenmaal stond hebben we de Ikea leeg geshopt om de boel leuk aan te kleden.’

Verweij denkt in oplossingen, niet in problemen. ‘Dat laat ik ook aan de medewerkers zien. Soms kunnen patiënten hun auto niet gratis voor de deur kwijt omdat het hier vol staat. Ik geef ze dan altijd een uitrijkaartje zodat ze niet voor de kosten van het parkeren hoeven op te draaien, service van de zaak. Als je laat zien dat je je in de situatie van de patiënt verplaatst nemen medewerkers dat gedrag vanzelf over.’

Kijk naar de omgeving

‘Toen ik werd aangenomen kreeg ik als opdracht mee om goed naar de omgeving te kijken. Dat resulteerde onder andere in de focus op de doelgroep studenten. Wij zitten hier namelijk vlakbij een aantal faculteiten. Veel studenten behouden de huisarts in de plaats waar hun ouders wonen en dat is niet handig. Ze maken dan eerder gebruik van de huisartsenpost, ‘s avonds en in het weekend, en die is daar niet voor. Op de algemene introductie van een aantal opleidingen stonden wij met gamebikes.’ Dat, plus het feit dat de studenten zich online konden inschrijven, heeft ruim vijftig nieuwe patiënten opgeleverd plus een groot aantal buitenlandse studenten dat zich op passantenbasis kon inschrijven.

Samenwerken met het onderwijs: alles kan

Met FAST_{eerstelij}n is Verweij bezig een skillslab op te zetten voor studenten die in de zorg werken. ‘Er is een enorme behoefte aan stageplekken in de zorg voor MBO en HBO studenten.’ Met een fysiotherapeut, een huisarts en het hoofd P&O denkt Verweij na over de inrichting van het skillslab in het nieuwe gebouw. ‘Het is belangrijk dat studenten in een echte omgeving kunnen oefenen met patiënten, want in de context van de werkomgeving leer je dingen veel sneller en beter dan op school. Bovendien leren ze hier meteen om in een multidisciplinaire context te werken.’ Verweij krijgt ook meteen een goed zicht op de kwaliteit van de potentiële nieuwe medewerkers voor SGE. ‘Als er een talentvolle student bij mij stage heeft gelopen, zeg ik altijd: “Wel bij ons solliciteren als je klaar bent met je opleiding”.’

Andersom levert de Parade voor verschillende opleidingen modelpatiënten. 'Omdat wij een bestand van 60.000 patiënten hebben, kunnen we wel een *bijzondere patiënt* leveren wanneer een opleiding dat in het kader van het onderwijs vraagt, uiteraard in samenspraak met de patiënt. Wij vragen dan wel van de studenten dat ze een cadeautje voor de patiënt uitzoeken. Dan leren ze meteen wat sociale vaardigheden.' Iedereen kan bij Verweij aankloppen met een vraag of een stageverzoek. 'Alles kan hier, het levert namelijk ook altijd iets op voor het centrum.'

Pannenkoeken eten

De samenwerking met de Peppelrode is op een simpele manier gestart. Verweij: 'Ik was daar een keer op bezoek en zag in de tuin een heel mooi tuinhuis staan. Ik zei voor de grap dat ik met mijn staf graag een keer op bezoek wilde komen om kennis te maken met hun staf, maar dan wilde ik wel pannenkoeken eten in dat tuinhuis. Dat is uiteindelijk ook gebeurd en het werd een prachtige middag, waarbij de mensen van de Peppelrode een casus hadden voorbereid over multidisciplinaire samenwerking. Iedereen was er en sindsdien zijn er verschillende contacten geweest tussen de beide staven om ideeën uit te wisselen.' Ook werd gestart met het leveren van huisartsenzorg aan de zorgafdelingen. 'Je moet mensen nieuwsgierig maken naar de ander, dat is wat ik doe. Door verhalen te vertellen over *de andere kant* ontstaat dat verlangen vanzelf.'

Tips van een centrummanager

Tot slot nog een aantal tips van Monique Verweij voor een succesvol gezondheidscentrum:

- Blijf altijd positief en denk in oplossingen.
- Laat je niet belemmeren door de *ja, maar* mensen.
- Neem de praktische sores uit handen van de professionals, daar ben je voor.
- Wees duidelijk over welk gedrag je wel en niet wilt zien in het centrum.
- Ga respectvol om met de patiënt en met elkaar.
- Behandel de patiënt als een klant.
- Geef bij veranderingen aan wat de bandbreedte van de discussie is.
- Geef aan waar de medewerkers wel en niet over kunnen discussiëren.
- Benoem bij veranderingen de weerstand en ga het niet uit de weg.
- Blijf de dialoog zoeken.
- Organiseer voldoende zelfkritiek.
- Analyseer je fouten en leer daarvan.
- Zorg bij het vervullen van een nieuwe vacature dat je mensen aanneemt die passen binnen de cultuur.

be- wegen



Bewegen in Etten-Leur

In 2001 werd de eerste praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH'er) aangesteld in gezondheidscentrum de Keen in Etten-Leur. Een van de aandachtsgebieden was de diabeteszorg. Met verschillende disciplines werden er diabetes-opfriscursussen gegeven, waaruit verschillende leefstijladviezen voor de diabetespatiënten kwamen. Het formuleren van een goede aanpak rondom bewegen bleek lastig. In de zoektocht naar een goede oplossing kwam het team bij de Universiteit Maastricht terecht wat leidde tot een wetenschappelijke studie waaruit bleek dat sporten onder goede begeleiding een zichtbaar positief effect heeft op de gezondheid van de patiënt.

Eind 2007 start daarom het project *Bewegen in Etten-Leur*, een samenwerking tussen huisartsen, fysiotherapeuten, de zorgverzekeraar, sportverenigingen, de stichting huisartsenlaboratorium Etten-Leur, de provincie en de gemeente. Zee-bra ondersteunde het initiatief. Initiatiefnemer Thom Enneking, huisarts en Martien van Hoogstraten, fysiotherapeut, vertellen de geschiedenis.

Positieve resultaten

Onder leiding van een enthousiaste sportarts werd in Etten-Leur ELDIAS (Etten-Leurs Diabetes Sport studie), een wetenschappelijke studie naar de invloed van bewegen op de gezondheid van diabetespatiënten, opgezet. Vijftig mensen werden naar een fitnesscentrum gestuurd en vijftig naar een atletiekvereniging, waar ze onder speciale begeleiding drie keer in de week aan hun conditie moesten werken. Voordat ze begonnen met sporten, werden ze uitgebreid getest door de fysiotherapeut. Die haalde er een aantal patiënten uit waarbij het risico op complicaties te groot was.

In januari 2007 werden de eerste resultaten van de studie gepresenteerd. Het bleek dat door regelmatig te sporten het risico op hart- en vaatziekten afnam en de bloedsuikerregulatie en het fysieke functioneren verbeterde. Een jaar na de start was ongeveer veertig procent van de patiënten nog steeds actief aan het sporten. Omdat de resultaten zo positief waren, werd besloten om een structureel aanbod voor de doelgroep te realiseren in Etten-Leur, dat mondde uit in het project *Bewegen in Etten-Leur*.

Sport moet leuk zijn

Mensen met een chronische aandoening als diabetes, hart- en vaatziekten of COPD, zouden dus meer moeten bewegen. Helaas wordt dat snel gemedicaliseerd, de patiënten worden in aparte klasjes gestopt en de focus ligt te vaak op de ziekte van de mensen. Enneking: 'Wij werken vanuit de visie dat sport ook gewoon leuk is om te doen. We gaan uit van de mogelijkheden in plaats van de beperkingen. Dat betekent dat de patiënten die deelnemen gewoon mee trainen met de andere sporters, voor zover dat mogelijk is. Als niet steeds de nadruk op hun ziekte ligt, gaan deze mensen hun ziekte ook heel anders beleven.'

Consistent doorverwijzen

Het project bestaat uit het opleiden van trainers van de verschillende sportverenigingen en fitnesscentra, zodat ze weten hoe ze deze doelgroep moeten begeleiden. Daarnaast wordt er voorlichting gegeven aan huisartsen, zodat ze weten dat het project bestaat en ze mensen kunnen doorverwijzen.

'Het gaat erom de drempel voor de patiënten zo laag mogelijk te maken door een concreet aanbod te doen. Dus niet "U moet meer bewegen", maar meteen een afspraak maken.' De huisarts en de POH'er kunnen allebei doorverwijzen. 'Omdat we de patiënten vier keer per jaar zien, kunnen we dus ook vier keer per jaar vragen hoe het met het bewegen gaat.'

De boodschap dat chronische patiënten meer moeten bewegen is op zich niet nieuw. Belangrijk is dat de boodschap steeds wordt herhaald, voor patiënten en verwijzers. Het gaat bovendien om een grote groep, in Etten-Leur zo'n 5.500 patiënten.

Weinig moeite

Het project is met relatief weinig moeite tot stand gekomen. 'Het enthousiasme van de sportarts, Stephan Praet, heeft een groot verschil gemaakt. Hij heeft ervoor gezorgd dat het onderzoek van de grond kwam.'

Daarnaast waren er veel toevallige omstandigheden die een rol speelden. Het feit dat de automatisering van de huisartsenpraktijken goed was geregeld maakte het bijvoorbeeld makkelijk om de onderzoekspopulatie uit de bestanden te halen. Tegelijkertijd waren de sportverenigingen reclame aan het maken omdat ze meer leden wilden hebben. Zo vielen verschillende ideeën met elkaar samen. In totaal is er een tiental vergaderingen gewijd aan het project, de professionals staken er veel eigen tijd in.

Organisatie niet door professionals

Op verzoek van initiatiefnemer Thom Enneking werd Zee-bra bij het project betrokken. Zee-bra speelde een rol in de verspreiding van het project en zorgde voor de contacten met de andere partijen, de communicatie en de begeleiding van het proces. Een goede zaak volgens Enneking. 'Wij professionals moeten dat niet doen. Ik vind het een taak van anderen om dit soort projecten te organiseren. Zee-bra speelt een belangrijke rol in dit project.'

Leefstijl staat hoog op de politieke agenda en staat eveneens in de preventie-nota van VWS. De overheid zou een actieve rol moeten spelen bij de verspreiding van dit soort initiatieven. Bij het project waren de gemeente en de provincie betrokken, de gemeente verwijst via het WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) loket mensen door naar *Bewegen in Etten-Leur*.



zorg
in de
wijk

Een zakelijke kijk op de huisartsenzorg in Limburg

In Limburg hebben de huisartsen zich op verschillende manieren georganiseerd. Mede door de veranderingen in de zorgwet voelden zij de noodzaak om zich in een groter verband te verenigen. Guy Schulpen, manager van een polikliniek van het academisch ziekenhuis Maastricht (azM) en tevens directeur van een samenwerkingsverband van vierentachtig huisartsen (RHZ) en Frank Soomers, huisarts en medisch directeur van een samenwerkingsverband van zo'n negentig huisartsen (HOZL), vertellen over hun visie op de eerstelijns zorg. Schulpen en Soomers zien grote verschuivingen van de tweede naar de eerste lijn.

Inhoud van de zorg eerst

Het begon allemaal met een vraag vanuit de patiënten zelf. De patiëntenfederatie gaf aan dat zij graag een zorgprotocol wilden voor de COPD zorg. De inhoud van het COPD protocol werd in zes maanden tijd met alle professionals bepaald. Daarin werden ze ondersteund door Beyaert. Het bleek belangrijk om het allereerst over de inhoud van de zorg eens te worden: welke professional doet welk deel van de zorg?

‘Wanneer je het daar over eens bent, kan je het ondernemingsplan ontwikkelen. Er is veel discussie geweest over de afkappunten in de keten. Wanneer wordt bijvoorbeeld iemand door een longarts gezien, en wanneer door de huisarts?’ Dat zijn moeilijke discussies, want het gaat immers ook over een herverdeling van middelen. ‘Maar zolang je de vraag blijft stellen wat de beste zorg voor de patiënt is, kom je er altijd uit.’ Inmiddels is het voorstel door de medische staf van het ziekenhuis vastgesteld en kunnen de onderhandelingen met de zorgverzekeraar beginnen.

Verschuiving naar de eerste lijn

Het ontwikkelde protocol heeft aanzienlijke gevolgen voor de behandeling van COPD patiënten. ‘Wij willen dat negentig procent van deze doelgroep in de eerste lijn behandeld wordt. Nu is dat nog zestig procent. Dat betekent dat er een flinke verschuiving zal optreden van patiënten naar de eerste lijn. De specialisten in de tweede lijn kunnen zich dan richten op de complexe zorg, daar waar ze voor zijn opgeleid.’

Zorg in de wijk

Soomers en Schulpen hebben duidelijke ideeën over de invulling van de eerstelijns zorg. Zij zien veel heil in multidisciplinaire centra in de wijk. ‘De zorg moet weer naar de mensen toe, in plaats van andersom.’ Gezien de groei van het aantal chronische klachten, is het logisch om mensen dicht bij huis te behandelen. Dat is prettiger voor de patiënt en bovendien een stuk goedkoper. ‘De overhead in de eerste lijn is beduidend lager dan in de tweede lijn. Met de stijging van de zorgkosten, is de beweging naar de eerste lijn onvermijdelijk.’ Door in de wijk te zitten, is het veel makkelijker om in te spelen op de behoeften van de wijk. Een achterstandswijk vraagt nou eenmaal om een andere aanpak dan een villawijk. De huisarts wordt meer en meer de *zorgregisseur* in een multidisciplinaire organisatie. ‘De huisarts gaat zich meer specialiseren op de inhoud en zich minder bezighouden met de organisatie. Dat wordt steeds meer uit handen genomen.’

Huisarts als stimulator

Soomers en Schulpen zien voor dit soort centra ook een steeds belangrijkere rol weggelegd voor preventie en gezondheidsbevordering. ‘Als een GGD een stoppen-met-roken cursus geeft, komen daar weinig mensen op af. De huisarts kan hierin een belangrijke rol spelen. Als ik mijn assistente de opdracht geef om alle rokende patiënten op te bellen en ze in te schrijven voor zo'n cursus, weet ik zeker dat de opkomst een stuk hoger is, enkel en alleen omdat de mensen de huisarts kennen.’ Zelf hebben ze dit ervaren met de oproepen voor het maken van een fundusfoto (*een foto van het netvlies om oogafwijkingen bij diabetespatiënten op te sporen - red.*). ‘Wanneer het ziekenhuis de patiënten belde om een afspraak te maken, kwam de helft niet opdagen. Toen de assistenten van de huisartsen de patiënten belden kwam bijna iedereen, omdat ze de huisarts en de assistenten wel kennen.’

De eerste lijn organiseert zich

Met de veranderingen in de zorgwet, gaat de eerste lijn zich steeds meer organiseren. De huisartsen in oostelijk Zuid-Limburg hebben zich verenigd in een BV, waar de huisartsen aandeelhouder van zijn. Er hangen vier werkschappijen onder de BV, waaronder een diagnostisch centrum. De huisartsen blijven zelfstandig ondernemer in dit model. De tweede lijn kon floreren omdat de eerste lijn tot nu toe slecht georganiseerd was. Veel patiënten werden in het ziekenhuis geholpen terwijl dat helemaal niet nodig was. Doordat de huisartsen zich steeds beter organiseren is het mogelijk om een grote verschuiving van de patiëntenstroom te genereren. ‘Doordat we ons hebben georganiseerd én een grote patiëntengroep vertegenwoordigen zijn we een

partij van betekenis geworden. Voor specialisten, eerstelijns professionals en zorgverzekeraars zijn wij nu ineens een gewilde partij om afspraken mee te maken.'

Dat de huisartsen nu als collectief zorg inkopen, heeft consequenties voor de andere professionals in de eerste lijn. 'We maken nu ketenzorgafspraken met de zorgverzekeraar, dat soort collectieve afspraken willen wij ook graag met de andere professionals maken. In het geval van de COPD is dat voor de fysiotherapeuten een reden om zich nu eveneens te verenigen. Wij maken met een collectief van fysiotherapeuten contractuele afspraken over de te leveren zorg en de kwaliteit en de kosten. Dat kan niet meer met een individuele fysiotherapiepraktijk.'

Een BV in de zorg, dat ruikt al snel naar commercie en het grote geld. Maar daar is in dit geval geen sprake van. 'Wij hebben ons laten adviseren door een aantal specialisten en daaruit kwam de BV als rechtsvorm het beste naar voren. Bovendien zijn de huisartsen ook allemaal eigenaar en heb je via de aandeelhoudersvergadering de zeggenschap geregeld.'

Schulpen kiest niet voor de BV, maar voor een vereniging met een stichting als uitvoeringsorgaan. Uiteindelijk maakt het volgens hen niet eens zoveel uit hoe je het regelt, zolang je de afspraken maar glashelder met elkaar op papier zet.

De patiënt als manager van zijn eigen ziekte

Naast de verschuivingen in de organisatie van de zorg, zien beide heren ook verschuivingen in de verantwoordelijkheden van de patiënt zelf. 'In de toekomst zal de patiënt de manager van zijn eigen ziekte worden. Dat kan onder andere doordat hij de controle over zijn eigen medische dossier krijgt. De patiënt heeft zo meer inzicht in zijn eigen ziekte en meer controle over het proces. De huisarts zal een belangrijke rol spelen in de validatie van het dossier. Daarnaast zal de patiënt ook een actievere rol spelen aan de onderhandelingstafel, bij het maken van zorgafspraken. De patiënt wordt steeds meer een factor om rekening mee te houden.'

