

deDokter

LEDENBLAD VAN DE LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING

#3
MEI 2023

PRAKTIJKSTART

‘Veel meer het gevoel dat het mijn patiënten zijn’

Lean in de praktijk

Meer tijd voor langere
consulten door efficiënter
werken

Omgaan met klachten

‘Een luisterend oor
betekent vaak al veel
voor patiënten’

Vijf vragen

Hoe ga je om
met onvrijwillige
zorg?



Opleiders Dr. van der Linde (links) en Dr. Kraan (rechts) in het Reinier Haga Orthopedisch Centrum

'In het RHOC leiden wij met trots toekomstige generaties orthopeden op'

Het Reinier Haga Orthopedisch Centrum (RHOC) is één van de grootste orthopedische centra in Nederland. De 200 medewerkers, 15 arts-assistenten en 20 orthopeden werken in het Orthopedisch Centrum samen aan de best mogelijke orthopedische zorg. In het RHOC wordt wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd om de zorg continue te verbeteren en daarnaast is het gecertificeerd als opleidingscentrum voor toekomstige orthopeden. Opleiders Just van der Linde en Gerald Kraan vertellen over de opleidingen in het RHOC.

Opleidingsmogelijkheden en netwerkzorg

In juli 2020 heeft het RHOC de deuren geopend in Zoetermeer. De vakgroep bestaat uit orthopedisch specialisten afkomstig uit het Reinier de Graaf Gasthuis en het HagaZiekenhuis, locatie Den Haag en Zoetermeer. Just van der Linde over het RHOC: 'Als opleidingscentrum zijn wij gekoppeld aan de regionale opleidingsgroepen orthopedie (ROGO's) van het Erasmus MC en LUMC en leiden we arts in opleiding tot specialist (AIOS) orthopedie op tot nieuwe orthopeden. Tevens worden studenten van de TU Delft regelmatig begeleidt met afstudeerprojecten en huisartsen in opleiding lopen regelmatig stage in het RHOC.'

'Eén van onze basisdoelen bij het opleiden van toekomstige generaties orthopeden is dat we de AIOS laten nadenken over de klachten en behandelingen binnen de orthopedie. Daarbij staat het welzijn van de patiënt als geheel centraal. Gedurende de opleiding wordt niet alleen het vak bijgebracht maar wordt de aankomende

orthopeed ook getraind in kwaliteitsdenken en wordt de AIOS zich bewust van de wetenschappelijke en maatschappelijke verantwoordelijkheden ten aanzien van passende orthopedische zorg.', zo vertelt Gerald Kraan.

Ruimte voor ambitie

De samensmelting van drie vakgroepen orthopedie biedt mogelijkheden voor onderzoek, opleiding en innovatie. 'Tijdens de opleiding geven we in het RHOC de meest up-to-date behandelmethoden mee, zoals robot geassisteerde chirurgie met de MAKO-robot en werken in Integrated Practice Units (IPU's). De artsen in opleiding staan onder de supervisie van onze gehele orthopedische vakgroep. Alle orthopeden binnen de vakgroep van het RHOC zijn geschoold, gecertificeerd en voldoen aan de criteria om te mogen opleiden. Als onderdeel van de opleiding en om de kwaliteit van zorg voor onze patiënten te waarborgen wordt casuïstiek en mogelijke complicaties uitgebreid besproken. Twee opleidingsassistenten zijn momenteel bezig met het exploreren van netwerkzorg en anderhalvelijns zorg. Daarnaast werken we nauw samen met huisartsen en fysiotherapeuten. Als opleidingsgroep geven we jaarlijks nascholing aan andere orthopeden, huisartsen als fysiotherapeuten. Ook van de AIOS wordt verwacht om zich hierin te ontwikkelen en bij te dragen aan wetenschappelijk onderzoek of het uitwerken van een proefschrift als onderdeel van de opleiding.', aldus Just.

Gerald: "Binnen de opleiding is er ruimte voor ambitie. We proberen de leercurve steeds zo stijl mogelijk te houden en dat werkt goed. Just en ik zijn de twee verantwoordelijke opleiders, maar iedereen van de vakgroep en onderzoek en kwaliteitsgroep en directie van het RHOC zijn uitermate betrokken bij de opleiding. We werken hier met gespecialiseerde orthopeden met een groot netwerk, zowel in Nederland als internationaal, die er alles aan doen om de AIOS de best mogelijke opleiding te bieden. Iedereen draagt zijn steentje bij. De kwaliteit van de opleiding

tot orthopedisch chirurg in het RHOC komt tot uiting in de hoge waarderingen van de AIOS, de opleidingsmonitor en exitgesprekken."

'De rol als opleider geeft een extra dimensie aan ons vak'

Just van der Linde werkt sinds 2017 als orthopedisch chirurg en behandelt patiënten met schouder en elleboogklachten. 'De rol als opleider geeft een extra dimensie aan ons vak. Werken in een opleidingsgroep biedt mij de kans om kennis over te dragen en opleider zijn biedt mij de mogelijkheid om arts-assistenten te coachen en begeleiden om een zo goed mogelijke specialist te worden.'

Na het volgen van een fellowship hand en pols in Engeland is Gerald Kraan in 2011 als orthopedisch chirurg begonnen. 'Opleider zijn is zeer verantwoordelijk werk. Als opleider ben je heel dicht betrokken bij artsen in opleiding, hun werk en ontwikkeling als orthopedisch chirurg. We hebben wekelijks een gesprek met de AIOS en bespreken bijvoorbeeld hoe je de balans houdt binnen een intensief opleidingstraject waarbij er veel van hen wordt gevraagd. Als opleider is het ontzettend mooi om te zien welke groei zij gedurende de opleiding meemaken.'

Kom in contact met het RHOC

Voor verwijzers is er een speciaal telefoonnummer aanwezig, de Huisartsenlijn de bereiken via 079 206 55 99 voor collegiaal overleg. Wilt u meer weten over ons Orthopedisch Centrum? Kijk dan op onze website www.rhoc.nl.



rh reinier haga orthopedisch centrum

Toneellaan 2 | 2725 NA Zoetermeer

Aard Verdaasdonk

voorzitterscolumn

Innoveren kun je leren

In het Integraal Zorgakkoord hebben we met de andere partijen een groot aantal afspraken gemaakt die de grote druk op onze sector moeten verminderen. In een recent rapport onderstreep de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving de urgentie van die afspraken over de huisartsenzorg en benadrukt zij de maatschappelijke waarde van de eerste lijn en de kernwaarden van onze beroepsgroep. De RVS pleit onder andere voor herkenbaarheid en kleinschaligheid in de wijk en vindt dat er structureler en beter samengewerkt moet worden met het sociale domein.

De tijd is meer dan rijp voor verandering dus. De meest concrete stappen in de goede richting zijn per 1 april al gezet met een verandering in de organisatie en de tarieven van de ANW-zorg en de start van grootschalige uitrol van Meer tijd voor de patiënt. Het ministerie van VWS, de zorgverzekeraars en de andere IZA-partijen hebben zich gecommitteerd aan deze afspraken én de bijbehorende investeringen. En omgekeerd hebben wij als

LHV namens de huisartsen getekend voor de veranderingen en innovaties die dit van ons vraagt. Naast onze inzet in de dagelijkse praktijk is dat onze eigen inbreng in het toekomstbestendig houden van de huisartsenzorg.

In onze praktijk in Elst (Ut) gaan we in het komende jaar met een inloopspreekuur starten, gaan we variëren met korte en lange consulten en zijn we van plan om een extra spreekuurondersteuner en een extra huisarts in te zetten. We willen hierdoor ervaren dat het werk voor ons praktijkteam lichter wordt en de patiëntenzorg beter. Ik verwacht dat we de komende jaren ook andere veranderingen doorvoeren in onze manier van werken. We zullen wel moeten, en tegelijk willen we ook.

Ook in andere huisartsenpraktijken zie ik veranderkracht. Velen laten zich inspireren door de scholingen in de LHV Academie en gaan zelf of met hun team op training. Zo namen in 2022 maar liefst 6433 huisartsen (en praktijkmedewerkers) deel aan onze



FOTO: DITTA VAN GENT

'Ik verwacht dat we de komende jaren ook andere veranderingen doorvoeren in onze manier van werken'

scholingen, en organiseerden we het recordaantal van 400 scholingen. Daar zijn we heel trots op!

Ik gun ons allemaal een leven lang leren én innoveren. ¶

Aard Verdaasdonk
waarnemend voorzitter

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.

Oplage
13.750 exemplaren

Veertiende jaargang, nr 3
mei 2023

Eindredactie
Nathalie Pol

Redactieraad
Heleen van Bloemendaal, Wendy van den Brink, Yvette Haasbroek, Tess Hendriks, Jelly Hogendorp, Margriet Niehof, Lennart Rijkers, Pleunie Schalkwijk, Cora ten Tusscher, Maartje Spaargaren

Tekst & Beeld

Rob ter Bekke, Berber Bijma, Erik van der Burgh, Aad Goudappel, Rob van Hoorn, Corien Lambregtse, Mirjam van der Linden

Art direction en vormgeving
Curve Mags and More, Haarlem
www.curve.nl

Advertentieverkoop
SGNM, Oscar van den Bosch
Telefoon 06 11 59 15 22
Mail oscar@sgnm.nl

Drukwerk
Habo da Costa, Vianen
Klimaatneutraal geproduceerd

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

Contact redactie
Postbus 20056, 3502 LB Utrecht
Mail: dedokter@lhv.nl
www.lhv.nl/dedokter

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



08

Meer tijd met efficiënt werken
Huisarts Louise Avenarius stapte over op Lean werken. 'Dat je weet dat alles altijd op voorraad is, geeft ook rust.'



16

Omarm de klacht
Met een vrolijk 'tot de volgende keer' wil klachtenfunctionaris Margo richting de huisarts maar zeggen dat een klacht vaak niet heel zwaar of ernstig is. Hoe kun je met een goed gesprek de verbinding met je patiënt herstellen?



14

06 BINNENKIJKEN
Patiënten hechten hier niet alleen aan hun eigen huisarts maar zelfs aan de bijbehorende spreekkamer.

13 VIJF VRAGEN
Geen rol voor de huisarts bij onvrijwillige zorg en -opname. Hoe werkt dat in de praktijk?

23 VERENIGING
Hoe kiest onze vereniging een nieuwe voorzitter?

27 NIEUWS

30 WISSELCOLUMN
Huisarts Rutger Verhoeff had een engeltje op zijn schouder.



17

Nieuw bestuurslid
Brabantse dorpsdokter Lammert Hoeve versterkt sinds 1 april het bestuur van de LHV. 'De afgelopen jaren zijn VPH en LHV steeds meer gaan samenwerken.'



29

10 jaar LHV Academie
De LHV Academie bestaat tien jaar. Met steeds meer nascholingen die bovendien gemiddeld een 8,4 scoren, alle reden om te trakteren.

quicksan van...

