

WelZoGezond

Veranderingen in zorg en welzijn

EEN UITGAVE VAN
STICHTING ROSET – TWENTE
EDITIE 2023



- 📍 Noaberschap in Twente belangrijk bij zorgtransitie
- 📍 Als je blijft doen wat je deed, dan krijg je wat je kreeg
- 📍 Bruto Twents Geluk vergroten
- 📍 Twentse burger gezonder en vitaler maken
- 📍 Problemen niet onnodig medicaliseren

Inhoudsopgave

- 4 **ONTWIKKELINGEN IN DE EERSTELIJNSZORG**
Twintig jaar ontwikkelingen van eerstelijnszorg
- 10 **CONTINUÏTEIT | ARBEIDSMARKTPROBLEMATIEK**
Praktijkhoudend huisartsen zijn de basis voor continuïteit huisartsenzorg
- 14 **Samenwerken om continuïteit en kwaliteit eerstelijns geboortezorg te waarborgen**
- 18 **ORGANISATIEGRAAD EERSTELIJNSZORG**
Organisatiegraad paramedische zorg - de visie van Menzis
- 21 **De ontwikkeling van Organisatiegraad paramedische zorg in Twente**
- 24 **Hoe staan de paramedische beroepsgroepen ervoor?**
- 28 **GEZONDHEID EN LEEFSTIJL**
Organisatie van de leefstijlinterventie GLI, een zorggroep
- 32 **Krachten bundelen voor aanpak leefstijl (en meer) in Twente**
- 36 **VERANDERKUNDIGE ONDERWERPEN**
Organisatienetwerken zijn het ei van Columbus
- 40 **Samenwerkingen vanuit systemisch perspectief**
- 44 **REGIONALE SAMENWERKING EN ZORGNETWERKEN**
Samen meer mentale gezondheid
- 48 **Het moet echt anders in de ggz**
- 52 **Bouwen aan domeinoverstijgende samenwerking**
- 56 **COLUMN**
Bruggen bouwen vanuit een onzichtbaar midden
- 58 **REGIONALE SAMENWERKING EN ZORGNETWERKEN**
We moeten het samen doen
- 62 **SAMENWERKEN MET SOCIAAL DOMEIN**
Bruggen bouwen tussen gemeente en zorg - Project Sam Sam
- 66 **DIGITALISERING EN GEGEVENSUITWISSELING**
Regionaal HIS noodzakelijk bij de zorgtransitie
- 70 **De rol van digitalisering in de zorgtransitie**
- 74 **VISIE VAN ROSET**
De nabeschuiving



Stichting Roset - Twente

De gezondheidszorg in Nederland staat onder druk. Om de zorg ook in de toekomst beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar te houden moet deze anders worden georganiseerd. De eerstelijns speelt hierin een belangrijke rol. Tegelijkertijd is een intensieve samenwerking noodzakelijk tussen de verschillende lijnen (nulde-, eerste- en tweedelijns), maar ook tussen de zorg en het Sociaal Domein.

Samenwerken is complexer dan gedacht. Stichting Roset-Twente ondersteunt en begeleidt organisaties bij (complexe) samenwerkingen. We brengen partijen uit verschillende lijnen en domeinen bij elkaar en adviseren, begeleiden en evalueren samenwerkingen. Ons team van experts beschikt over strategische en veranderkundige kennis en een stevig netwerk in de zorg en het Sociaal Domein. Door onze onafhankelijke positie helpen wij opdrachtgevers bij het vinden van oplossingen, die bijdragen aan een betere (positieve) gezondheid van de inwoners van Twente.



V.l.n.r. Carin Pipers, Wim Derks, Peter Nijhof, Nina Paus - van der Laan, Wyco de Vries, Rachel Liedenbaum en Annemiek Oud.

Voorwoord

De zorg doet veel goed maar moet ook tegelijkertijd veranderen, daarover is iedereen het al heel lang eens. Lange wachttijden, tekorten aan personeel, vergrijzing, de individualistische maatschappij; zomaar een kleine greep aan grote thema's, die de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg in Nederland onder druk zetten. Dat geldt ook voor onze regio Twente.

Als veranderkundige is er niets zo mooi als een bijdrage te leveren aan die beoogde verandering van de zorg in Twente. Door partijen met elkaar te verbinden en te zoeken naar het gezamenlijke doel, maar ook door oog te hebben voor de verschillen in belangen, proberen wij waardevolle samenwerkingen tot stand te brengen, die uiteindelijk moeten zorgen voor een gezondere regio en een betaalbare zorg.

Roset initieert en realiseert met haar opdrachtgevers oplossingen, die mensen helpen een betere gezondheid en welzijn te bereiken. Daarnaast speelt ook de instroom, doorstroom en uitstroom van zorgprofessionals een belangrijke rol in de continuïteit en het toegankelijk houden van de basiszorg. Om ook in de toekomst te voldoen aan de toeneemende zorgvraag, is samenwerking tussen zorgorganisaties en andere belanghebbende partijen van essentieel belang.

Wij hebben het geluk, dat we in een regio werken waar enorm veel energie en daadkracht is. Daardoor zijn er in de afgelopen jaren al ontzettend veel mooie projecten en opdrachten afgerond, maar er worden ook steeds nieuwe trajecten opgestart. Daarover gaat dit magazine. We hebben een zorgvuldige selectie van initiatieven en projecten uit-

gekozen om jou als lezer mee te nemen in de stappen die worden gezet om de gezondheid van de Twentse burger te bevorderen en de toegankelijkheid tot gezondheidszorg te waarborgen.

Het team van Roset is er trots op om op verschillende manieren met onze veranderkundige kennis en uitgebreide netwerk mee te mogen werken aan deze projecten. Soms vanuit een rol als aanjager, soms als kritisch geluid, dan weer als begripvolle begeleider of als organisator. Maar altijd dienend om ervoor te zorgen dat anderen kunnen doen wat er moet gebeuren. Daardoor is onze rol niet altijd zichtbaar en dat is juist goed. Met dit magazine willen we vooral de mensen die een bijdrage leveren aan de verandering in de zorg, in *the spotlight* zetten. En dat daarmee onze rol in het geheel ook wat duidelijker wordt, is mooi meegenomen.

