

deDokter

LEDENBLAD VAN DE LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING

#3
MEI 2019

Met
begrip én
grenzen de-
escaleren



‘Frustratie en agressie vragen om verschillende benadering’

Ondersteunend team
Verpleegkundig
specialist, ook in uw
praktijk?

Vijf vragen
Gegevens uitwisselen
met het ziekenhuis

Handreiking kwaliteit
‘Je werk verbeteren
hoeft geen extra tijd te
kosten’





seres® Countus Seres
accountants+adviseurs

Samen beter voor de ondernemende huisarts

De onafhankelijke adviseur voor huisartsen

Als huisarts bent u ondernemer in de zorg. In welke situatie u ook zit, u moet regelmatig beslissingen nemen die financiële gevolgen hebben. Een betrouwbare partner kunt u daar wel bij gebruiken.

De adviseurs van Countus Seres zijn experts op fiscaal, juridisch en financieel gebied en kunnen u adviseren en begeleiden bij de start van uw praktijk, bij de uitdagingen en vragen waar u als praktijkhouder tegen aan loopt en bij de overdracht van uw praktijk.

Wilt u meer weten over onze dienstverlening en expertise, neemt u dan contact op met een van onze adviseurs via 0317 41 91 35, of mail naar info@seres.nl.

www.seres.nl

**VAN DER SCHOOT
ARCHITECTEN
bv BNA SCHIJNDEL** Al 40 jaar
gespecialiseerd!



Bent u op zoek naar een betrouwbare Architect, gespecialiseerd in Huisartsenpraktijken, Gezondheidscentra, AHOED en Apotheek(houdend)?

Nieuwbouw, verbouw, renovatie, restauratie, interieur, exterieur, casco, turn-key, installaties

Koop- of huurcontract, vergunningen, bouwmanagement, toezicht, directievoering, aanbesteding, budgetbewaking, controle, oplevering

Geïntegreerd ontwerp, hoogst mogelijke kwaliteit, voor elk budget dienstverlenend, onafhankelijk, integriteit en ontzorgd

Neem contact op met ir. Gijs Jan van der Schoot
Info@vanderschootarchitecten.nl T + 31 (0)73 54 93 841

www.VanderSchootArchitecten.nl

WIJ BEGRIJPEN UW ZORG!

Bent u huisarts, praktijkmanager of waarnemer en...

- Bent u op zoek naar ondersteuning op het gebied van praktijkmanagement?
- Bent u op zoek naar meer info / kennis over praktijkorganisatie?
- Bent u op zoek naar een praktijkmanager of opleiding voor uw praktijkmanager?

Dan bent u bij ons op de juiste plek.

Praktijkmanagement

- Werving & selectie
- Opleiding en coaching on the job
- Detachering

Flexibele ondersteuning

- Scans en doorlichtingen
- Declareren, contracteren en analyseren
- Begeleiding accreditatie
- Handige tips & tools voor onze abonnee's



**EERSTELIJNS
SERVICEPUNT**

Ook toe aan rust en overzicht na uw vakantie?

Wij geloven dat het mogelijk is zorgeloos verantwoordelijk te zijn voor de dagelijkse praktijkvoering door Praktisch PraktijkManagement

PRAKTISCH PRAKTIJKMANAGEMENT

www.eerstelijnservicepunt.nl | info@eerstelijnservicepunt.nl | 040 304 15 17

Ella Kalsbeek

column

Als de druk toeneemt...

De werkdruk voor u allen is in de afgelopen jaren enorm gestegen. Dit hebben we in dit blad vaak genoeg belicht. Evenals de lastige zoektocht naar mogelijke verlichting van het huisartsenwerk en oplossingen voor grote vraagstukken als huisartsentekorten en arbeidsmarktproblemen. Gemakkelijke oplossingen zijn er niet, terwijl de urgentie alleen maar toeneemt. In de afgelopen weken werd nog eens pijnlijk duidelijk hoe groot de urgentie intussen is, en onder welke druk u uw werk doet. Miscommunicatie over het recent aangekondigde plan van aanpak van de huisartsentekorten van VWS en LHV leidden in enkele dagen tijd tot een stroom aan reacties van leden. Ik ben daar blij mee. Dat klinkt misschien gek, maar zo'n groot aantal mails en telefoontjes met relevante vragen, kritiek en suggesties toont een enorme betrokkenheid.

Alle huisartsen die ik in de afgelopen weken heb gesproken, en uiteraard

ook in de periode daarvoor, delen deels dezelfde zorg. Met stip op 1 is dat de druk op de dag- en de ANW-zorg. En dan maakt het niet eens zoveel uit of u wel of geen eigen praktijk heeft.

Het is voor ons als LHV haarscherp waar onze belangrijkste opdracht ligt: zorgen dat u -ook in de toekomst- uw vak op de beste manier kunt blijven uitoefenen. Volgens de kernwaarden en kerntaken die we kort geleden nog met elkaar hebben vastgesteld. Ik ben ervan overtuigd dat we dit alleen kunnen met alle huisartsen samen.

Als LHV vertegenwoordigen wij u allemaal, verschillend als u op sommige punten bent. Om dat zo goed mogelijk en naar uw tevredenheid te doen, zijn we continu bezig om te signaleren, te peilen en vooral veel huisartsen te spreken. Mag ik ook van u vragen om uw mening te laten horen? Om uw inspraak in de vereniging, de kring, de Wagro te benutten? Of dat nu via telefoon, mail, HAweb of tijdens een



‘Als LHV vertegenwoordigen wij u allemaal, verschillend als u op sommige punten bent’

ledenbijeenkomst is. Daarmee helpt u ons uw zorgen te agenderen en te richten op oplossingen. Laten we elkaar aanvullen en versterken, juist als de druk toeneemt! ¶

Ella Kalsbeek

colofon

De Dokter is het ledenblad van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en verschijnt 7 keer per jaar. De LHV is de beroepsorganisatie voor alle huisartsen in Nederland.

**Tiende jaargang, nr 3
mei 2019**

Eindredactie
Nathalie Pol

Redactieraad
Heleen van Bloemendaal, Aimée de Heij, Jelly Hogendorp, Margriet Niehof, David Renkema, Lennart Rijkers, Pleunie Schalkwijk, Cora den Tuscher, Elsbeth Zeijlemaker

Tekst & Beeld
Rob ter Bekke, Berber Bijma, Simone de Blouw, Erik van der Burgt, Aad Goudappel, Corien Lambregtse, Mirjam van der Linden, Anne Smaal, John Sonsma, Els Wiegant

Art direction en vormgeving
Curve Mags and More, Haarlem

Drukwerk
Habo da Costa, Vianen

Oplage
14.000 exemplaren

Lidmaatschap LHV
Als LHV-lid ontvangt u automatisch De Dokter. Het LHV-lidmaatschap kunt u schriftelijk of per e-mail beëindigen, uiterlijk

één maand voor het einde van het kalenderjaar. Op www.lhv.nl vindt u hierover meer informatie.

Adreswijziging
Graag doorgeven via ledenadministratie@lhv.nl

Advertentieverkoop
**Multor Media,
Oscar van den Bosch
T. (085) 003 02 86**

Contact redactie
**Postbus 20056, 3502 LB Utrecht
E. dedokter@lhv.nl
www.lhv.nl/dedokter**

Overname van teksten is toegestaan onder bronvermelding en met toestemming van de redactie.



14

Verpleegkundig specialist
Geen vervanging van de huisarts, maar wel een verlichting, deze relatief nieuwe functie in het ondersteunend team.



18

Zo doe ik dat
Samenwerken met andere partijen in de wijk, hoe doen deze huisartsen dat?



8

6 BINNENKIJKEN
Een nieuw pand met meerdere behandelkamers, zo groot als 'balzalen'

12 MIJN WERK EN IK
'Ik durfde tegen niemand te zeggen dat ik aan de dood dacht'

23 VIJF VRAGEN
Elektronische gegevens-uitwisseling met het ziekenhuis, wat mag nog wel?

27 REGIO INZICHT
11-huisartsentocht in Friesland

28 NIEUWS
Bent u de nieuwe huisarts/cao-onderhandelaar?

30 WISSELCOLUMN
Huisarts Rutger Verhoeff over de luchtige momenten in de nacht



20

Werken aan kwaliteit
'Je werk verbeteren hoeft geen extra tijd te kosten'.

quickscan van...

LiNa Wu, huisarts-in-opleiding in Maarssen

'Mijn oog viel meteen op het artikel over het kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg. Ik was zelf ook altijd bezig met getallen als bewijs voor kwaliteit, maar ik ben er achter gekomen dat kwaliteit over veel meer gaat. Ook over allerlei menselijke aspecten. Wat heeft een patiënt werkelijk nodig?

Voordat ik aan de huisartsopleiding begon, heb ik vooral in ziekenhuizen gewerkt. In vergelijking daarmee spreekt de manier waarop huisartsen werken en naar kwaliteit streven mij erg aan. Huisartsen zijn opener, leggen hun vragen en onzekerheden op tafel, spiegelgen zich aan elkaar. Dat is een prettige manier om aan kwaliteit te werken.

Het verhaal over de zichzelf coachende huisarts interesseerde me minder. Ik ben niet iemand die op zoek gaat naar diepe emoties als ik moeilijke beslissingen moet nemen. Ik praat erover met mensen en probeer het gewoon uit. Dat werkt voor mij prima. De ervaringen van huisartsen met wijkggericht werken, vond ik heel





(Zelf)coaching

Zo kunt u het zelfoplossend vermogen van mensen stimuleren.



Rectificatie

Huisarts **Emilie Ausems** vertelde in het aprilnummer over de artikelen die zij vooraf had gelezen voor de Quickscan. Jammer genoeg bleef de verkeerde naam bij haar foto staan.

interessant. Het mooie van methoden als Welzijn op recept en Herstelcirkels in de wijk is dat mensen bewust bezig zijn met hun aandoening en daardoor zelf vaak meer verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid. Diabetespatiënten die elkaar verder helpen en motiveren, hebben uiteindelijk minder zorg nodig van de huisarts of POH.' ¶

'De meeste mensen razen uit bij de assistente en zijn alweer poeslief als ze bij de dokter zitten.'

Huisarts Astrid Dumont
(pagina 8)

'Eigenlijk moest ik mezelf opnieuw uitvinden'

Huisarts Anneloes
(pagina 24)

'Spiegelinformatie geeft zicht op je minder bewuste handelen'

Huisarts Marije Holtrop
(pagina 20)

Herhaal scheldwoorden letterlijk; dat komt harder aan dan alleen: 'Ik wil niet dat u dat zegt'

Tips voor de-escaleren
(pagina 8)

'Vraag de patiënt eens op jouw stoel te gaan zitten'

Marco Buschman
(pagina 26)

binnenkijken

Huisartsenpraktijk De Verdieping in Denekamp

TEKST: BERBER BIJMA // FOTOGRAFIE: SIMONE MICHELLE

Volop ruimte voor zorg in de grensregio

De entreehal geeft meteen een mooi open verbinding met de eerste verdieping, doordat een deel van de verdiepingsvloer is weggehaald

Terwijl ziekenhuizen zich steeds verder terugtrekken uit de randen van het land, besloten twee huisartsenpraktijken in het Overijsselse Denekamp een tegenbeweging in gang te zetten. Gerard Koekkoek van huisartsenpraktijk De Verdieping zoekt al een aantal jaren samenwerking met specialisten uit Nederland én Duitsland. Een tweede Denekampse huisartsenpraktijk sloot zich daar graag bij aan. Het nieuwe pand van de beide praktijken is er helemaal klaar voor, met meerdere behandelkamers

‘als balzalen’, vertelt Koekkoek. De nieuwe naam van de praktijk van Koekkoek en zijn twee collega's duidt op de plek die in het najaar van 2018 werd betrokken: de bovenverdieping van een nieuw gezondheidscentrum in Denekamp. Op de begane grond zit de andere praktijk, de apotheek en een tiental paramedische zorgverleners. De Rabobank, die vroeger in het pand was gevestigd, heeft zich teruggetrokken in een klein deel ervan, met een aparte ingang. ‘We hadden het geluk dat het hele gebouw rust op een pijlerstructuur’, vertelt

Koekkoek. ‘Doordoor konden we alle muren weghalen en zelfs een deel van de verdiepingsvloer.’ Koekkoek hield zich in de voorbereidingstijd bezig met het ontwikkelen van het concept van het centrum. ‘We hebben als drie initiatiefnemers – twee huisartsenpraktijken en één apotheek – heel bewust niet vastgelegd dat we samenwerken. Te vaak hebben we gezien dat dat leidt tot conflicten. Die afspraak heeft een grappig effect gehad: juist doordat we voor ieder onderwerp opnieuw de vrijheid hadden om wel of niet samen te werken, zijn we in alles gaan samenwerken.’ Ook de samenwerking met specialisten als een dermatoloog, een plastisch chirurg en een oogarts is een activiteit van de beide huisartsenpraktijken samen. ‘Ziekenhuizen trekken weg uit onze regio zonder om te kijken. Wij willen daar een draai aan geven en merken dat individuele specialisten daar vaak voor open staan. Ook zij voelen soms het juk van de grootschaligheid van een ziekenhuis. In onze behandelkamers is nu nog niet heel veel reuring, maar daar worden we niet zenuwachtig van. We nemen de tijd om ons concept verder te ontwikkelen.’ ¶

In de spreekkamers ligt vloerbedekking. ‘Voor alles wat met bloed of ingrepen te maken heeft, gaan we naar de behandelkamer’



Huisarts Gerard
Koekkoeck



Praktijk De Verdieping heeft gekozen voor afgeronde hoeken en warme kleuren. Iedere spreekkamer heeft z'n eigen kleur; die van Koekkoeck limegroen.