Arienne Pameijer, huisarts in Rotterdam

Je hebt als huisarts iets nodig als tegenwicht tegen de zwaarte van het werk. Voor een van de huisartsen in de Praktijkstart is dat scrapbooken. Ooit van gehoord? Een scrapbook is iets tussen een plakboek en poeziealbum in. Ik ben zelf van het roeien en bridgen. Daar word ik heel vrolijk van. Het artikel over Lean werken laat

zien hoe je meer tijd voor patiënten maakt door efficiënter te werken. Wij werken in onze praktijk sinds begin dit jaar met 'Krachtige Basiszorg', een programma voor praktijken in achterstandswijken. We hebben onze consulten verlengd naar 15 minuten en werken sinds kort met een verpleegkundig specialist. Dat maakt mijn werk een stuk lichter. Aan een

Lean-workshop die ik ooit heb gedaan, heb ik overgehouden dat we als team elke dag samen beginnen en eindigen. Door elkaar even in de ogen te kijken, ontstaat verbondenheid. Mooi artikel over het omgaan met klachten. Het is waar dat je klachten niet moet afhouden, maar verwelkomen, omdat je er veel van kunt leren. Dat weet ik



FOTO: HANS TAK

uit ervaring: ik heb wel eens een ernstige diagnose gemist. Ik heb gelijk op onze website gecheckt hoe wij onze klachtenprocedure presenteren. Mijn maat heeft dat heel mooi en uitnodigend verwoord. Want hoe eerder je met een patiënt over een klacht of onvrede praat, hoe meer narigheid je voorkomt. ¶

'We laten ons bij onze voornamen noemen'

Huisarts Larissa de With, Binnenkijken
(pagina 6)

'Het had meer weg van 'grote baas en kleine baas'

Huisarts Michelle Bremers, Mijn praktijkstart
(pagina 14)

'Een kofferbak vol spullen ging naar de dierenambulance'

Huisarts Louise Avenarius over de total clean out voor Lean werken
(pagina 12)

'Ik heb die patiënt ook bedankt voor de klacht'

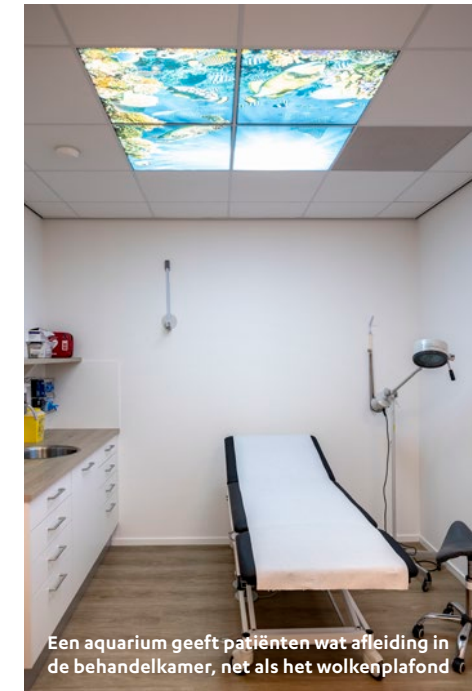
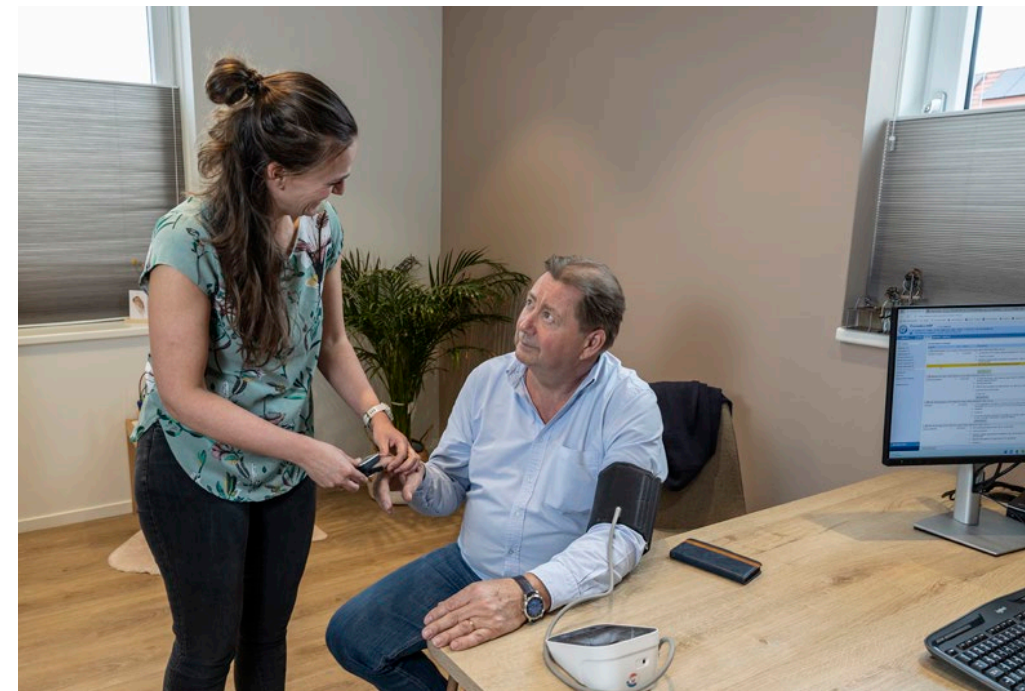
Huisarts Cathelijin Aukes
(pagina 18)



Praktijk met persoonlijke sfeer in een gloednieuw dorp



Huisartsen Larissa de With en Esther Bleeker in Hoef en Haag



Een aquarium geeft patiënten wat afleiding in de behandelkamer, net als het wolkenplafond



In veel kamers hangt een houten frame met de nerven van een hoefblad



De natuur is de praktijk binnengehaald, onder meer met fotobehang van de Lek in de wachtkamer

Nieuwe huisartsen in een nieuw dorp. Zo begonnen Larissa de With en Esther Bleeker in 2017 in Hoef en Haag, een nieuwbouwdorp (geen wijk) naast Vianen. Met de oplevering van de eerste huizen kwamen de eerste patiënten naar hun nulpraktijk. Die begon in één kamertje bij een fysiotherapeut in Vianen, verhuisde in 2020 naar een port-a-cabin in Hoef en Haag en eind vorig jaar – veel later dan verwacht – naar een echt praktijkpand. Daarin vinden nu ook verschillende huurders onderdak.

‘Het is vijf jaar lang best wel een gedoe geweest om een goede plek te krijgen’, vertelt De With. ‘Het begon er al mee dat de projectontwikkelaar niet aan een plek voor huisartsenzorg had gedacht. Vervolgens hebben we lang ons best gedaan voor een plek aan de rand van het dorp, met uitzicht op de weilanden. Allebei vinden we natuur heel belangrijk. Dat is helaas niet gelukt. We zijn uiteindelijk terechtgekomen in de hoek van een supermarktpand. Gelukkig hebben we wel voor elkaar gekregen dat we drie bouwlagen heb-

ben, in plaats van de geplande twee. Daardoor hebben we nu een mooi dakterras.’

Na vijf jaren inspiratie opdoen en plannen maken voor de inrichting hadden de beide huisartsen ‘een Pintrest-bord om u tegen te zeggen’, zegt De With lachend. ‘We hebben beiden een heel verschillende sfeer gekozen. Esther lichtroze en ik donkerblauw. Toch heeft de binnenhuisarchitect er een heel mooi geheel van weten te maken. De persoonlijke aanpak die we in de inrichting hebben gekozen, hebben we ook in de omgang met patiënten. We laten ons bij onze voor- namen noemen.’

Patiënten hechten zich door die persoonlijke insteek aan hun eigen huisarts en zelfs aan bijbehorende spreekkamer, merken ze. ‘Wie normaal bij Esther komt, vindt de spreekkamer van mij nogal druk. En wie normaal bij mij komt, vindt het bij Esther wel érg rustig.’ ¶

Bij huisartspraktijk Hoef en Haag werken 4 huisartsen, 4 assistenten, 2 POH's en 1 POH-GGZ



Bouwadviseur aan tafel

Zoeken naar nieuwe huisvesting roept veel vragen op. Kopen of huren? Wanneer schakel je een architect in? Een adviseur van LHV Bouwadvies beantwoordt al je vragen in een persoonlijk adviesgesprek. Met korting voor LHV-leden. Plan een afspraak in via lhv.nl/contact-lhv-bouwadvies.



De ronde muur bij de balie zorgt voor een warm welkom

De teamkamer is kleiner geworden dan gewent – afgedwongen door de vorm van het gebouw – ‘maar door de inrichting als een cafeetje toch heel gezellig’

Het hoefblad, dat veel groeit in de omgeving, komt terug in het logo van de praktijk



Lean werken: meer tijd over voor patiënten



'Als je overbodige handelingen uit processen haalt, bespaar je tijd'



'Nu zeggen patiënten: wat fijn dat je terugbelt'



Lean werken in de huisartsenpraktijk, het zorgt voor meer rust en efficiëntie, maar vooral ook: tijdwinst. En die gewonnen tijd kan de patiënt ten goede komen. Huisarts Louise Avenarius: 'Ik heb nu meer rust in de gesprekken met patiënten.'

TEKST: BERBER BIJMA / BEELD: MIRJAM VAN DER LINDEN

Z e zijn nog maar een week of vier bezig met Lean werken en willen nooit meer anders. Huisarts Louise Avenarius en praktijkmanager Ralph Besselink van de Amsterdamse huisartsenpraktijk Reguliërsgracht verwachten niet dat de nieuwe werkwijze over een tijdje gaat versloffen. 'Het heeft zoveel voordelen en het is zo makkelijk.'

De praktijk besloot een meerdaagse cursus Lean werken via de LHV Academie te volgen, toen die via de zorggroep werd vergoed als interventie in het kader van Toekomstbestendige Huisartsenzorg – een voorloper van de landelijke vergoedings voor Meer Tijd voor de Patiënt (zie kader 'MTVP-vergoeding voor Lean-training'). Avenarius: 'Met name het voorraadbeheer was bij ons een bottleneck. Het tijdig aanvullen van de werkvoorraad in de behandelkamers en van de centrale voorraad schoot er weleens bij in. Daardoor grepen we regelmatig mis.' Besselink is lang management consultant geweest in het

bedrijfsleven. 'Ik wist wat Lean kan opleveren in bedrijfsprocessen. Als je overbodige handelingen uit processen haalt en zorgt voor meer stroomlijning, win je tijd. En die tijd komt de kwaliteit van je werk ten goede. In coronatijd ben ik een keer door ziekte ingevallen voor de assistente, samen met een ingehuurd zzp-assistente. Zij vroeg mij meerdere keren waar iets lag en ik had geen idee. We wilden de Lean-cursus gebruiken om de voorraad zo simpel en intuïtief in te richten dat bij wijze van spreken een willekeurige voorbijganger in onze praktijk dingen zou weten te vinden.' Avenarius: 'Met name in coronatijd merkten we dat de dingen soms gaan zoals ze gaan, maar dat dat niet altijd logisch is.'

Naast het voorraadbeheer was ook drukte aan de telefoon een bron van stress bij met name de assistenten. 'Je wist niet of er 1 of 20 wachtenden waren als je een patiënt aan de lijn had', zegt Avenarius. Ook de onoverzichtelijkheid van de gedeelde computerschijf en de mailboxen, het aan-

vragen van vakantiedagen en het faxstelsysteem werden in het Lean-proces aangepakt. De praktijk schafte een telefoonsysteem aan dat assistenten regie geeft op de telefoontjes: patiënten die niet meteen iemand aan de lijn krijgen, krijgen te horen hoe laat ze teruggebeld worden. 'Zo kun je het werk slimmer verdelen over de dag', zegt Avenarius. 'De assistente kan rustig 4 of 5 minuten nemen om een telefoontje af te handelen en daarna de volgende patiënt opbellen. Dat geeft niet alleen rust in het gesprek, maar ook een betere sfeer. Eerder reageerden mensen nog weleens geïrriteerd als het lang duurde voor ze de assistente aan de lijn kregen. Nu zeggen ze: "Wat fijn dat je terugbelt". Dat is een veel positiever begin van zo'n gesprek.'

■ INTUÏTIEF VINDBAAR

De tijd die nodig was om de knelpunten aan te pakken, verschilt. Besselink: 'De overstap naar een digitaal faxstelsysteem was een kwestie van een paar uren. Het automatiseren van de aanvraag en goedkeuring van vakantiedagen had een doorlooptijd van een maand nodig vanwege de aanpassing in de verwerking in de salarisadministratie, maar kostte netto zo'n vijf of zes uren. Meer werk ging zitten in het herorganiseren van de gedeelde digitale schijf. Mapjes en documenten moesten worden samengevoegd en persoonlijke mapjes die sommige collega's gebruikten, zijn weggehaald. Daar zijn we nu bijna mee klaar. We hebben

Meer tijd voor de patiënt

Meer Tijd Voor de Patiënt vraagt een andere manier van werken, zo is uit de pilots gebleken. De Leidraad MTVP omschrijft daarom vier soorten activiteiten (interventies) waarvan je er het eerste jaar twee kunt kiezen. Lean werken is een voorbeeld van zo'n interventie. Informeer bij je regionale huisartsenorganisatie of zij hierin ondersteuning kan bieden. Die ondersteuning is een van de voorwaarden om aanspraak te maken op een extra vergoeding voor MTVP. Meer weten over de fasering van MTVP en de Leidraad? Je leest het op lhv.nl/meer-tijd'

de gedeelde schijf zo ingericht dat je intuïtief al snel op de juiste plek zoekt naar een document.'

Verreweg het meeste werk ging zitten in wat de medewerkers ervoeren als belangrijkste bottleneck: het voorraadbeheer. 'We hebben letterlijk alles door onze handen gehad', zegt Besselink. Avenarius: 'De voorraad is verhuisd van een van de spreekkamers naar de assistentenkamer. Voorheen kwam er regelmatig iemand in die spreekkamer binnenlopen tijdens een consult omdat de werkvoorraad in de behandelkamer op was. Dat gaf altijd onrust. Het is een enorme vooruitgang dat dat niet meer nodig is. De spullen zijn nu ook beter vindbaar. Ontzettend fijn als je in de behandelkamer niet meerdere laadjes hoeft open te trekken terwijl de patiënt wacht. We hebben ook altijd genoeg op voorraad. Via de Kanban-kaartjes – een van de Lean-hulp-

WIN
HET BOEK
*Lean in de
huisarten-
praktijk*
zie p. 29

‘Lean werken is in feite niets anders dan efficiënter werken, zodat je meer tijd voor de patiënt overhoudt.’