Wij wensen je veel leesplezier. Heb je vragen, of wil je een (verander)traject opstarten en heb je hulp nodig? Neem dan contact met ons op. Wij helpen je graag! #

Team Roset





ONTWIKKELINGEN IN DE EERSTELIJNSZORG

Twintig jaar ontwikkelingen van eerstelijns- zorg

Het zorgstelsel staat onder druk en dat komt op verschillende manieren tot uiting. Personeelstekorten, lange wachtlijsten, hoge zorgkosten, noem maar op. Deze problematiek is niet van gisteren op vandaag ontstaan. Al zo'n twintig jaar geleden tekenden de eerste signalen zich af van de problemen waar we op dit moment mee te maken hebben. Eric Veldboer, regiomanager eerstelijns Twente van Menzis en programmamanager Twentse Koers, is al die tijd betrokken bij de ontwikkelingen in de eerstelijnszorg.

Eric Veldboer is als regiomanager eerstelijns Twente bij Menzis verantwoordelijk voor het beleid en de inkoop van (basis) huisartsenzorg. Tevens is hij programmamanager Twentse Koers; de regionale werkagenda, waarbij Menzis samen met de veertien Twentse gemeenten, de Provincie Overijssel, de GGD en het zorgkantoor werkt aan een programma dat ervoor moet zorgen dat Twentse burgers meer gezonde levensjaren krijgen.



Thermometer in de regio

Het regiobeeld van Twente is kortgeleden geactualiseerd. Daarbij is als het ware een thermometer in de regio gestoken om de stand van zaken te bekijken op veel verschillende thema's. De rode draad is dat we ook in Twente te maken hebben met vergrijzing, krapte op de arbeidsmarkt, een toename van chronische ziekten (bij mensen die steeds jonger zijn) en individualisering van de maatschappij met eenzaamheid als gevolg. Deze uitdagingen hebben een enorm effect op het zorglandschap, maar ze kunnen niet allemaal in het medisch model opgelost worden. Daarvoor zal de zorg meer naar de gemeenten, welzijnsorganisaties en mantelzorg moeten verschuiven. Denk hierbij aan de eigen woon- en werkomgeving, de eigen wijken en plaatsen, waar stevige netwerken moeten worden neergezet met een krachtige positie voor de burger.

”De eerstelijns was geen entiteit, zoals een ziekenhuis of ggz-instelling”

Veldboer legt uit: “Bij iemand met gezondheidsrisico's blijkt heel vaak de oorzaak in de woon-werkomgeving te liggen. Door daar eerder op aan te grijpen hoop je mensen meer in hun kracht te zetten en meer eigen regie op

hun leven te geven. Dat levert positieve gezondheid op en voorkomt dat we de problemen te veel en te snel medicaliseren. Het is niet houdbaar te blijven leunen op dure ziekenhuiszorg en/of intramurale voorzieningen. Daar is geen personeel en het is ook niet langer betaalbaar. Het is echt nodig om het anders te doen.”

Tien jaar geleden zag Menzis al aankomen dat het zorgsysteem zou gaan vastlopen, omdat de trends toen al waarneembaar waren. Om de zorg meer naar de voorkant te kunnen verplaatsen, is een betere samenwerking tussen de verschillende partijen noodzakelijk; niet alleen tussen de zorgpartijen in de 1^e en 2^e lijn, maar ook met het Sociaal Domein. Een sleutelrol in deze samenwerking is weggelegd voor de huisartsen; zij hebben met iedereen te maken, zoals het ziekenhuis, verpleeghuis, thuiszorg, eerstelijns psycholoog, fysiotherapeut en diëtist. Het is belangrijk dat zij zich als groep organiseren, zodat het makkelijker wordt om gemandateerd afspraken te maken. Maar niet alleen de huisartsen moeten zich organiseren, dat geldt voor de hele eerstelijns. Kenmerk van de eerstelijns was dat het vaak om solisten ging. “De eerstelijns was geen entiteit, zoals een ziekenhuis of ggz-instelling”, licht Veldboer toe. “Als je dan samen wilt werken en afspraken wilt maken, met wie doe je dat dan? Het was dus belangrijk dat de eerstelijns zich sterker ging organiseren, regionaal via zorggroepen en lokaal in gezondheidscentra of netwerken. Om daarbij te helpen zijn de ROS'en (Regionale Ondersteuningsstructuren) ontstaan.” Roset heeft in Twente veel kennis en een enorm netwerk in de eerste-

STAP 1

Monodisciplinaire samenwerking

Binnen een beroepsgroep

Hagro, Thoon, FEA, TAO (Twentse Apothekers Organisatie), fysiotherapeuten, leefstijlcoaches

STAP 2

Multidisciplinaire samenwerking

Tussen verschillende beroepsgroepen

Huisarts met verpleegkundigen, ggz, psychologen, psychiater, diëtisten, podotherapeuten, fysiotherapeuten

STAP 3

Lijnoverstijgende samenwerking

Tussen eerstelijns tweedelijns en derdelijns

Samenwerkingen met medisch specialisten, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, de psychiater in de 2^e lijn, maar ook de 3^e lijn; de VVT (verpleeghuizen) en revalidatie-artsen

STAP 4

Domeinoverstijgende samenwerking

Met gemeenten en ggz

Welzijnsorganisaties, buurtcoaches, de wmo-consulenten; mensen die in het Sociaal Domein zitten

Stadia van samenwerken

lijnszorg, maar beweegt zich daarnaast tussen de verschillende lijnen en domeinen. Omdat zij geen zorgaanbieder, maar ook geen zorginkoper zijn, kunnen zij volgens Menzis, vanuit een onpartijdige rol van grote toegevoegde waarde zijn.

Verskillende stadia van samenwerken

Samenwerken gaat in stappen. Om te beginnen is het belangrijk om je als (para)medische beroepsgroep - zoals huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, apothekers, podotherapeuten en verloskundigen - te verenigen. Dit noemen we de *monodisciplinaire samenwerking*. Het leidt tot zogenaamde zorggroepen die gemandateerd zijn en zo namens de hele monodisciplinaire groep afspraken kunnen maken met bijvoorbeeld de zorgverzekeraar.