LHV Bouwadvies

LHV Bouwadvies kan met u meekijken en meedenken, en u in contact brengen met onafhankelijke, deskundige adviseurs.

Adviseur aan tafel

Een nieuwe adviesmogelijkheid is "Adviseur aan tafel". Een adviseur van LHV Bouwadvies komt dan bij u langs in de praktijk. U spreekt, al dan niet samen met uw collega's, met de adviseur uw project door. Na het gesprek heeft u een duidelijk beeld welke vervolgstappen nodig en wenselijk zijn. Zo legt u de basis voor een toekomstbestendig en haalbaar plan. LHV-leden ontvangen een aantrekkelijke korting. Tarief en werkwijze vindt u terug op onze website.

www.lhv.nl/bouwadvies



Bij huisartsenpraktijk De Verdieping werken 3 huisartsen, 1 aios, 2 praktijkverpleegkundigen somatiek (van wie 1 ook praktijkmanager), 1 praktijkverpleegkundige ouderenzorg, 1 praktijkverpleegkundige GGZ en 4 assistentes.

De spreekkamer van huisarts Dennis Olde Riekerink hangt vol met zijn liefhebberij: schilderijen



Voor de wall of fame mocht ieder personeelslid een (huis)arts-idoool aandragen. Het resultaat is een bont gezelschap, van Alletta Jacobs tot filmster-dokters



Coördinator en architect
Lex van Waarden
085 04 80 063
bouwadvies@lhv.nl
www.lhv.nl/bouwadvies



**‘Agressie
toom je
in met
begrip én
grenzen’**

Agressie in de huisartsenpraktijk neemt toe. Met name de assistenten krijgen aan de balie en de telefoon soms nogal wat voor hun kiezen. Wat betekent 'goed werkgeverschap' in dezen en hoe voorkom je – ook in de spreekkamer – dat een situatie escaleert? Huisartsen Nel Blessing en Astrid Dumont en trainer Frank van As geven hun mening.

TEKST: BERBER BIJMA // ILLUSTRATIE: AAD GOUDAPPEL

Een pittig incident in het gezondheidscentrum waar de praktijk van huisarts Nel Blessing is gevestigd, deed bij iedereen de nek-haren overeind staan. Iemand die zó boos werd, dat waren ze in Moergestel niet gewend. 'Het gebeurde aan de balie van de apotheek, die een open verbinding heeft met de gezamenlijke koffiekamer. Omdat het net onder koffietijd gebeurde, kon een aantal doktersassistentes ook meeluisteren. Er stond een meneer aan de balie die iets niet kreeg en daar ongelooflijk boos over werd. Hij schoffeerde de apotheekhoudster en was verbaal erg gewelddadig. Hij moest uiteindelijk door de politie worden opgehaald. Ik was er zelf die dag niet, maar het was duidelijk dat iedereen erg onder de indruk was van wat er was gebeurd. In een dorp heb je zoiets normaal niet, omdat iedereen elkaar kent en elkaar op allerlei plekken tegenkomt. Deze gebeurtenis bevestigde in zekere zin dat beeld, want dit was een meneer van buiten.'

De geschoktheid bij alle medewerkers van het gezondheidscentrum was zo groot dat de bestuurders ervan – twee huisartsen, twee tandartsen, een fysiotherapeut, een psycholoog en de apotheek – besloten met alle medewerkers een training te volgen voor het effectief omgaan met agressie. 'Vanuit de gedachte van goed werkgeverschap en ook omdat we verwachten dat dit in de toekomst best vaker zou kunnen voorkomen', zegt Blessing. Door de voortdurende veranderingen rond medicijnen(vergoedingen), merkt ze overigens dat agressie aan de balie van

de apotheek veel meer voorkomt dan bij de huisarts. 'In de apotheek lachen ze om wat wij meemaken.'

Frank van As geeft voor de LHV Academie de training die het team uit Moergestel volgde: 'Geen agressie in mijn praktijk' (zie kader 'Effectief omgaan met agressie? Volg de LHV-training'). Hij geeft vergelijkbare trainingen ook aan medewerkers van bijvoorbeeld parkeerdiensten, gemeenten en tbs-klinieken en merkt dat zorgverleners zo hun eigen manier hebben in het omgaan met agressie. 'De meeste huisartsen, doktersassistentes en praktijkondersteuners hebben toch wel een soort Florence Nightingale-gen: ze laten zich héél veel zeggen. Je kunt Middeleeuwse ziektes naar hun hoofd slingeren en dan zeggen ze bij wijze van spreken nóg: "Wat kan ik voor u doen?" Dat hoeft je bij een parkeerwachter niet te proberen, die maakt daar korte metten mee.'

Het grote incasseringsvermogen van zorgverleners is volgens Van As een van de redenen dat ze in de praktijk ook veel naar hun hoofd krijgen. 'Als een assistente niet reageert op 'muts' of 'meisje', communiceert ze in feite de boodschap: je moet met iets ergers komen, wil je me treffen. Bovendien merken mensen dat boos worden nogal eens helpt om hun zin te krijgen. Ook dat moedigt aan.'

■ ASSISTENTES DE KLOS

Met name doktersassistenten moeten het aan de telefoon of de balie ontgelden als patiënten boos worden. Uit onderzoek van de Nederlandse Vereniging voor Doktersassisten-

ten bleek in maart dat bijna twee op de drie assistenten de afgelopen twee jaar te maken heeft gehad met geweld. Dat kan verbaal geweld zijn zoals schelden en dreigen, maar soms wordt het ook fysiek: spugen, vernielen, slaan, schoppen en dreigen met een wapen. In sommige gevallen moet de politie eraan te pas komen. Van de assistenten die te maken hebben gehad met geweld neemt volgens bijna 44 procent het geweld op het werk (sterk) toe.

Dat verwacht ook Astrid Dumont, huisarts in Nootdorp. 'Wij zitten op het verstedelijkte platteland, waar de omgangsvormen nog redelijk zijn. Maar ik maak me ervoor op dat dat niet zo blijft. Een van onze assistentes werkt ook in een praktijk in Rotterdam en maakt daar heftige dingen mee.' Ook Dumont volgde met haar team de training van de LHV Academie. Zonder concrete aanleiding, maar omdat ze merkt dat het thema leeft en vanuit de gedachte van goed werkgeverschap. 'Ik heb mijn assistentes graag. Ze doen hun werk goed en ik wil niet dat ze slecht behandeld worden. Wij hebben als team de training gevolgd om klaar te zijn voor de toekomst.'

'Als je een antwoord geeft met een zin waar je in gedachten 'sukkel' achter kunt zetten, dan zal dat nooit de-escalerend werken'

Dat de frustratie en soms agressie bij patiënten toeneemt, is niet verwonderlijk, vindt ze. 'Het eigen risico van de zorgverzekering is hoog, mensen moeten soms bijbetalen voor hun medicijnen, kunnen niet altijd meteen bij de dokter terecht, of zien door de personeelstekorten regelmatig nieuwe gezichten. Ik merk dat dat wrevel geeft.' In haar praktijk uit zich dat bijvoorbeeld bij patiënten die boos zijn aan de balie, de telefoon erop gooien of 'partners die de telefoon overnemen en even losgaan'. Met name bij de assistentes kost dat veel energie, merkt ze. 'De meeste mensen razen uit bij de assistente en zijn alweer poeslief als ze bij de dokter zitten. Al heb ik ook in de spreekkamer weleens een boze patiënt.'

■ EEN GROTE BAK BEGRIP

Van As leert zorgverleners tijdens de training het cruciale verschil tussen agressie door frustratie en agressie die bedoeld is om te intimideren. Beide vragen om een heel verschillende benadering, wil je escalatie voorkomen. 'Voor frustratie moet je ruimte bieden. Desnoods zeg je acht keer in één minuut: "ik begrijp dat het vervelend voor u is", "ik begrijp dat u ervan baalt", enzovoorts. Er moet gewoon een enorme bak begrip in, zoveel als iemand maar nodig heeft. Als iemand zeven keer begrip nodig heeft en je toont het zes keer, dan gaat zo iemand toch naar huis met het idee dat het je geen biet interesseert.'

Met intimidatie daarentegen moeten huisartsen, assistentes en praktijkondersteuners korte metten maken, adviseert Van As. 'Iemand die door te dreigen en te schelden z'n zin probeert te krijgen, moet te horen krijgen dat dat niet gebeurt. Die moet vooral niet leren dat agressie loont, want dat doet-ie het de volgende keer weer.' Uiteraard lopen frustratie en intimidatie soms door elkaar of komt het een soms uit het ander voort, maar in de basis is het verschil te herkennen aan het onderbuikgevoel, zegt Van As. "Als je in eerste instantie denkt "wat

sneu", kun je ervanuit gaan dat je te maken hebt met een gefrustreerde patiënt. Als je bij jezelf de neiging merkt om boos of bang te worden, zou het weleens intimidatie kunnen zijn. Bij twijfel kun je maar het beste uitgaan van intimidatie en grenzen stellen. Mocht het dan toch vooral frustratie blijken, dan kun je iemand alsnog laten uitrazen. Beter geëscaleerde frustratie dan geëscaleerde intimidatie.'

Van As leert mensen tijdens de training hoe ze een situatie effectief kunnen de-escaleren. Vaak zit dat in een combinatie van begrip tonen en grenzen stellen. 'Als iemand gefrustreerd is, kun je weliswaar veel begrip tonen, maar je hoeft het niet over je kant te laten gaan als je uitgescholden wordt. Als de frustratie er eenmaal uit is, kun je er nog best even op terugkomen dat een patiënt net aan het begin van het gesprek hele nare dingen tegen je zei.'

Het beste is om nare scheldwoorden letterlijk te herhalen, zegt Van As.

'Vooral assistentes moeten daarvoor een enorme drempel over. "Ik ben uw meisje niet", dat gaat nog wel. Maar als je netjes bent opgevoed en nooit grove taal bezigt, zeg dan maar eens: "Ik ben uw tyfushoer niet". Dat is ontzettend moeilijk, maar wel véél effectiever dan: "Doe eens normaal". Verder geeft Van As zorgverleners onder meer mee dat als ze hun punt willen maken, ze ook hoorbaar een punt achter hun zin moeten zetten. Dus niet: 'Wilt u weleens ophouden?', maar: 'Stop met schelden. Nu'.

■ 'KOMMA, SUKKEL'-ZINNEN

Astrid Dumont en de andere medewerkers van haar praktijk in Nootdorp hebben één belangrijke les op het gebied van de-escalatie goed onthouden, vertelt ze. 'Als mensen gefrustreerd zijn en je geeft ze antwoord met een zin waar je in gedachten 'sukkel' achter kunt zetten, dan zal dat nooit de-escalerend werken. Een badinerende toon maakt het probleem alleen maar erger. Als iemand op het verkeerde

ZO DE-ESCALEERT U BIJ EEN AGRESSIEVE PATIËNT

- Probeer goed in te schatten of het om frustratie of intimidatie gaat. Ga bij twijfel voor de zekerheid uit van intimidatie.
- Bij frustratie: breng zo veel begrip op als nodig is, óók als u dat eigenlijk overdreven vindt. Kom pas aan het eind van het gesprek terug op opmerkingen of scheldwoorden die u niet acceptabel vindt.
- Bij intimidatie: geef direct en resoluut de grens aan. Een relatief kleine opmerking uitvergroten, helpt om erger te voorkomen. Bespreek de inhoudelijke klacht of vraag pas als de patiënt is gestopt met intimideren.
- Herhaal scheldwoorden letterlijk; dat komt harder aan dan alleen: 'Ik wil niet dat u dat zegt'.
- Laat fysiek zo weinig mogelijk merken dat de situatie u opwindt.
- Als u een punt wilt maken, zet dan hoorbaar een punt achter uw zin.

moment belt bijvoorbeeld, kun je op twee manieren reageren. “Het is nu écht niet de goede tijd om te bellen” of: “Ik begrijp dat het vervelend voor u is, maar zou u misschien over een uur even opnieuw kunnen bellen?”

Dan heb ik alle tijd om u te woord te staan”. Achter die eerste zin kun je in gedachten ‘sukkel’ zetten. Dat is wat er in een escalierend gesprek vaak fout gaat: dat je zulke ‘komma sukkel’-zinnen gebruikt. Als je even meegaat met de frustratie van de ander, kun je dezelfde boodschap brengen zonder dat een gesprek escaleert. Kort nadat we de training hadden gevolgd, voelde het soms nog wat gekunsteld om in de frustratie van de patiënt mee te gaan, maar inmiddels bekijft het. De term “komma sukkel” is inmiddels een gevleugelde term binnen ons team geworden. Van zulke zinnen moet je echt wegblijven, want dan gaat het altijd fout.’