A close-up photograph of a chocolate cake. The cake is decorated with a swirl of dark chocolate frosting and several fresh blueberries. The text "geen suiker" is overlaid in white, lowercase letters across the center of the image.

geen
suiker

Diabeteszorggroep Midden-Brabant

Al jaren is er in de regio Midden-Brabant een diabetesdienst actief. De dienst is uitgegroeid tot een diabeteszorggroep die de eerstelijns diabeteszorg voor ruim 6.200 diabetespatiënten uitvoert. Daartoe heeft de zorggroep een contract met zorgverzekeraars CZ en VGZ. Doelstelling: de diabeteszorg voor type II diabetespatiënten integreren in de eerste lijn, dicht bij de patiënt. Ze zijn al een behoorlijk eind in de goede richting. Een gesprek met Leo Witkamp, al dertig jaar huisarts in Tilburg en Hedi ter Braak, vanuit ROSE-Phoenix betrokken bij de organisatie van de diabeteszorggroep.

Organisatie

De stichting Ondersteuning Huisartsen (SOH) heeft een diabetesdienst voor type II diabetes in de regio Midden-Brabant. Honderd zestig huisartsen maken gebruik van deze service. Vijfenzeventig huisartsen nemen deel aan de Diabeteszorggroep Midden-Brabant. De zorg wordt ondermeer uitgevoerd door een aantal gespecialiseerde diabetesverpleegkundigen die gedetacheerd zijn bij de SOH. De SOH heeft een contract met VGZ tot eind 2007 (met mogelijkheid tot verlenging van een jaar) en met CZ tot eind 2008. Op termijn zal de zorggroep waarschijnlijk onder de coöperatie van de huisartsen komen.

Afspraken

Met ruim 6.200 patiënten is de Diabeteszorggroep Midden-Brabant groot. Een dergelijk volume is nodig om contracten met de zorgverzekeraars te kunnen sluiten, maar geeft ook verplichtingen. Voor de zorgverzekeraar moet de groep geregeld cijfers aanleveren omtrent de geleverde zorg. Daarvoor moeten ook de databases van de huisartsen worden geraadpleegd. Dat is een lastig en gevoelig punt. Het raakt aan de autonomie van de huisartsen. Bovendien is het ingewikkeld vanwege de bescherming van de privacy van de individuele patiënt. Recent is er echter een succesvolle pilot afgerond waarbij het mogelijk bleek om de juiste gegevens uit het HIS te halen, zonder extra werk van de huisarts.

Meer aandacht door goede regelingen

Binnen de Diabeteszorggroep is de patiënt verzekerd van goede zorg. Ze worden vier keer per jaar opgeroepen voor controle. 'Die controles zijn behoorlijk uitgebreid en kunnen soms wel een half uur duren. Daarin wordt van alles met ze besproken. Hun bloedsuikerwaarde, hun voedingspatroon,

etc. Een specialist heeft vaak maar tien minuten voor een consult en heeft gewoonweg geen tijd om dat alles met de patiënt te bespreken. De patiënt is blij met deze aandacht en krijgt gerichte feedback.'

Een van de verplichtingen die voortvloeien uit het contract met de zorgverzekeraars is de monitoring van de kwaliteit van de geleverde zorg. Uit die monitoring blijkt dat de bloedsuikerwaarden van de patiënten de afgelopen tijd constant zijn gebleven op 6,7. 'Dat is een hele goede score. Doordat we de hele populatie controleren hebben we daar nu goed zicht op.'

Door de patiënten in de eerste lijn te houden, kunnen de patiënten thuis worden behandeld en kan de context van de patiënt worden meegenomen in het behandelplan. De huisarts blijft de regisseur van de zorg. Dit in tegenstelling tot de andere initiatieven in het land waar speciale diabetescentra ontstaan. 'Zo'n centrum kijkt specifiek naar een onderdeel van de patiënt en niet naar de rest van zijn klachten of naar zijn omgeving. In onze situatie kan dat wel. Door samenwerking met de apotheek kunnen we bijvoorbeeld de medicatie van de patiënten bewaken.'

Minder patiënten in de tweede lijn

Ook de samenwerking met de tweede lijn is goed geregeld. 'Met internisten en oogartsen van het ziekenhuis hebben we een intercollegiaal consult afgesproken. Op die manier kunnen we de kennis van de tweede lijn benutten, zonder dat we de patiënten hoeven door te verwijzen naar het ziekenhuis.' Bij de start van het project was de verwachting dat er meer patiënten in de eerste lijn behandeld zouden kunnen worden. De doelstelling is om negentig procent van de diabetespatiënten in de eerste lijn te behandelen.

'Daar komen we aardig bij in de buurt. Vanaf 2004 zien we een forse daling van het aantal patiënten dat in de tweede lijn wordt behandeld. Was het in 2004 nog tweeënveertig procent, op dit moment is het ruim tweeëntwintig procent. We zitten nog niet op onze doelstelling van negentig procent in de eerste lijn, maar we gaan de goede kant op!'

Ondersteuning door ROSE-Phoenix

Tijdens het hele proces verleende ROSE-Phoenix ondersteuning. Dat deden zij onder meer bij het schrijven van het bedrijfsplan. De zorginhoud was voor een groot deel al bekend en geregeld, maar de organisatorische randvoorwaarden moesten nog worden ingevuld. ROSE-Phoenix heeft daarin geadviseerd. Op dit moment is het afgerond, maar Witkamp sluit niet uit dat hij op termijn weer gebruik zal maken van de dienstverlening van ROSE-Phoenix.

Toekomst van de huisartsenzorg

Volgens Witkamp zal er de komende jaren in de huisartsenzorg veel veranderen. 'Veel artsen geven de voorkeur aan parttime werken. De meeste huisartsen willen niet meer fulltime in een solopraktijk werken, maar parttime in loondienst. Ik verwacht dat het aantal samenwerkingsverbanden de komende jaren alleen maar zal toenemen. Het risico is wel dat de zorg onpersoonlijker wordt, omdat de band tussen huisarts en patiënt minder sterk wordt.' Ook de ketenzorg voor patiënten neemt toe. Met het toenemen van het aantal chronisch zieken zal de zorg per patiënt de komende jaren alleen maar toenemen. De huisarts wordt meer en meer de regisseur van de zorg van een patiënt en zal lang niet alles meer zelf doen. De huisarts zal zich verder specialiseren op specifieke onderdelen van de zorg. 'Je krijgt specialisten onder de generalisten in de eerste lijn, die zullen tussen de eerste en de tweede lijn inzitten. Een soort anderhalve lijn.'

Voorwaarden voor succes

Volgens Witkamp en ter Braak is het belangrijk om te starten vanuit de wil om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en niet vanuit financiële motieven. Daarnaast vinden zij het belangrijk dat het initiatief van de huisartsen (de professionals) zelf komt. Een andere voorwaarde is een onderwerp te nemen waar inhoudelijk duidelijke richtlijnen en standaarden voor bestaan. 'Voor de diabeteszorg is al een standaard voor de verschillende professionals over de wijze van behandelen van de patiënt. In die zin is het een makkelijk onderwerp.'

Daarnaast is het belangrijk om voort te bouwen op bestaande structuren. We gaan er van uit dat de diabeteszorggroep op termijn onder de coöperatie komt. Er is namelijk een rechtspersoon nodig om te kunnen contracteren.

Ten slotte is een kartrekker onontbeerlijk, ook al zijn die volgens Witkamp niet dik gezaaid. 'De actieve huisartsen zijn vaak op één hand te tellen, maar ze zijn er altijd. Veel huisartsen hebben hun handen vol aan het draaien van de eigen praktijk en hebben niet altijd zin en tijd om dit soort dingen ernaast te doen. Ik zelf haal er voldoening uit als dit soort dingen gaan lopen.' Gelukkig is één kartrekker voldoende om een initiatief als de Diabeteszorggroep op te starten.



de toe- komst



Verenigde fysiotherapeuten in oostelijk Zuid-Limburg

Geïnspireerd door de organisatie van de huisartsen uit de regio oostelijk Zuid-Limburg in de HOZL (*zie pagina 30*), zijn ook de fysiotherapeuten begonnen zich beter te organiseren. Daarbij zijn 125 praktijkhoudende fysiotherapeuten betrokken. Een gesprek met twee van de initiatiefnemers en ervaren bestuurders, Johan Peeters en Erik Schoutrop.

Vrije markt

Voor fysiotherapeuten is de markt als eerste open gegaan. De tarieven werden losgelaten en de patiënt hoefde niet langer een verwijfsbriefje van de huisarts te hebben om naar de fysiotherapeut te kunnen. ‘Die ontwikkeling heeft aanvankelijk voor ons niet veel impact gehad op de praktijk. Het werk bleef komen en er veranderde eigenlijk niet zo veel.’ Maar inmiddels is dat veranderd. ‘Omdat je te weinig volume hebt, ben je voor de zorgverzekeraar als individuele praktijkhouder geen partij. Overal om ons heen zien we grote samenwerkingsverbanden van professionals ontstaan die wél tot afspraken kunnen komen met de zorgverzekeraar. Bij die ontwikkeling kunnen wij niet achterblijven.’

De boot gemist

Doordat de fysiotherapeuten nog niet subregionaal verenigd waren, hebben ze de boot gemist bij de aanbesteding van de DBC voor diabetespatiënten. ‘Wij zijn nu afhankelijk van anderen, terwijl we liever zelf bij de zorgverzekeraar aan de onderhandelingstafel hadden gezeten. Daardoor is pas goed het besef doorgedrongen dat wij ons op een grotere schaal moeten organiseren.’

Samenwerken is een must

Zowel Peeters als Schoutrop beseften dus dat samenwerking in een groter verband de enige manier is voor de fysiotherapeuten om in de toekomst te overleven. Met dat besef vroegen ze Beyaert om ondersteuning bij de invulling van de vraag hoe tot een goede samenwerkingsvorm te komen. Dankzij die ondersteuning is er structuur in het proces aangebracht en kwam er een missie en een visie. ‘Voor ons is dit soort processen nieuw. Dan is het erg prettig om ondersteuning te krijgen van een externe partij. Beyaert heeft het gereedschap in huis om zo’n proces te begeleiden.’

Missie en visie

In januari 2007 startte het proces, een werkgroep met een aantal fysiotherapeuten verspreid over de regio stelde de missie en visie op. Daarin werd gesteld dat het collectief de zorg voor chronische en oudere patiënten zo dicht mogelijk bij huis wilde organiseren. In juni 2007 leidde dat tot een positief besluit van de meerderheid van de praktijkhoudende fysiotherapeuten. 'Uit een enquête bleek dat vijftientig procent van de fysiotherapeuten het initiatief om samen te werken steunde. Dat was meer dan wij van tevoren hadden verwacht.'

Rechtsvorm

'We zijn er nog niet uit in welke rechtsvorm we de samenwerking willen gieten, dat onderzoeken we nog. Om ons heen zien we verschillende voorbeelden. We willen graag met één advies naar onze achterban komen, een advies waarvan wij denken dat het goed is. De fysiotherapeuten kunnen dan zelf beslissen of ze daaraan mee willen doen of niet.' Overigens verwachten Peeters en Schoutrop dat dit geen heet hangijzer wordt. 'De fysiotherapeuten zijn toch in de eerste plaats geïnteresseerd in het voortbestaan van hun eigen praktijk, met een constante toestroom van patiënten. Daarnaast is de bij- en nascholing van belang vanwege de accreditatie. Dat moet goed geregeld zijn, in welke rechtsvorm dat is, zal de gemiddelde fysiotherapeut waarschijnlijk niet zo belangrijk vinden.' De planning is dat de rechtsvorm eind 2007 staat en is ingericht.

Inhoudelijke ontwikkeling

Naast het oprichten van een formeel samenwerkingsverband wordt er ook gewerkt aan de vormgeving van de inhoud van de zorg. In verschillende werkgroepen wordt de inhoud van de zorg rondom COPD en diabetes ontwikkeld. 'Er is tot nu toe te veel diversiteit in de fysiotherapeutische behandeling van deze groepen patiënten. Door een gezamenlijk protocol op te stellen kom je tot één standaard van fysiotherapeutische zorg voor deze patiënten. Bovendien kunnen we de fysiotherapeuten toetsen op dezelfde standaard wanneer ze lid zijn van het samenwerkingsverband.'

Toekomst van de fysiotherapeut

Volgens Peeters en Schoutrop zal het aantal all rounders, zoals we die nu kennen, afnemen. Omdat de ziektebeelden complexer worden, is het noodzakelijk dat fysiotherapeuten zich steeds meer profileren als specialist op een bepaald terrein. Zij zullen daardoor steeds meer met elkaar moeten samenwerken. Dat vraagt om een mentaliteitsverandering van de fysiotherapeut. Ze zullen zich meer moeten openstellen naar de collega's en naar de andere

disciplines in de eerste en tweede lijn. 'Wij zien dat dit steeds makkelijker gaat. De nieuwe generatie fysiotherapeuten is dat al veel meer gewend dan de huidige generatie, waar wij toe behoren.'

Tips en trucs

Beide fysiotherapeuten geloven sterk in subregionale monodisciplinaire samenwerking. 'Dat hebben wij als fysiotherapeuten nodig om ons sterker te kunnen profileren.' Ook voor de inkoop van zorg en voor de onderhandelingen met de zorgverzekeraar is een monodisciplinair samenwerkingsverband een must. Bij dit soort processen is geduld nodig. Er moet een *sense of urgency* ontstaan bij de fysiotherapeuten en dat gaat niet van de ene op de andere dag. Dat kost tijd.

Tenslotte zeggen Peeters en Schoutrop te geloven in de daadkracht van de bestuurders. 'Wanneer je als bestuurder een goed en helder verhaal bij de deelnemers neerlegt, heb je al de helft gewonnen. Dat betekent dat je veel voorwerk moet doen, voordat je de achterban raadpleegt. Een enthousiaste bestuurder met een goed verhaal krijgt zijn achterban sneller mee.'



het
proces

Multidisciplinaire samenwerking in Someren; een lange adem

Samenwerking tussen verschillende professionals is niet altijd vanzelfsprekend. Na jaren van onderhandelen en het tekenen van een intentieverklaring, heeft een aantal huisartsen in Someren zich teruggetrokken uit een initiatief om samen nieuwe huisvesting te betrekken. Een aantal huisartsen is nu bezig met een nieuw project. Huisarts Hans Versteegh, sinds zeven jaar huisarts in Someren, is intensief betrokken bij beide projecten.

Samenwerking deel 1

Toen Versteegh met collega Roelofsen startte, wilden zij samen met anderen een groot samenwerkingsverband opzetten. 'Omdat we wisten dat er een grote meerwaarde zit in multidisciplinaire samenwerking, wilden we niet alleen met huisartsen samenwerken.'

Met zeven huisartsen en een apotheker zou er in het centrum van Someren een ruimte betrokken worden in de nieuwbouw van een verzorgingshuis. Na twee jaar praten en onderhandelen was er een intentieverklaring tussen zes huisartsen. Eén huisarts had zich inmiddels teruggetrokken.

Uiteindelijk liepen de onderhandelingen op niets uit en stapten Versteegh en Roelofsen uit het proces. 'Het bleek dat een aantal huisartsen toch niet hun eigen praktijk wilde verlaten. Het argument dat hun patiënten dan veel verder moesten reizen, was voor hen doorslaggevend om niet verder te gaan. Daarnaast kregen we de financiering niet goed rond.' Het hele proces duurde zo'n drie jaar. Inmiddels is wel de nieuwbouw van het verzorgingshuis opgeleverd en zitten er verschillende huisartsen in dat gebouw. 'De oorspronkelijke gedachte om een samenwerkingsverband aan te gaan is losgelaten. Het is nu meer een bedrijfsverzamelgebouw geworden. Wij wilden daar niet in meegaan.'

Samenwerking deel 2

De beide huisartsen lieten het er niet bij zitten en zochten opnieuw naar een mogelijkheid om met andere disciplines samen te werken. Op dit moment (*september 2007 - red.*) praten twee huisartspraktijken, met in totaal vijf huisartsen, een thuiszorgorganisatie, een apotheek en een fysiotherapeut met elkaar, met het doel om samen te werken in een nieuw gebouw.

Deze nieuwbouw wordt pas over drie jaar opgeleverd, maar er wordt nu al gepraat over hoe de samenwerking vorm moet krijgen. Het nieuwe pand komt schuin tegenover het verzorgingshuis te staan.

Concurrentie?

Het lijkt raar om twee gelijksoortige initiatieven naast elkaar in een dorp als Someren neer te zetten, maar volgens Versteegh moet dat kunnen. 'De patiënten kunnen nu kiezen tussen twee partijen die vlak naast elkaar zitten. Dat is prima. Ik denk zelfs dat bijvoorbeeld de apothekers veel bewuster met hun klanten zullen omgaan en een betere service zullen verlenen als de concurrent om de hoek zit.'

'Bovendien willen wij op een andere manier met elkaar samenwerken, wij willen bijvoorbeeld een *one stop shop* worden voor verschillende soorten chronische patiënten en daar gezamenlijk zorgprogramma's voor ontwikkelen.' Maar zover is het nog niet. De huisartsen zijn nog bezig een visie te ontwikkelen en de verschillen die er zijn te overbruggen. Ze zijn op zoek naar de gemeenschappelijke delers waarop ze een praktijk willen neerzetten. 'Wij willen bijvoorbeeld de assistenten in een pool onderbrengen. Dat soort dingen zijn we nu aan het uitzoeken.'

Succes

Wie al een keer een dergelijk traject heeft meegemaakt, wil de tweede keer natuurlijk graag dat het slaagt. Waarom gaat het deze keer wel lukken? 'Wij zijn een stuk pragmatischer dan de eerste keer. En we streven een groeimodel na. Bij de eerste poging waren we veel idealistischer. Nu zijn we praktischer en zakelijker. Bovendien hebben we nu ook een intentieverklaring met de samenwerkingspartners ondertekend.' Eind 2007 moeten de onderhandelingen rond zijn en valt er een definitief besluit over de doorgang van dit initiatief.