Als die samenwerking tot stand is gekomen, kan er vervolgens samenwerking worden gezocht met andere beroepsgroepen in de eerstelijns. Deze *multidisciplinaire samenwerkingen* zie je bijvoorbeeld in een gezondheidscentrum, waarbij individuele (para)medische disciplines onder één dak zitten. Samen kunnen zij meerwaarde creëren door met elkaar een zorgvisie en zorgplan voor de wijk te maken. "Menzis heeft gezondheidscentra actief gestimuleerd in de regio", aldus Veldboer. "In de stedelijke gebieden is dat al goed gelukt. In de landelijke gebieden zit het samenwerken meer in het organiseren van netwerken, zonder dat alle disciplines in één gebouw zitten."

Vervolgens kun je samenwerking regionaal gaan realiseren tussen de eerste-, de tweede- en zelfs de derdelijns. Bij deze *lijnoverstijgende samenwerkingen* worden bijvoor-

beeld afspraken gemaakt tussen (para)medische groepen en een ziekenhuis of een verpleeghuis. Een actueel voorbeeld van samenwerking tussen de verschillende lijnen is op het gebied van ouderenzorg. Door vergrijzing neemt het aantal zorgbehoevende ouderen toe. De capaciteit in verpleeghuizen stijgt echter niet, waardoor de zorgzwaarte thuis en in beschermde woonvormen toeneemt. De huisarts kan voor deze patiënten niet de gespecialiseerde zorg leveren, die wel gevraagd wordt. Hiervoor is een intensieve samenwerking tussen de huisarts, wijkverpleging en de specialist ouderengeneeskunde noodzakelijk.

Eric Veldboer: "Als je bedenkt dat de meerkosten van niet-effectieve ziekenhuiszorg naar schatting 6% van het totaal van €24,3 miljard bedragen, met een bandbreedte van 1% tot 12% (SIRM-onderzoek, 2021), moeten ziekenhuizen scherper kijken of ze bepaalde dingen nog wel moeten doen. Je zou vanuit een economisch oogpunt technisch kunnen ingrijpen, maar of de kwaliteit van leven van de patiënt daar beter van wordt is maar zeer de vraag." Veldboer pleit voor het niet meteen in de behandelmodus schieten, maar dat de medisch specialist het gesprek met de patiënt aangaat om de opties en gevolgen voor te leggen. "Dan kan de patiënt weloverwogen de juiste keuze maken. Daarnaast is de specialist te veel tijd kwijt met laagcomplex zorg, die prima in de eerstelijnspraktijken plaats zou kunnen vinden. Bijvoorbeeld door inzet van optometristen en diagnostisch fysiotherapeuten in huisartsenpraktijken. Dat zou een oplossing kunnen zijn voor de wachtlijsten bij oogartsen en orthopeden. Hiervoor zijn een lijnoverstijgende samenwerking en een goed georganiseerde eerstelijns vereist." >>

De volgende stap in het integraal samenwerken is de samenwerking met de gemeenten en GGD (het Sociaal Domein). Deze *domeinoverstijgende samenwerking* is een belangrijk onderdeel van de Twentse Koers. De huisartsen en andere paramedici werken dan intensief samen met de welzijnsorganisaties, WMO-consulenten en buurtcoaches, zodat de zorg voor de patiënt echt op de juiste plek plaats kan vinden.

Enorme stijging patiënten met artrose tussen 2020-2040

Het regiobeeld laat zien dat er een enorme stijging te verwachten is van patiënten met artrose. Deze aan- doening heeft direct invloed op de ADL (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen) en op de zelfstandigheid van mensen. Meer bewegen als onderdeel van een gezondere leefstijl kan voorkomen dat de klachten ver- ergeren. Dit gecombineerd met het feit dat mensen ouder worden en langer thuis moeten wonen, wil je nu al met fysiotherapeuten en leefstijlcoaches in de plaatsen en wijken aan de slag om te voorkomen dat mensen vroeg uitvallen en te snel een beroep moeten doen op de ziekenhuizen. Dat betekent dus dat de fysiotherapeuten en leefstijlcoaches zich moeten organiseren, samen met

de orthopeden, de huisartsen en de gemeenten om te zorgen dat artrose in die gemeente gecoördineerd wordt aangepakt.

"Al deze samenwerkstadia zijn nodig om de uiteindelijke beweging naar voren te kunnen maken. Als we daar niet in blijven investeren, dan gaat het uiteindelijk niet lukken. Sommige (para)medische groepen zijn overigens al heel ver in de ontwikkeling, maar andere groepen zijn minder ver en vinden het lastig om echt samen te werken. Toch hebben we ook hun kracht en expertise nodig in de volgende fase, maar als ze niet georganiseerd en vooral gemandateerd zijn, dan kunnen we niet verder", benadrukt Eric Veldboer. "Vanuit regionaal perspectief willen we volop inzetten op de vierde fase, maar de praktijk is weerbarstig. Je zult steeds moeten kijken naar de actuele situatie; is men überhaupt wel klaar voor die stap, of moet er in een eerdere fase nog wat gebeuren?"

Er is al veel bereikt, maar we zijn er nog lang niet. Neem het voorbeeld van de huisarts als sleutelfiguur in de integrale samenwerking. Het kost op dit moment moeite om voldoende (praktijkhoudende) huisartsen te vinden. Daar



liggen verschillende oorzaken aan ten grondslag, maar als er te weinig huisartsen zijn dan loopt het hele proces van het verschuiven van de zorg naar de voorkant vast.


Overige ontwikkelingen

Als je het hebt over positieve gezondheid en mensen in hun kracht zetten, dan kunnen digitale hulpmiddelen daarbij helpen; er is technisch al veel mogelijk. Toch zijn zowel de professional als de patiënt er nog niet helemaal klaar voor, zo lijkt het. Het beeld bestaat dat oudere patiënten niet overweg kunnen met de digitale middelen, maar tijdens de Coronapandemie is gebleken dat dat een misvatting is. Omdat we de zorg in Nederland fijnmazig en goed georganiseerd hebben, is de noodzaak om uit te wijken naar de digitale mogelijkheden niet voldoende aanwezig. Mensen hebben de huisarts of fysiotherapeut heel dichtbij, dus dan kies je er sneller voor om fysiek af te spreken. In landen waar de afstand tot fysiek contact groter is (denk aan Noorwegen, Finland en Zweden), worden andere keuzes gemaakt. Als je drie kwartier moet rijden, dan ben je eerder bereid om digitaal advies te vragen.