Dumont luistert zo nu en dan even mee met haar assistentes, om die – bijna letterlijk – ruggensteun te geven. ‘Soms loopt het niet lekker in een gesprek, dan is het fijn als een assistente steun voelt. Als de patiënt toch de telefoon erop gooit, bespreken we wat er anders had gekund en hoe we het nu gaan oplossen. Ik geef de assistente dan vaak de keuze of zij zelf wil terugbellen of liever heeft dat ik dat doe. Vaak wil ze het zelf doen en het gebeurt ook regelmatig dat de patiënt dan excuses aanbiedt. Meestal kom je er wel uit door er simpelweg even aandacht aan te geven. We hebben zelfs weleens iemand gehad die aan de balie excuses kwam aanbieden. Goed werkgeverschap betekent volgens trainer Van As ook dat huisartsen het gezag van hun assistente niet moeten ondermijnen. ‘Als de assistente voet bij stuk houdt als iemand aan de balie stennis schopt en de dokter neemt diegene vervolgens tóch mee naar de spreekkamer, kan dat *killing* zijn voor de positie van de assistente. Als je het als huisarts nodig vindt om deze persoon toch meteen te zien in de spreekkamer, kun je hem er best

op wijzen dat zijn gedrag aan de balie onacceptabel is. En loop dan na het consult nog even samen terug naar de assistente zodat de patiënt z’n excuses kan aanbieden.’

■ FRUSTRATIE BENOEMEN

Ook in de spreekkamer heeft Dumont baat bij de training. ‘Patiënten die lang hebben moeten wachten, zijn soms gefrustreerd en bang dat ik de verloren tijd juist tijdens hún consult wil inhalen. Meer dan voorheen ben ik me ervan bewust dat die frustratie zich niet vanzelf oplost, maar dat je er even op in moet gaan. Bijvoorbeeld door te zeggen: “Ik begrijp dat het vervelend is dat u moest wachten, maar ik ga u níet afraffelen, u krijgt uw eigen tijd.” Ik benoem de frustratie in plaats van die te negeren.’

Van As merkt tijdens zijn trainingen dat huisartsen er niet altijd zin in hebben om de frustraties van patiënten expliciet te bespreken. ‘Je hebt maar tien minuten en dan moet je het óók nog hebben over die frustratie. Huisartsen denken dat ze die tijd niet hebben. Maar het werkt juist andersom: door eerst even de kou uit de lucht te halen, heb je daarna nog zeker acht minuten over om op de medische vraag in te gaan. Dat is efficiënter dan tien minuten lang een gefrustreerde patiënt tegenover je te hebben met wie het gesprek maar niet gaat lopen.’ Dumont heeft de training ook ervaren als bevestiging van alles wat al goed gaat in de bejegening van patiënten in haar praktijk. ‘Situaties escaleren vrijwel nooit bij ons. We begrijpen nu beter waarom dat zo is en hoe we dat in de toekomst zo kunnen houden. Want ook al heb je vrijwel nooit te maken met het echte gil- en schreeuw-werk, het is wel goed om te begrijpen waarom het soms in een gesprek goed gaat en andere keren niet.’

■ MEER BETROKKENHEID

Ook Nel Blessing nam uit de training mee hoe belangrijk het is om erkenning en ruimte te geven aan de frustraties van een patiënt. En ook zij

zag dat dat in haar praktijk heel vaak goed gaat. ‘Hoe zeg je netjes ‘nee’, dat is waar het vaak om draait. Ik vind dat mijn assistentes dat heel goed kunnen. Als een patiënt op een bepaalde dag of tijdstip niet kan komen, geven ze meteen drie andere opties. Voor het overige is het goed om door de training het verschil tussen frustratie en intimidatie weer even scherp op het netvlies te hebben en handvaten te hebben om te de-escaleren.’

Een mooi bijeffect van de training was in haar geval dat de assistentes van de huisartsenpraktijk, de apotheek en de tandartspraktijk die gezamenlijk volgden. ‘Er is meer onderlinge betrokkenheid ontstaan, meer bereidheid om onderling wat op elkaar te letten. Als bestuurders van het gezondheidscentrum trekken we al heel lang samen op, we zien dat nu ook meer tussen de assistentes ontstaan.’ Een ander klein, maar niet onbelangrijk resultaat van de training: ‘We hebben de alarmknop van de telefoon weer even getest. Ik wist waar die zat, maar ik bleek niet precies te weten hoe hij werkte.’



Effectief omgaan met agressie? Volg de LHV-training

Wilt u leren hoe u situaties van (dreigend) verbaal of fysiek geweld effectief de-escaleert? De training ‘Geen agressie in mijn praktijk’ geeft een reeks praktische handvaten. De training heeft het meeste effect wanneer u die met (vrijwel) het hele team volgt, omdat agressieve patiënten vaak met meerdere medewerkers van de praktijk in aanraking komen. De aanpak is het meest effectief als iedereen daarin één blok vormt en elkaar ondersteunt. Frank van As geeft de training op een door u gekozen locatie. Data en locaties: www.lhv.nl/lhv-academie

‘Gedachten aan de dood gingen met me aan de haal’

Florence* wil haar verhaal alleen onder een verzonnen naam doen. Omdat ze zich er ‘kapot’ voor schaamt en omdat het nog zo rauw en pijnlijk is.

Toch wil ze het graag vertellen, omdat dokters er levens mee kunnen redden, vindt ze. ‘Vraag naar doodsgedachten bij sombere of depressieve patiënten. Uit ervaring weet ik hoe bevrijdend dat kan zijn.’

TEKST: ELS WIEGANT

‘Na de huisartsenopleiding ben ik maat geworden van een praktijk. Mijn vriend, ons zoontje en ik verhuisden vanuit de grote stad naar het verstedelijkte platteland. Dat was best ingrijpend: een nieuwe woonomgeving, voor het eerst echt als huisarts werken, mijn weg vinden in een nieuwe praktijk.

Ik was in verwachting van de tweede. Mijn zoontje werd zo’n 7 weken te vroeg geboren. Gelukkig deed hij het heel goed: hij hoefde niet aan het infuus, geen zuurstof. Het was wél een stressvolle tijd. Ik lag in het ziekenhuis, er was van alles te regelen, terwijl we eigenlijk alleen maar bij elkaar wilden zijn met ons nieuwe kindje. Dat superkwetsbaar was, én heel bijzonder: hij was al snel volledig aan de borst. Twaalf voedingen per dag gaf ik ‘m, dat vroeg natuurlijk ook veel van mij.

■ GEEN GOEDE MOEDER

Na een paar weken werd hij met een virus in het ziekenhuis opgenomen; onschuldig voor anderen, heftig voor een kleintje als hij. Als dokter wéét je wat er allemaal mis kan gaan, dus ik ging tobben. Me zorgen maken over alle scenario’s als het níét goed zou gaan. Gelukkig kwam hij er weer goed bovenop. Maar toen er nog iets heel verdrietigs in mijn omgeving gebeurde, was de emmer vol. Alles werd donker en zwaar voor me. Ik raakte oververmoeid, overprikkeld, had een kort lontje. Het voelde alsof ik mezelf niet meer was en dat was eng. Ik kon niet goed nadenken, me niet concentreren en alles wat ik deed, kostte veel moeite.

Ik vond mezelf ook geen goede moeder. Als mijn zoontje huilde, kreeg ik hem niet stil. Zie je wel, dacht ik dan, ik kan ‘m niet eens troosten. Terwijl het gewoon een stuk beter met hem ging toen hij later zuurremmers kreeg.

FOTO: SIMONE MICHELLE

‘Eigenlijk wilde ik tegen een collega zeggen: haal die tas bij me weg. Maar ik was bang dat ik mezelf zou verraden’

■ WANHOOP EN SCHAAMTE

Ik had eerder wel eens sombere periodes gehad, waarin ik soms dacht: was ik er maar niet meer. Eigenlijk was dat meer een verlangen naar rust, ik wilde niet echt dood. Maar nu gingen gedachten aan de dood volledig met me aan de haal. Het werd een overtuiging: dat mijn kinderen en mijn man beter af zouden zijn zónder mij. Ik dacht serieus na over de beste manier om het te doen. Ik vroeg me af welke ampullen uit mijn dokterstas ik zou kunnen gebruiken en of ik dan wel genoeg had. Eigenlijk wilde ik tegen een collega zeggen: haal die tas bij me weg, maar ik was bang dat ik mezelf dan zou verraden.

Want ik durfde tegen niemand te zeggen dat ik aan de dood dacht. Niet tegen mijn man en niet tegen de huisarts waar ik inmiddels naartoe was gegaan. Ik durfde het niet; uit wanhoop, uit angst dat mijn kinderen bij me weggehaald zouden worden en dat ik opgenomen zou worden. En uit schaamte, de angst dat ik als collega niet meer voor vol zou worden aangezien als ze ervan wisten. Mijn huisarts vroeg er ook niet naar. Hij stuurde me door naar een psychiater en stelde me voor aan de antidepressiva te gaan. Dan moest ik wel met borstvoeding stoppen. Dat was wel het laatste wat ik wilde. Borstvoeding geven was in mijn gevoel nog het enige dat ik goed kon, en dat alleen ik kon. Bovendien weet ik als arts dat starten met antidepressiva soms het laatste zetje kan zijn en ik voelde dat ik op de grens zat. Er was niet veel meer nodig om mezelf iets aan te doen.

Bij de psychiater, die er evenmin naar vroeg, durfde ik pas tijdens het tweede bezoek te vertellen dat ik aan de dood dacht. Het klinkt cliché, maar dat was zo'n opluchting, zo'n bevrijding. Er viel een grote last van mijn schouders, dat ik mijn geheim kon delen. Praten helpt echt, weet ik nu.

■ VRAGEN NAAR DOODSGEDACHTEN

Het gaat nu gelukkig goed met mij, en met ons zoontje.

Ik denk dat deze ervaring me tot een betere dokter heeft gemaakt. Verlies en rouw, ik snap het allemaal beter. Ik kan patiënten er beter bij ondersteunen. Omdat ik het echt voel, het is geen trucje.

Bij jonge moeders ben ik alerter, probeer ik beter te luisteren en te achterhalen wat er precies aan de hand is. Bij mensen met somberheid, depressieve klachten of een burnout vraag ik of ze doodsgedachten hebben. Het verbaast me telkens hoe moeilijk het antwoord te voorspellen valt. Een vrouw die bijna niets meer doet en de bank niet afkomt, zei dat ze nóóit aan de dood denkt. Terwijl een andere depressieve vrouw, die verder prima functioneert, regelmatig bleek te denken: als ik nu van het perron stap, is het voorbij. Een paar weken nadat ik weer was begonnen, had ik een 18-jarig meisje op het spreekuur. Ze wilde maar één ding: dood. Vanuit de grond van m'n hart kon ik tegen haar zeggen: "Je kunt het nu nog niet zien, maar er komt een moment dat je je weer goed zult voelen." ¶

Naschrift: Florence is dus niet de echte naam van deze dokter. Die naam is bij de redactie wel bekend.



LHV Academie

Geaccrediteerde
nascholing bij u in de
buurt

20 MEI 2019

Praktijkstart

21 MEI 2019

**Basiskennis boekhouden
voor waarnemers**

23 MEI 2019

Grip op leidinggeven

06 JUN 2019

SmartTyping

13 JUN 2019

Lean werken

18 JUN 2019

**Functionerings-
gesprekken**

18 JUN 2019

**De (zichzelf) coachende
huisarts**

19 JUNI 2019

**Rationeel-erotische
training (RET)**

4 JULI 2019

**Risico Inventarisatie &
Evaluatie (RI&E)**

9 JULI 2019

Duurzame inzetbaarheid

3 SEPTEMBER 2019

Grip op leidinggeven

5 SEPTEMBER 2019

SmartTyping

10 SEPTEMBER 2019

**Patiënten- en financiële
administratie I**

11 SEPTEMBER

Medisch leiderschap



U kunt alle nascholing ook
incompany aanvragen.
Ga voor het hele overzicht naar
www.lhv.nl/lhv-academie



Al eens aan een verpleegkundig specialist gedacht?

Het is in een snel tempo gegaan: de uitbreiding van het huisartspraktijkteam naar een team van vaak meer huisartsen en een breed ondersteunend team. Na de introductie van de POH, POH-GGZ, praktijkmanager en de praktijkverpleegkundige huisartsenzorg (PVH), wordt ook de verpleegkundig specialist (VS) steeds bekender. De inzet van een VS blijkt één van de oplossingen om het hoofd te bieden aan de drukte in de huisartsenpraktijk.