Huisarts Ulrich Schultz geeft diverse Lean-trainingen via de LHV Academie, samen met Margareth Heuveling, gezondheidswetenschapper beleid en beheer en voornamelijk ic-verpleegkundige en leidinggevende in het ziekenhuis (zie kader ‘Deze Lean-trainingen biedt de LHV Academie’). Over voorbeelden hoeft Schultz niet lang na te denken: ‘Vanmiddag nog was ik in een praktijk waar een van de assistenten iedere vrijdagmiddag vier uren bezig is met het controleren en bijvullen van alle spreek- en behandelkamers. Daar komt dan het bestellen van nieuwe spullen en het controleren van de dokterstassen nog bovenop. Vier uur per week! Met Lean werken kom je uit op vijf minuten per maand. Wie heel kritisch kijkt naar de artikelen in de praktijk kan flink snijden in het assortiment. In grote praktijken merkt de accountant dat zelfs.’

Knelpunten

Een Lean-traject in een huisartsenpraktijk begint met het inventariseren van knelpunten. ‘We geven de trainingen alleen maar aan complete teams. De hele praktijk moet Lean werken omarmen, anders lukt het niet. Als we vragen naar de belangrijkste knelpunten, wordt regieverlies over praktijkprocessen vaak genoemd. Drukke aan de telefoon staat bijna altijd op nummer 1, samen met druk op de agenda. We gaan in een praktijk altijd uit van de knelpunten die specifiek daar spelen.’ Meestal levert de eerste rondgang zo’n tien knelpunten op, waar het team vervolgens mee aan de slag gaat. Schultz: ‘Om knelpunten op een Lean manier aan te pakken passen we de vijf Lean-basisprincipes toe. Een daarvan is: de klant is koning. Die klant kan een patiënt zijn, maar ook een collega in de praktijk of een ketenpartner van buiten. Wie de klant is, hangt af van het proces dat niet optimaal gaat. We doorlopen alle

stappen van dat proces en bekijken bij iedere stap of die van waarde is voor de klant. Dan blijkt nogal eens dat bepaalde stappen dubbel worden gedaan, overbodig zijn of juist worden overgeslagen. Als meerdere mensen stappen uitvoeren in één proces, heeft vaak niemand het overzicht over het geheel. Het mooiste is dat mensen zich tijdens het in beeld brengen van zo’n proces ineens realiseren dat ze er zelf invloed op hebben. Blijkbaar hebben we de neiging onszelf snel als machteloos slachtoffer van drukte te zien.’ Ook de flow binnen de praktijk wordt in kaart gebracht: sluiten processen

‘De accountant merkt het als je Lean gaat werken’

goed op elkaar aan en weet iedereen welke stappen hij of zij moet nemen? ‘Als ik iets nalaat dat mij misschien 10 seconden kost, kan dat iemand anders wel 10 minuten extra werk opleveren op een later moment’, zegt Schultz. ‘Een bekend voorbeeld is de p-regel in het HIS, waarin ik als huisarts het plan voor een patiënt noteer. Als ik dat nalaat en de patiënt belt even later voor een uitslag, weet de assistente niet wat ze moet doorgeven. Ze moet eerst weer met mij overleggen en dan de patiënt weer terugbellen. Op die manier zorgen we deels zelf voor die drukte aan de telefoon.’ Tijdens de Lean-training maken de deelnemers kennis met het Japanse Kanban, die onder meer helpt om de voorraad efficiënt in te richten. Een van de Kanban-instrumenten is de ExpiratieApp, die het controleren van expiratedata overbodig maakt.

Total clean out

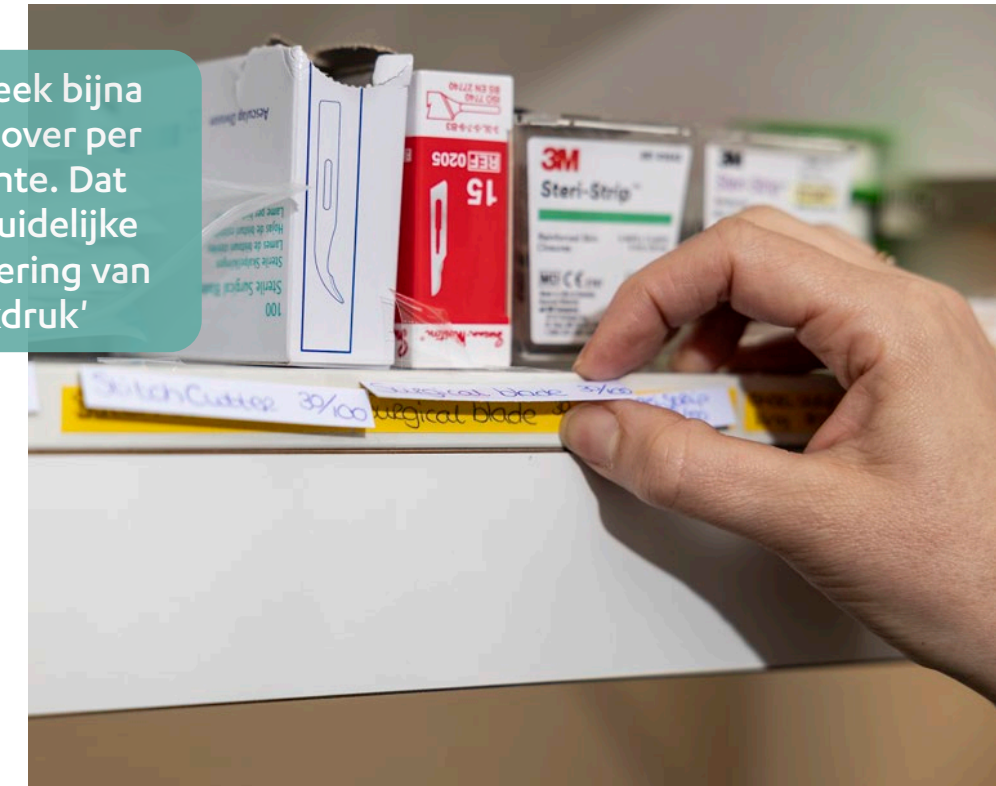
Schultz en Heuveling leren de deelne-

mers ook dat werkplekmanagement de fundering is onder Lean werken. De zogeheten 5S-methode helpt om de inrichting van de praktijk flink overzichtelijker en praktischer te maken. 5S staat voor scheiden, schikken, schoonmaken, standaardiseren en standhouden. ‘We bespreken per werkplek: wat voor werk wordt hier gedaan, op welk moment en welke spullen zijn daarvoor nodig? Vaak kunnen allerlei spullen weg: drie van de zes soorten enveloppen, gazen, handschoenen, formulieren, soms hele kasten. We kijken met z’n allen wat een handige inrichting van laden en kasten is. Alles krijgt een vaste plek.’ Het 5S-traject eindigt met een total clean out, vaak op zaterdag met het hele team. Dan gaan alle overtollige spullen weg, soms tot wel drie aanhangwagens vol. Zoveel mogelijk spullen gaan naar een goede bestemming – bijvoorbeeld een school, een zorginstelling of de kringloop.

‘Over 5S wordt soms wat denigrerend gedaan, alsof het “alleen maar” een grote schoonmaak is. Maar in de kern gaat het om mentaliteit en om eigenaarschap in plaats van slachtofferschap: jij bepaalt hoe je wilt werken en je richt dat efficiënt in. Ook dat kan enorm veel tijd opleveren. Reken maar uit: als je met z’n allen in een praktijk iedere dag opgeteld 1 uur naar spullen aan het zoeken bent en je zet daar de denkbeeldige loonkosten van 50 euro per uur op, dan kun je 13.000 euro per jaar besparen als alles een vaste en voor de hand liggende plek heeft. Bovendien heb je opgeteld als team dat ene uur per dag extra voor patiëntenzorg. De eerste dag na de total clean out kan vaak even niemand iets vinden, maar al snel vindt iedereen dat het 5S’en veel winst heeft. Een opgeruimde werkomgeving zonder overbodige spullen, met alles op de handige plek, biedt gewoon veel rust en werkplezier.’ Voor Schultz hoort Lean werken bij goed werkgeverschap. ‘Met minder werkdruk en meer werkplezier blijven mensen langer fit. Lean werken is dus een mooi instrument om te zorgen voor je team.’



‘In de week bijna een uur over per assistente. Dat is een duidelijke vermindering van werkdruk’



middelen – krijgen we tijdig een signaal dat iets bijbesteld moet worden. Er heeft sinds de invoering van Lean werken nog niemand misgegrepen, ook al werken we hier met veel parttimers. Dat je weet dat alles altijd op voorraad is, geeft ook rust. En het scheelt de assistenten tijd. Voorheen moesten we vaak ad hoc iets bijbestellen, nu niet meer.’ In het relatief kleine ‘Amsterdamse grachtenpandje’ hebben de medewerkers nooit heel veel spullen kunnen verzamelen, zegt Avenarius. Toch zijn er sinds de grote opruimactie die bij het Lean-traject hoort, nu een paar kasten leeg. ‘En die komen ook niet weer vol. We hadden bijvoorbeeld nog een oud ECG-apparaat dat het niet meer deed. En we hebben een kofferbak vol spullen die wij niet meer gebruiken, naar de mensen van de dierenambulance gebracht.’

TIJDWINST

Hoeveel tijdwinst Lean werken heel precies oplevert, is moeilijk na te gaan, zegt Besselink. ‘Als managementconsultant was ik gewend de tijdwinst meetbaar te maken. Maar in een huisartsenpraktijk is dat kwantificeren lastig. In de hectiek van een dag komen mensen er vaak niet aan toe om bij te houden hoeveel tijd ze precies met iets bezig zijn. Maar in ieder proces haal je handelingen weg of beperk je de zoektijd. Dat is minutenwerk, verdeeld over de dag, maar alles bij elkaar ga je dat absoluut merken. Stel

dat iedere assistente 10 minuten extra overhoudt per dag. Dat is in een week bijna een uur per assistente. Dat is een duidelijke vermindering van werkdruk.’ Avenarius: ‘Bovendien werkt het gewoon plezieriger. Ik was weleens gefrustreerd als ik iets niet kon vinden of als er tijdens een consult een collega binnenkwam om iets uit de voorraadkast te halen. Ik heb nu meer rust in de gesprekken met patiënten. Overigens zijn we ook net overgegaan op consulten van 15 minuten. Het is lastig aan te geven wat het effect van een langer consult is, en wat door het Lean werken komt. Die twee hangen ook met elkaar samen: hoe efficiënter je de praktijk organiseert, hoe meer tijd je overhoudt voor langere consulten. Alles bij elkaar merk ik zeker dat ik tijdens consulten minder vaak met het gejaagde gevoel zit dat ik snel door moet naar de volgende patiënt.’

Deze Lean-trainingen heeft de LHV Academie voor jou

De LHV Academie biedt vier verschillende trainingen aan over Lean werken: een kennismakingsworkshop ‘Lean werken’ van een dagdeel, de training ‘Lean coach’ van drie dagdelen, de driedaagse training ‘Lean werkplekmanagement 5S’ en de ‘Lean procesanalyse’ van drie dagdelen. Alle drie trainingen zijn alleen te volgen ná de kennismakingsworkshop. Meer informatie over data en tijden vind je op academie.lhv.nl

Stadspraktijk Schulte overnemen?

- ✓ Huisarts in de binnenstad van Gorinchem
- ✓ Een gezonde praktijk met een team in topconditie
- ✓ Een loyale patiëntenpopulatie

ZEG 'NS
JAAA!

praktijkschulte.nl/jaaa

06 51 07 56 41

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-hyparathyroidisme (de vitamine D behoefte kan zijn afgenomen 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 enkelvoudige 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 gitten 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 toegepaste 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 gehaltes. 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 benzothiazine derivaten en bij gelimobiliseerde 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 hartritmoestoornissen). 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 paraffineolie 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, supravulvulaire aortastenose en retinopathie bij het kind. Vitamine D en zijn metabolieten worden 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.**

5 vragen

Onvrijwillige zorg of opname

Bij patiënten met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking, kun je te maken krijgen met de Wet zorg en dwang (Wzd). Wat betekent deze wet voor jouw werk?

TEKST: LHV

1 Waar gaat de Wet zorg en dwang over?

Deze wet gaat over de rechten van de patiënt bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname. Het uitgangspunt van de Wet zorg en dwang (Wzd) is: 'nee, tenzij'. Onvrijwillige zorg en opname is een uiterste middel voor als er geen minder ingrijpende, vrijwillige, alternatieven mogelijk zijn.