Waar we in de zorg ook mee te maken hebben is consumentengedrag van de burger/patiënt; *Ik betaal er toch voor, dus ik heb er recht op.* We zien bijvoorbeeld, dat 60-70% van de mensen die op de huisartsenpost (HAP) komen daar onnodig komen. De mensen gebruiken de HAP als huisartsenpraktijk en vooral als ze dicht bij de HAP wonen, maken mensen er relatief vaker gebruik van. Het is een hele dure voorziening, maar het kost je niets extra's. Het effect is, dat ook daar de wachttijden gigantisch oplopen en er discussies ontstaan met de zorgprofessionals. Het levert onverkwikkelijke situaties op, waarbij verbaal of fysiek geweld niet wordt geschuwd. Veldboer: "Professionals raken daardoor gedemotiveerd of vallen uit met burn-outklachten. Het beroep wordt er zo niet aantrekkelijker op. We moeten echt koesteren wat we hebben, want het is niet vanzelfsprekend."

Continu proces

"Wij zijn als verzekeraar bezig geweest om de inkoopafspraken zodanig te maken, dat we antwoorden vinden op al die uitdagingen die er liggen en die van invloed zijn op onze verzekerden", concludeert Veldboer. "Dat is gelukt als je kijkt naar de successen van afgelopen jaren. Toch moet er nog veel gebeuren, want we staan steeds weer voor nieuwe uitdagingen. De zorg is namelijk sterk afhankelijk van hoe het gaat op demografisch, economisch gebied en van de effecten van het klimaat. Dat zijn hele dominante onderstromen die bepalen wat er van de professional en de zorgverzekeraar verwacht wordt. Het heeft invloed op wat er afgesproken moet worden. En omdat dat steeds veranderende waarden zijn, is het werk nooit af!" #



"Wij zijn als verzekeraar bezig geweest om de inkoopafspraken zodanig te maken, dat we antwoorden vinden op al die uitdagingen die er liggen en die van invloed zijn op onze verzekerden"

Praktijkhoudend huisartsen zijn de basis voor continuïteit huisartsenzorg



Annemiek Oud (Roset)

De huisartsenzorg staat onder druk, onder andere door het tekort aan huisartsen en ondersteunend personeel. Dit landelijke probleem doet zich ook in Twente voor. Het is moeilijk om huisartsen te vinden die praktijken willen overnemen en daarnaast wordt het steeds lastiger om de diensten bij de huisartsenpost in te vullen. Maar hoe komt het dat er te weinig jonge huisartsen kiezen voor een praktijk in Twente en hoe kunnen we de tekorten op het gebied van huisartsen en ondersteunend personeel oplossen? Hierover spraken wij met Janke Snel, directeur van de CHPA (Centrale Huisartsenpost Almelo) en de FEA (Federatie Eerstelijnszorg Almelo) en Ingmar Waardenburg (praktijkhoudend huisarts in Enter en tevens lid van het bestuur van de CHPA en de FEA).

FEA

De FEA bestaat uit acht huisartsencoöperaties in de regio Almelo, waar zo'n honderd praktijkhoudende huisartsen bij zijn aangesloten, en de CHPA. De federatie faciliteert huisartsen bij het inspelen op de ontwikkelingen in de zorg.

In de regio Almelo, waar de FEA actief is, worstelen ze ook met de continuïteit van de huisartsenzorg. Janke Snel: "Wij herkennen de geschetste situatie zeker en we realiseren ons dat het een veelomvattend probleem is dat op verschillende niveaus speelt. Bijvoorbeeld op het gebied van de opvolging van praktijkhoudende huisartsen. Het wordt steeds moeilijker om huisartsen te vinden, die de praktijk van een vertrekkende collega over willen nemen. We hebben in kaart gebracht hoeveel huisartsen de komende vijf jaar de pensioengerechtigde leeftijd bereiken, zodat we alvast kunnen voorsorteren op het mogelijke toekomstige probleem. Dat zijn er rondom Almelo maar liefst dertien! Er is dus de komende jaren ruimte voor minimaal dertien nieuwe praktijkhouders."



“Nu is het niet zo dat er te weinig nieuwe huisartsen worden opgeleid. Echter, veel jonge huisartsen geven er de voorkeur aan om geen praktijkhouder te worden, maar om als waarnemer te gaan werken”, vervolgt Snel. “Op die manier heb je niet de verantwoordelijkheid van een praktijk, heb je geen zorgen rondom personeel, kun je zelf bepalen wanneer je werkt, hoef je (nog) niet verplicht diensten te draaien en kun je een mooi tarief vragen. Het vak is dan beter met het gezinsleven te combineren.”

“Dit is wel echt een probleem voor de continuïteit van de zorg en dan met name bij chronische zorg”, vult Ingmar Waardenburg aan. “Natuurlijk ben ik als praktijkhoudend huisarts blij als ik een waarnemer kan krijgen op het moment dat ik zelf een vervanger nodig heb, maar als praktijkhouder bouw je een band op met je eigen patiënten. Vooral bij chronische of psychische problematiek is de vertrouwensband met de eigen huisarts ontzettend belangrijk. Die band bouw je niet op met een waarnemer, die je maar één keer ziet.”

“We moeten ervoor waken dat de eerstelijns huisartsenzorg voor de patiënten gewaarborgd blijft.”

~ Janke Snel, directeur FEA en CHPA

Regio positief op de kaart zetten

De tekorten aan huisartsen zijn het grootst in de gebieden buiten de Randstad. Naast Twente hebben ook Zeeland, Groningen en Drenthe hiermee te maken. Veel jonge artsen blijven namelijk 'hangen' in de regio waar ze zijn opgeleid. Daarom is het een goede ontwikkeling dat de VU een dependance heeft geopend in Hengelo. De cijfers laten zien dat er van de nieuwe lichten die daar wordt opgeleid, een aantal aiossen (arts in opleiding tot specialist) in de >>

”Huisarts is een leuk vak, Twente is een mooie regio, patiënten zijn trouw en waarderen je ook nog.”