TEKST: CORIEN LAMBREGTSE // BEELD: ERIK VAN DER BURGT

Een verpleegkundig specialist (VS) is geen vervanging van de huisarts. Maar het is wel een verlichting dat een VS zelfstandig patiënten diagnosticeert, een behandeling inzet en medicatie voorschrijft. Bij ons in de praktijk ziet de VS alle patiënten met eenvoudige klachten, ik zelf zie de patiënten met complexere klachten. Een perfecte taakverdeling.' Vijf jaar geleden had Ronald Roothans, praktijkhouder in Breda, bijna besloten een aios op te gaan leiden, toen hij zag dat hij ook voor een verpleegkundig specialist kon kiezen. 'De beklemmende drukte op de huisartsenpost vroeg om meer professionals. Daarom werd een opleidingstraject voor de VS gestart. Mijn keus was snel gemaakt. Een aios leid je meestal op voor iemand anders en voor een andere

Een verpleegkundig specialist in uw praktijk?

Overweegt u de mogelijkheid om een VS aan te stellen?

Denk dan aan de volgende stappen:

- Breng de huidige en gewenste situatie in kaart. Welke zorg vraagt uw patiëntenpopulatie? Welke zorg wilt u met uw praktijk bieden? Wat wilt u daarin zelf doen en welke taken wilt u overdragen binnen het team? Wat past binnen uw praktijkfinanciering?
- Kijk welke functies geschikt zijn voor de taken die uitgevoerd moeten worden. Zijn er voldoende passende werkzaamheden en taken om iemand in een bepaalde functie aan te nemen? Oriënteer welke mogelijkheden er zijn en wat daar de voor- en nadelen van zijn. Zoek contact met collega-huisartsen met een eigen praktijk om te horen wat hun ervaringen zijn.
- Overweegt u een VS in het team op te nemen, dan kunt een VS werven, maar ook zelf opleiden in uw praktijk. Kijk goed naar de randvoorwaarden zoals financiering (kosten opleiding, subsidies). Meer informatie over het opleidingstraject, de voorwaarden en subsidies kunt u opvragen bij hogescholen die de opleiding VS aanbieden. Ook kunt u contact opnemen met de stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH), zie ook stichtingkoh.nl/taakherschikking.



regio, van een verpleegkundig specialist hoop je dat die wat langer blijft.' Zijn eerste VS is vier jaar gebleven, weliswaar korter dan hij had gehoopt, maar inmiddels leidt hij al weer een opvolger op. In plaats van een verpleegkundig specialist (VS) had het ook een physician assistant (PA) kunnen zijn. Voor Roothans was dat geen principiële keus. 'Toevallig hoorde ik het eerst over de verpleegkundig specialist, daarom heb ik voor die functie gekozen. Maar als het een PA was geweest, had ik het op precies dezelfde manier aangepakt.'

■ NIEUWE OPLOSSINGEN

De LHV-projectgroep Arbeidsmarkt Ondersteunend Team zet zich ervoor in dat er nu en in de toekomst voldoende goed opgeleide en gemotiveer-

de mensen zijn die graag binnen de huisartsenzorg willen werken. Natalie van Rosmalen is lid van deze projectgroep. 'Eén van de zaken waar wij ons mee bezig houden, is de actualisering van het LHV-standpunt over het ondersteunend team. De afgelopen jaren is dat team een stuk breder geworden, vanwege de toenemende werkdruk en het groeiend tekort aan huisartsen. In de nieuwe standpuntbepaling beschrijven we alle rollen en taken die binnen het team mogelijk zijn. Naast de huisarts kunnen dat de doktersassistent, POH, PVH, POH-GGZ, praktijkmanager, VS en PA zijn.'

Het beroepsprofiel voor de VS is begin dit jaar opnieuw vastgesteld door V&VN. Eén van de redenen was dat het College Specialismen Verpleegkunde (CSV) de voorheen vijf verpleegkun-

Een verpleegkundig specialist kan een aantal taken van de huisarts overnemen, waardoor deze wordt ontlast

dig specialismen had teruggebracht tot twee: algemene gezondheidszorg (AGZ) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de huisartsenzorg verandert er volgens Van Rosmalen in feite niet veel. 'Het nieuwe specialisme AGZ kent verschillende aandachts- en expertisegebieden, waaronder huisartsenzorg. De inhoud van de opleiding voor de VS in de huisartsenzorg is grotendeels gelijk gebleven.' Een VS kan een aantal taken van de huisarts overnemen, waardoor de

Meer tijd voor de patiënt?

De inzet van een verpleegkundig specialist (VS) is een van de oplossingen om meer tijd te creëren voor de patiënt. Laat u inspireren door voorbeelden uit de praktijk en kijk op de website Meertijdvoordepatient.lhv.nl.

Manon Schriek, verpleegkundig specialist **‘Het is belangrijk om je grenzen te kennen’**

‘Hiervoor werkte ik als verpleegkundig specialist in het ziekenhuis, op de mammapoli. Ik weet dus heel veel van borstkankerzorg. Zo’n specialisatie is zo ongeveer het tegenovergestelde van de huisartsenzorg. Na zestien jaar leek het me een uitdaging om me weer wat in de breedte ontwikkelen en op een andere manier patiëntenzorg te leveren. Daarom ben ik een paar maanden geleden naar de huisartspraktijk van Ronald Roothans overgestapt.

Op de mammapoli zag ik de meeste patiënten altijd maar kort. In de huisartsenzorg leer je patiënten en hun gezinnen over een langere periode kennen. Patiënten hebben ook heel verschillende klachten; niet alleen medisch, maar ook sociaal en psychisch.

In mijn opleiding voor verpleegkundige en de masteropleiding voor verpleegkundig specialist heb ik alle theorie wel gehad, maar de huisartsenzorg is toch nieuw voor mij. Ik zit dus ‘s avonds weer met m’n neus in de boeken. De eerste weken heb ik alleen maar meegelopen, nu ga ik langzamerhand zelfstandig dingen doen. Het is de bedoeling dat ik autonoom ga werken: lichamelijk onderzoek doen, diagnosticeren, een behandeling inzetten. Mijn verpleegkundige blik heeft daarbij soms wel meerwaarde.

In onze huisartspraktijk zijn mensen al een beetje gewend aan een verpleegkundig specialist. Voor ik hier kwam, was er ook al een VS. In de wachtruimte hangt een poster waarop wordt uitgelegd wat mensen van de VS kunnen verwachten.

Ik denk dat een huisarts onmogelijk alles zelf kan blijven doen. Het wordt steeds drukker in de huisartspraktijk. Ook doordat er steeds meer hoog-complexe zorg van de tweede naar de eerste lijn verschuift. Huisartsen hoeven echt niet bang te zijn dat ze concurrentie krijgen van verpleegkundig specialisten. En praktijkondersteuners en doktersassistenten ook niet. We hebben allemaal eigen taken. We moeten vooral allemaal weten wat onze grenzen zijn. Als ik iets afwijkends zie of als ik niet herken wat er aan de hand is, dan weet ik dat ik de huisarts moet inschakelen.

Het zou volgens mij een goede zaak zijn als meer verpleegkundig specialisten die in een ziekenhuis heel specialistische kennis hebben opgebouwd op een bepaald moment de overstap maken naar de huisartsenzorg of de wijkverpleging. Op die manier wordt kennis uit de tweede lijn overgebracht naar de eerste lijn.’

‘Manon heeft jarenlang als verpleegkundig specialist in het ziekenhuis gewerkt. Een paar maanden geleden is ze in onze praktijk begonnen’

huisarts wordt ontlast. ‘Een VS kan voor een deel van de patiëntenzorg worden ingezet, maar desgewenst ook voor een specifieke groep patiënten; ouderen bijvoorbeeld. Ook kan de VS thuis bezoeken afleggen. Het is maar net hoe je als huisarts de taken verdeelt. Sommige huisartsen zeggen dat ze eerder een VS hadden moeten aanstellen, omdat het hen tijd en rust oplevert. Daarnaast kan een VS een bijdrage leveren aan het verbinden van zorg en welzijn en aan het optimaliseren van de kwaliteit van de zorg.’

■ OPLEIDEN KOST TIJD

De opleiding voor VS AGZ wordt gecombineerd met een baan in een huisartsenpraktijk, ziekenhuis of de wijkverpleging om daar praktijkervaring op te doen. De VS kan later naar een ander zorgdomein overstappen,

maar moet daar alsnog specifieke praktijkervaring opdoen. De VS in de huisartsenpraktijk van Roothans is zo’n overstapper. ‘Manon heeft jarenlang als verpleegkundig specialist in het ziekenhuis gewerkt. Een paar maanden geleden is ze bij ons in de praktijk begonnen. Ze moest dus nog helemaal worden ingevoerd in de huisartsenzorg. Daar moet je echt wel een paar maanden voor uittrekken. Vergelijk het met het opleiden van een aios. Je wil dat de VS op een manier gaat werken die bij jouw praktijk past. De eerste tijd heeft ze alleen maar meegelopen, nu gaat ze langzamerhand meer dingen zelfstandig doen.’ Natuurlijk moeten er goede werkafspraken worden gemaakt, zegt Roothans. ‘Maar het belangrijkste kún je niet eens precies vastleggen. Dat is





POH, PVH, VS, PA: wat zijn de verschillen?

➤ **Praktijkondersteuner huisarts** (mbo+/hbo): de POH verleent gedelegeerde medisch-inhoudelijke huisartsgeneeskundige zorg aan kwetsbare ouderen en doelgroepen met chronische aandoeningen, met name diabetes mellitus, COPD/astma en CVRM. Het werk van de POH is grotendeels geprotocolleerd. Het competentieprofiel voor de POH is in 2017 aangepast. In dit profiel is de functie beschreven op hbo-niveau. Er is ook een grote groep POH's die na de opleiding MBO-doktersassistent via een opleiding POH is doorgegroeid.

➤ **Praktijkverpleegkundige huisartsenzorg** (hbo): de PVH verleent in opdracht van de huisarts zelfstandig huisartsgeneeskundige en verpleegkundige zorg. De PVH werkt generalistisch en heeft ook niet-patiëntgebonden taken. Het competentieprofiel voor de PVH is in 2018 vastgesteld, de opleidingen zijn net van start.

➤ **Verpleegkundig specialist** (master): de bevoegdheden van de VS gaan verder dan

die van de PVH. De VS mag zelfstandig voorbehouden handelingen indiceren, uitvoeren en delegeren. De VS neemt ook anamnese af, doet lichamelijk onderzoek, stelt een diagnose en mag medicijnen voorschrijven. De VS heeft een opleiding hbo-verpleegkunde, gevolgd door een masteropleiding van twee jaar. De VS kan worden inzet voor specifieke doelgroepen, zoals ouderen. Er zijn inmiddels 182 VS-en werkzaam in de huisartsenzorg (ANW-zorg en dagpraktijk) (bron: KOH 2019)

➤ **Physician assistant** (master): de PA heeft dezelfde medische bevoegdheden als de VS. De PA heeft een hbo-opleiding in de zorg, bijvoorbeeld fysiotherapie of verpleegkunde, gevolgd door een masteropleiding van 2,5 jaar. De PA verricht alleen medische taken, geen verpleegkundige. Het gaat daarbij om specifieke taken in een deelgebied, zoals kleine chirurgische ingrepen. Er zijn inmiddels 95 physician assistants werkzaam in de huisartsenzorg (ANW-zorg en dagpraktijk) (Bron: KOH 2019).

dat iemand zich ervan bewust is wat hij of zij niet weet. Dat geldt trouwens voor elke medewerker, ook voor de doktersassistent, de POH en mijzelf. Als je iets niet weet, moet je tijdig escaleren. Als ik zelf iets niet weet, bel ik naar een specialist of verwijs ik de patiënt door.'

■ GOEDE INTRODUCTIE

De patiënten van Roothans zijn het inmiddels gewend dat zij de VS op het spreekuur kunnen tegenkomen. 'Een patiënt mag nooit het gevoel krijgen dat hij wordt 'afgescheept' met een VS, terwijl hij de huisarts had willen zien. Het is dus heel belangrijk hoe je de VS in je praktijk introduceert, met de nodige uitleg over wat een VS wel en niet doet. Dat geeft vertrouwen.' Roothans ziet een breed ondersteunend team als een voordeel. 'Ieder

teamlid heeft zijn eigen taken, maar uiteindelijk doen we het met z'n allen samen. Er zijn patiënten die makkelijker met de VS of met een assistente praten dan met mij, want zij zijn nog toegankelijker.'

De inzet van een VS kan volgens hem voor veel huisartsen een oplossing zijn. 'Huisartsen krijgen steeds meer taken naar zich toegeschoven. Als je al die taken in je eentje aankunt, is dat prima, maar zorg wel dat je je hoofd boven water houdt. Ik wil zelf vooral plezier in mijn werk houden en daarnaast ook andere dingen kunnen doen. Daarom heb ik een team van medewerkers om mij heen verzameld, onder wie een verpleegkundig specialist. Dat kost geld, zeker in vergelijking met een huisarts die alles zelf blijft doen, maar daar staat wel kwaliteit van leven tegenover. Ik zou niet anders willen.'



