

# Starten met meer tijd voor de patiënt, hoe werkt dat?

**Meer tijd voor de patiënt: het gaat nu echt beginnen. In alle regio's wordt hard gewerkt aan uitvoeringsplannen. Regionale huisartsenorganisaties en huisartsenpraktijken kunnen zelf een eigen, passende invulling kiezen. Wat is ervoor nodig om met MTVP van start te gaan?**

TEKST: CORIEN LAMBREGTSE / BEELD: RIANNE NOORDEGRAAF

**D**e afgelopen vijf jaren is Meer tijd Voor de Patiënt in meer dan 100 praktijken beproefd en bewezen. Nu kunnen alle huisartsenpraktijken die dat willen er eindelijk mee van start. Lennart Rijkers, LHV-projectleider MTVP, was al die jaren nauw bij de pilots betrokken. 'Veel huisartsen hebben hier heel lang op gewacht, praktijken beginnen er nog liever vandaag dan morgen mee.' Hij ziet het aan de vragen die bij de LHV binnenstromen, zowel van huisartsen als van regionale huisartsenorganisaties (rho's). 'De rho's zijn op dit moment druk bezig met het inrichten van de ondersteuning voor huisartsenpraktijken op het gebied van MTVP. Als LHV staan wij de rho's en huisartsen waar mogelijk met raad en daad bij.'

■ **ANDERE PRAKTIJKVOERING**  
De LHV heeft samen met de zorgverzekeraars de Leidraad Meer Tijd voor de Patiënt opgesteld. De leidraad benoemt de basisvoorwaarden waaraan huisartsenpraktijken moeten voldoen om te kunnen starten met MVDP. 'Meer tijd voor de patiënt is meer dan alleen een verlenging van consulten tot 15 minuten. Er wordt een andere manier van praktijkvoering gevraagd. Het doel is meer rust en ruimte voor de huisarts, maar ook betere zorg voor patiënten, minder doorverwijzingen en minder labonderzoeken.' Er zijn praktijken die al aan de voorwaarden voldoen, andere praktijken hebben nog tijd nodig om zich voor te bereiden. Rijkers ziet geen reden tot haast. 'Om het voor de zorgverzekeraars behapbaar te houden, is in het

Integraal Zorgakkoord (IZA) afgesproken dat de instroom gefaseerd plaatsvindt. De rho's besluiten in samenspraak met de huisartsen hoe de selectie plaatsvindt van praktijken die mogen starten. De eerste groep start op 1 april; dit betreft maximaal een kwart van de huisartsenpraktijken. Elk volgend kwartaal stroomt opnieuw een kwart van de praktijken in. De laatste groep start dus op 1 januari 2024. Vanaf dat moment is MTVP onderdeel van de structurele vergoeding van de huisartsenzorg. De NZa is momenteel bezig om dit te regelen in de bekostiging.'

## ■ POSITIEVE ENERGIE

De leidraad is volgens Rijkers een hulpmiddel om MTVP in de praktijk vorm te geven. 'De leidraad is gemaakt op basis van de ervaringen die in de pilots zijn opgedaan. Als huisartsen zeggen dat ze het gevoel krijgen dat ze door allerlei hoepels moeten springen om de extra vergoeding te krijgen, snap ik die eerste emotie. Maar ik zeg ook altijd dat alle interventies in de pilots zijn toegepast en juist hebben geholpen om meer tijd voor de patiënt effectiever in te zetten.' Naast de basisafspraken worden de verschillende mogelijkheden genoemd waarmee rho's en huisartsen aan de slag kunnen. 'Er is ruimte voor een eigen invulling per praktijk, mits die wordt ondersteund door de betrokken rho', legt Rijkers uit. 'Mijn advies aan huisartsen is: bepaal eerst wat je zelf wilt. Wat past bij jou en de praktijk? Voor de een is dat Positieve Gezondheid, voor de ander een training LEAN Werken of juist uitbreiding van het team. De aanpak kan verschillen, maar de positieve energie die in de pilotpraktijken werd ervaren, gunnen we iedereen.'



## 'Intervisie helpt om uit een patroon te komen'

**Deelnemen aan intervisie is een van de voorwaarden om te kunnen starten met MTVP. Annemieke Philipsen, praktijkhouder in De Goorn, heeft daar al goede ervaring mee.**

'Intervisie is iets dat er bij ons in de praktijk gewoon bij hoort. Onze praktijk heeft 4000 patiënten, we zijn met vier huisartsen en een huisarts-in-opleiding. Sinds 2018 hebben we twee keer meegedaan aan een pilot, ook in het kader van MTVP, waarbij het belangrijk was dat we als huisartsen van elkaar leerden. Wij zijn het inmiddels gewend om regelmatig met elkaar te gaan zitten om bijzondere klachten, verwijzingen of diagnostiek met elkaar te bespreken. Wanneer is het zinvol om iemand te verwijzen of bepaalde medicatie voor te schrijven en wanneer niet? Ik heb standaard een A4'tje in mijn bureaula liggen, waarop ik punten noteer die ik wil bespreken. Het is nu nog informeel, als we starten met het MTVP-programma gaan we dit in een meer gestructureerde vorm doen, ik denk twee tot vier keer per jaar.'