~ Ingmar Waardenburg, huisarts

regio blijft werken, vooralsnog als waarnemer. Daarnaast keren er met enige regelmaat artsen naar de regio terug, die elders zijn opgeleid maar hier zijn opgegroeid. Het is dus makkelijker om mensen niet eens precies weten waar Twente ligt, laat staan wat hier allemaal te doen is! Het beeld is dat het hier wat ouderwets is en dat er niet veel gebeurt. Maar de werkelijkheid is heel anders. We moeten Twente meer op de kaart zetten; onbekend maakt nou eenmaal onbemind. Hier is echt winst te behalen.”

Waardenburg sluit zich daar bij aan: “Ik ben het ermee eens dat we de regio positief op de kaart moeten zetten. In deze regio is huisvesting makkelijker en goedkoper te realiseren dan in de Randstad, je woont altijd met de natuur dichtbij, kinderen kunnen nog buitenspelen op straat, er zijn meerdere topscholen in deze regio en er is voor de partners voldoende werkgelegenheid. Ook mag het huisartsenvak wel wat positiever in beeld gebracht worden; er is op dit moment te veel negatieve publiciteit over de zorg in brede zin en de huisarts in het bijzonder. Laten we vooral niet vergeten dat het een mooi vak is; je kunt voor je patiënten echt het verschil maken. Als praktijkhouder ben je bovendien eigen baas, ben je zelfstandig en

bepaal je helemaal zelf hoe je zorgverlener wilt zijn. Als je de praktijk eenmaal op orde hebt en op orde houdt, dan valt het erg mee hoeveel tijd je kwijt bent aan allerlei ‘administratieve rompslomp’. Daar ben je ook zelf bij.”

Nieuwe beroepen ondersteunend personeel

Naast het vinden van huisartsen zijn er nog meer personele tekorten in de huisartsenpraktijk. Er is ook te weinig ondersteunend personeel beschikbaar. Op dit moment wordt er geprobeerd een pilot op te zetten in Twente, waarbij actief wordt gezocht naar zij-instromers om hen op te leiden tot doktersassistente. Hierbij gaat het om mensen die nog niet actief zijn in de zorg, maar wel die richting op willen bewegen. Daarnaast is er een opleidings-traject voor de nieuwe ondersteunende beroepen in de praktijk, namelijk Verpleegkundig Specialist (VS) en Physician Assistent (PA). Voor beide functies wordt een tweejarig traject aangeboden door de CHPA in samenwerking met de dagpraktijk, voor mensen die al een hbo-diploma in de zorg hebben. Zij kunnen na afronding van hun opleiding zelfstandig taken van de huisarts overnemen.

Samenwerken in de regio: de Taskforce

Het opleidingstraject is één van de resultaten van de regiobrede Taskforce, die onder begeleiding van Roset is opgericht. Bij deze Taskforce zijn de FEA en SHT-THOON (Spoedzorg Huisartsen Twente en de Twentse Huisartsen Onderneming Oost Nederland) aangesloten, omdat de arbeidsmarktproblematiek niet alleen geldt voor regio Almelo, maar herkenbaar is voor de hele Twentse regio. Een ander mooi resultaat is het ontstaan van de website huisartsintwente.nl, waar vacatures op te vinden zijn en waar ook een start is gemaakt met de positiviteitscampagne voor de regio. Vanuit deze Taskforce is de huidige





“Het moet aantrekkelijker worden om praktijkhouder te worden.”

~ Janke Snel

stuurgroep ontstaan, die zich onder andere actief bezighoudt met ontwikkelingen die kunnen bijdragen aan het verbeteren van de opvolging van huisartsenpraktijken.

Praktijkbeheer

Een voorbeeld van de werkzaamheden van de stuurgroep is het ontstaan van *Praktijkbeheer*, waarbij de FEA een praktijk kan overnemen als er geen opvolger wordt gevonden. Het is een laatste redmiddel om ervoor te zorgen dat de patiënten niet zonder huisarts komen te zitten. Voordat hiertoe wordt overgegaan, wordt eerst een praktijkhouder gezocht. Als deze niet wordt gevonden dan wordt met de huisartsengroep (hagro) overlegd of zij de patiënten wellicht over willen nemen en over de huisartsen in de groep willen verdelen. Als dat niet het geval is, dan wordt een voorstel in de ledenraad gedaan om tot overname over te gaan. De FEA wordt dan *Praktijkbeheerder* en gaat op zoek naar waarnemers om de zorg voor de patiënten te continueren.

“Het is echt een noodverband”, benadrukt Snel. “Wij bieden waarnemers zo de mogelijkheid om de praktijk te leren kennen. Als iemand het dan leuk vindt, bieden wij de praktijk zonder vergoeding aan en kan de waarnemer dus zonder kosten de praktijk overnemen. Op deze creatieve manier is het ons al twee keer gelukt om de opvolging van een praktijk tóch geregeld te krijgen! Het is hierbij belangrijk dat onze leden (de huisartsen) er achter staan.”

Commerciële partij

Er is in de regio Enschede inmiddels ook een commerciële partij actief, die huisartsenzorg aanbiedt. “Ik heb hier persoonlijk in principe niets op tegen, alleen moeten alle aspecten van de huisartsenzorg (bereikbaarheid, beschikbaarheid, deskundigheid, waarneming) wel goed geregeld zijn”, licht Waardenburg toe. “Anders worden de patiënten daar de dupe van en gaan zij uiteindelijk alsnog naar een andere huisarts in de groep. Een ander punt is dat zij veel

zorg digitaal aanbieden, maar een grote groep patiënten leent zich niet voor alleen maar digitaal. Voor hen blijft het belangrijk om de huisarts in de ogen te kunnen kijken. Als andere aanbieders zich op het veld begeven, moet gewoon voldaan worden aan de basisvereisten en -verantwoordelijkheden waar een ‘normale huisartsenpraktijk’ ook aan voldoet. Alleen dan kan het een waardige oplossing voor het probleem van het teruglopend aantal huisartsenpraktijken zijn.”