Voldoende medewerkers voor de huisartsenzorg

De LHV-projectgroep Arbeidsmarkt Ondersteunend team zet zich ervoor in dat er nu en in de toekomst voldoende goed opgeleide en gemotiveerde mensen beschikbaar zijn binnen de huisartsenzorg. De projectgroep werkt onder meer aan de actualisering van het standpunt over het ondersteunend team en de functiewaardering huisartsenzorg (FWHZ). Andere onderwerpen zijn: competentieprofielen, kwaliteit van opleiding en stages en duurzame inzetbaarheid en arbeidsmarktcommunicatie. Zie op www.lhv.nl onder *Uw praktijk* en vervolgens onder *Personeel*.

zo doe ik dat

WIJKGERICHT WERKEN

De juiste zorg op de juiste plek. In dat kader werken huisartsen steeds meer samen met andere partijen in een wijk. Met zorgverleners, maar ook met de gemeente, maatschappelijk werk en vrijwilligersorganisaties. De een doet bijvoorbeeld mee aan 'Welzijn op recept', de ander aan 'Herstelcirkel in de wijk'.

TEKST: CORIEN LAMBREGTSE



**'Herstelcirkel
motiveert tot
andere leefstijl'**

INGE NOBACHT,
HUISARTS IN OOSTERHOUT

Herstelcirkel in de wijk is een lokale, groepsgerichte aanpak die mensen met diabetes uitnodigt om zelf vorm te geven aan meer leefkracht: eigen sturing, energie en een beter zelfbeeld. Het is een initiatief van zorgpionier Huub ter Haar, samen met zorgverzekeraar Menzis, een onderzoeksteam van het RadboudUmc en onze zorggroep Stielo, in Nijmegen-Noord.

In september 2016 is de eerste groep van start gegaan, binnenkort starten we met de vierde groep. Het idee is dat mensen met diabetes elkaar helpen en motiveren om hun leefstijl te veranderen, bijvoorbeeld door anders te koken en meer te bewegen. Elke groep krijgt een jaar lang ondersteuning van leefstijlcoaches die groeps-, maar ook individueel advies geven.

Wij denken dat deze praktische, groepsgerichte aanpak beter werkt dan het advies dat een POH in de spreekkamer meegeeft. Hiermee verplaatsen we de zorg van de huisartsenpraktijk naar de wijk. Als huisartsenpraktijk werven wij de deelnemers voor de Herstelcirkel; wij vragen patiënten of ze er belangstelling voor hebben. Zodra we een stuk of twaalf geïnteresseerden hebben, gaat er een nieuwe groep van start.

In het begin heeft het ons natuurlijk tijd gekost om het programma op te zetten, maar we verwachten dat dit ons in de praktijk uiteindelijk toch ook tijd oplevert. Mensen die meedoen in de Herstelcirkel komen nog wel voor hun jaarlijkse controle naar de praktijk, maar niet meer voor de driemaandelijkse controles. Zo nodig hebben we tussendoor contact, bijvoorbeeld over de aanpassing van medicatie. Als iemand zijn voeding aanpast en meer gaat bewegen, heeft dat al snel effect. Dat wordt ook precies bijgehouden door de onderzoekers van het RadboudUmc. Want we willen graag weten wat deze aanpak aan resultaten oplevert.

Het is mooi om te zien dat deze aanpak mensen echt helpt om hun leefstijl te veranderen. En dat terwijl de deelnemers heel verschillend zijn, zowel qua leeftijd als achtergrond. Er zijn inmiddels diverse wandelclubjes en ook een yogaclub uit de groepen voortgekomen. Officieel duurt het programma een jaar, maar daarna zetten veel deelnemers de activiteiten voort. Want elke week een uur samen lopen, is gewoon heel gezellig.' 🌱

Onze wijk in Amsterdam-Noord is een achterstandswijk. Focuswijk heet dat nu. Veel patiënten die ik op het spreekuur zie, hebben niet zozeer medische problemen, maar zitten niet lekker in hun vel. Eenzaamheid, schulden, overgewicht en een ongezonde leefstijl komen veel voor. In plaats van een recept voor een medicijn, geef ik dan een recept voor welzijn. Samen met andere praktijken in de wijk doen wij mee met het initiatief Welzijn op recept. In ons geval zitten de welzijnscoaches ook nog eens om de hoek: in het Huis van de Wijk, waar ook de bibliotheek zit. Er worden allerlei activiteiten georganiseerd waar mensen aan mee kunnen doen, bijvoorbeeld iets met kunst en cultuur, een moestuin onderhouden, meedoen met de wandelgroep of samen koken en eten. De welzijnscoach kijkt samen met de betrokkene wat het beste bij iemand past. Door dit soort activiteiten wordt de aandacht verlegd van klachten of beperkingen naar wat iemand juist wel kan en blij van wordt. Mensen krijgen ook meer verbinding met de wijk. Zelf doe ik mee aan het moestuinproject. De moestuinen liggen naast onze praktijk. Soms loop ik er met een patiënt naar toe, dat geeft een heel ander gesprek dan in de spreekkamer. Welzijn op recept is een laagdrempelige stap. Ik denk dat ik elke week wel iemand doorverwijs naar de welzijnscoach. Ik vertel de patiënt dat ik iemand goed ken die hem kan helpen wat beter in zijn vel te zitten. Het 'recept' is een warme overdracht, de welzijnscoach neemt zelf contact op met de patiënt en kan ook op huisbezoek gaan. Ik krijg altijd een terugkoppeling, zodat ik weet wie op weg zijn geholpen en wie niet. Ook kan ik er nog eens op terugkomen als ik iemand weer op het spreekuur zie. De welzijnscoach zit ook bij ons in het hometeam. Dat is een overleg van huisartsen, wijkverpleegkundigen, een maatschappelijk werker, een casemanager dementie en een cliëntondersteuning van Stichting Mee. Elke maand bespreken we patiënten die meer dan alleen medische zorg nodig hebben. Het helpt enorm om vanuit verschillende perspectieven naar een probleem te kijken, want een oplossing hoeft lang niet altijd medisch te zijn.' ¶

'Welzijn op recept is heel laagdrempelig'

DAVID KOETSIER,
HUISARTS IN AMSTERDAM-NOORD





‘Werken aan kwaliteit sluit aan bij onze drijfveren’

Als huisarts wilt u goede zorg leveren aan patiënten. Die motivatie is de beste motor achter het werken aan goede kwaliteit van zorg. Een doordacht kwaliteitsbeleid kan ook nog eens tijdwinst opleveren. De LHV publiceerde onlangs samen met InEen en het NHG een gezamenlijke visie op het kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg.

TEKST: BERBER BIJMA // BEELD: SIMONE MICHELLE

Een aantal jaren geleden maten we kwaliteit van zorg vooral af aan cijfers. Simpel gesteld: als al je patiënten goede labwaarden en een prima bloeddruk hadden, was dat het bewijs dat je als huisarts goede zorg leverde. Daar zijn we toch echt van teruggekomen.’ De afgelopen jaren, vertelt LHV-bestuurder en huisarts Wendy Borneman, is kwaliteit van zorg een veel breder begrip geworden. ‘Natuurlijk zijn zo goed mogelijke gezondheidsresultaten nog altijd een belangrijk onderdeel van goede zorg,

maar tegenwoordig zien we kwaliteit van zorg meer als iets dat zich afspeelt tussen de patiënt en zijn zorgverleners. Kwaliteit gaat dus óók over bejegening, over het aansluiten bij de wens van de patiënt, over effectieve en efficiënte samenwerking tussen zorgverleners. Als je wilt weten of je goede kwaliteit van zorg levert, moet je dáár dus over in gesprek.’

■ STAP VERDER

De afgelopen jaren is in breed verband gesproken over die kwaliteit van zorg,

onder meer in het traject Het Roer Gaat Om (het antwoord op de oproep van Het Roer Moet Om). Naast LHV, NHG en InEen waren ook de Patiëntenfederatie Nederland, de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen, het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport en Zorgverzekeraars Nederland bij dat gesprek betrokken. ‘We hebben bijvoorbeeld gesproken over wat kwaliteit in de huisartsenzorg precies is, hoe je dat aantoonst en wat je wel en niet verplicht zou moeten doen of aanleveren. De andere partijen vonden dit een onderwerp van de huisartsen zélf’, vertelt Borneman. ‘Vandaar dat de drie huisartsenorganisaties LHV, NHG en InEen nu met een gezamenlijke visie naar buiten komen over de speerpunten van goede huisartsenzorg.’

De gezamenlijke visie is geen beleidsstuk, maar de weerslag van een beweging die al enkele jaren gaande

is, maar volgens Borneman nog niet iedere huisarts heeft bereikt. 'Ik merk dat nog best veel collega's denken over werken aan kwaliteit in termen van kwaliteitsindicatoren en ranglijsten – kortom: cijfers waarop je kunt worden afgerekend. Met deze gezamenlijke visie willen we laten zien dat de drie huisartsenorganisaties én hun stakeholders op landelijk niveau inmiddels een stap verder zijn. We willen werken aan kwaliteit op basis van gerechtvaardigd vertrouwen.'

■ VERTROUWEN

De term 'gerechtvaardigd vertrouwen' is belangrijk in de visie van LHV, InEen en NHG. De term is ontleend aan de Amerikaanse wetenschapper Don Berwick, die drie periodes in de zorg onderscheidt: de tijd dat de huisarts vanuit zijn ivoren toren bepaalde wat goed was voor de patiënt, de tijd dat de zorgkwaliteit onder een vergrootglas lag en alle prestaties – vaak op basis van wantrouwen – in cijfers werden omgezet én de tijd van het gerechtvaardigd vertrouwen. De stap naar die derde periode is de afgelopen jaren in gang gezet, zegt Borneman, en die willen de drie huisartsenorganisaties nu doorzetten. 'Natuurlijk willen we als huisartsen verantwoording afleggen aan patiënten en zorgverzekeraars; we zitten niet meer in onze ivoren toren. Maar we willen dat onze gesprekspartners daarbij wel uitgaan van de huisarts die zo goed mogelijk werk wil leveren. Met andere woorden: we willen werken aan kwaliteit op basis van vertrouwen.'

■ TIJD BESPAREN

Ook de intrinsieke motivatie van huisartsen is een belangrijk speerpunt in de gezamenlijke visie. Borneman: 'Huisartsen willen goede zorg leveren. Daarom zien we kwaliteit van zorg niet als 'weer iets erbij', maar als de drijfveer van de huisarts, gebaseerd op vragen als: wat werkt, wat is nuttig, wat is efficiënt, waar heeft de patiënt behoefte aan? Je werk verbeteren hoeft geen extra tijd te kosten. Sterker

HUISARTS MARIJE HOLTROP, AMSTERDAM:

'De afspraken in ons wijkteam leiden meteen tot gedragsverandering in de spreekkamer'

Veertien huisartsen uit Amsterdam-Oost ontmoeten elkaar sinds 2014 zes keer per jaar in het wijkteam om gezamenlijk te werken aan hun kwaliteit van zorg. Het doel van het team is tweeledig: samen werken aan betere kwaliteit van zorg én de samenwerking met andere partners in de eerste en tweede lijn efficiënter organiseren, meer gericht op de behoefte van de huisarts.

'Alle huisartsen in ons wijkteam zijn gemotiveerd om te kijken naar onze cijfers en daar open over te spreken. We kiezen bewust voor onderwerpen waar we praktijkvariatie verwachten, bijvoorbeeld omdat de praktijk niet strookt met onze richtlijnen. Dat laatste geldt bijvoorbeeld voor een mri-scan van de knie, die op veel plaatsen door huisartsen kan worden aangevraagd. Op onze bijeenkomst zijn we samen met een orthopeed gekomen tot een lijstje strikte condities waaronder zo'n mri meerwaarde heeft én het duidelijke advies om bij mensen boven de vijftig nooit een mri aan te vragen als huisarts.'

Toetsing aan de hand van spiegelinformatie is een belangrijke aanvulling op de meer traditionele vormen van nascholing, vindt Holtrop. 'Actuele, betrouwbare spiegelinformatie gaat over concreet gedrag van de individuele dokter. Wij hebben in ons wijkteam de afspraak dat we aan het eind van de bijeenkomst onze leerpunten formuleren waar we een jaar later op terugkomen én waarover we ook in ons jaarverslag iets melden. Op die manier is het formuleren van leerpunten niet vrijblijvend.'

Eyeopeners

'Voor mijzelf zijn er de afgelopen vijf jaren diverse eyeopeners geweest. Uit spiegelinformatie bleek bijvoorbeeld dat ik met kop en schouders boven mijn collega's uitstak als het ging om cyriax-injecties. Enerzijds omdat ik er handig in ben, maar ook omdat ik ze vrij makkelijk voorschreef. De confrontatie met mijn niet-gemiddelde gedrag, gekoppeld aan verdieping in de

lange termijneffecten en bijwerkingen van cyriaxinjecties, heeft gemaakt dat ik veel strikter in mijn indicatiestelling ben geworden. Met spiegelinformatie krijg je zicht op je minder bewuste handelen, helemaal als je het combineert met een enquête binnen de groep over ideeën die men heeft over het onderwerp en een stuk theorie of een *expert opinion* van een specialist.

Naast het verbeteren van de zorgkwaliteit zorgt het wijkteam ook voor doelmatige samenwerking. De huisartsen wachten niet op uitnodigingen voor overleggen op vaak onmogelijke tijden, maar nodigen zelf partijen uit met wie ze de samenwerking willen verbeteren. 'Daarmee zorg je ervoor dat er altijd vragen op tafel liggen die voor de huisartsen relevant zijn.'