Ook op regioniveau hebben we verschillende intervisies, bijvoorbeeld in het kader van het diagnostisch toetsoverleg en het overleg met medisch specialisten. Daarbij worden op regioniveau trends en verschillen in verwijzingen en onderzoeksaanvragen besproken. Enorm leerzaam. Je zit zelf vaak in een patroon, het helpt als anderen daar vragen over stellen of met een andere kijk komen. Ik ben blij dat MTVP voor alle huisartsenpraktijken beschikbaar komt en dat we niet per praktijk hoeven te bewijzen wat het oplevert. Wij hebben hier in West-Friesland bijvoorbeeld het 'probleem' dat we al heel weinig doorverwijzen. Op dat punt kunnen wij haast geen verbetering meer scoren.

Naast de verplichte intervisie kiezen wij interventies die bij onze praktijk passen. Bij onze eerste MTVP-pilot zijn we al met 15-minutenconsulten gaan werken, daarna wilden we nooit meer terug naar 10 minuten. We kijken nu of we meer kunnen inzetten op e-consulten en hoe we de spreekuren van onze spreekuurondersteuners huisarts beter kunnen benutten. Ook gaan we met z'n allen een cursus Positieve Gezondheid doen. De MTVP-vergoeding stelt ons in staat om de praktijkvoering verder te verbeteren. Dat is iets wat je altijd moet blijven doen.'

**Verkorte productinformatie**

**D-Cura 25.000 IE** en **D-Cura 100.000 IE**, drankampul  
**D-Cura 5.600 IE** en **D-Cura 25.000 IE**, harde capsule  
 (cholecalciferol)