Ontwikkelingen

“Bovenop alles wat er al gebeurt om ervoor te zorgen dat de continuïteit van de huisartsenzorg op orde blijft, is de stuurgroep nog bij andere initiatieven betrokken”, besluit Janke Snel. “Er wordt ook gekeken naar een nieuwe manier van roosteren van de diensten op de huisartsenpost. We willen dat de hele groep huisartsen (dus niet alleen de praktijkhouders, maar ook de waarnemers) verantwoordelijk wordt voor de diensten. Op deze manier wordt het makkelijker om de roosters rond te krijgen en worden de praktijkhouders ontlast.” Een andere belangrijke ontwikkeling is de samenwerking met het Sociaal Domein, die ervoor moet zorgen dat de zorg voor patiënten op de juiste plek geleverd wordt (denk daarbij aan schuldenproblematiek of mentale gezondheid). Ook deze ontwikkeling is erop gericht om de huisarts te ontzorgen. #

De rol van Roset

- Bijeenbrengen partijen in de regio
- Analyse en onderzoek
- Begeleiden van de Taskforce
- Ontwikkelen van de website huisartsintwente.nl
- Transformeren Taskforce naar stuurgroep
- Programmamanagement

Samenwerken om continuïteit en kwaliteit eerstelijns geboortezorg te waarborgen

De arbeidsmarkt laat op veel fronten tekorten zien, dat geldt ook voor verloskundigen. Maar er speelt in de regio Twente nog veel meer op het gebied van verloskundige zorg. Wat is er in de afgelopen tien jaar eigenlijk veranderd? Alie Kuiterman blikt kort terug: “Tien jaar geleden was het sowieso minder hectisch. De praktijken waren goed bemand, het was heel duidelijk hoe er gewerkt werd en we hadden minder taken. Daarnaast waren er drie ziekenhuizen in onze regio, waar geboortezorg werd gedaan (in Almelo, Hengelo en Enschede). Daaromheen waren de verloskundigen georganiseerd in drie verschillende kringen.”



Peter Nijhof (Roset)

De continuïteit van de eerstelijns geboortezorg staat onder druk, ook in de regio Twente. Maar wat is er in de afgelopen jaren veranderd, waardoor dit probleem is ontstaan? En welke stappen worden gezet om ervoor te zorgen dat de geboortezorg op niveau blijft? Daarover spraken wij met een vertegenwoordiging van de Kring Twentse Verloskundigen: Alie Kuiterman (voorzitter), Lisa Marissink (secretaris) en Renske Holkenborg (penningmeester). Alie is inmiddels niet meer actief als verloskundige, maar zowel Lisa als Renske hebben een verloskundigenpraktijk.

Sluiting afdeling Geboortezorg ZGT Hengelo

Een aantal jaren geleden besloot de ZGT (Ziekenhuisgroep Twente) om de afdeling Geboortezorg in Hengelo te sluiten. De drie bestaande verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) in de regio werden samengevoegd tot één overkoepelende VSV Twente. Dat was het startsein voor het samenvoegen van de drie verloskundige kringen in één nieuwe kring; de Kring Twentse Verloskundigen. Deze bestaat op dit moment uit 21 verschillende praktijken.

Het gevolg van de sluiting van de geboortezorg in Hengelo is dat de bevallingen in de regio over de geboortekamers in de andere ziekenhuizen worden opgevangen. Kuiterman: "Soms kunnen die geboortekamers niet open, omdat er te weinig personeel is, maar we ervaren wel dat er altijd ontzettend hard aan gewerkt wordt om dat in goed overleg op te lossen." Overigens is voor de echt acute zorg altijd plek in één van de ziekenhuizen.

Werkdruk, taakverzwaring en administratieve handelingen

Soms moet voor een bevalling uitgeweken worden naar een verderweg gelegen ziekenhuis. Dan heeft de verloskundige de hulp van collega's nodig om als achterwacht de zorg in haar regio op te kunnen vangen. "Als dat gebeurt, dan moeten we een collega bellen, die eigenlijk vrij is", vertelt Lisa Marissink uit eigen ervaring. "Bij die collega neemt de werkdruk, die toch al hoog is, daarmee toe."

De werkdruk is sowieso al behoorlijk toegenomen de afgelopen jaren. Dat komt mede door de extra taken die verloskundigen hebben gekregen, bijvoorbeeld op het gebied van prenatale screening en diagnostiek. Deze onderzoeken worden niet door de verloskundigen zelf gedaan (op eenvoudigere echografie na, die doen de

verloskundigen wel vaak zelf), maar het is wel hun taak om aanstaande ouders te begeleiden bij de keuzes in onderzoeken. De uitslagen en de vervolgstappen worden vervolgens in de verloskundigenpraktijk besproken. "We zijn meer tijd kwijt aan het counsellen en het uitleggen van de uitslagen, maar daar komt nog bovenop dat mensen tegenwoordig meer tijd vragen", vertelt Renske Holkenborg. "We hebben te maken met meer psychosociale problematiek en we besteden veel meer tijd aan het beantwoorden van vragen en het geven van voorlichting. Denk hierbij aan het maken van geboortepannen, waarbij de zwangere aangeeft hoe zij haar bevalling ziet en wat haar wensen zijn."

Ook op administratief gebied wordt er meer van de verloskundigen verwacht. Er moet meer in het medisch dossier worden vastgelegd. Daarnaast is het belangrijk om de ontwikkelingen in de zorg te monitoren. Door het verzamelen van data kan men ontdekken of de zorg verschuift en of erop moet worden ingespeeld. Ook kunnen data helpen bij het verbeteren van de kwaliteit. De informatie hiervoor moet ook door de verloskundigen worden aangeleverd. Holkenborg: "Al met al was ik vroeger voor 80% bezig met zorg voor de patiënten/cliënten en 20% met administratie. Dat is inmiddels verschoven naar 60-40, terwijl ik wel dezelfde kwaliteit wil leveren. Dat kan alleen als ik 120% ga werken en dat doe ik dus ook."