2 Voor wie geldt de Wzd?

De Wzd is van toepassing op personen met een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke beperking of gelijkgestelde aandoening. Denk bijvoorbeeld aan de gevolgen van een CVA die de wilsbekwaamheid aantast. Iemand valt onder de Wzd als degene een CIZ-indicatie of medische verklaring heeft waaruit blijkt dat deze persoon is aangewezen op zorg. De Wzd geldt niet alleen in zorginstellingen, maar ook voor mensen die thuis wonen.

3 Heb ik een rol in de beoordeling of toepassing van onvrijwillige zorg?

Nee. Onvrijwillige zorg is geen huisartsenzorg. Het gaat de expertise van de huisarts te boven. Je kunt hier wel mee te maken krijgen, omdat de wet ook in de thuissituatie geldt. Je begeeft je bijvoorbeeld op het gebied van onvrijwillige zorg wanneer je

medicijnen toedient die het gedrag beïnvloeden zonder dat de patiënt zich daarvan bewust is, of in het geval van onvrijwillige opname. Wees je hiervan bewust en overleg bij twijfel met een specialist ouderengeneeskunde of arts VG. Zij zijn hier de expert. De LHV ziet ook geen rol voor de huisarts bij het besluitvormingsproces over de inzet van onvrijwillige zorg.

4 Hoe zit het met psychofarmaca?

Het toedienen van psychofarmaca zonder toestemming valt ook onder de Wzd. Je moet je daarbij aan de wet houden. Volg hiervoor het Wzd-stappenplan. Ga naar dwanginzorg.nl en zoek op Stappenplan in de Wet zorg en dwang. Dit stappenplan dwingt je om periodiek te beoordelen of de onvrijwillige zorg nog noodzakelijk is en of de zorg voortgezet moet worden. Met het stappenplan beoordeel je ook of niet met minder ingrijpende alternatieven kan worden volstaan. Is onvrijwillige zorg onvermijdelijk? Schakel dan een expert in.

5 Hoe verloopt een onvrijwillige opname?

Een patiënt kan niet zomaar tegen zijn wil worden opgenomen. De Wzd bepaalt dat een onvrijwillige opname alleen mogelijk is als een rechterlijke machtiging (RM) of, in crisissituaties, inbewaringstelling (IBS) is afgegeven.

Een ter zake kundig en onafhankelijk arts moet een verklaring voor de RM of IBS afgeven. Dat kan een Specialist Ouderengeneeskunde of een Arts VG zijn. Deze arts kan jou als betrokken huisarts raadplegen voor overleg. Je deelt medische informatie alleen met toestemming van de patiënt of vertegenwoordiger van de patiënt. Je kunt als huisarts ook zelf een aanvraag tot RM doen. Let hierbij wel op: de rechter kan degene die de aanvraag heeft ingediend én de arts die de medische verklaring heeft afgegeven, verplichten te verschijnen. Ook als je de enige betrokken zorgaanbieder bent, kan de rechter jou dus verzoeken om te verschijnen. ¶

Meer weten over onvrijwillige zorg? Op lhv.nl/onvrijwillige-zorg lees je wat de wetten rond onvrijwillige zorg betekenen voor jouw werk als huisarts.

Beleidsmedewerker
Joelle van Pelt



Te druk in uw huisartsenpraktijk?

Ons medisch team ondersteunt op afstand. Digitaal én persoonlijk.



Benieuwd hoe hybride zorg uw praktijk of post kan ondersteunen?



mijn praktijkstart

Hoe kijken huisartsen terug op de start van hun eigen praktijk? Welke plannen zijn er voor de toekomst? En welk advies hebben zij voor andere starters? Huisarts Samantha Smeets over haar start als duo-praktijkhouder samen met Michelle Bremers, die sinds vijf jaar praktijkhouder is.

TEKST: BERBER BIJMA, FOTOGRAFIE: ROB VAN HOORN



‘Nu Samantha en ik het samen doen, voel ik me meer “baas” dan hiervoor’

Hoe zijn jullie duo-praktijkhouders geworden?

Michelle: ‘Ik kwam in 2015 in onze huidige praktijk in Elsloo werken als waarnemend huisarts. In juli 2018 trad ik toe tot de maatschap, toen één van de beide praktijkhouders in verband met ziekte vervroegd met pensioen ging.’

Samantha: ‘Precies op datzelfde moment kwam ik als waarnemend huisarts. Vanaf het begin was de gedachte dat ik, als het klikte, na een jaar of vijf praktijkhouder zou worden als ook de andere oudere huisarts met pensioen ging. Dat ik praktijkhouder wilde worden, wist ik al een hele tijd. Ik denk dat de meesten met die wens beginnen aan de huisartsopleiding. Als waarnemer kon ik mijn kennis verbreden en ervaring opdoen. Het antwoord op de vraag “Wil ik nog steeds praktijkhouder worden?”, bleef ja.’

Wat trekt je aan in het praktijkhouderschap?

Samantha: ‘Je krijgt er taken en verantwoordelijkheden bij, krijgt een vaste populatie en kunt zelf keuzes maken. De financiële verantwoordelijkheid vond ik niet echt spannend. Ik had inzage in de financiën en zag dat de praktijk gezond was. Bovendien: zo vaak gaat een huisartsenpraktijk financieel niet de mist in.’

Michelle: ‘Bij mij speelden destijds dezelfde overwegingen. Ik werd wat eerder praktijkhouder dan verwacht. Ik werd maat van een ervaren praktijkhouder. Het voordeel was dat ik op hem kon leunen. Anderzijds: ik merk dat ik nu pas, samen met Samantha, écht een eigen kleur kan geven aan de praktijk.’

Voelt het anders, Samantha, nu je praktijkhouder bent?

‘Het verschil is groter dan ik had verwacht. Ik was hier al 3,5 jaar en dacht dat ik de patiënten kende. Toch heb ik nu veel meer het gevoel dat het “mijn” patiënten zijn. Ik kan me nog herinneren dat ik die gedachte letterlijk had, kort na mijn start als praktijkhouder. Er staat niets meer tussen mij en de patiënt in. Dat geeft mij het gevoel dat ik nog meer mezelf kan zijn. Ik ben eigenlijk zelf verbaasd hoe snel ik in mijn nieuwe rol groeide.’

‘De administratieve voorbereiding op het praktijkhouderschap vond ik niet per se leuk of overzichtelijk. Soms dacht ik dat ik iets kon afvinken, maar dan kwam ik er later achter dat ik geen bevestiging had gekregen en dat het dus niet geregeld was. Met hulp van de praktijkmanager en de LHV-checklist voor praktijkstarters is het uiteindelijk wel goed gekomen.’

Hoe verliep de overgang naar het duo-praktijkhouderschap?

Michelle: ‘Samantha was de eerste 3,5 jaar formeel

natuurlijk werknemer en ik werkgever, maar ik heb haar nooit als minder gezien of gedacht: je moet naar me luisteren. Toen ze praktijkhouder werd, heeft ze haar nieuwe verantwoordelijkheid heel natuurlijk op zich genomen. Er was meteen al meer evenwicht dan er destijds was tussen mij en mijn vorige maat, toen ik praktijkhouder werd. Dat had meer weg van ‘grote baas en kleine baas’ – ik denk dat veel patiënten dat destijds ook zo zagen. Na het vertrek van de langzittende huisarts ben ik nog meer gegroeid in mijn rol als praktijkhouder. Nu Samantha en ik het samen doen, voel ik me meer “baas” dan hiervoor.’

Hebben jullie de nieuwe verhouding expliciet besproken?

Samantha: ‘Al sinds ik hier ben, maken we geregeld samen een ommetje in de middagpauze. Zeker één keer per week. In die halfuurtjes hebben we in de loop der jaren heel wat besproken. Bijvoorbeeld: willen we een derde maat? In plaats daarvan hebben we gekozen voor een physician assistant. Dat loopt nu heel goed. Zo hebben we op meer punten in de loop der jaren een gezamenlijke visie ontwikkeld en elkaar leren kennen. Daardoor had ik niet het gevoel dat we ineens een andere onderlinge verhouding kregen toen ik praktijkhouder werd.’

Hebben jullie al zaken aangepast?

Michelle: ‘We hebben het team uitgebreid met een vijfde assistente. We hadden eigenlijk al jaren onderbezetting bij de assistenten, waardoor we als huisartsen geregeld assistententaken op ons namen. Iets meer personele ruimte geeft iedereen lucht en is goed voor de sfeer, merken we.’

En maken jullie al toekomstplannen?

Michelle: ‘We zijn eigenlijk voortdurend bezig zaken te verbeteren, ook met de twee andere praktijken waarmee we in onze hagro nauw samenwerken en een praktijkmanager delen. Vanuit de hagro vernieuwen we iedere drie tot vijf jaar ons gezamenlijk beleidsdocument. Daarin is bijvoorbeeld aandacht voor personeelsbeleid, digitalisering en duurzaamheid. Daarnaast werken we nu al Lean in ons voorraadbeheer en willen we dit verder uitbreiden naar de werkprocessen in de praktijk. Regionaal gaan we aan de slag met Meer tijd voor de patiënt.’

Samantha: ‘We leiden nu al co-assistenten op; als ik wat meer ervaring heb als praktijkhouder, gaan we wellicht ook aiossen opleiden. Grote veranderingen, zoals een verhuizing, staan voor de komende jaren niet op de planning. We zijn heel blij dat alles goed loopt met ons vrij kleine team en genieten ook wel van de relatieve rust die dat met zich meebrengt.’



WIE

Samantha Smeets en Michelle Bremers (beiden 36) hebben samen Huisartsenpraktijk Bandkeramiek in het Limburgse Elsloo, met een kleine 4000 patiënten. Michelle is praktijkhouder sinds medio 2018, Samantha sinds begin 2022. Beiden zijn getrouwd en hebben geen kinderen.

BANDKERAMIEK

De praktijk is genoemd naar de boeren die rond 5300 v. Chr. in Limburg leefden. Zij worden ‘bandkeramiekers’ genoemd omdat van hen aardewerk met een versierde band is gevonden.

OP DE FIETS

In haar vrije tijd wandelt Michelle en loopt ze hard. Daarnaast komt ze geregeld op de fiets naar de praktijk.

SCRAPBOOKEN

Samantha is ook erg sportief en doet aan thuis workouts. Daarnaast kan ze zich verliezen in scrapbooken. ‘We hebben altijd gezegd dat het belangrijk is vrij tijd te houden.’

JOUW START IN DEZE RUBRIEK?

Heb je de afgelopen twee jaar een praktijk overgenomen, ben je maat geworden of ben je zelf een praktijk gestart? En wil je jouw ervaringen delen in De Dokter? De redactie komt graag met je in contact.

Mail naar dedokter@lhv.nl o.v.v. ‘mijn praktijkstart’.



Een klacht kun je maar beter met open armen ontvangen

Vrijwel iedere huisarts krijgt weleens een klacht van een patiënt. Stress en twijfel aan het eigen functioneren kunnen het gevolg zijn. Meestal is dat niet nodig, zien de klachtenfunctionarissen van bemiddelingsinstantie skge. Een goed gesprek, met oog voor het perspectief van de patiënt, zorgt er vrijwel altijd voor dat een klacht niet uitgroeit tot een geschil of een tuchtzaak.

TEKST: BERBER BIJMA / ILLUSTRATIE: AAD GOUDAPPEL

Het laatste gesprek met een huisarts, aan het einde van een klachttraject, sluit ik vaak af met een vrolijk "Tot de volgende keer!" Klachtenfunctionaris Margo van Weert zegt het met een lach. 'Vrijwel altijd antwoorden huisartsen dat ze toch echt hopen me voorlopig niet weer te spreken. Dat begrijp ik, maar ik wil ermee aangeven: een klacht is vaak niet heel zwaar of ernstig. Het is een signaal dat een patiënt ontevreden is en het niet ziet zitten om daarover zonder hulp in gesprek te gaan. Met de hulp van een klachtenfunctionaris lukt dat wel. Bijna altijd besluit een patiënt

vervolgens om het bij die klacht te laten en er geen geschil of tuchtzaak van te maken.' Van Weert is werkzaam bij de Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg (skge), waarbij 11.500 mensen zijn aangesloten die werkzaam zijn in de huisartsenzorg – grotendeels huisartsen. Jaarlijks komen er 1700 klachten binnen bij skge, vertelt directeur Jiske Prinsen. 'Als je ziet hoeveel patiëntencontacten die 11.500 mensen allemaal op één dag hebben, dan is duidelijk dat het aantal klachten in feite peanuts is.' De laatste jaren is dat aantal wel toegenomen, ziet Prinsen. 'Wij zien meerdere factoren die

daaraan hebben bijgedragen. Skge is in 2017 opgericht. De eerste jaren was de bekendheid wellicht nog niet zo hoog. Sinds 2019 neemt het aantal klachten duidelijk toe, dus al vóór de coronapandemie. Covid heeft vervolgens ongetwijfeld gezorgd voor extra klachten. De drukte door uitgestelde zorg, even later vaccinaties en nu vooral personeelstekorten en werkdruk, zie je bij ons in de klachten terug. De uitgestelde zorg is wel deels ingehaald, maar met name psychisch leed ijlt lang na en komt überhaupt steeds meer voor. Klachten over situaties waarbij psychische problematiek speelt, zijn er vele malen meer dan toen ik in 2013 begon bij de rechtsvoorganger van skge.'