**Samenstelling:** D-Cura bevat per drankampul van 1 ml oplossing 0,625 mg cholecalciferol (25.000 IE) respectievelijk 2,5 mg cholecalciferol (100.000 IE), D-Cura 5.600 IE, harde capsule bevat 0,14 mg cholecalciferol, D-Cura 25.000 IE, harde capsule bevat 0,625 mg cholecalciferol. **Indicatie:** D-Cura is geïndiceerd voor de aanvangsbehandeling van vitamine D-deficiëntie. **Contra-indicaties:** overgevoeligheid voor de werkzame stof of één van de hulpstoffen, hypercalciëmie en/of hypercalciurie, nephrolithiasis, ernstige nierinsufficiëntie, hypervitaminose D, pseudo-hypoparathyroidisme (de vitamine D behoefte kan zijn atgenomen als gevolg van fasen van de normale vitamine D gevoeligheid, pediatrische patiënten (<18 jaar)). **Dosering:** De dosering dient individueel te worden bepaald door de behandelend arts. Als startdosering voor de behandeling van vitamine D-deficiëntie onder medisch toezicht, wordt een eenvoudige dosering of een cumulatieve dosis van 100.000 IE, over een periode van 1 week, aanbevolen. 1 ampul van D-Cura 100.000 IE kan worden voorgeschreven als een enkele dosis per week of als 4 ampullen of capsules van D-Cura 25.000 IE verdeeld over meerdere giften per week. De aanbevolen dosis van D-Cura 5.600 IE is 2-4 capsules per week. Noodzakelijke aanvullende behandeling met D-Cura moet worden besloten door de behandelend arts. Serumconcentraties van 25-hydroxycalciferol en calcium dienen gecontroleerd te worden na de start van de behandeling. De noodzaak voor verdere monitoring kan individueel worden bepaald aan de hand van de toegevoerde dosis en de behoeften van de patiënt. Voor de behandeling van vitamine D-deficiëntie dient een aanvangsdosis gevolgd te worden door een onderhoudstherapie cholecalciferol. Onderhoudstherapie vereist lagere cholecalciferol doseringen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen voor gebruik:** Tijdens een langdurige behandeling met D-Cura, moet het calciumgehalte in het serum en in de urine regelmatig worden gecontroleerd en de nierfunctie dient gecontroleerd te worden door meting van de serum-creatinine gehalten. Deze controles zijn vooral belangrijk bij oudere patiënten en bij gelijktijdige behandeling met cardiale glycosiden of diuretica. In het geval van hypercalciëmie of tekenen van een verminderde nierfunctie, moet de dosis worden verlaagd of de behandeling worden onderbroken. Het wordt aanbevolen om de dosis te verlagen of de behandeling te onderbreken als het calciumgehalte in de urine een waarde van 7,5 mmol/24 uur (300 mg/24 uur) overschrijdt. Voorzichtigheid bij patiënten met een gestoorde nieruitscheiding van calcium en fosfaat, bij behandeling met benzothiadiazine derivaten en bij geïmmobiliseerde patiënten (risico van hypercalciëmie en hypercalciurie). Ook voorzichtigheid bij patiënten die lijden aan sarcoidose, in verband met het risico op een verhoogde omzetting van vitamine D naar zijn actieve metaboliet. Calciumwaarden van serum en urine dienen bij al deze patiënten regelmatig te worden gecontroleerd. Als nog andere vitamine D-bevattende geneesmiddelen worden voorgeschreven, dient men rekening te houden met de dosering van D-Cura. De extra toediening van vitamine D of calcium dient alleen te worden uitgevoerd onder medisch toezicht. Fenytoïne of barbituraten kunnen de werking van vitamine D verminderen. Thiazidediuretica kunnen leiden tot hypercalciëmie als gevolg van verminderde uitscheiding van calcium via de nieren. Gelijktijdige toediening van glucocorticoiden kan de werking van vitamine D verminderen. De toxiciteit van hartglycosiden kan toenemen gedurende de behandeling met vitamine D door een verhoogd calciumgehalte (risico op harfritmestoornissen). De ECG waarden alsmede de calcium niveaus in het plasma en urine dienen regelmatig te worden gecontroleerd bij deze patiënten. Gelijktijdige behandeling met ionenuitwisselingsharsen zoals cholestyramine of laxantia zoals parafineolie kan de gastro-intestinale absorptie van vitamine D verminderen. Het cytotoxische middel actinomycine en imidazole (antischimmel middel) interfereren met de vitamine D activiteit door het remmen van de omzetting van 25-hydroxyvitamine D in 1,25-dihydroxyvitamine D door het nierenzym 25-hydroxyvitamine D-1-hydroxylase. **Vruchtbaarheid, zwangerschap en borstvoeding:** D-Cura mag alleen tijdens de zwangerschap worden gebruikt als dit strikt noodzakelijk is en alleen bij doses die absoluut noodzakelijk zijn om het gebrek te elimineren. Overdosering van vitamine D moet worden vermeden tijdens de zwangerschap, omdat langdurige hypercalciëmie kan leiden tot lichamelijke en mentale retardatie, supraventriculaire aortastenose en reï-nopathie bij het kind. Vitamine D en zijn metabolieten wordt uitgescheiden in de moedermelk. Overdosering bij kinderen ten gevolge van borstvoeding is niet waargenomen. Er is in reproductietoxiciteitsstudies geen effect op de vruchtbaarheid waargenomen met cholecalciferol. **Raadpleeg de volledige productinformatie (SmPC) alvorens voor te schrijven.**



**Uw eigen unieke dokterstas**

Bepaal zelf de afmeting en indeling van de tas.  
 Kies uit een ruime collectie hoogwaardige materialen leer en textiel.

Met zorg en handgemaakt door Leonie Roeffen.

restaurantie | eigen collectie | maatwerk [www.tassenmakerij.nl](http://www.tassenmakerij.nl)  
 Konijnenwal 2 4001 HC Tiel Nederland T 06 121 028 50 info@tassenmakerij.nl



**De Artsen1Daagse geeft het podium aan kunst**

**Een medisch congres met prettige bijwerkingen**

14 juni 2023 | Singer Laren | 6 KNMG ABAN

De Artsen1Daagse is een wetenschappelijk onderbouwd medisch congres, maar allesbehalve saai. Leren is immers een belevenis. Een ervaring waar u altijd een betere dokter van wordt. Ontdek op de Artsen1Daagse wat kunst artsen én patiënten te bieden heeft. Op 14 juni, midden tussen de schilderijen in Singer Laren.

**BEKIJK ALLE LEZINGEN EN SCHRIJF U IN OP [BRAINFEED.NL/ARTSEN1DAAGSE](http://BRAINFEED.NL/ARTSEN1DAAGSE)**



**Klaar om te starten? Meer tijd vraagt een andere werkwijze**

**Meer Tijd Voor de Patiënt vraagt een andere manier van werken, zo is uit de pilots gebleken. De invulling kan per huisartsenpraktijk of situatie verschillen. De leidraad benoemt vier soorten activiteiten (interventies) waarvan je er in het eerste jaar twee kunt kiezen: activiteiten om meer tijd te creëren (anders werken en uitbreiden van de capaciteit) en activiteiten om extra tijd aan te besteden (meer samenwerking en andere gespreksvoering).**

• **Anders werken in de praktijk**

Door het werk in de praktijk anders te organiseren, ontstaat meer tijd voor de patiënt. Voorbeelden zijn LEAN werken, anders triëren door middel van een triagetraining, implementeren van een e-healthplatform, beeldbellen met patiënten of taakherschikking binnen het praktijkteam.