Tips en trucs

Bij dit soort processen is een goede procesbegeleiding absoluut noodzakelijk. Versteegh en zijn samenwerkingspartners werden goed begeleid door een ervaren consultant en door FAST_{eerstelij}n. FAST_{eerstelij}n verleende ondersteuning bij het opstellen van de missie en de visie. 'Investeren in goede begeleiding is de moeite waard, omdat je er zelf te dicht op zit, en het proces dus niet altijd overziet. Dan is het prettig als een buitenstaander je weer bij de les haalt.' Een belangrijke les die Versteegh uit het eerste traject haalde, was om sneller de verborgen agenda's van de deelnemers boven tafel te krijgen.

Dat duurde in het eerste traject te lang, waardoor er veel tijd verloren is gegaan. Daarnaast is het goed om pragmatisch te blijven. 'Begin klein en groei van daaruit door naar iets groters.'

Tenslotte is het belangrijk om de tijd te nemen. 'Dit soort trajecten vergt een lange adem, van vijf tot soms wel tien jaar. Dat moet je je wel realiseren als je hieraan begint...'



om
het
kind

Samenwerking tussen kinderfysiotherapeuten

Kinderfysiotherapeut word je niet zomaar. Het is een vierjarige vervolgopleiding bovenop de normale fysiotherapie opleiding. Kinderfysiotherapeuten zijn dun gezaaid in Nederland, de praktijken zijn over het algemeen klein. Maddy Sterneberg en Wilma van den Hurk zitten al ruim vijftientig jaar in het vak en vormen sinds zeven jaar een maatschap in Empel. Onder druk van de zorgverzekeraars wilden ze graag met andere kinderfysiotherapeuten een samenwerking aangaan, maar ze wisten niet goed hoe dat proces vorm te geven. ROSE-Phoenix heeft hen daarbij ondersteund.

Fysiocompany

Een aantal jaar geleden werd de Fysiocompany opgericht, een groot samenwerkingsverband van verschillende fysiotherapiepraktijken in de regio. 'Wij werden ook benaderd met de vraag of we wilden deelnemen. Ze hadden nog geen kinderfysiotherapeuten in hun netwerk en wilden die behandelingen wel kunnen aanbieden. Omdat we onze eigen identiteit niet wilden opgeven, hebben we dat toen niet gedaan. Wij vonden bovendien de toetreding duur en zagen geen toegevoegde waarde in de samenwerking.' Wel werden ze aan het denken gezet. '... want we zien ook wel dat de zorgverzekeraar aanstuurt op grotere verbanden waar ze zorg kunnen inkopen. Als kleine praktijk wordt het steeds moeilijker om zelfstandig te blijven.'

Netwerk om het kind

Beide dames zitten al vijftien jaar in een Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie (IOF) waar ze collega's ontmoeten. Maar ze wilden meer. 'Onze wens was het om een multidisciplinair netwerk rondom het kind op te bouwen, dat misten we nog. Om te beginnen wilden we starten met andere kinderfysiotherapeuten. In de regio werken drie andere kinderfysiotherapie praktijken waar het mee klikt. De praktijken hebben allemaal een of twee medewerkers en ze hebben dezelfde ideeën over de behandeling van de kinderen en dezelfde administratieve *ellende*. Met die praktijken startten we een samenwerking.'

Werk zat

Een kinderfysiotherapeut behandelt onder andere kinderen met een ontwikkelingsachterstand, COPD, motorische achterstand, ADHD, autisme, obesitas of andere ziektebeelden. 'Kinderen worden veel meer getest dan vroeger en wijken dus ook steeds vaker af van een norm die is gesteld.'

Een aantal van die kinderen komt bij ons terecht.' De kinderen worden doorverwezen via de school, de schoolarts of de ouders. 'We merken ook dat ouders zich sneller ongerust maken, of competitiever zijn en graag willen dat hun kind goed presteert. De praktijken zitten op dit moment vol.' Ook voor de toekomst is de verwachting dat er voldoende werk zal zijn. 'Het aantal *moeilijke* kinderen zal waarschijnlijk alleen maar toenemen.'

Samen?

Wakker geschud door de Fysiocompany kropen beide kinderfysiotherapeuten met drie andere praktijken bij elkaar met het doel om samen te gaan werken. Maar ze wisten niet goed hoe ze dat moesten aanpakken. 'We ontdekten dat ROSE-Phoenix bestond en dat die ons gratis kon ondersteunen in dit proces. We zijn een proces in gegaan waarin we hebben onderzocht wat we samen hebben en in welke vorm we dat konden gieten. De winst van dat proces is dat we een positief besluit hebben genomen om verder samen te gaan. We startten vanuit de angst voor onze toekomst, maar zijn nu met positieve energie aan de slag om onze samenwerking vorm te geven. 'ROSE-Phoenix heeft structuur in het proces aangebracht en heeft huiswerkopdrachten gegeven. Dat hielp de voortgang enorm.' De samenwerking heeft nog geen rechtsvorm en er gaat ook nog geen geld in om. 'Het is tot nu toe allemaal nog op basis van vertrouwen. Misschien dat we op termijn een rechtsvorm moeten vinden, maar voor nu is dat nog niet nodig.'

Overdag vergaderen

Misschien is één van de belangrijkste winstpunten tot op heden dat de vergaderingen overdag gepland worden. 'Wij zijn gewend om overdag patiënten te zien en vergaderingen in de avonduren te plannen. Inmiddels beseffen we dat het opzetten van dit samenwerkingsverband ook gewoon bij ons werk hoort. We moeten tijd inruimen voor de ontwikkeling van onze praktijken. Vandaar dat we besloten hebben om zoveel mogelijk overdag te vergaderen, roulerend over de vier praktijken en over de verschillende dagen van de week. Zo delen we de lasten.'

Gezamenlijke PR

Een van de eerste dingen die werden opgepakt was de PR. De profilering als samenwerkingsverband was belangrijk. Daarmee stuitte de kinderfysiotherapeuten ook meteen op een lastig punt: de naam. 'We weten nog niet of we ons onder een nieuwe naam gaan profileren, of dat we allemaal onze eigen naam houden. In de eerste vergadering daarover bleek dat een moeilijk punt. We zijn daar nog niet over uit.'

Inhoudelijke ontwikkelingen

In het samenwerkingsverband wordt op verschillende manieren gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit van hun werk. Zo gaat iedereen naar verschillende refereravonden en koppelen ze de inhoud steeds terug. Zo blijft iedereen op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen zonder dat het te veel tijd kost. Er wordt ook veel informatie uitgewisseld over de praktijkvoering. Met de veranderingen in het zorgstelsel moest de administratie drastisch worden aangepast. 'Door tips uit te wisselen en door de secretaresses aan elkaar te koppelen, leren we veel van elkaar. Zo verdelen we de lasten als praktijkhouder en hoeven we niet steeds zelf het wiel uit te vinden.' Er is de wens om op termijn de samenwerking uit te breiden met logopedie, ergotherapie en remedial teaching om tot een meer multidisciplinair geheel te komen.

Tips en trucs

Voor zover bekend is dit het enige samenwerkingsverband van kinderfysiotherapeuten in Nederland. Wanneer collega's met een dergelijk initiatief willen starten hebben Maddy Sterneberg en Wilma van den Hurk de volgende tips:

- Vorm een verband met kinderfysiotherapeuten. 'Wij hebben niet zoveel met volwassen fysiotherapeuten, maar meer met professionals die kinderen behandelen'.
- Vorm een netwerk rondom de doelgroep kinderen, want die vormt de verbindende factor.
- Doe waar je goed in bent en durf dingen uit te besteden aan anderen.
- Definieer goed waar je op wilt samenwerken.
- Zoek ondersteuning bij het proces, want als professional ben je dat niet gewend.

A photograph of a birch tree trunk and a wooden post with a black strap, overlaid with the text 'hou het simpel'. The birch tree trunk is on the left, showing its characteristic white bark with dark lenticels and horizontal lenticels. The wooden post is on the right, and a black strap is wrapped around both. The background is a clear blue sky with some green leaves visible at the top and bottom right.

hou
het
simpel

Multidisciplinair Samenwerkingsverband Weert

Een ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist en een diëtist werken sinds 2005 samen in het Multidisciplinair Samenwerkingsverband (MDS) Weert. Het zijn jonge ondernemers in de zorg die sinds een aantal jaren in Weert gevestigd zijn. Susanne Maas is sinds 2004 als ergotherapeut in Weert gevestigd en Loek van der Putten sinds 2006 als fysiotherapeut. Ze zijn jong, enthousiast en zeer gedreven als het gaat om hun vak en weten precies wat er beter kan en moet. Het MDS is daar een mooi voorbeeld van. Vanuit dit samenwerkingsverband wordt op een eenvoudige manier geïntegreerde eerstelijns zorg geboden aan cliënten met neurologische aandoeningen.

Cliënten en concurrenten

Als zelfstandig ondernemers voelen Susanne Maas en Loek van der Putten zich extra gemotiveerd om meer voor hun cliënten te doen. Bovendien merken ze dat het door de toenemende concurrentie in de zorg steeds belangrijker wordt om je te onderscheiden. Daarom krijgen de cliënten hun mobiele telefoonnummers. 'Dat vinden wij geen enkel probleem. Als zelfstandige moet je bereikbaar zijn voor je cliënten. We merken dat ze dat heel prettig vinden. En ze hebben er nog nooit misbruik van gemaakt.' Maas en van der Putten merken ook dat hun cliënten steeds veeleisender worden. 'Ze willen snel geholpen worden en snel resultaat zien, anders gaan ze naar een ander.'

Gedeelde zorg

De vier disciplines werken veel met dezelfde cliënten, met name cliënten met een neurologische aandoening. Zo ontstond het idee om de zorg voor deze groep gezamenlijk op te pakken. Het MDS vloeide daaruit voort. Nu worden de cliënten die voorheen in een revalidatiecentrum verbleven of in het ziekenhuis werden behandeld, behandeld in een thuissituatie.

Eén formulier

Eén van de dingen waar de jonge ondernemers tegenaan liepen was de rapportage. Iedereen vulde zijn eigen formulier in en hield zijn eigen dossier bij. De cliënt moest zijn verhaal telkens opnieuw doen en kreeg soms tegenstrijdige adviezen van de verschillende hulpverleners. Dat moest beter. Met z'n vieren is er een jaar lang gewerkt aan een gezamenlijk rapportageformulier. Nu kunnen op één A4 alle relevante gegevens van de cliënt met betrekking tot de behandeling en de voortgang worden ingevuld. Voor de cliënt en voor alle hulpverleners is dat een enorme verbetering.

Verdeling van de taken

Aan de hand van het ontwikkelde rapportageformulier worden gezamenlijke doelen voor de cliënt opgesteld en worden de taken onderling verdeeld. Bij een cliënt met afasie bijvoorbeeld, komt de logopedist langs om te oefenen met spreken, de ergotherapeut helpt met schrijven en heeft de cliënt net geoefend met het schrijven van bepaalde woorden, dan zal de logopedist met dezelfde woorden het spreken oefenen. Zo versterken de behandelingen elkaar.

‘Wij geven elkaar ook tips over cliënten. De ergotherapeut heeft maar een beperkt aantal behandelingen per cliënt per jaar. Daar moet je dus zuinig mee omgaan. De fysiotherapeut ziet een cliënt meestal vaker. Die tipt mij dan als hij vindt dat ik als ergotherapeut weer eens langs moet gaan. Daarnaast *verdelen* we ook het werk: de ergotherapeut richt zich bijvoorbeeld meer op de hand van de patiënt, de fysiotherapeut op de benen.’ Ook is er één keer in de zes weken overleg, dan worden de cliënten en allerlei organisatorische zaken van het MDS besproken.

Cliënten vragen erom

‘Sinds de cliënten weten dat we met zijn vieren samenwerken, praten de cliënten erover. Tijdens de behandeling vertellen ze spontaan wat de ander heeft gedaan. Ze vinden het leuk en zijn blij dat we met elkaar samenwerken. Dat extra beetje aandacht vinden ze geweldig. Bovendien zien we dat de cliënten sneller vooruitgang boeken.’ De cliënten zelf hebben ook een actieve rol in de overdracht van de rapportage. Wanneer zij naar de specialist gaan, nemen zij het rapportageformulier mee. ‘Als wij er nog niet over zijn begonnen dan vragen de cliënten er al zelf om. Geweldig!’

Hou het simpel

De kracht van het project is de eenvoud en de overzichtelijkheid: één doelgroep en vier samenwerkingspartners. Dat was overigens ook het advies van Beyaert, dat het project in de beginfase heeft begeleid. Beyaert heeft geholpen met het concretiseren en afbakenen van het project, heeft de structuur aangebracht en feedback op de plannen geleverd. De samenwerking is in een contract vastgelegd en iedereen betaalt contributie om de kosten van het MDS te dekken.

Relatie met de andere hulpverleners

De relatie met de specialisten in het ziekenhuis is flink verbeterd. De specialisten waarderen het rapportageformulier enorm, vanwege de overzichtelijkheid en de compleetheid. Terugkoppeling van vier disciplines op één A4, in plaats van hele uitgebreide verslagen die toch niemand leest. De specialisten verwijzen nu ook expliciet door naar het MDS. ‘De eerste keer dat wij een verwijzing

kregen was fantastisch! Toen wisten we zeker dat het zou werken. Dat blijft toch spannend in het begin.' De verwachting is dat het aantal cliënten de komende tijd flink zal toenemen.

De relatie met de huisartsen in de buurt is moeizamer. Huisartsen hebben het vaak te druk en hebben daardoor andere prioriteiten. 'Dat is jammer, omdat voor de specialist de huisarts vaak het eerste aanspreekpunt is.' Er is op dit moment geen structureel overleg tussen het MDS en de huisartsen.

De zorgverzekeraar heeft interesse getoond in het project, maar doet er op dit moment nog niets mee.

Tips en trucs

'Wij zijn als vrij gevestigde professionals erg gemotiveerd om nieuwe dingen te ontwikkelen. Dit project is uniek in Weert en misschien ook wel in de rest van Nederland. Het is leuk om met gelijkgestemden zo'n initiatief op te pakken.

Het moet wel klikken, anders kom je tot niets. Wij hebben allemaal iets met deze doelgroep en wij zijn bereid om er tijd en energie in te investeren.'

'Je moet het concreet maken, dat heeft ons enorm geholpen om door te gaan.'

Andere samenwerkingsinitiatieven zijn vaak te groot en slepen te lang voort, zonder dat er wat uitkomt, dat motiveert niet. 'Wat je vooral niet moet doen is gaan *jagen*. Wij zijn nu twee jaar met elkaar bezig en zijn nu tot een mooi resultaat gekomen dat de mogelijkheid en het vertrouwen biedt om samen door te gaan.'

de zorg



Huisartsenzorg in de verzorgingshuizen

Een patiënt die naar een verzorgingshuis gaat, neemt meestal ook zijn eigen huisarts mee. Dat betekent dat een verzorgingshuis soms wel met dertig tot veertig verschillende huisartsen te maken heeft met wie de patiëntenzorg moet worden afgestemd. Voor de huisarts betekent het dat hij een groot gebied moet doorreizen om één patiënt te bezoeken. Dat is voor niemand goed. In Noordoost en Midden-Brabant werken ze aan een oplossing. Een gesprek met de initiatiefnemers uit Den Bosch, Gerrit van Roekel, huisarts, en adviseur bij ROSE-Phoenix en Hans van Venrooij, manager van één van de verzorgingshuizen in de stad.

Een stadsprobleem

In steden is de huisartsenzorg een groot probleem wanneer patiënten naar een verzorgingshuis gaan. Van Venrooij: 'Van de dertig mensen die ik op een afdeling heb, hebben er hooguit twee dezelfde huisarts. Dat betekent dat ik met vijftien huisartsen te maken heb die allemaal een eigen mening en allemaal een eigen routine hebben. Met name dat laatste is lastig, omdat het praktisch onmogelijk is om afspraken te maken met alle verschillende huisartsen. Voor de verzorgenden is het lastig werken, omdat ze moeten onthouden wat welke huisarts heeft gezegd en wanneer welke huisarts bereikbaar is.' Ook voor de huisartsen is het onhandig. 'Voor verzorgingshuizen is de lunchtijd vaak een goed moment om overleg te plegen met het personeel. Als huisarts ben je soms de hele lunchpauze aan het rondrijden om een paar patiënten te zien die verspreid over de hele stad zitten. Bovendien zijn het, omdat ze meerdere aandoeningen hebben, medisch gezien vaak moeilijke patiënten. Wij wilden die situatie graag oplossen door één huisarts per verzorgingshuis aan te wijzen.'

Eenvoudig idee, veel weerstand

Van Roekel kreeg een aantal jaren geleden al signalen dat de huisartsenzorg in verzorgingshuizen verbeterd kan worden. In 2004 werd daarom gestart met een werkgroep van een paar huisartsen. Het idee is relatief eenvoudig. Je wijst per verzorgingshuis één of twee huisartsen aan die de zorg voor de bewoners op zich nemen. Tegelijkertijd vraag je aan de huisartsen om dit kenbaar te maken aan de patiënt wanneer deze verhuist naar één van de verzorgingshuizen. Maar het onderwerp bleek gevoeliger te liggen dan in eerste instantie werd gedacht. Een aantal huisartsen heeft er moeite mee

dat zij patiënten kwijtraken. 'Zij houden vast aan de vrijheid van patiëntenkeuze en hebben er moeite mee dat hun patiënten naar een andere huisarts gaan.'

Weg van geleidelijkheid

Inmiddels hebben enkele huisartsen met de verzorgingshuizen in de regio een intentieverklaring ondertekend waarin wordt afgesproken om de patiënten van deze huizen naar de speciaal toegewezen huisartsen te geleiden. De ondertekening is na een ontwikkelingsfase van drie jaar een feit geworden. Vanwege de gevoeligheid van het onderwerp is besloten om er geen ruchtbaarheid aan te geven. Dus geen pers bij de ondertekening en geen voorlichtingsfolders in de wachtkamers.