Sinds de zomer van 2022 vlakt de stijging iets af. Inhoudelijk is er al jaren een rode draad in het merendeel van de klachten: patiënten voelen zich niet gehoord of niet goed en snel genoeg geholpen.

■ LUISTEREN ZONDER OORDEEL

Een klacht komt bij skge meestal binnen via de site, vertelt klachtenfunctionaris Van Weert. 'Soms krijgen we een brief toegestuurd of nemen we een klacht telefonisch aan.' Na de formele registratie, waarbij skge onder meer nagaat of de betreffende huisarts is aangesloten, heeft de klachtenfunctionaris eerst een telefonisch intakegesprek met de klager. 'We luisteren zonder oordeel naar het verhaal van de patiënt en vragen daarop door. Dat luisterende oordeel betekent vaak al veel voor mensen. We leggen ook onze rol uit: een klachtenfunctionaris velt geen oordeel over de inhoud van de klacht, maar werkt aan relatieherstel. Vervolgens is altijd onze eerste vraag of de patiënt de klacht zelf al heeft besproken met de huisarts. Als dat niet zo is, proberen we dat eerst te stimuleren. Ik schat in dat we patiënten daar ongeveer in de helft van de gevallen toe kunnen bewegen.' Als de patiënt ervoor kiest om de klacht via de klachtenfunctionaris bij de huisarts onder de aandacht te brengen, gaat de klachtenfuncti-

onaris 'pendelen'. Van Weert: 'We bellen dan eerst de huisarts om de klacht voor te leggen en vervolgens weer de patiënt om de reactie van de huisarts te vertellen. We proberen er dan alsnog voor te zorgen dat patiënt en huisarts samen in gesprek gaan over wat er is gebeurd. Bij uitzondering is de klachtenfunctionaris daarbij aanwezig.' Het komt ook voor dat de patiënt niet voelt voor zo'n gesprek, maar wel genoegen neemt met de reactie van de huisarts – via de klachtenfunctionaris.

De klachtenfunctionaris probeert een klacht binnen zes weken 'van kop tot staart' af te handelen,

'We luisteren zonder oordeel naar het verhaal van de patiënt en vragen daarop door'

vertelt Van Weert. 'Als klachtenfunctionarissen handelen we 96 procent van de klachten af. Dat betekent niet altijd dat huisarts en patiënt het eens worden. Het kan ook eindigen met 'we agree to disagree': de patiënt is het nog steeds niet eens met de handelwijze van de huisarts, maar neemt wel genoegen met de uitleg. In ieder geval geldt voor die 96 procent dat de patiënt vervolgens niet met de klacht naar de geschillencommissie of de tuchtrechter gaat.'

‘HET IS PRETTIG OM DE RELATIE TE HERSTELLEN’

Meer dan dertig jaar huisarts zijn zonder één klacht – dat is een utopie. Guido Adriaansens, huisarts in Beuningen, prijst zich gelukkig dat het in zijn loopbaan voorsnog bij klachten is gebleven. ‘De helft van de huisartsen maakt tijdens de loopbaan een tuchtzaak mee. Het voelt een beetje als een zwaard van Damocles dat dat mij alsnog kan overkomen. Zeker omdat ik niet altijd gelukkig ben met de uitspraken van het tuchtcollege die ik lees.’ Verreweg de meeste klachten die Adriaansens kreeg, kwamen rechtstreeks van de patiënt en soms via het klachtenformulier op de website. Eén keer ging een klacht – over een gemiste diagnose – naar de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Zijn jongere collega Cathelijn Aukes werkt sinds tien jaar als huisarts. Ook zij kreeg een aantal klachten van patiënten. ‘Soms komen patiënten met een klacht terwijl je wel de juiste zorg hebt verleend. Dan zie ik die klacht als een teken dat ik niet genoeg aandacht voor de patiënt heb gehad. En soms heeft een patiënt ook gewoon gelijk. Zo had ik een patiënt die doorverwezen had willen worden. Ik heb met Guido overlegd hoe hij er tegenaan keek. Vervolgens heb ik tegenover de patiënt erkend dat ik

misschien wel te streng was geweest. Ik weet dat dat mijn valkuil is en ben dan niet te beroerd om dat te bespreken. Ik heb die patiënt ook bedankt voor de klacht. Die gaf mij immers de mogelijkheid om beter te worden in mijn werk.’

DEFENSIEVE REFLEX

Zo positief als Aukes en Adriaansens achteraf over een klacht praten, zo stressvol is die op het moment van binnenkomst. De klacht tegen Adriaansens die naar de inspectie ging, ging over een gemiste longembolie. ‘In een reflex reageerde ik eerst heel defensief. Ik dook in de literatuur, op zoek naar iets dat mijn handelen kon rechtvaardigen. Maar dat helpt natuurlijk niet om die klacht op te lossen. Dat heb ik als een leerpunt ervaren.’

Nog altijd trekt hij zich een fout ‘giga’ aan. ‘Een paar dagen lang verwijt ik mezelf wat ik verkeerd heb gedaan. Daarna ebt het weg. Niet lang geleden had ik bijvoorbeeld een patiënte die heel regelmatig langskomt met diverse klachten. Ditmaal was het jeuk, overigens zonder zichtbare huidafwijkingen. Ik herkende niet dat het schurft was. De dermatoloog weken later wel. Ik heb die patiënte meteen opgebeld. Geen ernstige casus maar ik baalde er wel van dat ik haar zo lang met jeuk heb laten

rondlopen zonder adequate behandeling. Ik bel trouwens vaker uit eigen beweging met een patiënt als ik vind dat iets niet goed gelopen is. Daar is veel winst mee te behalen: het is prettig om de relatie te herstellen. Deze patiënte was blij verrast.’

‘HAD IK MAAR...’

Aukes herkent de stress die een fout of een klacht veroorzaakt. ‘Ik loop ook een paar dagen rond met: wat stom, wat stom, had ik maar, had ik maar... Daarna is het weg. Het meest lastige is als een patiënt geen contact wil na een fout. Dat heb ik één keer meegemaakt. Het heeft verscheidene jaren geduurd, maar inmiddels komt deze patiënt weer bij me op het spreekuur. We hebben nog even kort teruggeblikt. Het is fijn dat de patiënt geen wrok meer koestert, maar ik had het liever eerder opgelost.’

Beiden merken dat je met een open houding de meeste klachten uit de wereld kunt helpen. Adriaansens: ‘Ik heb recent een keer een ernstige fout gemaakt, waarbij ik een acuut ziektebeeld niet herkende. Die patiënt is overleden. Ik heb met de familie besproken dat ik door kokerzien de mist in was gegaan. Het heeft niet geleid tot een klacht.’

■ VERBINDING KWIJT

Als Van Weert haar eerste telefoontje pleegt naar een huisartsenpraktijk, laat ze meestal bij de assistente het bericht achter dat de huisarts maar even terug moet bellen op een moment dat het rustig is. ‘Vaak bellen ze al binnen een halfuur terug. Veel huisartsen schrikken van een telefoontje van skge. Vaak gaan er meteen alarmbellen rinkelen: wat heb ik fout gedaan, om welke patiënt zou het gaan? Het geeft vaak al een stuk rust als duidelijk is waar de klacht over gaat, omdat er dan ook andere opties afvallen.’ Een schrikreactie op een telefoontje van skge is begrijpelijk, maar hoeft niet, vindt Prinsen. ‘De

achterliggende boodschap van zo’n telefoontje is niet: je hebt iets fout gedaan, maar: je bent de verbinding met een patiënt kwijtgeraakt. En de klachtenfunctionaris is er nu juist om aan het herstellen van die relatie te werken. Het gaat nadrukkelijk niet om de schuldvraag.’ Bij het bespreken van een klacht – of dat nu rechtstreeks met de patiënt is of via een ‘pendelende’ klachtenfunctionaris – is het belangrijkste dat een huisarts zich verplaatst in het perspectief van de patiënt. Van Weert: ‘Huisartsen denken natuurlijk vanuit hun eigen kader. En het is misschien ook helemaal terecht dat een patiënt bijvoorbeeld geen doorverwijzing naar de speci-



‘Vaak is écht gehoord worden voor patiënten belangrijker dan alsnog die verwijzing krijgen’

alist heeft gekregen. Maar ga in gedachten even naast de patiënt zitten en probeer te bedenken hoe het voor hem of haar is dat die verwachting niet wordt ingelost. Dan lukt het beter om het verhaal van die patiënt los te krijgen en daar begrip voor te tonen. Ook als je een verwijzing nog steeds onterecht vindt. Vaak is écht gehoord worden voor patiënten belangrijker dan alsnog die verwijzing krijgen. Andersom proberen we patiënten er ook toe te bewegen om de situatie vanuit het oogpunt van de huisarts te bekijken. Dat is soms lastiger en je kunt dat ook niet altijd van patiënten vragen. De relatie is nu eenmaal niet volledig gelijk.’

■ OPRECHTE COMMUNICATIE

Het is lastig te voorspellen wanneer patiënten met hun klacht alsnog naar de geschillencommissie gaan, zegt Prinsen. ‘We hebben meegemaakt dat een huisarts na een sterfgeval het gesprek op zo’n goede manier aanging, dat dat gesprek voor de nabestaanden genoeg was. Een andere keer ging een patiënt met de klacht wél naar een geschillencommissie, terwijl het alleen maar ging om uitloop van het spreekuur. Het kan dan zijn dat er bij zo’n patiënt meer speelt, waar je als huisarts weinig aan kunt doen. In ieder geval merken wij dat huisartsen vaak heel goed zijn in communiceren, en dat is precies wat bij een klacht nodig is.’

■ BEKENDHEID ESSENTIEEL

Prinsen benadrukt hoe belangrijk het is dat huisartsen hun klachtenregeling goed bekendmaken. ‘Ik pleit er altijd voor om die op de homepage van de website te zetten. Als patiënten niet heel

eenvoudig kunnen vinden waar ze met hun onvrede naartoe kunnen, gaan ze googlen. Voor je het weet, komen ze dan bij de tuchtrechter terecht. Er zijn helaas voorbeelden van patiënten die bij het tuchtcollege terecht kwamen omdat ze dachten dat dat de enige plek is waar je naartoe kunt met onvrede over je huisarts.’ Het allerbeste is natuurlijk dat patiënten niet naar de klachtenfunctionaris bellen, maar met hun klacht naar de huisarts zelf gaan. Prinsen: ‘Sterker nog: als huisarts moet je zelfs daar niet op te wachten. Wij zien dat huisartsen vaak meteen weten van wie een klacht komt, als wij bellen. Blijkbaar hebben ze dus al gemerkt dat iets niet lekker ging. Als je bij een bepaalde patiënt of een consult een vervelend onderbuikgevoel hebt, bel die patiënt dan gewoon. Daarmee voorkom je dat het überhaupt een klacht wordt. Sorry zeggen kan altijd. Dat heeft geen juridische consequenties.’ ¶

Hoe ga jij om met een klacht?

Een klacht is – gelukkig – geen alledaagse kost voor huisartsen. Een ontevreden patiënt kan er wel voor zorgen dat je als huisarts onzeker wordt. Duidelijkheid over de gang van zaken is een eerste stap. De LHV-training ‘Hoe ga ik om met een klacht?’ gaat daarom over de weg die een klacht aflegt, maar ook over hoe je kunt omgaan met de vragen of worsteling die een klacht kan opleveren. De training wordt gegeven door ervaren klachtenfunctionarissen van skge, duurt een dagdeel en is in groepsverband. Er is ruimte om ervaringen te delen. Meer informatie op academie.lhv.nl. Als LHV-lid kun je ook altijd contact opnemen met Juridische zaken voor kosteloos en praktisch advies. Mail naar jz@lhv.nl of bel 085-0480076

Kennismaking met nieuw LHV-bestuurslid:

Lammert Hoeve, huisarts in Sprang-Capelle

Het moet weer leuk worden om dokter te zijn en voor het huisartsenvak te kiezen. Daar wil Lammert Hoeve (44) zich als LHV-bestuurslid zich voor inzetten. 'Het was 2 over 12 voor de huisartsenzorg, het moet echt anders.'