Verstevigen samenwerking verloskundigen onderling

De krapte op de arbeidsmarkt en de toenemende werkdruk hebben ervoor gezorgd, dat de Kring Twentse Verloskundigen aan het kijken is hoe de samenwerking tussen de praktijken onderling anders vormgegeven kan worden, zodat de werkdruk beter verdeeld kan worden. In mei 2023 is een eerste sessie onder begeleiding van >>

Roset georganiseerd en na de zomer zal een nieuwe sessie volgen. Naast de samenwerking zal ook besproken worden of het werk wellicht anders ingericht zou moeten worden en zal een nieuwe toekomstvisie op de agenda staan.

“Omdat de praktijken allemaal zelfstandig ondernemers zijn, is het best lastig om de neuzen dezelfde kant op te krijgen als het gaat om samenwerking. Daarnaast zijn veel waarnemers nu geen lid van de Kring, maar we zouden ze wel graag betrekken. Zij spelen natuurlijk ook een belangrijke rol in de continuïteit en werkdruk. We moeten elkaar echt beter gaan helpen,” aldus Kuiterman. Toch zijn er al mooie voorbeelden van samenwerking van verloskundigen, zoals de achterwachtregeeling. Het kan voorkomen dat een dienstdoende verloskundige voor een bevalling uit haar eigen regio weg moet, of te maken heeft met twee bevallingen die tegelijkertijd plaatsvinden. Dan kan ze een dienstdoende buurtpraktijk bellen uit een andere regio om bij te springen en de acute zorg waar te nemen. Het voordeel is dat degene die gebeld wordt dan al dienst heeft. Er hoeft dus geen verloskundige gebeld te worden die eigenlijk vrij is en daarmee wordt voorkomen dat de werkdruk in het algemeen toeneemt.

Tekorten in de keten

Niet alleen de verloskundigen hebben te maken met personele tekorten; ook verderop in de keten kampen ze hiermee. Bijvoorbeeld in de kraamzorg is het een enorme uitdaging om de roosters rond te krijgen. Het komt soms

zelfs voor dat er minder kraamzorg aangeboden kan worden, dan we gewend zijn. Toch moeten het monitoren en de controles van moeder en kind wel gebeuren. “We zullen in zo’n situatie mogelijk een keer extra bij de cliënt langgaan, want het is heel erg belangrijk dat de zorg voor moeder en kind gewaarborgd blijft. Wij nemen deze taak enorm serieus”, benadrukt Lisa Marissink. “Dat het voor ons extra werk betekent nemen we op de koop toe, maar er zijn wel grenzen aan wat wij aankunnen. Dat is wel een gevaar.”

Meer samenwerking in de geboortezorgketen

Het piept en kraakt dus in de hele geboortezorgketen en de verwachting is dat de problemen alleen maar groter worden. Het ontstaan van professionele verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's), een landelijke verplichting voor geboortezorgketens, moet uiteindelijk leiden tot een verandering in de samenwerking, het verbeteren van de kwaliteit en het realiseren van Integrale Zorg. Bij zo'n VSV zijn alle zorgverleners vertegenwoordigd die betrokken zijn bij zwangerschap, bevalling en kraamtijd. Dit zijn niet alleen medische zorgverleners zoals gynaecologen, kinderartsen, verpleegkundigen o&g- (obstetrie en gynaecologie) en verloskundigen (klinisch en eerstelijns), maar ook de kraamzorg en de jeugdgezondheidszorg.

Ook in Twente is een VSV opgericht. Het doel van VSV Twente is om te zorgen voor hoogwaardige en doelmatige integrale geboortezorg, waarbij wordt gestreefd naar gelijkwaardigheid van alle partijen. Met duidelijke afspraken





Alie Kuiterman

en protocollen moet het makkelijker worden om te zorgen voor continuïteit van de geboortezorg en het waarborgen van de kwaliteit. Tegelijkertijd wordt het duidelijker welke zorgverlener voor welk stukje verantwoordelijk is en kunnen we toekomstige ouders een optimale begeleiding in de zwangerschap en bij de geboorte bieden.

”Verloskundigen hebben een groot hart, veel passie voor het vak en we willen graag voor onze cliënten klaarstaan.”

~ Lisa Marissink

Marissink: “Door met elkaar samen te werken gaat het proces beter en is de communicatie met bijvoorbeeld de gynaecoloog beter geworden. Waar zwangeren met een indicatie voorheen bijvoorbeeld werden doorverwezen naar de tweedelijns, kunnen zij nu vaak in de eerstelijns blijven omdat wij tussentijds eenvoudig kunnen overleggen met de gynaecoloog. Dat is voor de beleving van de zwangerschap een mooie ontwikkeling en dit wordt ook enorm gewaardeerd!”

Integrale zorg – integrale bekostiging toekomstmuziek?

Naast de integrale zorg zijn er ook geluiden om integrale bekostiging te introduceren. Hierbij wordt per zwangere één tarief vastgesteld, die onder de betrokken zorgverleners moet worden verdeeld. Op dit moment kent de eerstelijns verloskundige zorg in Twente een monodisciplinaire bekostiging. In andere regio's in het land wordt al gewerkt met een integrale bekostiging. Kuiterman: “Als we in onze regio besluiten tot integrale bekostiging, verwacht ik een intensief proces met pittige discussies. Ook de kansen die deze manier van bekostigen biedt, moeten dan goed worden onderzocht. Gelukkig kunnen we wel leren van de ervaringen in de andere regio's.”

De onderlinge afspraken passen in de ontwikkeling van de samenwerking in de geboortezorgketen en ook de komende jaren zal die ontwikkeling volop doorgaan. #

De rol van Roset

- Betrokken bij het ontstaan van de VSV Twente
- Begeleiden van de Kring Twentse Verloskundigen
- Ontwikkelen nieuwe visie van de Kring

Organisatiegraad paramedische zorg - de visie van Menzis

Ketenzorg, in 2008 begonnen, is inmiddels geëvolueerd naar Integrale Samenwerking. Als grootste zorgverzekeraar in Twente omarmt Menzis deze ontwikkeling. Sven van Steijn en Frits van Trigt zijn bij Menzis verantwoordelijk voor de inkoop van paramedische zorg. Zij zien een belangrijke bijdrage voor paramedici in de Integrale Samenwerking. Via de zorginkoop stimuleren zij paramedici dan ook om meer samen te werken. En dat is niet altijd eenvoudig.