De wijkteams in Amsterdam organiseren die samenwerking allemaal op hun eigen wijze. Holtrop: 'Er zijn wijkteams die PaTz-bijeenkomsten, Hagro-vergaderingen, farmacotherapeutisch overleg én het uitwisselen van spiegelinformatie allemaal clusteren in de bijeenkomsten van het wijkteam. Dat zorgt voor een veel lagere vergaderfrequentie en verhoogt tegelijk de kwaliteit van zorg.' Ook wijkteams die iets minder combineren, hebben wel degelijk organisatorische voordelen en tijdswinst van hun manier van werken. 'De jaaragenda van ons wijkteam is als geheel geaccrediteerd en geldt als nascholing of intercollegiale toetsing. Als we die nascholing elders zouden moeten halen, zou dat zeker meer tijd en geld kosten.'

Holtrop is heel blij met de kwaliteitsvisie van LHV, InEen en NHG. 'Hopelijk geeft dit document een impuls aan het snel beschikbaar komen van betrouwbare spiegelinformatie aan alle huisartsen. Als je écht alle neuzen dezelfde kant op wilt krijgen moeten onze herregistratie-eisen bijgesteld. Nu is de eis dat twee van de veertig punten per jaar uit intercollegiale toetsing moet komen. Het lijkt me mooi als dat naartien uur per jaar gaat.'

NYNKE VAN DIJK, HOGLERAAR MEDISCH

ONDERWIJS EN OPLEIDING AMC-UVA:

‘Goed georganiseerde spiegelinformatie verhoogt de zorgkwaliteit’

Nynke van Dijk is als hoogleraar Medisch Onderwijs en Opleiding (AMC-UvA) betrokken bij zowel de huisartsopleiding als bij het wetenschappelijk onderzoek naar de huisartsenzorg. Ze doet onder meer onderzoek naar het effect van het gebruik van spiegelinformatie. Ook is ze betrokken bij een gezamenlijk project van de huisartsopleidingen om HIS-data te spiegelen en daarvan te leren. ‘Spiegelinformatie is een breed begrip: het varieert van de feedback van patiënten tot de cijfers die uit verschillende systemen komen. Vaak kijken we voor spiegelinformatie vooral naar die cijfers, maar de informatie wordt rijker als je het begrip breed opvat.’

Studies naar de inzet van spiegelinformatie laten zien dat het succes wisselend is, zegt Van Dijk. ‘Alleen als spiegelinformatie goed is georganiseerd en gericht wordt gebruikt helpt het om de kwaliteit van zorg te verbeteren. In zulke gevallen blijkt spiegelinformatie er bijvoorbeeld toe te leiden dat het gebruik van antibiotica teruggedrongen wordt. Een ander voorbeeld is een studie onder een groot cohort Amsterdamse huisartsen naar het aanvragen van hiv- en soa-tests. Zónder spiegelinformatie bleken de meeste huisartsen die test pas aan te vragen als ze aandoeningen zagen. Mét spiegelinformatie over hoe vaak je zo’n test zou kunnen of moeten doen volgens de landelijke

cijfers, bleken huisartsen eerder geneigd zo’n test te laten doen. Dat is uiteindelijk beter voor de patiënt.’

Ongevraagde spiegelinformatie of informatie die wordt gepresenteerd ‘op zo’n manier dat mensen zich aangevallen voelen’, levert doorgaans weinig verbetering van zorgkwaliteit op, ziet Van Dijk in onderzoeken. ‘Spiegelinformatie moet relevant zijn: de juiste groepen moeten met elkaar vergeleken worden. En er moeten duidelijke afspraken zijn over wat je ermee doet en wanneer je opnieuw een meting wilt doen. Als aan die voorwaarden is voldaan, blijkt spiegelinformatie een bruikbare methode om de kwaliteit van zorg te verbeteren.’

Kwantitatieve en kwalitatieve spiegelinformatie gaat in het ideale geval samen. ‘Het leuke van cijfers, bijvoorbeeld over doorverwijzingen, is dat je je eigen vooruitgang in de tijd kunt meten. Maar in een gesprek met collega’s kun je soms het waarom ontdekken: verwijst je zoveel door naar de kinderarts omdat je in verhouding veel kinderen in je praktijk hebt, of zou het te maken kunnen hebben met angst die je aan een voorval uit het verleden hebt overgehouden? Dat zijn vragen die je met alleen cijfers niet boven tafel krijgt. Zeker in een wijkgroep, waar je weet hebt van elkaars populatie, kunnen zulke inhoudelijke gesprekken bijdragen aan de zorgkwaliteit.’

nog: het kan zelfs tijd besparen.

Bijvoorbeeld doordat je samenwerking effectiever en efficiënter maakt, of omdat je in intervisiegesprekken hoort hoe je je praktijk slagvaardiger kunt organiseren.’

Ook intercollegiale toetsing en spiegelinformatie maken deel uit van de gezamenlijke kwaliteitsvisie. Spiegelinformatie is een breed begrip dat duidt op allerlei vormen van informatie waarmee de huisarts het eigen functioneren kan spiegelen aan bijvoorbeeld de cijfers of de ervaringen van collega’s, maar ook aan de verwachtingen en ervaringen van patiënten en samenwerkingspartners (zie kader ‘Goed georganiseerde spiegelinformatie verhoogt de zorgkwaliteit’). ‘We overleggen als huisartsen al best veel in groepen’, zegt Borneman. ‘Je zou die veel vaker kunnen inrichten als intercollegiale toetsing, bijvoorbeeld in wijken. In vertrouwende setting cijfers en ervaringen uitwisselen kan heel leerzaam zijn. Het is overigens mooi om te zien dat het gebruik van spiegelinformatie voor jonge huisartsen al heel gewoon is. Intervisie is met hun opleiding verweven en ze leren bijvoorbeeld om spiegelinformatie uit hun HIS te halen. Ook voor huisartsopleiders is spiegelen heel vanzelfsprekend, alleen al omdat ze aan hun aios moeten uitleggen wat ze doen en waarom. Het zou mooi zijn als het gebruik van spiegelinformatie voor alle huisartsen zo vanzelfsprekend wordt.’



Kwaliteitsbeleid opstellen? De LHV-handreiking helpt u verder

Continu werken aan de kwaliteit van uw zorg hoort bij uw werk als huisarts. De geactualiseerde LHV-handreiking Werken aan kwaliteit (april 2019) helpt u bij het opstellen van een ruwe kwaliteitsagenda. In de handreiking staat informatie over het werken aan kwaliteit op huisartsniveau en op praktijkniveau. Op de LHV-website vindt u ook informatie over onder meer patiëntveiligheid, registratie en transparantie en de gezamenlijke visie van LHV, NHG en InEen op kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg.

www.lhv.nl/kwaliteit

■ REGIONALE ONDERSTEUNING

‘De ondersteuning van het werken aan kwaliteit wisselt op dit moment nog erg per regio. Ook daardoor heeft de veranderende manier van het denken over kwaliteit van zorg die landelijk is doorgezet – ook bij VWS en de zorgverzekeraar – nog niet alle collega’s bereikt. We hopen dat ons visiedocument ook een steun in de rug is voor huisartsen die in hun regio werk willen maken van kwaliteit en daarover met hun regio-organisaties in gesprek willen.’ ¶

Elektronisch gegevens uitwisselen met het ziekenhuis

Een patiënt is door u verwezen naar een specialist in het ziekenhuis. Als u later samen met de patiënt het medisch dossier wilt raadplegen, krijgt u daar geen toegang toe. Diverse ziekenhuizen hebben hun beleid voor gegevensuitwisseling aangescherpt. Wat mag niet en wat mag nog wel?

TEKST: CORIEN LAMBREGTSE

1 Waarom geeft het ziekenhuis mij geen toegang meer tot het medisch dossier van mijn patiënt?

Diverse ziekenhuizen hebben hun beleid voor gegevensuitwisseling aangescherpt vanwege de Algemene Verordening gegevensbescherming (AVG). Daardoor krijgen huisartsen geen toegang meer tot de actuele gegevens, waardoor de patiënt bijvoorbeeld een extra bloedonderzoek moet ondergaan. Dat kost tijd en is dubbel werk. Het is bovendien onnodig, want ziekenhuizen mogen de relevante gegevens van een patiënt die door een huisarts is verwezen net als voorheen blijven delen. Beiden zijn immers bij de zorg betrokken zorgverleners.

2 Ziekenhuizen zeggen dat ze strenger moeten zijn vanwege de AVG. Dat klopt dus niet?

De AVG heeft hier in feite niets mee te maken; regels omtrent het medisch beroepsgeheim blijven onveranderd. Wel lijken de verplichting medische gegevens goed te beschermen en het recht informatie te delen met andere betrokken zorgverleners elkaar te bijten. Uit voorzorg delen ziekenhuizen daarom maar geen informatie meer zonder dat de patiënt daarvoor expliciet toestemming heeft gegeven. Het

effect is dat de uitwisseling van informatie onnodig wordt beperkt.

3 Wat mag nog wel?

Bij een verwijzing is het toegestaan om gegevens te delen. Die uitwisseling is zelfs noodzakelijk om de collega te informeren over reden van verwijzing en de medische achtergrond van de patiënt. In belang van de kwaliteit en continuïteit van zorg dient de specialist ook terugkoppeling te geven aan de verwijzend huisarts. Dit gebeurt via een specialistenbrief, maar kan ook (sneller) via het zorgverlenersportaal. Een patiënt hoeft daarvoor niet apart toestemming te geven. Die toestemming kan worden verondersteld uit de doorverwijzing.

4 Wanneer moet de patiënt wel expliciet toestemming geven?

Een patiënt moet expliciet toestemming geven voor het beschikbaar stellen van zijn medisch dossier via een elektronisch uitwisselingsysteem zoals een zorgverlenersportaal. Met die toestemming kunnen andere zorgaanbieders inzage krijgen in de medische gegevens die in het elektronisch patiëntendossier (EPD) van een patiënt zijn opgeslagen. Dit geldt dus niet in het geval van een verwijzing.

5 Hoe lossen we het probleem tussen ziekenhuizen en huisartsen op?

De LHV raadt huisartsenkringen aan om met ziekenhuizen in hun regio heldere afspraken te maken over de uitwisseling van gegevens. Dat gebeurt inmiddels ook al. Daarnaast heeft de LHV de minister van VWS gevraagd om de wetgeving rond de privacy van patiënten te verhelderen en onnodige drempels bij het elektronisch uitwisselen van gegevens te voorkomen. Beschikbaarheid van betrouwbare gegevens voor betrokken zorgverleners is immers juist in het belang van goede patiëntenzorg. ¶



Meer informatie over elektronische uitwisseling staat op www.lhv.nl, zie dossier ICT. Onder Actueel vindt u het nieuwsbericht **Regels en drempels bij elektronische gegevensuitwisseling (4 maart 2019)**. De KNMG heeft een handreiking 'Omgaan met medische gegevens'.

Stefan Visscher
LHV-beleidsmedewerker
ICT in de Zorg
s.visscher@lhv.nl
085 04 80 058





(ZELF)COACHING: HET ZELFOPLOSSEND VERMOGEN VAN MENSEN STIMULEREN **‘TOEN IK HET CONCEPT VAN HUISARTSENZORG LOSLIET, ONTSTOND ER RUIMTE VOOR ALTERNATIEVEN’**

Enkele jaren geleden stond de 41-jarige huisarts Anneloes* op een kruispunt in haar leven en loopbaan. Een korte maar krachtige workshop bood haar een opening. ‘Ik realiseerde me dat ik klem zat in het concept dat ik altijd van de huisartsenzorg had gehad. Toen ik dat losliet, ontstond er ruimte voor alternatieven.’

TEKST: ELS WIEGANT // BEELD: SIMONE MICHELLE

Ik geruime tijd werkte Anneloes als waarnemer in een kleine dorpspraktijk ‘aan de overkant van de rivier’. ‘Ik had het er ontzettend naar mijn zin en ik had er echt oud kunnen worden. Maar mijn kinderen moesten op een gegeven moment naar de crèche en dat leverde veel stress op. Elke keer de zorg dat ik niet op tijd de brug over zou komen om ze op te halen, ik zat telkens in een spagaat.

Toen een collega me vroeg om samen met haar een praktijk over te nemen, niet ver van mijn huis, heb ik voor de kinderen gekozen. Ik heb gezegd: ik wil bij je komen werken, maar dan als waarnemer. Met pijn in mijn hart heb ik afscheid genomen van de andere praktijk.

Na vijf jaar, waarin we van een oude solopraktijk een moderne gecertificeerde praktijk hebben gemaakt, kwam de vraag van mijn collega opnieuw: wil je nu associëren? Tegelijkertijd nodigde mijn vader, ook huisarts, me uit om terug te keren naar België, waar ik vandaan kom. Wat moest ik doen?’