'Omdat het draagvlak bij de huisartsen voor zo'n verandering cruciaal is, hebben wij gekozen voor de weg van geleidelijkheid. In de praktijk betekent dit dat wanneer een patiënt naar een verzorgingshuis verhuist, de huisarts hem op de mogelijkheid wijst dat hij naar een andere huisarts over kan stappen die *verbonden* is aan het verzorgingshuis.' De verzorgingshuizen mogen nog geen *reclame* maken en de bewoners wijzen op de overstapmogelijkheden, zoals al wel in Midden-Brabant gebeurt. Van Venrooij vindt dat wel jammer en hoopt dat de implementatie nog wat versneld kan worden.

'Als alleen de nieuwe bewoners van de mogelijkheid gebruik maken, duurt het zo'n vijf tot zes jaar voordat deze nieuwe werkwijze is geïmplementeerd.' Van Roekel had het afgelopen half jaar drie patiënten die naar een verzorgingshuis zijn gegaan. Daarvan zijn er twee overgegaan naar de andere huisarts die bij het betreffende verzorgingshuis hoort.

Voordelen

Voor de patiënten en de professionals zijn de voordelen groot. 'Wij houden al structureel overleg met de verzorgingshuizen. Maar daar worden alleen de grote lijnen besproken.' In de nieuwe situatie wordt het mogelijk om veel concretere afspraken te maken over zaken als de bereikbaarheid, het aanvragen van herhaalrecepten, visites, etc. Daarnaast kunnen ook over inhoudelijke zaken als wondverzorging afspraken gemaakt worden. 'De zorg voor deze groep patiënten is lastig, omdat ze vaak meerdere dingen tegelijk hebben en bijvoorbeeld meerdere medicijnen daarvoor gebruiken. Daar moet je als huisarts verstand van hebben. Het is voor iedereen beter als het aantal professionals rondom de patiënt zo klein mogelijk blijft. Bovendien kan je in de nieuwe situatie ook beter afspraken maken met verzorgingshuizen over

medisch inhoudelijke onderwerpen als wondverzorging. Je kan dan tot één standaard komen. Patiënten en verzorgers weten dan waar ze aan toe zijn.'

Polyfarmacie

De medicijnzorg voor deze groep patiënten krijgt extra aandacht. 'Wanneer een patiënt meer dan negen soorten medicijnen krijgt, geeft de apotheek een seintje aan de huisarts. Samen bekijken we dan of het mogelijk is om het aantal medicijnen terug te brengen, of te vervangen. Soms werken medicijnen tegen elkaar in, of versterken ze de bijwerkingen. Dan is het goed om kritisch naar het medicijngebruik te kijken.' Ook dit ligt gevoelig, want wanneer een apotheek minder medicijnen verkoopt, heeft hij ook minder inkomsten. 'Gelukkig zijn wij steeds beter in staat om die emotie los te laten en vanuit het perspectief van de patiënt te redeneren, want daar gaat het uiteindelijk om.'

Tips en trucs

Het lastige proces in Den Bosch heeft veel leermomenten opgeleverd. De belangrijkste is dat je niet te veel aandacht moet besteden aan de negatieve energie. 'Wij zijn achteraf gezien te veel tijd kwijt geweest aan de huisartsen die niet mee wilden werken. Misschien moet je wel accepteren dat je bij dit soort processen niet iedereen meekrijgt.' Omdat het zo'n gevoelig onderwerp blijkt, is het belangrijk om draagvlak te blijven houden. 'Daarom hebben we voor een geleidelijke overgang gekozen. Dat het dan wat langer duurt moeten we maar voor lief nemen.' De samenstelling van de werkgroep van huisartsen was ook belangrijk. 'We hebben er bewust voor gekozen de mensen verspreid over de regio in de werkgroep te zetten, we hopen dat de deelnemers met hun eigen achterban doorpraten over dit onderwerp en zo een breed draagvlak voor de nieuwe manier van werken creëren.'



draag-
vlak

Heuvellands EersteLijns Overleg

In de regio Maastricht en Heuvelland is in 1996 een overleg gestart over de transmurale behandeling van CVA patiënten waarbij alle intra- en extramurale disciplines betrokken waren. Vanaf het begin waren Christien op 't Hof, eerstelijns fysiotherapeute, en Suzanne Cornelussen, eerstelijns logopediste, erbij. Zij zetten een regionaal netwerk op met collega's in de regio Maastricht en Heuvelland.

azMove

Vanuit de bekendheid van beiden met transmurale zorg, werden zij in maart 2005 uitgenodigd voor de invitational meeting van het academisch ziekenhuis Maastricht (azM). Voor deze meeting werden bewust lokale eerstelijns professionals betrokken, en geen vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen. Het azM presenteerde een vijfjarenplan voor de samenwerking met de eerste lijn: azMove. De boodschap die het azM meegaf aan het veld was duidelijk: wil je met ons samenwerken, zorg dan dat je als verschillende beroepsgroepen goed georganiseerd bent, zodat het azM een goede samenwerkingspartner krijgt en één aanspreekpunt voor de eerste lijn.

‘Het was een bijeenkomst met verschillende organisaties uit de eerste en tweede en derde lijn. Na de bijeenkomst hebben we tijdens de borrel met de huisartsen gepraat over de boodschap van het azM. Van daaruit zijn we verder gegaan.’

Draagvlak

Een grote bijeenkomst in juni 2005 voor de fysiotherapeuten en de logopedisten in de eerste lijn volgde. Daar bleek dat het merendeel van de aanwezigen de krachten wilden bundelen, ondermeer vanwege de toenemende concurrentie en de druk vanuit de tweede en derde lijn. In dezelfde tijd is Beyaert ontstaan. Uit de bijeenkomst ontstonden drie werkgroepen op drie thema's:

- samenwerking azMove
- samenwerking Beyaert
- samenwerking huisartsen, fysiotherapeuten en logopedisten

De laatste werkgroep werd uitgebreid met andere eerstelijns disciplines:

- ergotherapeuten
- eerstelijns psychologen
- diëtisten
- oefentherapeuten cesar mensendieck
- verloskundigen

Vanwege de uitbreiding met zoveel disciplines is de naam van de laatste werkgroep veranderd in HELO: Heuvelands EersteLijns Overleg. HELO is een multidisciplinair overlegorgaan waar 220 praktijkhouders van zeven verschillende eerstelijns disciplines met elkaar in contact zijn gebracht. Er zitten van elke discipline twee enthousiaste vertegenwoordigers in het overleg. Daarbij is er een goede ondersteuning vanuit Beyaert.

Missie en visie

Onder leiding van Beyaert is een aantal werkbijeenkomsten gehouden waarin de missie en visie van het HELO werden gedefinieerd. De aangesloten beroepsgroepen in het HELO willen kwalitatief goede zorg bieden door samen te werken in de ketenzorg, met behoud van de eigen professionele autonomie. De kracht van de eerste lijn is de kleinschalige, laagdrempelige en goedkope zorg voor mensen in de thuissituatie. Die kwaliteiten moeten overeind blijven in de toekomst. Door de krachten te bundelen als eerstelijns professionals, is het mogelijk om als partner naar grote instellingen en zorgverzekeraar op te treden. Hierdoor is centrale inkoop mogelijk en kunnen gezamenlijke afspraken over bijvoorbeeld kwaliteit en behandelprotocollen gemaakt worden.

Buiten spel

Met de komst van de DBC's is er veel veranderd in de zorg. Grote instellingen gaan meer met elkaar samenwerken. De druk op de eerstelijns professionals wordt steeds groter. Daarnaast gaan zorgverzekeraars ook groot inkopen en moeten de professionals in de eerste lijn zich verenigen zodat ze als één partner contracten kunnen afsluiten met de zorgverzekeraar, de zorginstellingen of de regionale huisartsenorganisatie die ook DBC's gaan inkopen en *onderbrengen* bij zorgverleners.

'Op dit moment voert het azM gesprekken met een aantal verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties in Maastricht. Ze willen samen een herstelkliniek oprichten. De eerste lijn met zijn specifieke kennis zou hier ook een rol in kunnen spelen. Maar dan moeten wij wel onze krachten bundelen. Anders lopen we het risico dat we buiten spel komen te staan.'

Toekomst

Er is een grote toekomst voor de eerste lijn. Mensen willen het liefst in hun eigen huis revalideren. Bovendien is dat goedkoper dan in een verpleeghuis en in een aantal gevallen optimaler voor de patiënt en zijn mantelzorg. Er zal veel meer zorg in de wijk verleend worden. Met de vergrijzing is er steeds meer ketenzorg nodig en zal de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn alleen maar toenemen. De ontwikkeling van de DBC's is ook niet meer te stoppen. 'In 2008 wordt de DBC voor COPD van kracht, dat zal grote gevolgen hebben voor onder andere de fysiotherapeuten. De zorgverzekeraar zal dan grote volumes inkopen bij de regionale huisartsenorganisaties. Als solist red je het dan niet meer. Via het HELO kunnen we wel afspraken maken met de verzekeraar of andere partijen. We willen een inkoopcombinatie voor de chronische zorg worden.'

Voordat het zover is, moet er nog veel gebeuren. Er is draagvlak onder de leden en het besef dat een grotere organisatiegraad noodzakelijk is, maar de grote vraag is hoe dat er concreet uit komt te zien. Er is nog geen overeenstemming over de juridische structuur, de financiering, de zeggenschap, etc. Dat zal de komende jaren zijn beslag moeten krijgen. De vraag is ook welke disciplines binnenboord blijven.

'De huisartsen zijn inmiddels hun eigen weg gegaan en uit het HELO gestapt, maar willen wel op een andere manier met ons samenwerken. De eerstelijns psychologen en de verloskundigen hebben zich in een samenwerkingsverband verenigd. Daarnaast zijn de fysiotherapeuten nu ook bezig om een mono-disciplinair overleg op te starten met de komst van de DBC COPD, maar zij willen zeer zeker in HELO verband verder.' De moeilijkheid is om samen te werken met behoud van de eigen identiteit en autonomie. 'Het vraagt van de deelnemers de moed om het eigen belang los te laten zonder het uit het oog te verliezen.'

Drijfveer

Het stimuleren van deze ontwikkelingen is erg tijdrovend. Het voorbereiden en begeleiden van de bijeenkomsten, de vergaderingen en de telefoontjes tussendoor. Maar toch gaan Christien op 't Hof en Suzanne Cornelussen onvermoeibaar door. Ze beschouwen het HELO samen met de andere enthousiaste oprichters als hun eigen kindje en willen het graag zien opgroeien. 'Wij weten dat we hier niet alleen in staan en vinden het belangrijk om onze eigen beroepsgroep te versterken door onze kennis en ervaring in te brengen. Bovendien vinden we het leuk om te doen. Wij geloven er in dat we op deze manier de toekomst voor de nieuwe generatie veilig kunnen stellen.'



het nieuwe pand

Nieuwe huisvesting voor huisartsen en apotheek in Nijmegen

Sinds augustus 2007 zitten in een gloednieuw pand in een Nijmeegse woonwijk drie huisartsen en een apotheek. In december 2005 kwam de eigenaar van de apotheek met huisarts Thijs Volkers praten over nieuwe huisvesting. De apotheker wilde graag uitbreiden met een aantal huisartsen. In diezelfde tijd had Volkers een gesprek met een ander gezondheidscentrum. Ook zij wilden uitbreiden en vroegen aan Volkers of hij mee wilde doen. Uiteindelijk besloot Volkers om samen te werken met de apotheek.

Gevoelskwestie

Volkers: 'De keuze voor de apotheek werd bepaald door een gevoel. Het gezondheidscentrum leek me te grootschalig, waardoor het te onpersoonlijk zou worden, en bovendien wist ik niet of het zou klikken met de andere huisartsen. Achteraf gezien is het een goede beslissing geweest. De omvang van deze praktijk vind ik perfect.' Toen de beslissing eenmaal genomen was, is het snel gegaan. In december 2006 is de bouw gestart en in juni 2007 werd het pand opgeleverd. De drie huisartsen en de apotheek zitten beiden in één helft van het pand. De apotheek is eigenaar en de huisartsen huren van hem.

Samenwerken: weerstand en enthousiasme

Nadat besloten was om met drie huisartsen samen te gaan, volgde een traject onder leiding van FAST_{eerstelij}n. FAST_{eerstelij}n was geen onbekende, er was al eerder met hen samengewerkt rondom de komst van een praktijkondersteuner. FAST_{eerstelij}n had de contracten in concept opgemaakt en adviezen gegeven. Dat was toen goed bevallen. 'Huisartsen zijn nogal doenerig van nature en niet gewend om na te denken over hun eigen toekomst. Onder begeleiding van FAST_{eerstelij}n hebben we in vijf gesprekken met elkaar gedeeld wat we samen hebben en wat we samen willen.'

'Toen we er als huisartsen min of meer uit waren hebben we elk onze eigen assistenten ingelicht over de samenwerkingsplannen. Toen bleek dat daar nog wel een hobbel te nemen was. Een assistente riep uit "Ik ben helemaal niet flexibel." en had aanvankelijk weinig zin in de samenwerking. Daar zijn we als huisartsen wel van geschrokken. Aan FAST_{eerstelij}n hebben we toen de opdracht gegeven om met de assistenten een aantal gesprekken te voeren en te onderzoeken hoe zij beter met elkaar zouden kunnen samenwerken in de

nieuwe situatie. Door de gesprekken kwamen er veel ideeën van de assistenten zelf over de kansen die zij zagen in de samenwerking. De aanvankelijke weerstand keerde om in enthousiasme, tot grote opluchting van ons.'

Weinig veranderd, veel verbeterd

Voor de patiënten is er weinig veranderd. De ruimtes zijn groter geworden, maar de dokter is hetzelfde gebleven. 'Een aantal patiënten vindt het minder knus dan vroeger. Ze komen nu vreemde gezichten aan de balie tegen, krijgen een andere stem aan de telefoon en zijn nog niet gewend aan het nieuwe pand.' Het voordeel voor de patiënten is de betere bereikbaarheid en de continuïteit.

Ook voor de huisartsen is het een stuk beter geworden. Eindelijk hebben ze voldoende ruimte in de spreekkamers en is er een aparte ruimte voor de Huisarts in Opleiding. Volkers leidt al jaren nieuwe huisartsen op en die moeten een eigen kamer hebben. In de oude situatie, waar hij praktijk aan huis had, was dat niet mogelijk. Nu hebben ze een eigen spreekkamer en is er ook een eigen ruimte voor de praktijkondersteuner.

Vooralsnog wordt er nog niet samengewerkt met andere disciplines in het centrum. 'Wij zien allen de meerwaarde van samenwerking met andere disciplines zeker in, maar nu is dat nog niet noodzakelijk. In de nabije toekomst zullen we zeker initiatieven in die richting ontwikkelen, maar op dit moment moeten we eerst maar de *kinderziektes* uit dit pand halen. We zijn nu nog veel tijd kwijt met het aansturen van de assistentes bijvoorbeeld, die moeten ook nog erg wennen aan het feit dat ze nu gezamenlijk verantwoordelijk zijn en door andere huisartsen worden aangestuurd.'

Het nieuwe pand

Volkers ergert zich suf aan de slordige afwerking van de bouw. In zijn spreekkamer hangen nog draden aan de muur waar lampen moeten hangen, de zonwering voor de ramen past niet, er was een tijd geen stromend water omdat er geen kraan in het aanrechtblad zat, er zitten geen grepen op de kasten, etc.

'Als wij dezelfde slordigheid zouden hebben als de aannemers dan zouden mijn patiënten en masse naar een andere dokter gaan. Het zijn allemaal knullige missers die voorkomen hadden kunnen worden door een beetje oplettendheid.' Volkers geeft als tip mee dat je bij dergelijke projecten één persoon verantwoordelijk moet stellen voor de bouw en de afbouw. Nu moest het allemaal tussendoor en moest er veel zelf geregeld worden. Dat kost veel tijd en energie.

Specialisatie

‘Als huisarts moet je jezelf specialiseren, want na een aantal jaren praktijk draaien, zoek je een nieuwe uitdaging. Ik heb een aantal jaren bestuursfuncties bekleed, maar daar ben ik mee gestopt. Ik wil me nu weer meer verdiepen in de inhoud van mijn vak, zoals de kleine chirurgie.’ De nieuwe werkomgeving stelt Volkers in staat om zich verder te specialiseren. Hij houdt erg van de kleine chirurgische ingrepen, terwijl de andere artsen in het centrum daar niets mee hebben. Door de samenwerking verwacht hij daar nu meer tijd voor te hebben. Hij wil bijvoorbeeld graag de sterilisatie in zijn eigen praktijk uitvoeren, maar dan moet je daar wel voldoende verwijzingen voor krijgen van andere huisartsen. Als liefhebber van (verre) reizen, wil hij zich ook graag toeleggen op de reizigersadvisering.

Tips en trucs

Volkers heeft veel geleerd van zijn ervaringen. Voor mensen die hetzelfde willen heeft hij de volgende tips:

- Stel een onafhankelijk voorzitter aan die het hele proces begeleidt en de verbinding legt tussen de verschillende partijen met hun belangen.
- Betrek op tijd je assistenten bij het proces.
- Stel een opzichter aan tijdens de nieuwbouw.
- Regel op tijd de subsidie die beschikbaar is voor de HOED vorming.
- Schaf nieuwe inventaris aan als je gaat verhuizen en schrijf de oude vervroegd af.

Een blik in de toekomst

Volgens Volkers zal de huisarts de spil blijven in de eerste lijn, maar de solist zal volgens hem verdwijnen. Hij ziet nu al dat de meeste nieuwe huisartsen (parttime) in een samenwerkingsverband werken. Bovendien zal de samenwerking met andere disciplines de komende jaren alleen maar toenemen. Tegelijkertijd verwacht hij dat de managementtaken van de huisarts zullen afnemen en worden overgenomen door de managers van gezondheidscentra.