TEKST: CORIEN LAMBREGTSE / FOTOGRAFIE: ERIK VAN DER BURGT

Wat voor soort dokter ben jij?

'Zeg maar gerust: een Brabantse dorpsdokter. Ik heb mijn eerste negen levensjaren in Brabant gewoond, daarna verhuisden we naar de Betuwe. Mijn vader had een apotheek. Toen ik tijdens mijn huisartsenopleiding bij een huisartsenpraktijk in Brabant terecht kwam, voelde ik meteen dat ik in deze provincie echt thuis ben. Ik hou van de lach binnen en buiten de spreekkamer, de gemoedelijke sfeer, de kleinschaligheid. Patiënten die met een klacht op het spreekuur komen en vragen: 'Wat gaan we daaraan doen dokter?' Ik zit nu tien jaar in een praktijk in Sprang-Capelle met 3200 patiënten. Mijn team bestaat uit twee assistentes, zes parttime praktijkondersteuners en twee waarnemers die elk twee dagen werken. Daardoor kan ik met een gerust hart twee dagen per week bestuurswerk doen.'

Wat maakt het leuk om bestuurslid te zijn?

'De beste manier om een burn-out te

voorkomen, is ervoor zorgen dat je regie hebt over wat er gebeurt. Als je het gevoel hebt dat alles je voortdurend overkomt, krijg je problemen. Ik wil er zelf alles aan doen om ervoor te zorgen dat het huisartsenvak een mooi vak blijft. Daarom zat ik de afgelopen jaren in het bestuur van de Vereniging voor Praktijkhouders (VPH) en sinds 1 april in het bestuur van de LHV.'

Een grote overstap?

'Helemaal niet. Ik ben al jarenlang lid van de VPH en de LHV. De afgelopen jaren zijn de VPH en de LHV steeds meer gaan samenwerken en daardoor ook naar elkaar toegegroeid. Daar was ik zelf ook bij betrokken. We hebben bijvoorbeeld gezamenlijk de onderhandelingen over het Integraal Zorgakkoord gedaan. Binnenkort zullen de Algemene Ledenvergadering van de VPH en de Landelijke Ledenvergadering van de LHV zich uitspreken over een fusie. Het is belangrijk dat we als huisartsen één gezicht naar de buitenwereld laten zien en met één mond



'Ik wil er zelf alles aan doen om ervoor te zorgen dat het huisartsenvak een mooi vak blijft'

spreeken, zodat andere partijen ons niet tegen elkaar kunnen uitspelen.'

Waar ga je als bestuurslid mee aan de slag?

'In mijn portefeuille zitten onderwerpen als bekostiging, ANW-zorg, Meer Tijd voor de Patiënt en een nieuwe toekomstvisie. Het was 2 over 12 in de huisartsenzorg, we moeten ervoor zorgen dat huisartsen weer plezier

in hun werk krijgen, mede met de extra middelen die vanuit het IZA beschikbaar komen. We zullen keuzes moeten maken in de dingen die we wel of juist niet doen. Wij zijn er niet om taken uit te voeren die thuishoren in de tweede lijn. We zijn er wel om goede eerstelijns zorg te verlenen en mensen niet onnodig naar het ziekenhuis te verwijzen. Als het vak weer leuk wordt en we dat ook naar buiten uitstralen, gaat dat vast helpen

om de huisartsenopleidingen weer vol te krijgen. Er zijn regio's waar nu te weinig huisartsen zijn en praktijkhouders niet op vakantie kunnen. Dat moet echt anders.'

En de toekomstvisie?

'De kern van ons vak is en blijft dat we als huisartsen een langdurige vertrouwensrelatie opbouwen met patiënten. Hoe langer je een patiënt kent,

hoe beter de zorg die je kunt geven. Kleinschalige huisartsenpraktijken vervullen daarin een belangrijke rol. Mijn assistentes weten precies waar patiënten vandaan komen en hoe het met hun familie zit. Dat is toch fantastisch?

Niet elke huisarts hoeft praktijkhouder te worden, iedere huisarts moet de vorm vinden die bij hem of haar past. Maar er moet wel wat gebeuren om het praktijkhouderschap weer aantrekkelijk te maken. Veel jonge huisartsen hebben de wens ooit praktijkhouder te worden, maar de afgelopen jaren kwam het er veel te weinig van. Het aantal praktijkhouders is fors gedaald; van alle huisartsen is nog maar net de helft praktijkhouder. Ik hoop dat de nieuwe ANW-verdelingsstelsels en Meer Tijd voor de Patiënt de drempel naar een eigen praktijk helpen verlagen. Dat is cruciaal om de huisartsenzorg in de huidige vorm overeind te houden.'

Blijft er naast de praktijk en het bestuurswerk nog tijd over?

'Ik zeg altijd: als je in een week 60 uur werkt en 49 uur slaapt, blijft er nog bijna 60 uur over voor andere dingen. En dat is maar goed ook. We hebben een jong gezin met twee zonen van tien en elf en een dochter van zeven. En ik heb een passie voor sport. Op vrijdagavond speel ik padel-competitie. Op zaterdagochtend ben ik coach van het hockeyteam van mijn dochter. Ik heb mijn kinderen inmiddels zo ver gekregen dat ze het leuk vinden om mee te gaan naar het stadion en PSV toe te juichen. En verder houd ik ervan om met vrienden naar wielrennen, voetbal en de Formule 1 te kijken (en bier te drinken). Op een 85-inch beeldscherm in onze mancave in de tuin. Dat kan hier dus, in Brabant.'

TECHNOPLANNING

Een mooie, prettige omgeving die rust uitstraalt én de juiste routing heeft, dát is belangrijk bij de *inrichting* van een huisartsenpraktijk.

Meer weten over hoe we met de inrichting bijdragen aan een *fijne praktijkvoering*?

zorg voor jouw *interieur*



specialist in praktijk inrichtingen

technoplanning.nl
tel : 0547-275225



DOKTERSTASSEN.NL
DE GROOTSTE COLLECTIE VAN EUROPA

NIEUW! McFERMOIR FASHION
DE ULTIME VISITETAS IN DIVERSE NIEUWE KLEURSTELLINGEN

vereniging

LHV-LEDEN EN AMBASSADEURS LEVEREN INPUT VOOR PROFIEL

De LHV zoekt een nieuwe voorzitter

De LHV is op zoek naar een nieuwe voorzitter. Hoe gaat dat in zijn werk? Welk type voorzitter heeft de LHV de komende jaren nodig? Welke eigenschappen zijn onmisbaar? 5 vragen over de benoemingsprocedure aan Maurits Westein, huisarts in Eindhoven, LHV-ambassadeur en voorzitter van de vaste LHV-benoemingscommissie.

TEKST: CORIEN LAMBREGTSE

Is de zoektocht al begonnen?

‘De vorige voorzitter, Mirjam van ‘t Veld, heeft per 1 maart afscheid genomen. Op dat moment kon de vaste benoemingscommissie van start. De commissie is benoemd door de landelijke ledenvergadering en bestaat naast mij uit twee andere huisartsen / ambassadeurs en twee leden van het landelijk LHV-bestuur. Het is onze taak om een voorzitter te vinden die past bij de fase waarin we nu als vereniging zitten. De voorzitter is immers het gezicht van de LHV, naar binnen en naar buiten.’

Hoe verloopt de procedure?

‘De eerste stap in de procedure is het vaststellen van het profiel voor de nieuwe voorzitter. Een nieuw element in de verenigingsdemocratie is dat leden zelf of via de ambassadeurs in hun regio kunnen aangeven wat zij belangrijk vinden in dat profiel. Dat kon tot 11 april. We zijn nu als commissie alle input aan het afwegen. Zo komen we tot een profiel dat begin mei wordt voorgelegd aan de LHV-Ledenvergadering. Dat is de tweede stap in de procedure. Als de ledenvergadering akkoord gaat met het voorgestelde profiel, kan de werving van kandidaten beginnen. Daarbij nemen we een onafhankelijke procesbegeleider en een wervingsbureau in de arm.’

Is er veel input van leden binnengekomen?

‘We hebben tientallen e-mails ontvangen van leden en ambassadeurs. Het is alleen niet zo dat iedereen hetzelfde wil, er zitten ook tegenstrijdige wensen en meningen bij. Er zijn bijvoorbeeld mensen die per se een huisarts als voorzitter willen, ‘omdat die snapt wat er bij huisartsen leeft’, maar er zijn ook mensen die per se geen huisarts willen, ‘omdat huisartsen geen verstand hebben van politiek’. We kunnen dus onmogelijk iedereen tevredenstellen. We maken een zorgvuldige afweging, waarbij we kijken welk type voorzitter nu nodig is. De komende jaren komt het er vooral op aan dat de afspraken en beloften uit het Integraal Zorgakkoord worden nagekomen. Daar moet een voorzitter natuurlijk bovenop zitten en zo nodig andere partijen op aanspreken. Het zal dus een stevig persoon moeten zijn.’

Hoe verlopen de werving en selectie precies?

‘Zodra het profiel door de ledenvergadering is goedgekeurd, wordt het openbaar en kunnen mensen op de functie solliciteren. Daarnaast gaat het wervingsbureau actief kandidaten benaderen die mogelijk geschikt zijn. Als benoemingscommissie hopen we dat we net voor of in de zomer een aantal kandidaten kunnen spreken. Het kan zijn dat er uit de eerste ronde meteen een duidelijke keuze naar voren komt, het kan ook zijn dat er meerdere gespreksrondes nodig zijn. Als we een kandidaat aan de ledenvergadering voorstellen, willen we dat met volle overtuiging doen.’

Op 9 mei vond een extra Landelijke Ledenvergadering plaats over het profiel van de nieuwe voorzitter. Deze editie lag op dat moment al bij de drukker.

Wanneer kunnen we witte rook verwachten?

‘We nemen de tijd die nodig is om een goede kandidaat te vinden, we gaan dit proces heel zorgvuldig doen. Als alles voorspoedig verloopt, kan de ledenvergadering uiterlijk september een besluit nemen. Het hele proces is tot dat moment vertrouwelijk, maar na een positief besluit mag iedereen weten wie de komende tijd het gezicht van de LHV zal zijn.’

Medilex
onafhankelijke nascholing voor zorgprofessionals

Psychoses
Deze dag biedt handvatten voor het herkennen, erkennen en behandelen van psychoses.
Voor dit congres is het mogelijk om fysiek óf online deel te nemen.
Datum: donderdag 5 oktober
medilex.nl/psychoses

Coachend leidinggeven
Versterk uw coachende en leidinggevende vaardigheden en zorg voor meer werkplezier bij uw medewerkers én bij uzelf.
Docent Miranda Vanbrabant wordt gewaardeerd met een dikke 9!
Datum: donderdag 12 oktober
medilex.nl/coachendleidinggeven

Ziekte in het gezin
Het begeleiden van kinderen en jongeren met een ernstig zieke ouder.
Keuze uit diverse verdiepingssessies.
Datum: woensdag 21 juni
medilex.nl/ziekteinhetgezin

Fysiek & Online

Slaapproblemen bij ouderen
Oorzaken, gevolgen en behandelmogelijkheden.
Met expert sprekers zoals o.a. Ysbrand van der Werf en Roselyne Rijsman.
Datum: woensdag 14 juni
medilex.nl/slaapproblemenouderen

Dokterswacht Friesland van start met nieuw ANW-plan

Dokterswacht Friesland is een van de regio's die op 1 april van start zijn gegaan met de implementatie van het ANW-actieplan en daarmee met de nieuwe manier van dienstenverdeling en tarieven. Hoe hebben ze dat in Friesland aangepakt?