• **Uitbreiden van het team**

Een mogelijkheid is ook het uitbreiden van de personele capaciteit, mits de regionale arbeidsmarkt dit toelaat. Dit kan een extra huisarts zijn (al dan niet in dienst van de praktijk), maar ook meer uren voor een praktijkondersteuner of doktersassistent. Bij de pilots is gebleken dat het ondanks de krapte aan personeel toch vaak lukte om extra personeel te vinden. Ook kwam het voor dat het zittende personeel of de huisarts zelf meer uren ging werken, omdat meer tijd voor de patiënt zoveel meer werkplezier, rust en ruimte gaf.

• **Investeren in samenwerking**

Meer samenwerking met het netwerk levert eveneens meer tijd op. Dat netwerk bestaat uit het sociaal domein, de tweede

lijn, de GGZ en de wijkverpleging. In te zetten instrumenten zijn bijvoorbeeld Welzijn op Recept, een multidisciplinair overleg of casuïstiektafel, een meekijkconsult en samenwerking met het wijkteam/buurteam. Door meer samen te werken met het netwerk, kan de huisarts patiënten beter doorverwijzen. Bij medische klachten naar het ziekenhuis, bij psychische klachten naar de ggz en bij klachten gerelateerd aan werk en inkomen naar het sociaal domein. Investeren in het regionale netwerk voorkomt dat huisartsenpraktijken verstopt raken.

• **Voeren van het goede gesprek in gespreksvoering**

Meer tijd voor de patiënt geeft de huisarts de tijd om de juiste vragen te stellen en beter zicht te krijgen op de echte hulpvraag: de vraag áchter de vraag van de patiënt. Regionale huisartsenorganisaties kunnen hiervoor trainingen organiseren. Het Andere Gesprek geeft bijvoorbeeld ruimte voor de principes van Positieve Gezondheid of het 4-domeinenmodel.

*Heb je een beeld van de invulling die bij jouw praktijk past? Informeer dan bij je regionale huisartsenorganisatie of zij daarin ondersteuning kan bieden. Die ondersteuning is een van de voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op de extra vergoeding. Een andere voorwaarde is dat je deelneemt aan intervisie op het gebied van MTVP, omdat uit de pilots bleek dat huisartsen veel van elkaar kunnen leren. Ook daarbij is regionale ondersteuning verplicht. In de leidraad vind je deze voorwaarden onder het kopje 'Minimale horde'.*

**Meer informatie op [www.lhv.nl/mtvp](http://www.lhv.nl/mtvp)**

**Meest gestelde vragen**

**'Wanneer kan ik beginnen?'** Dat is met stip de meest gestelde vraag aan de LHV. Het antwoord wordt bepaald door de regionale huisartsenorganisaties. Op dit moment wordt druk overlegd over mogelijke instroomschema's en de ondersteuning die daarbij nodig is. Hieronder nog enkele veel gestelde vragen.

**1 BETEKENT LATER INSTROMEN OOK MINDER GELD?**

Wie later instroomt, maakt doorgaans pas later kosten voor een andere praktijkvoering. Praktijken krijgen een jaar de tijd om de voorgenomen activiteit, zoals trainingen of personeelsherschikking, uit te voeren. De kosten die daarmee gemoeid zijn, worden vergoed. Je krijgt later geld, maar je maakt ook pas later kosten.

**2 IK WERK AL MET 15-MINUTENCONSULTEN, KRIJG IK DAT MET TERUGWERKENDE KRACHT VERGOED?**

Veel huisartsenpraktijken hebben in coronatijd 15-minutenconsulten ingevoerd en zijn daar niet meer van afgestapt. Deze kosten worden niet met terugwerkende kracht vergoed. Voor praktijken die aan alle voorwaarden voldoen en nu al kosten maken voor MTVP is het daarom zaak zich zo snel mogelijk aan te melden. Of het lukt om op 1 april in te stromen, hangt af van de procedure die de rho hierbij volgt.

**3 WORD IK AFGEREKEND OP HET WEL OF NIET BEHALEN VAN BEPAALDE DOELSTELLINGEN?**

De resultaten van meer tijd worden landelijk gemonitord. Daarbij gaat het om de grotere trends. Huisartsen worden dus niet op praktijkniveau afgerekend op het behalen van de doelstellingen. Wel kunnen zorgverzekeraars steekproefsgewijs onderzoeken op welke manier praktijken invulling geven aan MTVP. Hierbij wordt onder meer gekeken naar het aantal doorverwijzingen, aangevraagde labonderzoeken, patiënttevredenheid en de tevredenheid (het werkplezier) van huisartsen. Over de precieze invulling van de monitoring worden nog nadere afspraken gemaakt.