Volkers verwacht ook dat de roep om transparantie groter zal worden. Huisartsen zullen steeds meer kengetallen moeten aanleveren aan de zorgverzekeraar over de eigen praktijk, zoals het aantal en soort verwijzingen, de opbouw van de patiëntenpopulatie, het aantal uitgeschreven recepten, etc. Hij verwacht dat dit een opstap is naar een uitgebreide benchmark van de beroepsgroep. ‘En daar ben ik helemaal niet op tegen, misschien ga ik me daar in de toekomst ook wel actief mee bezighouden, als de nieuwe praktijk staat komt er vanzelf wel weer ruimte voor een nieuw project.’

over- prikkel- ling



Ketenzorg excessief huilende baby's

Tien tot vijftien procent van de pasgeboren baby's zijn huilbaby's. Op het consultatiebureau krijgen de artsen en verpleegkundigen er dagelijks vragen over. In 2004 heeft het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ) in Utrecht onderzoek gedaan naar effectieve interventies voor deze doelgroep. Daaruit is een ketenzorgprotocol ontstaan met medewerking van huisartsen, verloskundigen, kinderfysiotherapeuten, thuiszorginstellingen en ziekenhuizen, dat in de regio Noordoost-Brabant wordt toegepast. Elise Buiting, stafarts jeugdgezondheidszorg (JGZ) bij de Stichting Thuiszorg Brabant Noordoost, licht het hoe en waarom toe.

Overprikkeling

'Pasgeboren baby's hebben nog weinig filters in hun hersens en krijgen de eerste maanden gigantisch veel indrukken te verwerken. Ouders doen tegenwoordig steeds meer met hun pasgeboren kind, speeltjes in de box en in de wieg en aan de buggy, veel bezoek, een babyborrel, radio en tv, noem het maar op. Een baby krijgt daardoor veel te veel prikkels te verwerken en raakt gestrest. De kans is groot dat deze kinderen huilbaby's worden.'

Interventie

In het onderzoek van het WKZ zijn twee interventies bij huilbaby's onderzocht:

1. Rust, regelmaat en voorspelbaarheid aanbrengen in het ritme van de baby.
2. Interventie 1, aangevuld met het inbakeren van de baby.

Met name de eerste interventie bleek succesvol te zijn bij huilbaby's. Met een aantal praktische tips zoals slapen in bed, spelen in de box, geen elektronisch speelgoed, radio en tv uit en niet meer dan één uitstapje per dag, bleek het mogelijk om een jonge baby te conditioneren en het excessief huilen te laten stoppen. 'Bij het merendeel van de baby's bleek dit te helpen. De baby's waarbij het huilen na één week begeleiding niet overging, worden na een week ook nog ingebakerd. Bijna alle kinderen worden dan rustig.'

Twee stappen

De zorg voor huilbaby's bestaat uit twee stappen. Ten eerste voorlichting aan iedere aanstaande ouder over het voorkomen van een huilbaby en ten tweede begeleiding van huilbaby's en hun ouders door de JGZ-verpleegkundige. 'We hebben een boekje met hele praktisch tips opgesteld. Dat boekje wordt net na

de bevalling aan alle ouders uitgereikt. Alle hulp- en zorgverleners die met jonge kinderen te maken hebben zijn op de hoogte van de adviezen uit het boekje. Een groot deel is ook getraind in de methode. Op deze manier brengen we één boodschap naar ouders en voorkomen we tegenstrijdige adviezen.’ Wanneer blijkt dat ouders toch een huilbaby hebben, wordt de jeugdgezondheidszorg ingeschakeld. De JGZ-verpleegkundige komt langs om een strategie met de ouders af te spreken waarmee regelmaat in het leven van het kind en de ouders wordt gebracht. Medische problemen worden altijd eerst uitgesloten. Eventueel wordt een baby na een week ook ingebakerd. Ouders krijgen dan advies van een gespecialiseerde verpleegkundige. Als na een aantal weken de problemen niet over zijn, worden de ouders met de baby doorverwezen naar bijvoorbeeld de kinderarts of Bureau Jeugdzorg.

Concrete resultaten

De kracht van de interventie zit hem in de eenvoud. ‘Al jaren wordt er over inbakeren en huilbaby’s gepraat, maar nu is er een protocol met praktische tips voor de ouders. Het lijkt erop dat sinds de invoering van het protocol de problemen in de regio zijn afgenomen en er minder opnames en polibezoeken zijn. We kunnen dat nog niet met cijfers staven, maar dat zal binnenkort wel uit de registraties moeten blijken.’

De reden voor het succes is eenvoudig. Iedereen is het met elkaar eens dat huilbaby’s veel voorkomen. Bovendien is het een probleem waar bijvoorbeeld huisartsen weliswaar veel mee te maken krijgen op hun spreekuur, maar waar ze vaak niet zoveel mee kunnen. Daardoor was het relatief eenvoudig om met alle betrokken disciplines tot één protocol te komen en afspraken te maken over de uitvoering ervan. Huisartsen, verloskundigen, kinderfysiotherapeuten, thuiszorginstellingen en ziekenhuizen hebben gezamenlijk aan het protocol gewerkt. De oplossing is laagdrempelig en voorkomt vroegtijdige medicalisering van huilbaby’s.

Ondersteuning door ROSE-Phoenix

De totstandkoming van het protocol is begeleid door ROSE-Phoenix. ‘We hebben ROSE-Phoenix vanuit de thuiszorg benaderd omdat de contacten met de huisartsen lastiger waren. De ondersteuningsstructuur via de Districtshuisartsenvereniging (DHV) is er niet meer en de beroepsgroep was voor ons moeilijk bereikbaar. Er was geen aanspreekpunt meer. Terwijl we ze wel nodig hadden voor de ontwikkeling van het protocol.’ ROSE-Phoenix heeft alle ketenpartners benaderd, heeft de bijeenkomsten begeleid en het tempo erin gehouden. Daarnaast hebben ze ook de PR en de communicatie verzorgd.

Zo is voor de huisartsen een overzichtskaart ontwikkeld die lijkt op de NHG standaarden die bij de huisartsen in de kast staan. Nadat het protocol was ontwikkeld is de structuur opgeheven.

Nieuw paradigma

In de zorg is sprake van een nieuw paradigma. Vijftien jaar terug waren het vooral de ouders die verantwoordelijk werden gehouden voor de opvoeding. Dat ligt tegenwoordig wel anders.

Er zijn steeds meer kinderen met problemen (astma, ADHD, dyslexie, autisme, etc). Een kwart van de kinderen heeft wel iets en het aantal zorgkinderen neemt toe. Er is dus ook steeds meer professionele hulp nodig om deze kinderen goed te begeleiden. Ouders weten vaak niet goed meer hoe ze hun kinderen moeten opvoeden. 'De cursussen opvoedingsondersteuning groeien als kool. Dat komt ook omdat ouders op latere leeftijd kinderen krijgen.' Kortom, het wordt er niet makkelijker op. Dat betekent dat zorgverleners zich meer en meer met de opvoeding van (hele) jonge kinderen moeten gaan bemoeien, om te voorkomen dat de kinderen tussen wal en schip vallen. Ook landelijk is er veel aandacht voor. 'Kijk maar naar de ontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin. We zullen in de toekomst meer en meer met elkaar gaan samenwerken en gezamenlijke protocollen opstellen over de meest uiteenlopende onderwerpen.'

Tips

Het project is zeer succesvol verlopen. De ondersteuning van ROSE-Phoenix als neutrale procesbegeleider heeft ervoor gezorgd dat de professionals vanuit hun eigen optiek hun bijdrage konden leveren. Het is jammer dat het preventieonderdeel van het protocol niet landelijk is overgenomen vanwege het feit dat het niet evidence based is. Dat laatste is belangrijk voor artsen. 'Het feit dat wetenschappelijk onderzoek ten grondslag lag aan de interventies, heeft geholpen om huisartsen en kinderartsen over de streep te trekken.' Verder helpt het als er een praktische handreiking is voor de ouders, zodat ze direct aan de slag kunnen.

Een andere tip is om een probleem aan te pakken waar veel hulpverleners last van hebben. 'In Noordoost Brabant zijn jaarlijks ongeveer 1.250 huilbaby's. Een deel daarvan komt bij de huisartsen en de kinderartsen en die kunnen ze nu doorverwijzen naar de jeugdgezondheidszorg. We lossen hiermee een probleem van de huisartsen en van de kinderartsen op, en dat werkt goed.'



de
door-
braak

Project Doorbraak Depressie in Tilburg

Depressie is een groot probleem in Nederland, ruim 600.000 volwassenen lijden eraan. Een goede behandeling kan chronische depressie voorkomen. Daarvoor is samenwerking tussen verschillende disciplines in de eerste en de tweede lijn noodzakelijk. In gezondheidscentrum de Reeshof in Tilburg werkt sinds december 2006 een team van behandelaars aan een zogenoemd doorbraakproject, een landelijk initiatief om de behandeling van depressie te verbeteren. Het Tilburgse team bestaat uit een apotheker, vier huisartsen, twee maatschappelijk werkers, twee fysiotherapeuten, een psychiater, een eerstelijns psycholoog en het management, bestaande uit een centrummanager en een assistent.

Verkeerde behandeling

Uit onderzoek is gebleken dat er aan de behandeling van depressie nog veel verbeterd kan worden. Zo krijgt maar liefst zeventig procent van de patiënten medicijnen voorgeschreven, en tegelijkertijd stoppen veel patiënten te vroeg met hun medicatie. Verder is het soms moeilijk om depressie te herkennen en wordt er nog maar weinig gebruik gemaakt van andere, lichtere interventies. Ook de wachtlijsten vormen een probleem. Om deze problemen op te lossen zijn landelijk de zogenaamde doorbraakprojecten gestart. De resultaten van het project Doorbraak Depressie 1 liegen er niet om: daling van onnodig medicijngebruik naar elf procent en een stijging van lichte interventies van dertig naar negentig procent.

Project Doorbraak Depressie 2

Het project Doorbraak Depressie 2 borduurt voort op de successen van het eerste project. Het Trimbos-instituut initieerde de projecten. In de regio wordt het gefinancierd door projectgelden van Robuust. De begeleiding is in handen van de GGZ regiocoördinatoren van de verschillende Robuust-ROS'en zoals in dit geval ROSE-Phoenix. Robuust levert een projectleider en de inkoop van het doorbraakprogramma bij het Trimbos-instituut. In dit project in Zuid-Nederland werken twintig transmurale teams in de eerste lijn aan het verbeteren van de zorg voor mensen met een depressie. Zij maken daarbij gebruik van drie (nieuwe) landelijke richtlijnen. Mensen met lichte depressieve klachten krijgen een lichte behandeling. Deze behandeling wordt gemonitord. Hiermee wordt onnodige belasting door zwaardere behandelingen voorkomen en kan de beschikbare capaciteit voor zwaardere behandelingen worden gebruikt voor patiënten met ernstige of langdurende depressieve klachten. Het project loopt tot april 2008.

Sneller in behandeling

Doel van het project is om de patiënten die depressief zijn zo adequaat en snel mogelijk te behandelen. Een snelle diagnose en start is belangrijk omdat patiënten die langer dan zes maanden klachten hebben, ernstig depressief zijn en vaak zijn aangewezen op zware en intensieve behandeling. De lichte gevallen blijven in de eerste lijn. Het streven is om iedere patiënt maximaal drie weken te laten wachten op de eerste behandeling. Daarnaast is het streven om maximaal tien procent door te verwijzen naar de tweede lijn, waar een zwaardere behandeling wordt geboden.

Stepped care

Dankzij het project kunnen huisartsen patiënten met depressieve klachten veel preciezer diagnosticeren en een onderverdeling maken in ernstige en niet-ernstige depressie. Voor de twee groepen is een zogenaamd *stepped care* programma ontwikkeld. De patiënten met een niet ernstige depressie, krijgen een lichte behandeling, bestaande uit onder meer voorlichting, begeleiding, bibliotherapie, een cursus of sport (hardlopen). 'Bij de meeste patiënten blijkt dit goed te werken en zien we een verbetering in hun toestand', aldus de behandelaars van het Tilburgse team. 'Dat komt bijvoorbeeld terug in de daling van de BDI scores (Beck Depression Inventory). Wanneer dat niet zo is, bespreken we dat in het teamoverleg.' Pas als deze behandeling niet helpt, gaan patiënten door naar de volgende stap en krijgen ze in de eerste of tweede lijn verschillende vormen van therapie aangeboden, al of niet gecombineerd met anti-depressiva.

Zelfevaluatie

Een belangrijk onderdeel van het project is de eerder genoemde BDI vragenlijst. Om de zes weken vullen de patiënten thuis deze vragenlijst in. De lijst bestaat uit eenentwintig vragen en gaat over de gevoelens van de patiënt. 'Omdat de patiënten dit thuis invullen, denken ze actief na over hun gemoedstoestand. Daarna nemen ze de vragenlijst mee en gaan we er mee aan de slag. De vragenlijst vormt zo een prima middel om met elkaar in gesprek te gaan over de voortgang in de behandeling. De patiënten zijn veel actiever betrokken bij hun eigen ziekteproces en hun eigen behandeling. We bepalen samen met de patiënt of we iets in de behandeling moeten aanpassen. Een groot voordeel van dit project is dat alle hulpverleners dezelfde vragenlijst gebruiken. Zo hebben we eenheid van taal en hoeft de patiënt niet bij elke hulpverlener zijn verhaal opnieuw te vertellen. Het is dus een stuk efficiënter dan voorheen.'

Monitoring

Een keer in de zes weken zitten alle disciplines met elkaar om de tafel. In dat overleg praten ze bij over het project, wisselen kennis uit en bespreken de patiënten waar de BDI scores niet zijn veranderd, of omhoog zijn gegaan. 'Op deze manier kunnen we heel snel bijsturen en de behandeling van een patiënt aanpassen.' Ook de apotheek speelt een actieve rol bij de monitoring van de patiënten. Patiënten die anti-depressiva krijgen voorgeschreven, krijgen van de apothekersassistent extra voorlichting als ze hun pillen voor de eerste keer ophalen. Wanneer zij hun anti-depressiva niet ophalen, geeft de apotheek dat door aan de huisarts. Die neemt dan contact op met de patiënt en kijkt of er iets bijzonders aan de hand is.

Duidelijke doelstellingen

Het project Doorbraak Depressie heeft duidelijke doelstellingen. Zo moet bijvoorbeeld bij alle patiënten met een ernstige depressie binnen één maand na de diagnose een tweede stap in de interventie zijn ingezet. Daarnaast is de monitoring van de BDI scores een belangrijk middel om de resultaten te meten. Het team in de Reeshof is fanatiek in het halen van hun doelstellingen, iets wat tot nu toe heel goed gaat, mede dankzij de inzet van de teamleider die de hulpverleners stimuleert om de BDI vragenlijsten op tijd in te leveren. 'Als ik bel weten ze al hoe laat het is. Dan roepen ze al meteen dat ze hun best zullen doen om de vragenlijsten naar me op te sturen.' Om een dergelijk project te laten slagen is een aanjager hard nodig. Op de terugkomdag van het Trimbos-instituut werd het project in Tilburg als voorbeeldproject genoemd. 'Dat was geweldig, om die erkenning te krijgen, daar doe je het ook voor.'

Toekomst?

Het project loopt tot april 2008. Daarna stopt de financiering. 'Dat is altijd het lastige van een project. Het moet onderdeel worden van de dagelijkse routine. We weten nog niet hoe we dat gaan doen. We gaan in ieder geval de behandel mogelijkheden voor depressieve patiënten in een folder zetten. Zo geven we meer bekendheid aan dit project bij onze patiënten. Op dit moment krijgen we vacatiegelden voor de samenwerkingsoverleggen, maar dat zal in de toekomst wegvallen. Eigenlijk zou je een bonus moeten kunnen krijgen als je patiënten op deze manier behandelt.' Naast dit team is er nog één ander team in de regio bezig met dezelfde thematiek. De werkplannen en notulen van de overleggen worden uitgewisseld. Het team in Tilburg spreekt de hoop uit dat hun enthousiasme ook bij anderen door zal dringen. 'Dat zou fantastisch zijn.'



de
praktijk

Strategisch management voor oefentherapeuten Cesar-Mensendieck

De oefentherapeuten Cesar-Mensendieck vormen een kleine beroepsgroep. Ook voor hen gaan de krachten van de vrije markt een rol spelen en ook zij ontkomen er niet aan om daarop in te spelen en zich nadrukkelijker te profileren. Bernadette Post van Koningsbruggen, oefentherapeut Cesar in Breda, heeft zich ingespannen om de beroepsgroep in de regio Breda verder te professionaliseren.

De praktijk wordt anders

Op dit moment zijn de meeste oefentherapeuten met een praktijk aan huis georganiseerd. Het zijn vaak kleine praktijken die parttime worden gerund. 'De wereld van de oefentherapeut is een simpele. De arts verwijst de patiënt, het tarief staat vast en de zorgverzekeraar vergoedt in bijna alle gevallen de behandelingen.' Aan het laatste is al eerder gesleuteld. Met het vrijlaten van de tarieven en met de directe toegankelijkheid van de oefentherapeuten zonder noodzaak van verwijzing, zal er nog meer veranderen. 'Wanneer we niets doen, is de kans aanwezig dat de patiënten de gespecialiseerde oefentherapeut niet meer zien staan. Dat is niet in het belang van de patiënten en niet in het belang van de beroepsgroep. Vandaar dat wij contact hebben opgenomen met Zee-bra om te praten over ondersteuningsmogelijkheden.'