■ ENIG PERFECTIONISME

Dat was zo’n beetje de situatie waarin Anneloes verkeerde toen ze de workshop *De (zichzelf) coachende huisarts* van de LHV Academie ging doen. Volgens Marco Buschman, die de workshop samen met Monique Beerens geeft, is het voorbeeld van Anneloes exemplarisch voor de vragen waarmee huisartsen naar de workshop komen. ‘Veel cursisten zitten met vragen en twijfels over de toekomst, de samenwerking met hun team, de interactie met hun patiënten. Ze willen een inzicht opdoen en daar richten we ons ook. We laten ze echt iets ervaren.’

Persoonlijk nam Jasper* (55) vooral deel aan de workshop uit nieuwsgierigheid naar wat coaching voor een huisarts kan inhouden. Hij was al bekend met het vakgebied omdat zijn partner coach is. Zijn medecursisten worstelden vooral met keuzevraagstukken. ‘Uit ervaring wist ik hoe lastig dat kan zijn, ik was eerder al door

dat proces gegaan. Ik was praktijkhouder toen ik uit het arbeidsproces raakte door een combinatie van te veel werk, de verantwoordelijkheden die het vak en de praktijk met zich meebrengen en een scheiding. Dat had ertoe geleid dat ik met mijn praktijk ben gestopt, waarnemer ben geworden en me ben gaan toeleggen op een bepaalde chirurgische ingreep, iets waar mijn passie bleek te liggen.' Na de workshop besloot Jasper verder te gaan met (zelf)coaching. Hij volgt nu een opleiding Zijnsoriëntatie, die als doel heeft meer inzicht in zichzelf te krijgen. 'Ik zou het fijn vinden als ik rustiger in mijn stoel zou kunnen zitten. Ik ben erg strikt in die tien minuten van het consult. Ik denk dat ik graag controle wil houden en enig perfectionisme is me ook niet vreemd. Daarin heb ik last van mezelf en dat zou ik minder willen. Het aardige vind ik dat wij als artsen voor anderen altijd precies weten wat ze moeten doen, maar voor onszelf niet. Dat anders naar jezelf kijken, vond ik een verfrissende ervaring.'

■ JUNK-WAARDEN

De coachende rol is voor huisartsen steeds belangrijker geworden en neemt alleen in belang alleen nog maar toe. Marco: 'Als arts heb je een expertrol. Natuurlijk moet je in bepaalde gevallen gewoon vanuit je medische kennis handelen. Maar steeds vaker vragen situaties erom dat je als coach opstelt. Dat je het zelfoplossend vermogen van mensen aanboort en stimuleert. Dat is wat je in essentie met coaching wilt bereiken.' Coachen doe je bij je patiënten en je medewerkers. 'Een patiënt die moet stoppen met roken, kun je een pleister of een pil voorschrijven. Je kunt ook op zoek gaan naar zijn drijfveren. Wat gebeurt er als je niet meer rookt? Wat zou je doen met het geld dat je ermee bespaart? Werken aan die ambitie, die droom, is effectiever. Als leidinggevende moet je naar je medewerkers soms directief zijn, maar ook daar is het vaak beter om ze te coachen, ze te

stimuleren een probleem zelf op te lossen.' Ook jezelf kun je coachen, benadrukt Marco. 'Door alle veranderingen in het vak is het van belang in contact te blijven met jezelf, met je passie. Waarom deed ik dit vak ook alweer? Wat drijft mij?' Je persoonlijke waarden zijn daarbij van doorslaggevend belang. 'Sommige mensen kennen die van zichzelf onvoldoende. Of ze hebben "junk-waarden", de waardering van anderen heel belangrijk vinden bijvoorbeeld. Dat is te vergelijken met junkfood bij de McDonalds: het smaakt lekker, maar je weet dat het ongezond is. Dus gaan we op zoek naar die échte persoonlijke waarden. Ik vraag mensen zich een topervaring uit hun leven te herinneren. Door die te beschrijven komen ze er bijvoorbeeld achter dat familie belangrijk voor ze is, of vrij-

'Door alle veranderingen in het vak is het van belang in contact te blijven met jezelf, met je passie. Waarom deed ik dit vak ook alweer? Wat drijft mij?'



FOTO UIT DE BEELDBANK VAN DE LHV

heid. Geef die waarde dan eens een score: is het een zesje? En, is dat dan voldoende of moet het meer worden? En hoe denk je daar dan te komen?'

■ KRACHTIGER WETEN

Praten en denken is bij die zoektocht niet het enige dat telt. Voelen speelt een minstens even belangrijke rol, legt Marco uit. 'Wij mensen zijn meer dan een wandelend hoofd, meer dan cognitie alleen. We hebben ook een hart en een ziel. Ons lijf is de toegangspoort tot die zijns-kant. Als je je armen wijd uitspreidt en je hoofd in je nek gooit, is het echt moeilijk om je depressief te voelen. Andersom is het lastig om gelukkig te zijn als je helemaal verkrampd in elkaar gedoken zit. Soms kun je via je lichaam tot bepaalde inzichten komen. Daarom gebruiken we dingen als door de ruimte bewegen of ergens anders

gaan zitten of staan. Door die beleving te associëren met een cognitie krijg je een krachtiger wéten.’

Anneloes heeft dat ook echt zo ervaren. ‘Ik weet nog dat ik tijdens de workshop een plek in de ruimte moest zoeken die symbool stond voor een eigen praktijk beginnen. In een donker hoekje ging ik staan, waar ik me benauwd en beknot voelde. Marco vroeg me naar een plek te gaan waar ik openheid voelde. Dat was dichtbij het raam, in het licht. Die ervaring deed gek genoeg heel veel bij mij. Ik werd út het mentale en in mijn gevoel getrokken.’

■ NIEUWSGIERIG

Al voordat ze aan de workshop deelnam, wist Anneloes wat ze níét wilde: niet associëren met haar collega, en niet naar haar vader in België gaan. Maar wat wilde ze wel? ‘Eigenlijk moest ik mezelf opnieuw uitvinden. Altijd had ik gedacht dat ik ooit een eigen praktijk zou hebben, daar tot mijn pensioen zou blijven en dat ik mijn patiënten van wieg tot graf zou begeleiden. Door de workshop ontstond er een opening om een ander pad te kiezen. Ik ben meer *out of the box* gaan denken. Niet alleen voor mezelf, maar ook in de relatie met anderen. Er is iets in mij geraakt waardoor ik veel meer buiten de geijkte paden durf te treden.’ Bij Anneloes heeft dat ertoe geleid dat ze deels is gaan waarnemen en zich deels is gaan toeleggen op de spoedzorg. Ze is er een kaderopleiding in gaan volgen. Weten wat je níét wilt, maar niet weten wat je wél wilt, dat ziet Marco vaak in de trainingen die hij geeft. ‘Toch kom je verder als je weet wat je wilt. Ken je drijfveren, wees je bewust van je persoonlijke waarden en van wat je belemmert om je ambities waar te maken. Dan weet je ook precies wat je níét moet doen, wat je moet laten. Het is effectiever om iets aan te leren dan om iets af te leren. Je kunt beter naar iets positiefs toe bewegen, en elke stap onderweg vieren. Door jezelf een dagje sauna cadeau te doen of iets

‘Er is iets in mij geraakt waardoor ik veel meer buiten de geijkte paden durf te treden’

dergelijks. Ook dan maakt de combinatie van een cognitie en een lijfelijke ervaring het weten weer sterker.’ Nieuwsgierigheid in plaats van oordelen is daarbij essentieel, zegt Marco. ‘In de loop van zijn leven ontwikkelt een mens allerlei structuren en patronen. Dat is maar goed ook, want anders zou alles wat je doet, bakken met energie kosten. Nadeel ervan is alleen dat je jezelf met die patronen behoorlijk vast kunt zetten, in een keurslijf terecht kunt komen. En dat gebeurt bij huisartsen nogal eens. Ze zijn mega-betrokken, werken vanuit

hun passie voor mensen. Tegelijkertijd is dat hun valkuil.

De zelfcoachende huisarts gaat nieuwsgierig op zoek naar alternatieven, naar de vraag: zijn die patronen voor mij nog steeds effectief? Of moet ik ze vervangen door iets anders? Wat zijn de stijlen en patronen van de mensen in mijn omgeving? Hoe pas ik die van mij daarop aan?’

■ SLAGEN OF FALEN

Marco's advies bij die zoektocht luidt: experimenteer en speel ermee. ‘Natuurlijk kan dat niet bij elke patiënt, maar stel je eens voor dat iemand al voor de derde keer met dezelfde klacht komt, waar jij niks meer aan kunt doen. Vraag hem dan eens op jouw stoel te gaan zitten en vertel hem zijn eigen verhaal, zittend op zijn stoel. Kijk eens wat er dan gebeurt. Of onderbreek iemand in plaats van het hele verhaal te beluisteren, terwijl je al lang weet waar het naartoe gaat, en stel een directe vraag: wat verwacht u nu van mij?’

Taal is daarbij van cruciaal belang, onderstreept Marco. ‘Als je tegen iemand – of jezelf – zegt: “ga dit eens op een andere manier doen”, dan kun je in die opdracht slagen of falen. Zeg je: “ga er eens mee experimenteren, probeer het eens uit”, dan maakt slagen of falen niet uit.’

Marco haalt een Amerikaans onderzoek in het onderwijs uit, waarbij de uitslag van het examen op verschillende manieren werd gecommuniceerd. In de ene klas kinderen verteld dat ze ‘geslaagd’ of ‘niet geslaagd’ waren. In de andere klas kregen ze te horen dat ze ‘geslaagd’ of ‘nog niet geslaagd’ (‘not yet passed’) waren. ‘In de not-yet-klas bleek de leercurve van de leerlingen veel groter dan in de andere klas. Daar kreeg het kind eigenlijk te horen: ik geloof dat je het kunt en dat je het gaat redden, maar je bent er nog niet helemaal. Dat is de kracht van taal.’ ¶

* Op hun verzoek en om hun privacy te beschermen, zijn de namen van de cursisten gefingeerd.



LHV-workshop volgen?

De workshop ‘de (zichzelf) coachende huisarts’ duurt 4 uur en wordt na een of twee maanden afgerond met 1 uur individuele coaching.

De workshop vindt plaats op verschillende data en locaties en kan ook als in company-training worden gegeven.

Kijk voor meer informatie op
lhv.nl/lhv-academie

regio inzicht

‘11praktijkentocht om nieuwe huisartsen naar Friesland te halen’

TEKST: ELS WIEGANT FOTO: JOHN SONSMMA



REGIO FRIESLAND



De Friese Huisartsen Vereniging behartigt de belangen van de huisartsen in de regio Friesland en maakt deel uit van de LHV.

Het Friese platform 11huisartsen.frl hield begin april een actiedag om nieuwe huisartsen te interesseren voor Friesland. Karin Groeneveld, huisarts in Lemmer en bestuurder van de Friese Huisartsen Vereniging, kijkt tevreden terug.

Waarom een 11praktijkentocht?

‘We wilden jonge huisartsen in één dag laten kennismaken met Friese praktijken die nu of binnenkort ter overname beschikbaar zijn. We begonnen met een gezamenlijke ochtend, waarbij de jonge huisartsen verschillende partners ontmoetten die betrokken zijn bij het platform 11huisartsen. Het platform is een jaar geleden opgericht om nieuwe huisartsen naar Friesland te krijgen, liefst een stuk of elf per jaar. De provincie heeft het platform mogelijk gemaakt waarin naast zorgpartijen bijvoorbeeld ook banken en makelaars betrokken zijn. Maar ook een landelijk werkend HR-bureau, met het oog op het vinden van werk voor een meeverhuizende partner. Met de 11praktijkentocht wilden we zoveel mogelijk drempels voor zo’n verhuizing slechten. ‘s Middags konden de jonge huisartsen elf praktijken bezoeken en de praktijkhouders spreken die een opvolger zoeken.’

Een geslaagde dag?

‘Er zijn twaalf geïnteresseerde jonge huisartsen op afgekomen. Sommigen werken al in Friesland als waarnemer, anderen komen van buiten de provincie. Een mooie opkomst, vinden wij. Een overname is natuurlijk niet meteen rond, dus het is nog even afwachten of de praktijkentocht daadwerkelijk een vestiging oplevert. Wel zijn er een paar kansrijke gesprekken daarover gevoerd. We vinden de tocht een zodanig succes dat we overwegen er een terugkerend evenement van te maken.’

Heeft het platform het eerste jaar al nieuwe Friese huisartsen opgeleverd?

‘Jazeker. Er zijn huisartsen via het platform naar Friesland gekomen, voor oriënterende gesprekken, als waarnemer of als potentiële praktijkhouder. We hebben flink aan de weg getimmerd en zijn bijvoorbeeld veel actief op social media. Op bijeenkomsten voor jonge huisartsen merken we dat ons platform bij de meesten al bekend is.

Het platform zorgt er in ieder geval voor dat jonge huisartsen eens informeren naar de mogelijkheden in Friesland. Op 11huisartsen.frl vinden ze alle praktijken die in Friesland ter overname beschikbaar zijn. Ook in Drenthe en Zeeland zijn campagnes gehouden om huisartsen te werven. Daarbij werd benadrukt hoe mooi het is om daar te wonen. Wij denken dat die boodschap – ook voor Friesland – inmiddels wel is doorgedrongen en richten ons vooral op het slechten van drempels om de stap daadwerkelijk te zetten.’