TEKST: CORIEN LAMBREGTSE

Het allerbelangrijkste voor een succesvolle implementatie van het Actieplan ANW in een regio is de communicatie. 'Neem alle huisartsen vanaf het begin mee', zegt Martin Boeve, manager van de Dokterswacht: 'Zorg dat iedereen goed geïnformeerd is over wat er gaat veranderen, waarom dat gaat veranderen en wat dat voor elke huisarts persoonlijk betekent. Als wij het proces over zouden moeten doen, zouden we daar nog meer tijd in steken. Daar kun je veel gedoe mee besparen.' Mirjan Talsma, praktijkhoudend huisarts in Burgum, en Jaap-Peter Schuurman, waarnemend huisarts in Friesland, zaten beiden in de ANW-commissie die het implementatieplan heeft opgesteld. Ze zijn heel tevreden over hoe het vrij roosteren is uitgekapt. Talsma: 'In februari is het rooster opengezet, in maart was het helemaal rond. Zelf heb ik 21 diensten gekregen die mij heel goed uitkomen. Er zitten een paar avonddiensten bij, maar gelukkig geen nachtdiensten.' Schuurman doet een paar avonddiensten, maar is juist heel blij met zijn 100 nachtdiensten. 'Ik vind het fijn om nachtdiensten te doen, omdat ik die goed kan combineren met

de zorg voor de kinderen en het werk van mijn vrouw.' Bij Dokterswacht Friesland zijn zo'n 500 huisartsen betrokken: 300 praktijkhouders en 200 waarnemers. Zij vervullen de diensten op vijf posten in de provincie. 80 waarnemers hebben zich aan de Dokterswacht en daarmee aan minimaal veertien diensten geëngageerd. Dit betekent ook dat zij inspraak krijgen in het beleid van de huisartsenpost. De Dokterswacht is tevreden over het aantal geëngageerde waarnemers. Schuurman: 'Je hebt een groep geëngageerde waarnemers nodig die een substantieel aantal diensten invullen en op deze manier een deel van de dienstenlast van de praktijkhouder verlichten. Maar je hebt ook flexibele waarnemers nodig

die gedurende het jaar diensten kunnen overnemen die weer beschikbaar zijn gekomen van huisartsen die toch nog diensten kwijt willen.'

■ VRIJ ROOSTEREN

Het rooster van de Dokterswacht bestaat uit 8300 diensten voor de laatste drie kwartalen van dit jaar: april tot en met december. Via de Waarneemapp konden huisartsen zich vrij inroosteren. Dit gebeurde in drie fasen. In fase 1 kregen praktijkhouders en geëngageerde waarnemers de gelegenheid om hun beschikbaarheid aan te geven. Ook konden ze aangeven hoeveel diensten ze wanneer en waar zouden willen doen. Op basis van de aangegeven beschikbaarheid en persoonlijk min/max-instellingen werden

'Het algoritme is erop gericht zoveel mogelijk huisartsen zoveel mogelijk tevreden te stellen'

Het Friese implementatieplan in het kort

De ANW-implementatieplannen moeten invulling geven aan de drie lijnen uit het landelijke ANW-actieplan. Het implementatieplan van Dokterswacht Friesland werd als een van de eerste plannen goedgekeurd. Het bevat de volgende onderdelen:

ACTIELIJN 1: implementeren van de nieuwe verdelingssystematiek. Doel is dat praktijkhouders en waarnemers meer regie krijgen over de diensten die zij vervullen, waardoor de ANW-diensten weer leuker worden. Zeker met de bijbehorende hogere en gedifferentieerde tarieven. Het plan geeft aan hoe het systeem tot stand komt, hoe huisartsen daarin zijn meegenomen, wat de afspraken zijn en hoe het proces verloopt.

ACTIELIJN 2: onderzoeken van de mogelijkheden om in de nacht minder huisartsenposten in Friesland open te houden. De afspraak 'Spoed is Spoed' zorgt ervoor dat alleen patiënten met urgente klachten (U1 en U2) worden gezien, waardoor 's nachts minder huisartsen en triagisten nodig zijn. Patiënten met een lagere urgentie kunnen de volgende dag bij de eigen huisarts terecht.

ACTIELIJN 3: de stip op de horizon, oftewel een spoedplein of coördinatiecentrum. Het streven is om verschillende spoeddisciplines op één plek in Friesland bij elkaar te brengen, zodat vragen direct bij de juiste discipline kunnen worden belegd. De eerste stap is dat aan het centrale triageteam voor de huisartsenzorg 's nachts ook medewerkers van de ambulancedienst en wijkverpleging worden toegevoegd. Om huisartsen in hun taak te verlichten gaat de Dokterswacht onderzoeken of voor de triage ook physician assistants, verpleegkundig specialisten en/of anios kunnen worden ingezet.

de diensten verdeeld en toegewezen. In fase 2 kregen praktijkhouders en geëngageerde waarnemers de kans om diensten alsnog te annuleren. Vervolgens konden zowel de praktijkhouders en geëngageerde waarnemers als ook de flexibele waarnemers de nog openstaande diensten overnemen. Aan het eind van deze fase bleek 99 procent van de diensten ingevuld. In de laatste fase werd gekeken welke diensten nog niet verdeeld waren. Deze laatste 80 diensten waren diensten die liever niemand wil hebben, zoals feestdagen. Deze zijn verdeeld over de dokters die zich ten opzichte van hun persoonlijk quotum (voor praktijkhouders gebaseerd op basis van praktijkgrootte, voor de geëngageerde waarnemer op basis van afspraak: 14 diensten in 12 maanden) voor te weinig diensten hadden ingeschreven; de zogeheten worst performers. 'Wij hebben die praktijkhouders nog wel ingeseind dat ze zich voor meer diensten moesten inschrijven', vertelt Boeve. 'Maar ze hebben ofwel niet goed begrepen hoe het spel werkt óf erop gegokt dat ze in het nieuwe systeem minder diensten zouden hoeven vervullen. Sommigen van hen zijn nu ontevreden. Ik begrijp wel dat

zij hun diensten alsnog proberen te verkopen aan waarnemers, maar dat wordt verder niet door de Dokterswacht gefaciliteerd. Onze eis is dat elke dienst op naam staat van de huisarts die de dienst daadwerkelijk vervult. Zo houden wij helder overzicht. Wij zorgen ervoor dat aan die huisarts het bijbehorende tarief wordt uitbetaald en de herregistratiepunten worden toegekend.'

■ SPELREGELS

Schuurman ziet het vrij roosteren als een soort spel dat je moet leren spelen. Hij geeft hier inmiddels voorlichting over en maakte een kleine podcastserie. 'Het algoritme is erop gericht zoveel mogelijk huisartsen zoveel mogelijk tevreden te stellen. Daarom is het slim om je beschikbaarheid ruim op te geven én goed aan te geven hoeveel je er maximaal wilt doen, bijvoorbeeld als het over nachtdiensten gaat. Het algoritme houdt rekening met de planningsafspraken die vooraf zijn gemaakt. Boeve: 'We hebben in januari een enquête gehouden onder alle huisartsen om de wensen en behoeften in beeld te krijgen. Op basis daarvan hebben we de planningsregels vastgesteld. We hebben bijvoorbeeld afgesproken

dat 60-plussers geen nachtdiensten hoeven doen en dat langdurig zieken en zwangeren hun diensten kunnen teruggeven. In dat laatste geval zorgt de Dokterswacht voor vervanging. Daarmee geven we invulling aan de eis dat het systeem solidair moet zijn.' Maar de huidige afspraken zijn volgens Talsma niet in beton gegoten. 'We gaan dit eerste rooster goed evalueren voordat we in oktober met het rooster voor 2024 beginnen. Dan kijken we ook wat er beter kan. We moeten het er bijvoorbeeld over hebben of het een rooster voor een half jaar of voor een jaar wordt. Voor een praktijkhouder is het misschien prettig om een jaar vooruit te kijken, voor een waarnemer is het soms onmogelijk. Dat is iets wat we goed moeten afstemmen.'

ANW actueel

Op de LHV-website blijft je via de themapagina 'Acute zorg en ANW-zorg' op de hoogte van de laatste ontwikkelingen. Je vindt hier ook de veelgestelde vragen over het Actieplan ANW en de 3 actielijnen. www.lhv.nl/anw

**VAN DER SCHOOT
ARCHITECTEN**
bv BNA SCHIJNDEL



ONTWERP • ARCHITECTUUR
INTERIEUR • DIRECTIEVOERING
BOUWMANAGEMENT • HAALBAARHEID

WWW.VANDERSCHOOTARCHITECTEN.NL

ids media
nederland



Heeft u al een
wachtkamerscherf?

Scan de QR-code
of kijk voor meer informatie
op idsmedia.nl/dedokter

In beroep voor aanvechten tarieven huisartsenzorg 2023

LHV en VPHuisartsen zien belangrijke pijnpunten in de Prestatie- en tariefbeschikking van de NZa en tekenden bezwaar aan. Het bezwaar is door de NZa ongegrond verklaard. LHV en VPHuisartsen nemen juridische vervolgstappen en gaan gezamenlijk in beroep bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (Cbb).

Eind maart 2023 ontvingen we van de NZa de beslissing op het bezwaar dat de LHV met VPHuisartsen in de zomer van 2022 indiende tegen de Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg 2023. Onze bezwaren waren gericht tegen de hoogte c.q. kosten-dekkendheid van de maximumtarieven in de beschikking van 2023, en tegen het schrappen van de mogelijkheid om intensieve zorg te kunnen declareren bij visites aan patiënten met (een verdenking op) een COVID-besmetting.

Onze bezwaren zijn door de NZa ongegrond verklaard. De motivering van de beslissing van de NZa is echter erg mager en gaat in sommige gevallen zelfs uit van onjuiste veronderstellingen. Daarom is er na een zorgvuldige afweging besloten om beroep in te stellen tegen de beslissing van de NZa, bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (Cbb).



FOTO: SHUTTERSTOCK

Regels NZa voor feestdagen aangepast

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verwijst voor feestdagen niet langer naar de Algemene termijnenwet, maar

somt alle officiële feestdagen nu op. Hierdoor geldt het nieuwe ANW-uurtarief voor feestdagen ook op eerste

paasdag en eerste pinksterdag. Op feestdagen geldt een hoger uurtarief dan op zondagen.



Overdracht patiëntendossier aanzienlijk verbeterd

De meeste HIS-leveranciers hebben recent aanpassingen doorgevoerd waardoor de correspondentie bij het overzetten van patiëntendossiers van de ene naar de andere huisartsenpraktijk beter in het nieuwe dossier terechtkomt. Dit moet huisartsen en assistenten veel tijd gaan schelen.

De verbetering is het resultaat van een gezamenlijk project van de LHV met Stichting ION, NedHIS en alle HIS-leveranciers. Leveranciers hebben binnen NedXIS afspraken gemaakt over het overzetten en verwerken van correspondentie in het patiëntendossier wanneer de patiënt van de ene naar de andere huisarts verhuist. De noodzakelijke aanpassingen in de systemen rollen zij nu uit onder hun klanten.

VOLGENDE STAP

Om écht optimale dossieroverdracht te bereiken, is het belangrijk dat alle dossieritems gestandaardiseerd en gestructureerd uitgewisseld kunnen worden. Ook moeten we nader kijken naar de wijze waarop de overdracht plaatsvindt. Johan Snijders, ict-beleidsmedewerker bij de LHV en voorzitter van de projectstuurgroep: 'We zijn blij met de samenwerking met ION en de leveranciers op dit vlak en kijken ernaar uit om de volgende stap te zetten.'

De gegevens van jouw patiënten veilig in hun PGO met MedMij

MedMij is dé Nederlandse standaard voor het veilig en betrouwbaar uitwisselen van medische gegevens tussen zorggebruikers en gezondheidsprofessionals.

Door het MedMij-label weet je dat jouw patiënten hun medische gegevens veilig in hun persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) kunnen verzamelen.

Ontdek alles over MedMij op medmij.nl/zorgaanbieders



veilig online uitwisselen
van medische gegevens



HOGE OPLAADDOSERINGEN VITAMINE D BLIJVEN VAN BELANG ONGEACHT DE VERGOEDINGSSTATUS

Alleen met hoge doseringen vitamine D kunnen de streefwaarden van de serumspiegels efficiënt worden bereikt.

Dit kan alleen met doseringen hoger dan 3.000 IE per dag.

Deze doseringen zijn en blijven receptplichtig en zijn niet verkrijgbaar bij de drogist of supermarkt.

D-Cura 5.600 IE capsules

D-Cura 25.000 IE en 100.000 IE drankampullen

D-Cura drankampullen:

- zijn eenvoudig in te nemen
- zijn geschikt voor ouderen met slikproblemen (circa 23% heeft last van dysfagie)*
- bevatten geen dierlijke materialen en daarmee geschikt voor iedere patiënt, ongeacht leefstijl of geloofsovertuiging
- bevatten geen kleur- of belastende hulpstoffen (minimaal risico op allergische reacties)
- zijn flexibel te doseren, éénmaal per week, twee weken of per maand
- kosten per dag € 0,05 voor de drankampul van 25.000 IE**



* Richtlijn Orofaryngeale dysfagie (Federatie Medische Specialisten 2021).

** Farmacotherapeutisch Kompas

De verkorte bijsluiter is elders in het blad afgedrukt.



Voor inlichtingen: info@galephar.nl

D-Cura capsules en drankampullen: een vertrouwde keuze met gecontroleerde kwaliteit.

10 JAAR LHV ACADEMIE

Wie jarig is, trakteert!