Les in ondernemerschap

Het eerste contact met Zee-bra mondde uit in een cursus strategisch management voor de beroepsgroep in de regio. 'Dat zijn dingen waar we als beroepsgroep nooit over na hoefden te denken, maar door de veranderingen in de markt moet dat nu wel.' Tijdens de cursus kwamen de volgende thema's aan bod:

- Verkoop,
- Marketing,
- Waar sta je met je praktijk,
- Hoe maak ik een ondernemersplan,
- Welke doelen stel je en hoe wil je die bereiken.

De cursus werd goed bezocht, ongeveer tachtig procent van de collega's uit de regio heeft deelgenomen. Bovendien telde de cursus mee voor de accreditatie.

In beeld blijven, en in beeld komen

‘Het is voor ons belangrijk om bij onze belangrijkste verwijzers in beeld te blijven, dat wil zeggen de huisarts en de specialist. Wij doen dat al met hele simpele middelen. Zo maken we geregeld een adressenblok waar de namen en adressen van de vrijgevestigde oefentherapeuten op staan. Wanneer een arts aan ons doorverwijst kan hij dat briefje meegeven aan de patiënt. Daarnaast sturen we geregeld mailings uit naar huisartsen en specialisten.’ Het belang en het effect van gespecialiseerde oefentherapie wordt door steeds meer artsen onderkend. ‘Nu wordt het ook belangrijk dat de patiënten ons weten te vinden. De meeste patiënten hebben alleen maar van fysiotherapie gehoord.’

Rol van Zee-bra

‘Zee-bra kan belangrijk zijn voor onze beroepsgroep. Vroeger deed de eigen beroepsvereniging de ondersteuning voor ons, maar sinds dat niet meer mag is het geld en de verantwoordelijkheid voor de ondersteuning bij Zee-bra terecht gekomen. Daarmee heeft Zee-bra ook de verantwoordelijkheid om onze beroepsgroep te ondersteunen bij de professionalisering.’ Daarin kan nog wel wat meer gebeuren, vindt Post. ‘De cursus strategisch management was heel goed, maar nu moeten we verder. Zee-bra kan bijvoorbeeld een belangrijke rol spelen in het samenbrengen van de verschillende disciplines om ketenzorg rondom een bepaald ziektebeeld te bevorderen, bijvoorbeeld in de vorm van multidisciplinaire cursussen over verschillende ziektebeelden. Het belang van de juiste zorg moet voor alle disciplines centraal staan.’

Toekomst van de oefentherapeuten

Post verwacht dat de oefentherapeut uit zijn isolement moet komen. ‘Uiteindelijk zullen we toe moeten naar stevige multidisciplinaire samenwerking tussen de fysiotherapeuten, de huisartsen en onszelf. Daarin moeten we ons eigen specialisme handhaven en nadrukkelijker profileren. Daar zijn we ook al mee bezig. Zo zijn we bezig om eigen producten te definiëren zodat de zorgverzekeraar deze bij ons kan inkopen.’ Ook daarin ondersteunt Zee-bra. ‘In onze regio zijn we bezig met een product voor artrose patiënten. Dat bestaat uit een pakket van behandelingen door de oefentherapeut dat we als geheel aanbieden aan de zorgverzekeraar. Daarnaast biedt de vergrijzing kansen voor onze beroepsgroep. Oudere mensen zullen ook meer houding- en bewegingsvragen krijgen, daar kunnen wij een belangrijke rol in gaan spelen.’

Aanbevelingen voor de beroepsgroep

Na vierendertig jaar, staat Post zelf aan het einde van haar carrière. 'Ik doe dit nog een aantal jaren en dan hou ik ermee op. Ik hoef van mezelf nu dus niet meer vooraan te staan bij de nieuwste ontwikkelingen.' Ze heeft wel een paar adviezen voor haar jongere collega's om het vak van oefentherapeut overeind te houden:

- Geloof in de kracht van je vak, het is een mooi vak.
- Durf je nek uit te steken en denk verder dan je eigen praktijk.
- Presenteer het nut van onze therapie actief en regelmatig naar de belangrijkste verwijzers.
- Ga samenwerkingsverbanden aan met andere professionals in de eerste lijn.
- Vervul een keer een bestuursfunctie.
- Werk actief mee aan de ontwikkeling van nieuwe producten.



wij
kunnen
het
beter!

Een verloskundig centrum in Zuid-Limburg?

Er zijn teveel vrijgevestigde verloskundigen in Zuid-Limburg. Er zijn acht praktijken en zeventien verloskundigen. Met het vrijgeven van de markt is de concurrentie alleen maar toegenomen. Tot overmaat van ramp dalen de geboortecijfers in de regio. De zittende verloskundigen besloten de handen ineen te slaan en gezamenlijk de concurrentie te lijf te gaan. Inmiddels hebben ze vergevorderde plannen om een verloskundig centrum op te zetten. En dat alles met de drijfveer: wij kunnen het beter dan de rest! Een gesprek met twee gedreven verloskundigen, Naomi Satijn en Katja Mulder.

Concurrentie in de kraamzorg

In 2003 is het profiel van de verloskundige ingrijpend veranderd. In plaats van alleen bevallingen te doen, begeleiden de verloskundigen vrouwen in hun hele vruchtbare periode. Het takkenpakket werd dus veel breder. Daarnaast is de markt voor verloskundigen opengebroken en mogen zij zich vrij vestigen. In juni 2005 probeerde een kraambureau in de regio verder te groeien. De eigenaar wilde uitbreiden door middel van een eigen verloskundigenpraktijk. De zittende verloskundigen waren niet gecharmeerd van dit initiatief. Het merendeel is ook niet op zijn aanbod in gegaan.

‘Het was echt zo’n ondernemer die dacht hier veel geld te kunnen verdienen, toen de markt open ging. Hij heeft twee verloskundigen mee gekregen met zijn plan. Maar het is op niets uitgelopen. Inmiddels is het kraambureau failliet.’

Ondernemerschap is leuk

De zittende verloskundigen waren inmiddels wel wakker geschud door bovenstaand initiatief. Samen met de Academie Verloskunde Maastricht hebben ze een pact gesloten en hebben ze zich bezonnen op hun toekomst in de regio. Er moest iets gebeuren.

Gaandeweg ontstond het idee om een verloskundig centrum in de regio op te zetten waar alle verloskundigen hun cliënten naar toe kunnen sturen om speciale verrichtingen, zoals echo's, te laten doen.

Inmiddels is het ondernemersplan af en zijn ze druk in onderhandeling met verschillende partijen om de financiering van het centrum rond te krijgen. ‘Tijdens het traject zijn we tegen zaken aangelopen waar we als verloskundigen nooit mee te maken hebben gehad. Een ondernemersplan schrijven bijvoorbeeld. Wij dachten dat doen we wel even in een middagje. Dat viel dus vies tegen! Daarnaast moeten we nadenken over de juridische en de financiële

structuur. Daar hebben we absoluut geen verstand van. Gelukkig hebben we een uitgebreid netwerk dankzij onze praktijken en daar maken we handig gebruik van. We bellen dan een vrouw op waar we de bevalling van hebben gedaan en zeggen: jij bent toch jurist, heb jij tijd om iets voor ons uit te zoeken? Meestal willen ze dat wel. Dankzij deze ontwikkeling zijn we met hele andere mensen in aanraking gekomen en leren we ontzettend veel over het ondernemerschap.'

Nummer of mens

'Toen we voor het eerst met dit idee bij de gynaecologen aanklopten waren die absoluut niet enthousiast. Ze vonden het eigenlijk maar onzin dat wij een dergelijk centrum wilden opzetten. Want zij deden het toch goed genoeg? Hoe konden wij het als verloskundigen beter doen? Ze hebben nog wel een tijdje mee gedacht en het leek erop dat ze ook mee wilden financieren, maar dat is nu van de baan. Dat is toch wel jammer. Wij horen van onze cliënten hele andere verhalen over de kwaliteit van het werk van de gynaecologen. In het ziekenhuis ben je een nummer en bij ons ben je een mens. Wij kunnen de tijd voor een cliënt nemen. Ook al krijgen we daar dan niet voor betaald. Dat verschil in persoonlijke aandacht is heel belangrijk. Wij hebben een hele persoonlijke band met onze cliënten. Wij verwachten dat we daarom in ons centrum ook veel cliënten zullen trekken.'

Iedereen binnenboord?

Begin 2007 werden de plannen concreter en werden de verloskundigen ook enthousiast. Vanaf dat moment hebben ze eens in de drie weken overleg. Op het moment dat de plannen concreet worden, wordt het ook steeds spannender of alle verloskundigen ook mee willen blijven doen en er in willen investeren. Er is veel gepraat en dat heeft niet altijd tot resultaten geleid. Een aantal mensen is hun afspraken niet nagekomen, of zijn afgehaakt tijdens het proces. Met name de verborgen agenda's van instellingen maakt het lastig om voortvarend aan de slag te gaan.

'Het plan staat of valt met het feit dat de verloskundigen ook daadwerkelijk hun cliënten naar het centrum doorsturen. We hebben daarvoor een intentie-overeenkomst met de verloskundigen opgesteld. Er bestond ook de angst dat de zwangere vrouwen zouden overlopen naar de verloskundige die ze in het centrum tegenkwamen. Om dat te voorkomen worden de zwangeren alleen behandeld door een verloskundige uit een andere regio.'

Hét centrum voor de vrouw

De verwachting is dat begin 2008 het centrum operationeel is. De belangrijkste investering is de aanschaf van een echoapparaat en de aanstelling van een

echoscopist. Die laatste hebben ze overigens nog niet gevonden. Van een centrum in Nijmegen hoorden ze dat ze het eerste jaar verschillende echo-apparaten gratis op proef kregen van de fabrikant. Zo konden ze de aanschaf nog even uitstellen. Creatief ondernemerschap! Zelf zijn ze in onderhandeling met DSM over sponsormogelijkheden.

De basisdiensten zijn benoemd, maar in de toekomst willen ze veel meer gaan doen, zoals spiraalcontrole, kleine verrichtingen en preconceptueel advies. Uiteindelijk willen zij hét centrum voor de vruchtbare vrouw zijn.

Waar de vrouw met elke vraag over vruchtbaarheid en zwangerschap terecht kan. Een marktonderzoek moet uitwijzen welke diensten ze in de toekomst in het centrum willen toevoegen.

Succesfactoren

Inmiddels hebben mijn twee gesprekspartners al ontelbaar veel uren in het project zitten, waarvan ze niet zeker weten of het gaat slagen. Maar ze gaan onvermoeibaar door.

‘Ik geloof echt in dit project en ik ben ervan overtuigd dat we dit moeten doen om te overleven in de concurrerende markt. Het geeft ons de kans om ons verder te specialiseren en ons vak verder te verbreden.’

Om een dergelijk project te laten slagen is een gedeelde visie en een kartrekker cruciaal. Daarnaast moet je de tijd nemen om ideeën te laten rijpen en zaken goed uit te zoeken. Ten slotte hebben ze veel gehad aan de externe procesbegeleider van Beyaert. Die bracht structuur en orde in het project.

‘Je moet wel een dikke huid hebben als je een dergelijk initiatief van de grond wil trekken, maar die hebben wij in de afgelopen jaren wel gekregen. Wij gaan door omdat wij ervan overtuigd zijn dat wij het beter kunnen!’



het
geheim

Verloskundig Samenwerkingsverband Nijmegen en omstreken

Verloskundigen zijn over het algemeen verenigd in een regionale kring. In Nijmegen en omstreken participeren acht praktijken in de kring Nijmegen. De kring komt één keer in de zes weken bij elkaar om informatie uit te wisselen. De vrijblijvendheid in het overleg tussen de verloskundigen en de twee ziekenhuizen in de regio maakte het lastig om tot goede afspraken te komen. De kring wilde graag een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) met de twee ziekenhuizen in de regio. Paulien Verhoeven, sinds negen jaar verloskundige in het gebied, vertelt over de ontstaansgeschiedenis.

Dubbele reactie ziekenhuis

'Toen we met de ideeën om een VSV op te richten naar het ziekenhuis stapten, werd er in eerste instantie erg afwachtend gereageerd. Het ziekenhuis zou ons plan afwachten en op basis daarvan een reactie geven. We wisten toen dat we voor de belangrijke uitdaging stonden het personeel in het ziekenhuis enthousiast te krijgen. We zijn met FAST_{eerstelij}n rond de tafel gaan zitten om te kijken hoe we dat het beste konden aanpakken.'

Samen werd een plan gemaakt en toen dat af was, heeft FAST_{eerstelij}n het management en de gynaecologen van het ziekenhuis opnieuw benaderd en gevraagd of het nieuwe plan gepresenteerd kon worden. Het ziekenhuis was erg onder de indruk van de plannen. Uit die presentatie is het besluit voortgekomen om één VSV voor twee ziekenhuizen op te zetten, een unieke situatie in Nederland. In het VSVNO zitten verloskundigen en specialisten uit de tweede lijn elke drie maanden bij elkaar aan tafel. Ze vormen werkgroepen over onderwerpen die hun beide aangaan en werken dat verder uit.

De rol van FAST_{eerstelij}n

De inbreng van FAST_{eerstelij}n in het hele traject was onmisbaar. Verhoeven: 'FAST_{eerstelij}n was goed in staat om de grote lijnen vast te houden en om structuur in de plannen aan te brengen. Ook in de contacten met de ziekenhuizen waren ze onmisbaar. Zonder hun hulp zou ons plan niet zo goed zijn geworden en ook niet zo goed zijn ontvangen bij de specialisten in het ziekenhuis.'

Inhoudelijke afspraken

Inmiddels zijn er vanuit het VSV verschillende werkgroepen opgestart waarbij professionals uit de eerste en de tweede lijn bij elkaar komen om afspraken te maken over de behandeling van specifieke problemen. De werkgroep rondom de stuitligging bijvoorbeeld heeft tot resultaat gehad dat in bepaalde gevallen de stuitligging in de eerste lijn behandeld wordt in plaats van in het ziekenhuis. Daarnaast werden er afspraken gemaakt over hoe te handelen in geval van calamiteiten.

Een andere werkgroep is bezig met de problematiek rondom zwangere vrouwen met overgewicht. 'We hebben in totaal tien onderwerpen die passen bij de regionale situatie en waarbij we met elkaar tot afspraken proberen te komen. Vaak zie je dat er landelijk wel protocollen zijn ontwikkeld op specifieke onderwerpen, maar die moeten dan nog een regionale vertaling krijgen die past bij onze specifieke situatie.'

Voordelen voor alle partijen

Het grote voordeel van het samenwerkingsverband is dat er nu veel meer eenheid in het handelen komt. Een goed voorbeeld daarvan is de afspraak over het inleiden van de geboorte bij gebroken vliezen. Sommige verloskundigen deden dat na vierentwintig uur, anderen na achtenveertig. 'Nu proberen we om tot één afspraak te komen waar iedereen zich aan houdt.'

Bij verloskundigen is er een grote behoefte aan duidelijkheid. 'Er is bijvoorbeeld wel een verloskundige indicatielijst, maar hoe moet die geïnterpreteerd worden? Door dit soort zaken met elkaar op te pakken en daar samen afspraken over te maken, creëren we die duidelijkheid.'

De cliënten merken in eerste instantie misschien niet zo heel veel van alle veranderingen, maar op de achtergrond verandert er heel wat. Door de eenduidige afspraken onder de verloskundigen, wordt de kwaliteit van het werk beter en constanter. 'Het kan niet zo zijn dat de ene verloskundige een totaal andere aanpak heeft dan de andere. Door samen afspraken te maken neemt de betrouwbaarheid en de kwaliteit van het werk toe.'

Innovatieprijs voor Verloskundig Centrum Nijmegen

Doordat verloskundigen zich vrij mogen vestigen en doordat het geboortecijfer daalt neemt de druk toe. Het wordt steeds moeilijker om een eigen praktijk draaiende te houden en dat betekent dat de verloskundigen een breder takenpakket moeten ontwikkelen. In de regio is dat gedaan door de oprichting van het Verloskundig Centrum Nijmegen (VCN), waar zwangere vrouwen terecht kunnen voor verschillende behandelingen, zoals een twintig-weken

echo en de combinatietest om te kijken of de foetus zich goed ontwikkeld. Het VCN is een joint venture van een coöperatie van acht verloskunde praktijken en de Stichting Huisartsenlaboratorium Oost (SHO). Verhoeven werkt een deel van haar tijd in het centrum als echoscopist. 'Het centrum bestaat ruim een jaar en is een groot succes. Het initiatief is in 2006 door collega-verloskundigen beloond met de STBN (Stichting ThuisBevalling Nederland) innovatieprijs.'

Het geheim van succes?

Er is in relatief korte tijd veel gebeurd in de regio en dat was vooral te danken aan het enthousiasme van een paar actieve leden. Toeval speelde daarbij ook een rol. 'We hebben de afgelopen jaren een aantal nieuwe verloskundigen in de regio gekregen en dat zorgde voor veel nieuwe energie.'

In de werkgroep VSV zaten vertegenwoordigers vanuit alle praktijken uit de kring plus verloskundigen uit praktijken die veel samenwerkten met de Nijmeegse ziekenhuizen. 'Zij zorgden voor een goede terugkoppeling naar hun achterban.'

Door met een klein groepje het werk te doen, bleef het overzichtelijk. 'Bovendien konden we dankzij FAST^{eerstelij}n goed onder woorden brengen wat wij nu eigenlijk wilden en waar we voor wilden staan. Dat en het feit dat we in de samenwerking steeds de inhoud van de zorg voorop stelden, maakt dit initiatief tot een succes.'

de kracht



Het Huisartsenteam in Etten-Leur

Dominiek Rutters is manager van Het Huisartsenteam, een samenwerkingsverband van vijftien zelfstandige praktijken met eenendertig huisartsen en ruim 82.000 patiënten in Brabant. Het collectief pakt veel initiatieven op rondom zorgvernieuwing en is in 2006 geaccrediteerd volgens de NHG praktijkstandaard. Een gesprek over de kracht van een collectief.