Gaat jullie platform het tij keren?

‘Alleen een platform en een 11praktijkentocht gaan het huisartsentekort niet oplossen. Het probleem is complex en vraagt inzet van veel partijen. Er moeten überhaupt meer huisartsen worden opgeleid. Daarnaast moet er meer tijd voor de patiënt komen, minder werkdruk en minder administratieve last. Onze campagne is een van de middelen die bijdragen aan continue huisartsenzorg in Friesland.’

‘Ons platform zorgt er in ieder geval voor dat jonge huisartsen eens informeren naar de mogelijkheden in Friesland’

In gesprek over tuchtrecht?

In januari sprak LHV-voorzitter Ella Kalsbeek met de voorzitter van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, Jenneke Rowel, over het tuchtrecht. En over de zorgen die de LHV al langere tijd heeft over tuchtrecht en de impact op huisartsen. Signalen die de LHV van huisartsen krijgt zijn onder meer: uitspraken zijn vaak onbegrijpelijk en doen geen recht aan de context waarin huisartsen werken, en de vraag of iets tot een tuchtzaak leidt, lijkt volkomen willekeurig. Op het gespreksverslag op HAweb reageerden veel huisartsen. Aanlei-

ding voor de LHV om twee regiobijeenkomsten te plannen, waar u met vertegenwoordigers van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg in gesprek kunt. Er is een bijeenkomst in Zwolle op dinsdag 21 mei 2019 en een bijeenkomst in Den Haag op woensdag 26 juni 2019. Inloop met broodjes begint om 18.00 uur, het gesprek duurt van 19.00 tot 21.00 uur. Aanmelden is nodig vanwege een beperkt aantal beschikbare plaatsen en kan via bestuurssecretariaat@lhv.nl onder vermelding van Regiobijeenkomst Tuchtrecht.

Principeakkoord Cao Huisartsenzorg

Op 17 april 2019 is een principeakkoord bereikt voor de Cao Huisartsenzorg 2019-2020. Het principeakkoord wordt binnenkort voorgelegd aan de Ledenraad van de LHV. De afgesproken looptijd is 22 maanden, van 1 maart 2019 tot en met 31 december 2020. Lonen worden structureel verhoogd met 6 procent, waarvan 3 procent per 1 juli 2019 en 3 procent per 1 april 2020. De functie van Praktijkmanager wordt opgeno-

men in de Functiewaardering Huisartsenzorg. Daarnaast zal tijdens de looptijd van de cao een viertal functies opnieuw worden gewogen in de FWHZ (Doktersassistent, inclusief de Spreekuurondersteuner), Praktijkondersteuner, Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant. De volledige tekst van het Principeakkoord Cao Huisartsenzorg 2019-2020 kunt u downloaden op www.lhv.nl



Ledenraad benoemt Guus Jaspar tot lid LHV-bestuur

De Ledenraad van de LHV is op 16 april 2019 unaniem akkoord gegaan met de benoeming van Guus Jaspar, huisarts uit Terneuzen, tot lid van het bestuur van de LHV. Guus Jaspar volgt Paulus Lips op.

LHV pleit voor uitstel Wet zorg en dwang

Per 1 januari 2020 wil het ministerie van VWS de Wet zorg en dwang invoeren. Verschillende zorgorganisaties, waaronder de LHV, uiten in een brief aan het ministerie hun zorgen over zowel de totale uitvoerbaarheid van de wet als de beoogde inwerking-tredingsdatum.

De geuite zorgen hebben betrekking op meerdere terreinen. Zo levert de samenloop tussen de Wzd en Wvvgz nog grote onduidelijkheden op en is het niet helder hoe de Wzd in de thuissituatie moet worden uitgevoerd. Ook zijn aanpassingen nodig aan de elektronische cliënt dossiers (ECD's) die niet per 1

januari 2020 kunnen worden gerealiseerd. Verder is de bekostiging van de uitvoering van de Wzd niet in beeld en maken we ons zorgen over de administratieve lasten. Bovendien is de vraag of uitbreiding van de inzet van zorgprofessionals haalbaar is in de schaarse arbeidsmarkt én ontbreekt nadere regelgeving van het ministerie voor de Wzd-arts of functionaris als de zogenoemde zorgverantwoordelijke (degene die het zorgplan met dwangzorg op- en bijstelt).

De brief aan het ministerie van VWS vindt u terug op www.lhv.nl



Wachttijden en collegiale afstemming ggz blijven zorgelijk

De wachttijden in de ggz zijn nog steeds een bron van zorg voor patiënten en huisartsen. Ook signaleren huisartsen dat er nog veel verbetering moet komen in de collegiale afstemming met de ggz en in de mogelijkheid om de zorg bij chronische patiënten direct te kunnen opschalen. LHV, NHG en InEen hebben deze zorgen geuit aan de Tweede Kamer, in aanloop naar een debat over de ggz. Hoewel vrijwel iedereen erkent dat de aanpak van de wachttijden urgent is, merken patiënten en huisartsen nauwelijks verbeteringen op dat vlak. Rapporten van de NZa en VWS bevestigen dat beeld. Patiënten krijgen niet tijdig de zorg die zij nodig hebben in de ggz. Tijdens hun wachttijd blijven ze een beroep doen op de huisartsenzorg, waardoor er minder tijd beschikbaar is voor patiënten met lichtere klachten die wel binnen de huisartsenpraktijk kunnen worden geholpen. Daarnaast zijn er nog altijd te weinig mogelijkheden voor huisartsen om te overleggen met de ggz en waar nodig de behandeling van patiënten te kunnen overdragen. Dat geldt met name voor het voorschrijven van medicatie zoals antipsychotica en lithium en wanneer een huisarts signaleert dat er met spoed hulp nodig is vanuit de ggz.



De brief aan de Tweede Kamer vindt u op www.lhv.nl

VACATURE Bent u de nieuwe huisarts cao-onderhandelaar?



FOTO: SIMONE MICHELLE

De LHV is op zoek naar een huisarts die zich wil inzetten als cao-onderhandelaar. Een belangrijke rol, omdat werkgevers en werknemers in de cao-onderhandelingen samen het arbeidsmarktbeleid voor de huisartsenzorg vormgeven. Wilt u hieraan een bijdrage leveren? De benoemingstermijn bedraagt maximaal 4 cao-termijnen.

De LHV is als werkgeversorganisatie betrokken bij twee cao's. De Cao Huisartsenzorg, waarin de LHV en InEen samen optrekken richting werknemerspartijen. En de Cao Hidha. Aan de onderhandelings tafel van de Cao Hidha vormt de LHV de werkgeversdelegatie en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) de werknemersdelegatie.

Het gaat daarbij om het vaststellen van de salarisontwikkeling in de huisartsenzorg, en ook vooral om het neerzetten van beleid om in de toekomst voldoende en goed geschoold personeel in de praktijk te hebben. Belangrijke onderwerpen daarbij zijn afspraken over opleiding, duurzame inzetbaarheid, als ook kostenontwikkelingen, (aanko-

mende) tekorten op de arbeidsmarkt en maatschappelijke trends.

Profiel:

- Als huisarts cao-onderhandelaar bent u minimaal vijf jaar actief als werkgever;
- Affiniteit met (politieke) verhoudingen en onderhandelen;
- Interesse in arbeidsvoorwaarden en personeelsbeleid;
- Uitstekende mondelinge en schriftelijke uitdrukingsvaardigheden;
- U bent een teamspeler die flexibel is ingesteld.

Solliciteren

Herkent u zich hierin? En vindt u het leuk om – namens collega huisartsen – een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van een solide arbeidsmarktbeleid voor de huisartsenpraktijk? Meld u zich dan voor donderdag 30 mei 2019 met een motivatiebrief en CV bij Marja de Kruijff via cao@lhv.nl. Heeft u vragen over de vacature? Dan kunt u ook even bellen met Marja de Kruijff, telefoonnummer 085-0480076.



Kom niet in de Buurt-zorg

Ed de chauffeur en ik komen net terug van een visite. We praten wat na en ploffen allebei neer: Ed op de bank en ik op een uitklapbare slaapfauteuil, die zo slecht ligt dat ik er toch nooit in slaap val. Het is nachtdienst en het zit er bijna weer op. Jacqueline, de assistente van de nacht, heeft het eindelijk even rustig aan de telefoon. Ze komt de gezamenlijke ruimte binnen, loopt naar een van de vloerlampen, bukt en drukt op de aan-uitknop. Als ze weer overeind staat, spreekt ze ons toe. 'Ik doe alles uit.' Voordat ik kan reageren, doet Ed het al. Hij kijkt haar droogjes aan. 'Ik hou me kleding aan, hoor.'

'Dat doe u krachtig. Ik kan zien dat u sport'

Ik proest het uit en schiet voorover uit de stoel, die zonder gewicht op de rugleuning weer in elkaar klapt. Het is de meligheid van de nacht, maar ook meer dan dat. Voor mij zijn dit soort luchtige momenten in ons werk net zo belangrijk, naast alle heftige. Een ander voorbeeld. Ed en ik worden op pad gestuurd naar een terminale bedlegerige patiënt van wie de Buurtzorg heeft gebeld; hij is onrustig van de pijn. Als we het huis binnentreden, worden we bijna omhelsd door de echtgenote

van de patiënt; zo blij is ze dat wij er zijn. Achter haar staat een vrouw in witte kleding. Op haar linkerborst prijkt een embleem van de Buurtzorg. Ik stel mezelf en vervolgens Ed voor. Ze schudt mij de hand en kijkt langs me heen. Het brilletje dat voor kort op haar neuspuntje rustte, wordt ineens omhoog geschoven en een geblondeerde haarkrul wordt sierlijk achter haar rechteroor geveegd. 'Nou, nou, een man in uniform.' Ik voel me enigszins de onzichtbare man, begrijp niet helemaal wat er gebeurt maar laat het moment aan me voorbij gaan. De man in het thuiszorg-bed in een hoek van de woonkamer heeft mijn volledige aandacht nodig. Hij heeft zichtbaar pijn. In de hoop zijn lijden te kunnen verlichten stel ik morfine voor. Ik kijk om me heen en mis twee mensen: mijn Ed en de buurtzorgdame. In de keuken vind ik ze terug. Zij staat met de rug naar me toe en onderwerpt Ed aan een vragenvuur, alsof midden in een speed-date. En Ed kijkt mij ongemakkelijk met grote ogen aan. Binnen de kortste keren waant hij zich in een Coca-Cola-reclame; nauwlettend volgt zijn vrouwelijke gesprekspartner het opzuigen van de morfine-vloeistof. 'Dat doet u krachtig. Ik kan zien dat u sport.' Op de terugweg in de auto bombarderen we de Buurtzorg lachend tot 'kom niet in de Buurt-zorg.' ¶

Problemen met alcohol, medicijnen of drugs? Wij helpen u.



Drinkt of gebruikt u meer dan u zou willen? Wij kunnen u helpen. Met gesprekken of adviezen. En, als u dat wilt, begeleiding naar behandeling.

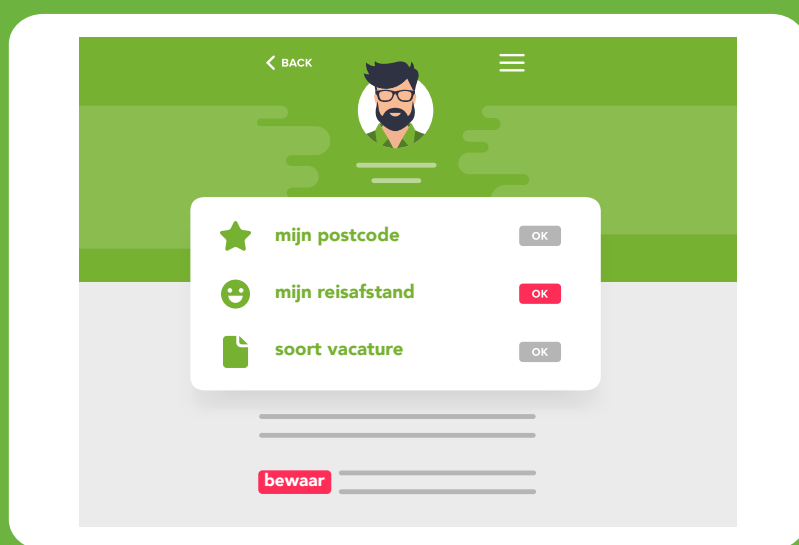
Hulp of advies nodig? Bel of mail dan nu naar ABS-artsen.

Telefoon: 0900-0168
op werkdagen van 8.30 tot 16.00 uur

E-mail: info@abs-artsen.nl

www.knmg.nl/abs-artsen

Heeft u al een zoekprofiel op de LHV Vacaturebank?



Op zoek naar een waarneming in de buurt, of juist een functie voor langere tijd? Vinden wat u zoekt is nu nog eenvoudiger op de LHV Vacaturebank en Praktijkmatch. Sinds kort kunt u uw zoekvoorkeuren ook bewaren. Zo heeft u snel zicht op relevante vacatures bij u in de buurt.

www.lhv.nl/vacaturebank