Al 10 jaar ondersteunt de LHV Academie jou als huisarts met praktische nascholingen die aansluiten bij jouw dagelijkse werk. De Dokter mag daarom 3 exemplaren verloten van het boek *Lean werken in de huisartsenpraktijk*. De gelijknamige cursus staat al jaren in de top 3 van het cursusaanbod.

Wil je kans maken op het boek *Lean werken*? Stuur dan een mailtje naar dedokter@lhv.nl onder vermelding van 'winactie LHV Academie'. Vermeld in je bericht ook even je naam en adres en wie weet, ontvang jij binnenkort een van de drie boeken. Mailen kan tot 31 mei.

De LHV Academie begon in 2013 met 126 nascholingen en bijna 3000 deelnemers. Inmiddels is het aanbod gegroeid naar 400 nascholingen en het aantal deelnemers ruim verdubbeld.

Agenda

Op www.lhv.nl/lhv-academie vind je de uitgebreide agenda van onze nascholingen. Zoeken kan eenvoudig op datum en/of plaats. Of lees meer over de volgende nascholingen:

ESSENTIEEL ONDERHANDELEN

Hoe creëer je kansen in een onderhandeling? In deze nascholing leer je hoe je jouw onderhandelingen succesvoller maakt.

Donderdag 15 juni 2023, van 14.00 – 21.00 uur in Zuidbroek en op dinsdag 26 september 2023, van 14.00 – 21.00 uur in Hoofddorp. Accreditatie: 6 punten (BIG).

CHIEF MEDICAL INFORMATION OFFICER (CMIO)

Deze 2-daagse masterclass is bedoeld voor huisartsen die de rol van CMIO hebben of krijgen. De masterclass biedt een handvat om de rol van eerstelijns CMIO goed te kunnen uitoefenen.

Deze nascholing vindt plaats op 22 en 23 juni, van 09.00 – 17.45 uur in Leusden.

LEERGANG MEDISCH LEIDERSCHAP

Hoe zorg je als huisarts dat je invloed hebt op de manier waarop je zorg kunt bieden aan jouw patiënt? Dat leer je in de leergang medisch leiderschap.

De leergang bestaat uit 6 trainingsdagen + 3 uur persoonlijke coaching. De startdatum is woensdag 20 september 2023 in Doorn. Accreditatie: 36 punten

PTSS IN DE PRAKTIJK

Nadat je deze nascholing gevolgd hebt, kun je PTSS goed herkennen en bespreken met je patiënt. Je weet wat traumabehandeling inhoudt en je kunt gerichter verwijzen.

Deze nascholing vindt plaats op donderdag 16 november 2023, van 16.15 – 20.15 uur in Houten. Accreditatie: 3 punten

Onvoldoende aandacht voor huisvesting eerstelijns

Het wetsvoorstel 'Versterking regie volkshuisvesting' besteedt onvoldoende aandacht aan betaalbare huisvesting voor huisartsen en andere eerstelijnszorg. LHV en InEen hebben in een gezamenlijke reactie op een internetconsultatie onze zorgen geuit.

Het wetsvoorstel beoogt meer betaalbare woningen te creëren voor de lage en middeninkomens, en voor mensen met een specifieke behoefte.

Wanneer nieuwbouwplannen geen rekening houden met huisartsenvoorzieningen, komt zorg dicht bij de patiënt in het gedrang.

Het ministerie voor Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening verzamelt reacties op het conceptwetsvoorstel en zal het voorstel zo mogelijk aanpassen. Het hele traject duurt hun maanden en de LHV en InEen zullen op diverse momenten hun zienswijze weer onder de aandacht brengen.

RVS: huisartsen en wijkverpleging hebben dringend versterking nodig

De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving adviseert dat huisartsen en wijkverpleging dringend versterking nodig hebben. De Raad pleit onder andere voor herkenbaarheid en kleinschaligheid in de wijk en vindt dat er structureler en beter samengewerkt moet worden met het sociale domein.

De LHV herkent zich volledig in de scherpe analyse en de concrete adviezen van de RVS. Aard Verdaasdonk, waarnemend LHV-voorzitter: 'Het is van groot belang dat de huisartsenzorg de laagdrempelige toegang tot zorg voor iedereen blijft. Met een vaste huisarts in een kleinschalige praktijk in de buurt hebben patiënten immers minder zorg nodig en leven ze gezonder en langer. Wij herkennen ons in de spot-on analyse van problemen en oorzaken én de aanbevelingen, die bij het uitwerken van de IZA-afspraken veel houvast bieden.'

Lees meer over het advies van de RVS op lhv.nl.



Engeltje

Het is maandagochtend. In rap tempo werk ik me door de post heen waar geen einde aan lijkt te komen. Over een paar minuten begint een overvol ochtendspreekuur. Mijn telefoon gaat, het is de assistente: 'Meneer Van Huffelen op de spoedlijn. Het gaat niet goed, hij heeft veel pijn. Of je kan komen.' Ik vraag niet verder. 'Verbind maar door.' Je kent ze wel, patiënten die, hetzij ongemerkt, op je huid gaan zitten. Meneer Van Huffelen (64 jaar, notoire drinker en verstokte roker) is zo'n patiënt. Vanaf onze eerste

'Mijn collega's in het ziekenhuis wisten niet hoe snel ze hem weer 'retour huisarts' konden sturen'

kennismaking laat hij minimaal één keer in de twee weken van zich horen. Dat doet hij dan met veel bombarie: kermend van de pijn en onverstaanbaar schreeuwend. In het begin onderwierp ik hem nog aan al het onderzoek dat ik als huisarts voorhanden had. Het leverde een schrale oogst op: overal pijn en geen oorzaak. Mijn collega's in het ziekenhuis wisten niet hoe snel ze hem weer 'retour huisarts' konden sturen. Natuurlijk zijn we samen weleens een andere (psychische) weg ingeslagen, maar die bleek doodlopend.

'Dag meneer Van Huffelen. Wat scheelt eraan?' Het antwoord laat zich raden. 'Pijn, dokter. Overal pijn. Ik voel me niet goed,' stoot hij kreunend uit. 'Komt u alsjeblieft?'

Een snelle triage brengt me niet veel verder. Twijfel overheerst. Ik overweeg een advies – twee paracetamol en terugbellen bij toename of aanhouden –, maar besluit anders.

Niet veel later druk ik op zijn deurbel. Het blijft ooverdovend stil. Na drie keer bellen gluur ik door de brievenbus. In de hal zie ik meneer Van Huffelen languit gestrekt op de grond liggen. Zijn lichaam schokt zachtjes. Als hij nauwelijks reageert op aanspreken, laat ik politie en ambulance aanrukken. Ondertussen probeer ik klungelig met een reflexhamer het slot van de voordeur te openen. De politie, die ongeveer tegelijkertijd aankomt met de ambulance, is minder voorzichtig. Met een stormram hangt de deur binnen de kortste keren uit zijn voegen. Daarna beplakken twee ambulancebroeders meneer Van Huffelen met stickers voor een hartfilmpje. Snel constateren ze een groot onderwandinfarct. Terwijl hij afgevoerd wordt, realiseer ik me al te goed dat we beiden een engeltje op de schouders hebben gehad.

Een maand gaat voorbij zonder meneer Van Huffelen. Dan staat hij ineens in mijn bellijst. 'Dag dokter, het gaat weer goed met me,' begint hij wanneer hij de telefoon opneemt. 'De opname heeft me goed gedaan. Ik ga mijn leven beteren: geen alcohol en sigaretten meer.' 'Wat fijn voor u. Belt u me daarvoor of voor iets anders?' 'Ik wil u bedanken voor uw adequate optreden.' Hij zou eens moeten weten, denk ik in stilte. ■

FOTO: MIRIAM VAN DER LINDEN



Nieuw Zorgpad Obesitas verbetert bariatrische zorg

Het aantal mensen met (morbide) obesitas neemt toe. Evenals de vraag naar obesitaszorg. Om die te kunnen blijven bieden, ontwikkelde het Obesitas Centrum Amsterdam, onderdeel van OLVG, samen met Ksyos een nieuw zorgpad. Over de voordelen vertellen Ruben van Veen (bariatrisch chirurg OCA/OLVG) en Leonard Witkamp (directeur Ksyos).



Ruben van Veen



Leonard Witkamp

"Steeds meer mensen ontwikkelen obesitas en tegelijk kampen we met krapte in zorgpersoneel. Maar we willen niet inboeten op zorgkwaliteit," vertelt chirurg Ruben van Veen. "OCA wilde daarom toe

naar innovatievere obesitaszorg, meer bij de mensen thuis. In Ksyos vonden we de juiste partner."

Ksyos screent en begeleidt

"Betere zorg dichtbij is inderdaad ook ons doel," bevestigt Ksyos-directeur Leonard Witkamp. "Dus ontwikkelden we samen een nieuw zorgpad. Dit jaar verwachten we 1.600 mensen te helpen." Als de huisarts een patiënt verwijst naar het OCA, screent en begeleidt het multidisciplinaire Ksyos-behandelteam die via digitale en *live*

consulten. Wie in aanmerking komt voor een bariatrische operatie, verblijft één dag in het ziekenhuis. De nazorg doet Ksyos weer. Witkamp: "Onze leefstijlcoaches begeleiden patiënten vijf jaar bij hun leefstijlverandering. Met e-healthprogramma's en vragenlijsten begeleiden en monitoren we ze. Bij alarmsignalen schakelen de coaches een diëtist, psycholoog of de specialist in. Of als de patiënt daar zelf behoefte aan heeft."

Voornamelijk thuis


"Door zorg meer digitaal aan te bieden, komen patiënten veel minder in het ziekenhuis. Ook krijgen ze daardoor minder te maken met wachtlijsten," gaat Van Veen verder. "Dat ze zorg voornamelijk thuis ontvangen is *juist* bij obesitas belangrijk, omdat leefstijlverandering daar gebeurt. Nu roept een ziekenhuis de patiënten vaak nog op, controleert en stuurt hen weer terug. Ik geloof dat we mensen meer tools en verantwoordelijkheid moeten geven. Wel met begeleiding en onder supervisie van de bariatrisch specialist. Dat kan nu, dankzij het nieuwe zorgpad."

Betere zorg

Witkamp: "Ksyos is geen ICT-bedrijf, maar een volwaardig ziekenhuis dat zorg digitaal organiseert waar dat kan. Afstandelijk? Integendeel. Persoonlijk contact is essentieel voor effectieve zorg. En digitale zorg maakt dit juist mogelijk." Van Veen deelt die visie. "In en rond Amsterdam zien we veel mensen met een niet-Nederlandse achtergrond of lage opleiding. Ksyos biedt daarom (para)medici die de taal spreken van de patiënt. Ook gaan we in de nabije toekomst onze e-Healthprogramma's aanbieden in verschillende talen en niveaus. Dat levert betere zorg."

Maar is digitale zorg voor iedereen geschikt? Van Veen: "De meeste obesitaspatiënten zijn tussen de 20 en 45 jaar. Zij zijn digitaal vaardig. Voor de enkeling die dat niet is, blijft dankzij meer digitale zorg juist capaciteit beschikbaar in het ziekenhuis."

www.ksyos.nl/obesitas



ARTSEN DAAGSE

14 juni 2023 | Singer Laren



Van kunst naar kunde

Een dag vol verbeelding voor alle artsen

Damiaan Denys, filosoof en psychiater
De kunst van het lijden

Johan Braeckman, hoogleraar wijsbegeerte
Het perfecte lichaam en de gulden snede

Wieger van de Kolk, huisarts en kunsthistoricus
Zieke kunst!

Anandi van Loon-Felter, revalidatiearts, dansdocente en danseres
The show must go on

Paul Schnabel, socioloog
Leven en dood in de Gouden Eeuw

Robert Zwijnenberg, em. hoogleraar art and science interactions
Hersenen in kunst – Kunst in hersenen

Victor Fu, arts-onderzoeker en concertpianist
Muziek en chirurgie

Menno de Bree, filosoof en medisch ethicus
Over smaak valt wel te twisten

Mieneke te Hennepe, conservator medische collecties Rijksmuseum Boerhaave
De kunst van de anatomische verbeelding

Joep van Deudekom is uw dagvoorzitter



De innige relatie tussen kunst en geneeskunde bestaat al sinds menscheugenis. En ook vandaag blijkt kunst in al haar vormen goud waard in de gezondheidszorg. Kunst raakt, verbindt, verbaast, houdt een spiegel voor en kan een krachtig helend gereedschap zijn. Wat kan kunst de dokter allemaal leren? Maar liefst 9 sprekers doen een beroep op uw zintuigen. Zien we u ook? **Schrijf u in op brainfeed.nl/artsen1daagse**



BRAINFEEED
JE KOMT VERDER ALS JE DENKT