Gelijke geesten

Rutters: 'Toen de huisartsenposten werden opgericht, kwamen veel huisartsen hier in de regio elkaar tegen. Bij een aantal groeide het idee om meer samen te gaan werken. De huisartsen die een klik met elkaar hadden, zijn gestart met het samenwerkingsverband. Het zijn allemaal gelijkgezinde geesten die met elkaar de zorg voor de patiënten willen verbeteren.' Het verband bestaat op dit moment uit eenendertig huisartsen en wil op een natuurlijke wijze verder groeien. Er zijn twee toelatingseisen voor huisartsen die willen toetreden tot Het Huisartsenteam:

- NHG praktijkaccreditatie,
- Unanieme instemming door de huidige huisartsen.

Met name dat laatste is belangrijk om de eenheid binnen de groep te bewaren. 'Zo hou je de cultuur vast, dat is nodig om je verder te kunnen ontwikkelen. Je moet ook bereid zijn om een ander mee te laten kijken in jouw praktijk. Dat is voor sommige huisartsen een enorme mentaliteitsverandering.' Het Huisartsenteam is een erg actieve groep die veel dingen zelf oppakt. Overigens krijgen de huisartsen die veel tijd in (project)overleggen stoppen vacatiegeld uitgekeerd. 'Je moet dat zakelijk bekijken vind ik, als mensen ergens veel tijd in stoppen moet je ze daarvoor ook belonen.'

Accreditatie

Alle huisartspraktijken hebben in 2006 hun NHG praktijkaccreditatie gehaald. Het resultaat van een gezamenlijke inspanning, ondersteund door een adviseur van Zee-bra.

'Zo'n proces dwingt je om de sterke en zwakke punten van je eigen praktijk in beeld te brengen en om op een structurele manier na te denken over de verbetering van de kwaliteit van je werk. Er is namelijk altijd iets te verbeteren.' Ondersteuning bij dit proces was noodzakelijk. 'Voor een huisarts is het

moeilijk om op een andere manier naar zijn eigen praktijk te kijken en de uitkomsten daarvan te vertalen in een verbeterplan. De meesten kennen het begrip SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Resultaatgericht, Tijdgebonden) niet eens. Het was erg prettig om daarin de ondersteuning van een adviseur van Zee-bra te krijgen.'

Op basis van de verbeterplannen 2007 zijn nu alle praktijken bezig met specifieke onderwerpen als diabetes mellitus, COPD, voorraadbeheer, privacy, hart- en vaatziekten, etc.

In korte tijd zijn alle praktijken geaccrediteerd, dat is een behoorlijke prestatie en is mede te danken aan de harde deadline die werd gesteld. 'We hebben de accreditatie gekoppeld aan een congres waar de certificaten uitgereikt zouden worden. Het zou dan wel heel jammer zijn als je daar niet bij kon zijn. Dat heeft waarschijnlijk wel geholpen in het proces.'

Diabeteszorg

Zorgverzekeraar CZ heeft met Het Huisartsenteam een DBC afgesloten. Dit is een project dat wordt uitgevoerd onder begeleiding van het Huisartsenlaboratorium SHL en houdt in dat met de zorgverzekeraar proces-, structuur- en resultaatsafspraken zijn gemaakt over de diabeteszorg die Het Huisartsenteam als groep levert. 'Het Huisartsenteam krijgt daarvoor als collectief één zak geld waarvoor we alles moeten doen, zelf zorgdragen voor de betalingen van de huisartsen, de diëtisten, alle laboratoriumonderzoeken, de projectleider, de uitvoer van de gehele administratieve afhandeling, de opzet en inrichting van een databank, etc. We hebben dit alles ondergebracht in een BV.'

Online bereikbaarheid

Een ander groot project van Het Huisartsenteam is de bereikbaarheid. 'Dat is altijd een belangrijk issue voor patiënten en artsen. We zijn aan het experimenteren met het vergroten van onze online bereikbaarheid. Op onze website staat een aantal online diensten, zoals herhaalrecepten, afspraken maken en e-consult. Met name dat laatste is een bijzonder experiment. Via een beveiligde verbinding kunnen patiënten een vraag stellen aan hun huisarts. We checken of de patiënt ook daadwerkelijk als patiënt bij de huisarts is ingeschreven. De huisarts krijgt een bericht dat er een vraag voor hem is. Die kan deze in zijn eigen tijd beantwoorden. Hij kan de NHG patiëntbrieven toevoegen als bijlage. De patiënt krijgt een berichtje als zijn vraag beantwoord is en kan dat antwoord op een beveiligd deel van de site lezen.'

Rol van de manager

Per week heeft Rutters vierentwintig uur om Het Huisartsenteam aan te sturen. Daarin bereidt zij de vergaderingen voor, handelt ze de afspraken af en voert ze projecten uit. 'Als het goed is, verdient een manager zichzelf terug. Mijn toegevoegde waarde is dat ik de projecten waar extra financiering voor te krijgen is kan uitvoeren. Het is noodzakelijk dat iemand de interdisciplinaire samenwerking coördineert. Ik neem zo een hoop werk uit handen, dat de artsen anders zelf hadden moeten doen.'

De kracht van het collectief ligt dus ook in een goed management van dat collectief.



het behandel plan

Samenwerking eerste en tweede lijn bij revalidatie heuppatiënten

Vanuit hun jarenlange ervaring met revalidatie van heuppatiënten ontstond – op een verjaardagsfeestje – het idee om een ketenzorg project op te zetten. De vrienden Hans Welp en Bart Goosen, beide vrijgevestigd fysiotherapeuten in Breda Noord, trekken het project.

Ziekenhuisverleden

‘Wij kennen elkaar vanuit het Van Dam Ziekenhuis in Rotterdam. Daar werkten we allebei als revalidatiefysiotherapeut. De werkwijze daar was heel goed. We werkten samen met de orthopeed wanneer een patiënt een nieuwe heup kreeg. Samen bepaalden we het beleid en we liepen gezamenlijk de ronde om de patiënten te zien. Er was erkenning voor de eigen rol en expertise van de fysiotherapeut. Toen we in de eerste lijn gingen werken, merkten we dat de samenwerking een stuk lastiger was. Er is wel overleg tussen de verschillende disciplines, maar dat is vaak op stoornisniveau, er wordt te weinig naar de context van de patiënt gekeken. Op Barts verjaardag heb ik gezegd. “En nu gaan we dat probleem eens goed aanpakken.”’

Plannen

Er werd een initiatiefgroep gestart met een huisarts, een ergotherapeut en de twee fysiotherapeuten. Het eerste idee was om, in het verlengde van de revalidatiecentra, een multidisciplinair behandelcentrum op te richten, maar dat plan bleek te ambitieus. Gaandeweg verschoof de focus naar het realiseren van goede ketenafspraken rondom de revalidatie van heuppatiënten. In 2005 werd Zee-bra benaderd voor de ondersteuning.

‘We moesten zelf ons subsidievoorstel schrijven. Zee-bra begeleidde ons daarbij. Het schrijven viel erg tegen. Het plan is vaak heen en weer gegaan omdat we de ambtelijke taal niet goed onder de knie kregen.’ Uiteindelijk is in 2006 het projectvoorstel ingediend en werd begin 2007 de subsidie toegekend, een kwart van het gevraagde bedrag.

Een gezamenlijk behandelplan

‘We merkten dat de fysiotherapeuten heel verschillend omgaan met heupklachten. Er was geen unaniem beleid. Bovendien was er een groot verschil in de patiëntenvoorlichting en gingen de fysio's heel anders om

met de revalidatie van heuppatiënten. Wat wij willen is dat er één advies en één behandelplan komt, en één hoofdbehandelaar. Per patiënt wordt gekeken wie de hoofdbehandelaar moet zijn. Bovendien moet alles in één dossier worden vastgelegd, waar alle professionals in werken. Op die manier voorkom je tegenstrijdige adviezen en dubbel werk.' Het behandelplan wordt een web-based applicatie waar de verschillende behandelaars hun deel in kwijt kunnen. ICT is dus een belangrijke factor in het project.

Onderzoek

Voor het eind van 2007 moet dit deel gerealiseerd zijn. Zoals altijd lijkt dat heel simpel, maar is dat het niet. Eerst moeten alle behandelaars met dezelfde anamnese gaan werken. Om dat te bereiken moet er eerst wetenschappelijk onderzoek gedaan worden, om op die manier de vragenlijst en de behandelijst te kunnen valideren.

Gehele zorgketen in beeld

Er werd ook contact gelegd met BIOMET, een firma die heupprothesen maakt. Zij hebben een voorlichtingsprogramma voor patiënten die een operatie ondergaan en werken met een digitaal dossier voor de orthopeden. Ze hebben interesse in het project en werken mee om te bepalen wanneer een patiënt naar het ziekenhuis moet voor een nieuwe heup en hoe de revalidatie het beste kan verlopen. Op deze manier is de gehele zorgketen in beeld, van de mogelijkheden voor valpreventie vóór de ziekenhuisopname tot en met de revalidatie in de thuissituatie.

Stereotypen doorbreken

Dit soort samenwerkingsverbanden is moeilijk, omdat iedere professional een stapje terug moet doen en zich op moet stellen als onderdeel van een keten. Dat betekent dat een individuele professional een stukje van zijn eigen identiteit en 'belangrijkheid' moet opgeven. Een aantal fysiotherapeuten vindt dit initiatief bovendien bedreigend, zij zien het als een vorm van concurrentie. 'Tijdens de vergaderingen over het project hebben we gemerkt dat het belangrijk is dat de verschillende professionals van elkaar leren welke expertise ze nu hebben. Vaak hebben ze stereotype beelden van elkaar, die tijdens dit soort bijeenkomsten worden doorbroken. Er ontstaat meer respect voor de andere disciplines. Een zichtbaar effect is dat de huisartsen nu meer mechanische klachten doorsturen naar de fysiotherapeuten.'

Wederzijdse afhankelijkheid

Het project moet zichzelf nog gaan bewijzen, er moet nog een hoop gebeuren, maar de beide fysiotherapeuten geloven er heilig in.

‘Dit soort samenwerking heeft de toekomst. Als de heup af is gaan we door met de knie en de schouders. Er valt nog zoveel winst te behalen. Met de toenemende marktwerking is het nodig om je te specialiseren én om een onderdeel van een keten te zijn. De specialist moet weer een systeemdenker worden, waarbij erkenning is voor het specialisme van de ander en de wederzijdse afhankelijkheid. Zodra dat bereikt is, zien we de samenwerking als geslaagd. Er is genoeg werk voor ons fysiotherapeuten, kijk maar naar de vergrijzing. Voorlopig zullen we niet stil zitten.’

Tips

- Een lange adem en enthousiasme zijn nodig om dit soort projecten van de grond te trekken. Beiden hebben er al heel veel vrije uren in zitten, maar toch gaan ze door.
- Probeer niet te snel te gaan, want dit soort processen kosten heel veel tijd.
- Durf te dromen van een groot doel.
- Geniet van het proces, ook al haal je het einddoel niet. En blijf erover praten, op die manier komen er de meest onverwachte dingen op je pad die je kunnen helpen om je droom te realiseren.
- Maak duidelijke afspraken over ieders bijdrage en probeer niet alles zelf te doen. Ken je eigen grenzen en schakel anderen in voor de dingen die je niet zelf kan.

prag- matisch



GGZ preventie in Zeeland

Auktje Reiffers werkt al jaren in de eerste lijn, onder andere als beleidsmedewerker bij de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). De veranderingen in de ondersteuning van de huisartsen heeft ze dan ook van dichtbij meegemaakt. Sinds een aantal jaren is Reiffers betrokken bij de oprichting van twee coöperaties (in Veere en Zorggroep Walcheren). Op dit moment begeleidt zij een project waar de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt geïntegreerd in de huisartsenpraktijken.

Leuren met patiënten

De GGZ in Zeeland liet te wensen over. Huisartsen kregen veel patiënten op hun spreekuur die ze eigenlijk wilden doorverwijzen naar een GZ psycholoog, het maatschappelijk werk of een GGZ-verpleegkundige. Maar onder meer vanwege de chronische onderbezetting – met name bij de kinder- en jeugdpsychologie – waren de wachtlijsten bij de regionale instellingen flink. Er kwam teveel op het bordje van de huisartsen terecht. Reiffers: ‘Als een huisarts op vrijdagmiddag een meisje binnenkrijgt met suïcidale neigingen en die moet daarmee gaan leuren bij verschillende instellingen dan is dat niet goed. Daar moest verandering in komen.’

Detacheringsconstructie

Om de bovenstaande problemen op te lossen is ervoor gekozen om via detachering van verschillende functies binnen de huisartsenpraktijk de lijnen naar de GGZ instellingen te verkorten. Daar waar niet een professional gedetacheerd kon worden, zijn de GGZ medewerkers in dienst gekomen van de Veersche Huisartsen coöperatie. Twee maatschappelijk werkers, die samen voor 1 fte vanuit de regionale zorginstelling Zorgstroom beschikbaar werden gesteld, houden spreekuur in de verschillende huisartsenpraktijken in de gemeente Veere. En de assistenten van de huisartsen kunnen direct patiënten bij de GGZ medewerkers inboeken.

Verder heeft de coöperatie een kinder- en jeugdpsycholoog in dienst genomen. ‘Omdat we niet meer dan een jaarcontract konden aanbieden, is er met de directeur van een GGZ instelling de afspraak gemaakt dat zij haar contract overnemen wanneer de financiering stopt. Zo bied je perspectief voor iemand en kan je mensen vasthouden.’ Daarnaast is een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV'er) geplaatst bij de huisartsen. De SPV'er vormt een koppel met de jeugd- en kinderpsycholoog. Tenslotte is er een SPV'er in dienst

die zich vooral richt op de volwassenzorg. De lichte problematiek komt eerst bij de SPV'er en kan eventueel doorgestuurd worden naar de psycholoog. Tot slot wordt er samengewerkt met een vrij gevestigde GZ psycholoog die tevens psychotherapeut is.

De SPV'er wordt betaald via een opslag op het huisartsentarief. De psychologen declareren hun consulten bij de verzekeraar. De maatschappelijk werkers worden via de gemeente betaald.

De huisvesting wordt gehuurd van de huisartsen zelf en is waar nodig aangepast. 'We huren ergens een bovenverdieping van een praktijk, die moesten we goed bereikbaar maken voor de patiënten.'

Ten behoeve van de coördinatie is er één keer in de twee weken een overleg als GGZ team en één keer in de maand een casusoverleg met de verschillende professionals. Daarnaast is er een basisverwijsformulier ontwikkeld ten behoeve van rapportage en terugkoppeling aan de huisarts. De functionele aansturing van de medewerkers gebeurt door de senior psycholoog samen met een huisarts. Het grote voordeel van de detacheringsconstructie is dat de professionals niet het contact verliezen met hun eigen organisatie. Die kunnen ze blijven raadplegen.

(Gemiste) kansen

Het project is tot nu toe goed verlopen, maar Reiffers ziet nog wel kansen die nog niet zijn benut. 'Ik mis een onderzoek naar de daadwerkelijke zorgvraag in de regio. Wij wilden dat wel bij de start van het project doen, maar bij verschillende instanties (ZonMw, VWS, Roosevelt Academie, Julius Centrum voor gezondheidszorg) was er geen budget beschikbaar voor een dergelijk onderzoek. Eigenlijk zou je dat vooraf moeten regelen, maar dat is ons niet gelukt.'

In de toekomst ziet Reiffers veel mogelijkheden voor een praktijkondersteuner GGZ binnen de huisartsenpraktijk. Deze kan een belangrijke rol spelen bij de zorg voor chronische patiënten met psychische en psychosociale problemen en zo veel druk wegnemen bij de huisarts. Daarnaast ziet ze veel mogelijkheden voor de ICT toepassingen.

'Binnen het HIS (Huisartsen Informatie Systeem) zou je aparte bladen moeten maken voor de verschillende professionals, in plaats van allemaal je eigen systeem en je eigen rapportages te maken.' In de toekomst is er uiteraard ook uitbreiding van het project mogelijk. 'Op dit moment worden overal in Nederland de Centra voor Jeugd en Gezin opgezet. Die kunnen een rol gaan

spelen in de psychosociale problematiek van kinderen waarbij ook uitbreiding naar het schoolmaatschappelijk werk tot de mogelijkheden behoort. In het laatste kwartaal van 2007 worden de afspraken met Bureau Jeugdzorg nader uitgewerkt.'

Versnelling

Als adviseur kende Reiffers de meeste spelers in de regio en kon ze haar netwerk gebruiken om het project van de grond te trekken. Van idee naar realisatie heeft het ongeveer een jaar gekost, waarbij ze er gemiddeld een halve dag in de week mee bezig was. Ook huisarts Rullens en de vrij gevestigde psycholoog De Jong hebben menig uur in de voorbereiding gestopt. Daardoor kon het project versneld van de grond komen. Zee-bra heeft zich hard gemaakt voor een projectfinanciering via Robuust. En dat is ook gelukt.

reflectie

Dynamiek in de eerste lijn: een beschouwing

Michael van den Berg en Dinny de Bakker, NIVEL

De afgelopen jaren zien we een groeiend aantal initiatieven en projecten in de eerstelijns zorg, soms kleinschalig, soms grootschalig, maar steeds gericht op verbetering en vernieuwing van de zorg. Of het nu om huilbaby's gaat, om het behandelen van depressies, om beweegprogramma's dan wel de zorg in verzorgingshuizen, steeds blijkt de kwaliteit van zorg voor de gebruiker het vertrekpunt.

Op het eerste gezicht lijken deze initiatieven heel divers. Maar wie beter kijkt, ziet vooral overeenkomsten. In Zuid-Nederland is de afgelopen tijd 'beter gekeken' naar een aantal goede initiatieven in de eerstelijns zorg. Deze staan beschreven in de verhalen in dit boek. Als we de overeenkomsten in deze verhalen zouden moeten samenvatten in één woord, dan is dat samenwerking. In alle initiatieven en projecten zien we het besef dat je samen meer bereikt dan alleen. Dat klinkt logisch, maar dat samenwerkingsverbanden van de grond komen is niet altijd vanzelfsprekend. De meeste zorgverleners zijn immers professionals met uitgesproken ideeën, opvattingen en visies. Zij houden er van zelfstandig beslissingen te nemen en hun eigen koers te varen.

Waarom neemt juist nu de samenwerking zo'n vlucht? Omdat, zoals in het eerste hoofdstuk van dit boek al werd benoemd, de samenleving in hoog tempo verandert. De bevolking vergrijsst, de zorgvraag neemt toe, en we zijn met zijn allen anders gaan aankijken tegen de gezondheidszorg. Niet het aanbod, maar de patiënt moet centraal staan. Zorgverleners spelen in op deze ontwikkelingen en veranderen zelf ook mee. Op de redenen om samen te werken gaan we hieronder wat dieper in.

Verschillende partijen zijn in de afgelopen jaren gekomen tot een gemeenschappelijke toekomstvisie op de eerstelijns zorg. In 2004 tekenden negen landelijke koepelorganisaties van eerstelijns zorgaanbieders, Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie en het ministerie van VWS een intentieverklaring voor het versterken van de eerstelijns zorg. Er werd een Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE) opgericht. De initiatieven zoals in dit boek beschreven zijn goede voorbeelden van hoe deze ideeën rondom een sterke eerstelijns zorg handen en voeten hebben gekregen in de praktijk.

Welke conclusies kunnen we trekken uit deze inspirerende voorbeelden? Wat kunnen we er van leren? Hieronder vatten we de belangrijkste bevindingen samen. We beginnen bij het begin: hoe komen projecten tot stand en wie nemen er initiatief? Vervolgens gaan we in op wat men zoal tegenkomt in het traject waarin een samenwerkingsinitiatief tot stand komt.

De succesfactoren, de 'hobbels' die genomen moeten worden. Tot slot beschrijven we een aantal belangrijke uitdagingen voor de eerstelijns zorg van de toekomst.

Aan de slag

Er is een groot aantal beleidsdocumenten, visies en adviezen verschenen over de versterking van de eerstelijns zorg. Deze hebben soms tot concrete maatregelen geleid. Maatregelen die vooral voorwaardenscheppend zijn. Minister Klink noemt er daar een aantal van in een recente brief aan de Tweede Kamer (3 september 2007), deze maatregelen hebben vooral betrekking op aanpassingen in de bekostigingssystematiek. Maar natuurlijk krijgt de versterking van de eerstelijns zorg pas echt vorm wanneer zorgverleners en andere partijen zoals zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties daadwerkelijk initiatieven ontplooiën en aan de slag gaan.

Goede ideeën en initiatieven om problemen in de eerstelijns zorg aan te pakken komen vaak niet tot stand aan de vergadertafel. Ze ontstaan tijdens ontmoetingen tussen zorgverleners, soms op de werkvloer, soms op verjaardagsfeestjes of tijdens de borrel na afloop van een congres. Gedreven professionals spreken met elkaar over hun vak, herkennen problemen waar ze mee worden geconfronteerd en besluiten er samen iets aan te doen.

Er zijn veel mogelijke redenen om samen te werken. Deze kunnen we indelen in drie groepen:

- 1 Er is een groep patiënten die met verschillende zorgverleners te maken heeft. Denk bijvoorbeeld aan patiënten die revalideren of mensen met chronische ziekten. Deze patiënten hebben er een groot voordeel bij wanneer al die zorgverleners van elkaar weten wat ze doen, hun zorg op elkaar afstemmen en bijvoorbeeld samen een dossier bijhouden. Het geheel is in zo'n geval meer dan de som der delen. Samen werken de zorgverleners aan ketenkwaliteit. Zoals de jonge professionals in Weert: als de ergotherapeut met een afasie-patiënt oefent met schrijven, gebruikt vervolgens de logopedist dezelfde woorden met spreken. De verschillende vormen van zorg vullen elkaar niet alleen aan, maar versterken elkaar ook. Dit geldt ook voor andere voorbeelden uit dit boek zoals de zorgverleners die betrokken zijn bij de revalidatie van heuppatiënten in Breda, de behandeling van mensen met een depressie in Tilburg en het gezondheidscentrum de Parade in Eindhoven.
- 2 Zorgverleners kampen met ruimtegebrek of andere praktische problemen. Ze besluiten dan samen een pand te delen, maken afspraken met aannemers en maken gebruik van dezelfde faciliteiten. Zoals de huisartsen en

de apotheek in Nijmegen en de zorgverleners in Someren. Door de krachten te bundelen is het vaak gemakkelijker om bijvoorbeeld dure apparatuur aan te schaffen of mensen in dienst te nemen voor ondersteunende taken. Zoals de verloskundigen in Nijmegen en in Zuid-Limburg, beide groepen hebben een echo-apparaat aangeschaft en een echoscopist in dienst genomen.

- 3 Steeds meer worden zorgverleners geacht te concurreren, te onderhandelen en zich te onderscheiden in de markt. Als samenwerkingsverband sta je als onderhandelingspartner sterker met bijvoorbeeld zorgverzekeraars en als concurrent én samenwerkingspartner van de tweede lijn. Zoals we zagen bij de kinderfysiotherapeuten in Den Bosch, de oefentherapeuten in Breda, de huisartsen in Limburg en de fysiotherapeuten in oostelijk Zuid-Limburg.

Dat zorgverleners hun krachten willen bundelen is dus begrijpelijk en logisch. Dat dit ook daadwerkelijk gebeurt, is minder vanzelfsprekend. Veel zorgverleners zijn zich wel bewust van problemen rondom ketenzorg maar de dagelijkse realiteit is dat de wachtkamers vol zitten en patiënten moeten worden geholpen. En als dat is gebeurd, is er nog al het andere werk dat moet worden gedaan: bij- en nascholing, overleg, de administratie. De mensen die de kar trekken bij vernieuwende initiatieven en projecten werken hieraan vaak buiten werktijd, 's avonds en in de weekenden.

Hobbels

Er zijn veel hobbels te nemen en daarom is het handig een externe procesbegeleider te hebben. Bij de ROS'en werken adviseurs die als dergelijke procesbegeleiders ingezet kunnen worden bij (onder andere) samenwerkingsinitiatieven, zoals we ook hebben kunnen lezen in de diverse verhalen in dit boek. Natuurlijk heeft het feit dat zorgverleners zelf initiatieven ontplooiën grote voordelen; zij weten namelijk het beste wat er speelt, kennen de wereld van de zorg en zijn inhoudelijk als geen ander in de materie ingevoerd. Echter, vaak krijgen ze te maken met allerlei zaken waar ze geen ervaring mee hebben.

Er moeten ondernemingsplannen worden geschreven en subsidies worden aangevraagd, men moet zich verdiepen in wet- en regelgeving en er moet overlegd worden met externe partijen zoals de gemeente. Bovendien ontmoeten men, ondanks alle goede bedoelingen ook weerstand en argwaan, bijvoorbeeld van collega's of ander zorgverleners die zich niet kunnen vinden in de nieuwe werkwijze.

Voorbeelden van hobbels die naar voren kwamen in de samenwerkingsinitiatieven zijn:

- Gebrek aan kennis over financiële en juridische zaken.
- Weerstand, wantrouwen en argwaan van de omgeving (collega's, andere zorgverleners, de tweede lijn).
- Concurrerende belangen, 'domeindenken' (verschil van inzicht over tot wiens domein bepaalde onderdelen van de zorg behoren).
- Het ontbreken van subsidies.
- Het ontbreken van 'betaalde' tijd.

Het zijn veelal zaken die op te lossen zijn, maar waar veel tijd en energie in gaat zitten. Tijd en energie die ook nodig is voor de dagelijkse patiëntenzorg. Voor het welslagen van het project is het van belang dat er tijd en geld wordt vrijgemaakt voor organisatorische zaken en dat waar mogelijk externe hulp wordt ingeschakeld zoals procesbegeleiders. Dat is de moeite waard, want op termijn hebben zowel zorgverleners als patiënten daar baat bij.

Succesfactoren

Wat maakt samenwerking succesvol? We kunnen een samenwerkingsinitiatief als succesvol beschouwen als het betere, goedkopere en/of beter georganiseerde zorg oplevert. Er lijkt geen 'recept' te zijn om een samenwerkingsinitiatief succesvol te maken. Veel factoren die bijdragen aan succes liggen namelijk ook op het persoonlijke vlak zoals een persoonlijke 'klik' tussen de initiatiefnemers, hun inzet en volharding. Veel hangt af van degenen die 'de kar trekken'. Dit blijkt uit veel van de verhalen in dit boek.

'Kartrekkers' van geslaagde initiatieven zijn enthousiast, bevlogen en geloven in hun idee. Als het nodig is zijn ze zakelijk en ondernemend en zij hebben het vermogen om draagvlak te creëren voor samenwerking. Als het moet, durven zij risico's te nemen en ongeëffende paden te betreden. Daarbij blijkt een procesbegeleider/adviseur nuttig te zijn, iemand die mensen bij de les houdt, zorgt dat afspraken worden gemaakt en nagekomen, zorgt dat alle belangrijke zaken besproken worden, etc.

Uiteindelijk moeten de zorgverleners het samen doen. Een gezamenlijk doel, missie, visie en vertrouwen zijn daarbij onontbeerlijk.

Dilemma's en uitdagingen

De veranderingen die momenteel gaande zijn in de gezondheidszorg in het algemeen en in de eerstelijns zorg in het bijzonder brengen dilemma's met zich mee, of liever gezegd nieuwe uitdagingen. Op drie daarvan gaan we kort in:

Behoud van een persoonlijke benadering in een gevarieerde eerste lijn

Vroeger was eerstelijns zorg vooral een zaak van de huisarts en de wijkzuster. In de loop der jaren is de eerste lijn steeds breder en gevarieerder geworden. Er is een groter aantal disciplines voor een specifiek deel van de zorg, denk aan praktijkondersteuners, verloskundigen, fysiotherapeuten, etc. Vanuit kwaliteitsoogpunt zijn daar goede argumenten voor: patiënten krijgen vaak meer tijd en aandacht en de huisarts, die het doorgaans druk heeft, kan zich richten op de zaken waarvoor echt een arts nodig is. De steeds verder gaande taakherschikking en taakdelegatie brengt echter ook weer een nieuwe uitdaging met zich mee. Handelsmerken van de eerstelijns zorg zijn van oudsher immers de persoonlijke benadering, de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener en daarmee de continuïteit van zorg. Nu patiënten steeds meer verschillende zorgverleners zien, vergt het veel inspanning en afstemming om dit van oudsher sterke punt van de eerste lijn te handhaven.

De 'klassieke' solistisch werkende huisartsen die samen met hun assistentes alle zorg voor pakweg 2.500 patiënten op zich namen, mogen ouderwets lijken, in de hoofden van deze huisartsen zat en zit vaak veel achtergrondkennis over hun patiënten. Zij wisten vaak waar en hoe de patiënt woonde, uit wat voor gezin hij kwam, wat voor werk hij deed, etc. Het is de uitdaging voor zorgverleners in de eerste lijn om die persoonlijke benadering te behouden. Dat kan door goede afspraken te maken, veel met elkaar af te stemmen, en zelfs door samen een centraal dossier bij te houden.

Ketenzorg en autonomie

Het is in het belang van patiënten dat zorgverleners zich meer opstellen als onderdeel van een keten. Tegelijkertijd vraagt dit vaak om het opgeven van een stukje professionele autonomie en wellicht het uit handen geven van een deel van de zorg. Voor professionals die gewend zijn zelfstandig te werken is dat vaak moeilijk. Soms kan dat zelfs leiden tot een domeinstrijd. Professionals hebben allemaal de intentie kwalitatief goede zorg te leveren, maar zijn gewend dat op hun eigen manier te doen. Ondertussen is er de patiënt die niet steeds opnieuw zijn verhaal wil vertellen en eenduidige adviezen wil. Bovendien blijkt dat zorg kwalitatief beter wordt als de verschillende onderdelen elkaar aanvullen en versterken.

Globaal kunnen we de samenwerkingsverbanden verdelen in monodisciplinaire en multidisciplinaire initiatieven. Bij monodisciplinaire samenwerkingsverbanden spelen veelal praktische en strategische overwegingen een rol.

De hierboven geschetste spanning speelt hier wellicht minder. In de eerste plaats omdat de samenwerking minder raakt aan de directe patiëntenzorg. In de tweede plaats omdat men meer dezelfde taal spreekt.

Multidisciplinaire samenwerking die veelal is georganiseerd ter versterking van ketens vergt vaak een uitvoerige afstemming over de inhoud van de zorg; wie moet wat doen? Domeindiscussies zullen zich hier vaker voor doen.

Mogelijk verklaart dit verschil dat monodisciplinaire samenwerkingsverbanden zoals groepspraktijken, bijvoorbeeld van verloskundigen, fysiotherapeuten of huisartsen, in de eerstelijns zorg ook al veel algemener zijn geworden.

Samenwerking versus concurrentie

Patiënten hebben belang bij een goede samenwerking. De zorg moet georganiseerd zijn rond de patiënt. Tegelijkertijd wordt er steeds meer marktwerking geïntroduceerd, zorgverleners worden aangemoedigd zich op te stellen als ondernemer en met elkaar te concurreren. Deze marktprikkels stimuleren zorgverleners wel om zich te onderscheiden in kwaliteit maar maken het lang niet altijd rationeel om een deel van de zorg (ofwel markt) uit handen te geven. Samenwerken en concurreren verhouden zich moeizaam tot elkaar en goed ondernemerschap is niet primair gericht op het dienen van publieke doelen, maar eerder op het realiseren van de doelen van de eigen organisatie.

Uiteraard kunnen ondernemerschap en samenwerken ook heel goed samengaan, bijvoorbeeld als zorgverleners zich verenigen in ondernemingen. Het is echter aannemelijk dat samenwerking in de toekomst alleen goed van de grond komt als het mes aan twee kanten snijdt. Het belang van de patiënt is belangrijk, maar het belang van de onderneming ook.

Tot slot

En de toekomst? In de toekomst is alle zorg georganiseerd rond de patiënt, sluiten de verschillende onderdelen van de zorg naadloos op elkaar aan, behoort domeinstrijd tot het verleden en levert een sterke eerste lijn alleen nog excellente zorg. Zo zouden we het graag zien, maar dat zal waarschijnlijk ook deels een ideaal blijven. En de velen die in dit boek de revue passeerden brengen dat wellicht een stukje dichterbij. Het zijn goede voorbeelden die anderen weer kunnen inspireren.

De reden dat deze projecten als goede voorbeelden zijn aangemerkt, is niet omdat ze 'bewezen effectief' zijn in wetenschappelijke zin. Het zijn goede

voorbeelden omdat ze laten zien dat er hard en met betrokkenheid gewerkt wordt aan versterking van de eerstelijns zorg. Natuurlijk verdient dit alle lof, maar om het hierboven geschetste ideale scenario dichterbij te brengen, moet ook kritisch worden gekeken naar nieuwe ontwikkelingen.

Is de verandering ook een verbetering? Vanuit de kant van zorgverzekeraars en patiënten zal steeds vaker gevraagd worden aantoonbaar te maken dat er kwalitatief goede zorg wordt geleverd. Er zal dan ook moeten worden geïnvesteerd in onderzoek naar effecten. Welke kwaliteitswinst wordt er geboekt? En weegt deze winst op tegen investeringen die zijn gedaan? Hierbij valt te denken aan het meten van patiëntervaringen, maar ook bijvoorbeeld aan het meten van ontwikkeling in klinische parameters of aan doelmatigheidsonderzoek. Ook voor zorgverleners levert dat nuttige informatie op, want het maakt duidelijk waarom bepaalde werkwijzen navolging verdienen en anderen niet.

Meer informatie

Robuust

Le Sage ten Broeklaan 11
5615 CP Eindhoven
tel. (040) 294 99 77
www.rosrobust.nl

De ROS'en:

Beyaert

Gaetano Martinolaan 75
6229 GS Maastricht
tel. (043) 387 43 36
www.stichtingbeyaert.nl

FASTeerstelijjn

Le Sage ten Broeklaan 11
5615 CP Eindhoven
tel. (040) 294 99 84
www.fasteerstelijjn.nl

ROSE-Phoenix

Locatie ROSE Noordoost-Brabant
Geert Grootestraat 31
5216 HV 's-Hertogenbosch
tel. (073) 612 93 54
www.rose-phoenix.nl

ROSE-Phoenix

Locatie Phoenix
Lage Witsiebaan 2a
5042 DA Tilburg
tel. (013) 594 81 33
www.rose-phoenix.nl

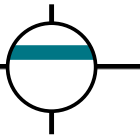
Zee-bra

Trivium 76, 4e verdieping
4873 LP Etten-Leur
tel. (076) 502 56 65
www.zee-bra.nl

ROBUUST
ondersteuning eerstelijns gezondheidszorg Zuid-Nederland

Beyaert

ondersteuning eerste lijn
zuid en midden limburg



fast

Facilitair Steunpunt
Eerstelijns

van en voor de eerste lijn

**rose-
phoenix**



ZEEBRA
Ondersteuning Eerstelijns Zuid-West Nederland

Colofon

Uitgave Robuust

Concept & Interviews

Joost Kadijk, New Shoes Today

Concept, ontwerp & beeldredactie

Maryam Afshar Lahoori, Tangerine

Eindredactie Robuust, Pascale Voermans &

Xandra Nibbeling

Fotografie Thijs Wolzak & Tangerine

ISBN/EAN 978-90-9022415-2

Robuust

Le Sage ten Broeklaan 11, 5615 CP Eindhoven

T (040) 294 99 77 E info@rosrobust.nl

www.rosrobust.nl