Het paramedische zorglandschap is versnipperd. Het gaat om veel en meestal kleine praktijken. De meeste praktijkhouders zijn vooral bezig met hun eigen praktijk en met het werk dat ze hebben, hun cliëntèle en de wijk waarin ze werken. Begrijpelijk, de meesten zijn ook opgeleid om zorg te leveren, niet om met een breder maatschappelijk perspectief te kijken naar wat de zorg in de regio nodig heeft. "We willen met zorgaanbieders in een gezamenlijke beweging komen", benadrukt Van Steijn. "De regiobeelden en -plannen die vanuit het IZA (Integraal Zorgakkoord) zijn geformuleerd, vormen een belangrijk leidraad. Samen moeten we nadenken over nut en noodzaak om tot samenwerking te komen en te bekijken wat het businessplan van de regio is en wat er in die regio nodig is. Iedereen heeft daar een verantwoordelijkheid in, zorgbreed. Het zorgveld moet leren elkaar aan te spreken op die verantwoordelijkheden. En als die niet duidelijk zijn, dan moet je ze duidelijk zien te krijgen!"

Van Trigt: "We zien dat veel praktijken het niet makkelijk vinden om zich aan te sluiten bij praktijk- of wijkoverstijgende issues en aansluiting te zoeken met het Sociaal Domein. En soms zijn ze ook simpelweg te druk met hun eigen hoofd boven water te houden." Toch vinden Van Steijn en Van Trigt het belangrijk dat paramedici over de grenzen van de eigen praktijk heen kijken. Veel klachten die in de zorg behandeld worden, horen daar niet thuis; die komen voort uit problemen in de sociale context van een cliënt. Van Steijn: "Als een patiënt klaar is met zijn behandeling en teruggaat van de eerste- naar de nuldelijn, dan moet daar wel iets ná komen; anders is het trekken aan een dood paard." Samenwerken en elkaars verantwoordelijkheden kennen is daarom enorm belangrijk. Gelukkig beseffen steeds meer praktijkhouders zich, dat zij van toegevoegde waarde zijn in de wijk en in de regio.



Frits van Trigt en Sven van Steijn

”De uitdagingen in de zorg in onze regio, kunnen alleen opgelost worden door zorgaanbieders in de eerste- en tweedelij - evenals door de lijnen heen - met elkaar te laten samenwerken.”

~ Frits van Trigt

Menzis stimuleert het samenwerken op verschillende manieren. Ook in het Integraal Zorgakkoord wordt samenwerken expliciet benoemd als oplossing om de zorg in de toekomst toegankelijk en beschikbaar te houden. “We doen dat door in de regio regelmatig het gesprek aan te gaan en mee te denken over de relevantie van samen-

werking”, licht Van Trigt toe. “We willen echt benadrukken dat zorgverleners er niet alleen voor staan en dat ze de kar niet in hun eentje hoeven te trekken.” Menzis probeert via gesprekken met de zorgaanbieders te kijken of mensen geïnteresseerd kunnen worden om een rol te spelen in een samenwerking met andere zorgaanbieders en met betrokken partijen in het Sociaal Domein. Samenwerken wordt ook gestimuleerd via belangenorganisaties zoals de KNGF en stichting Keurmerk. En ook in het zorginkoopbeleid stimuleert Menzis samenwerking door middel van inkoopvoorwaarden. Zo moeten praktijken minimaal mono- dan wel multidisciplinaire integrale samenwerkafspraken maken.

Van Steijn: “Wat we hebben gezien bij bijvoorbeeld de fysiotherapeuten in Twente, was dat er sprake was van een vechtmarkt. De praktijken waren concurrenten van elkaar, maar met samenwerken kun je veel meer bereiken. De inkoopvoorwaarden die we toen hebben geformuleerd in ons inkoopbeleid, hebben ertoe bijgedragen dat een aantal kartrekkers uit het fysiotherapieveld de handschoen hebben opgepakt en een samenwerkingsverband hebben opgezet. Dat is de Twentse Fysiotherapie Organisatie (TFO) geworden.” >>

”Het huidige systeem kent perverse financiële prikkels en is heel solistisch ingericht. Als je meer integraliteit zou kunnen bereiken, dan krijg je meer lol in je werk, kun je veel efficiënter werken en wordt het werk interessanter. Want je bent kennis aan het delen.”

~ Sven van Steijn

Menzis kent in de inkoopcontracten twee profielen: een basisovereenkomst en een Transparant over Fysiotherapie overeenkomst (ToF). Voorwaarde voor die *Toffe* praktijken is om een formeel samenwerkingsverband op te zetten, zodat er contractafspraken gemaakt kunnen worden met het samenwerkingsverband. Van Trigt: “Alle stappen om tot een samenwerking te komen zijn gevoelig om te nemen.

Praktijken hebben een eigen identiteit en de beheersing over de eigen agenda en de kosten- en batenstroom. Als een praktijkhouder organisatie, informatie en oriëntatie gaat delen met andere praktijken, kan dat het gevoel geven dat hij of zij iets van zijn identiteit inlevert. Financieel samenwerken en verantwoordelijkheid overdragen, is natuurlijk nog een stap verder.”

Samenwerken wordt als een voorwaarde gesteld in het zorginkoopbeleid. De praktijken krijgen de tijd om dit te organiseren. De stip op de horizon ligt op 2028. Toch is dat een behoorlijke uitdaging. Dat heeft er mee te maken dat praktijkhouders niet alleen zichzelf, maar ook hun medewerkers in het verhaal mee moeten nemen. De urgentie voor het nieuwe perspectief wordt nog niet overal gevoeld, omdat veel praktijken vol zitten en de therapeuten goed werk leveren.

De ambitie is om in alle regio's van Menzis paramedici in een multidisciplinair samenwerkingsverband verenigd te hebben. Van Trigt: “Het is nog de vraag of alle zorgsoorten dan verenigd zijn, maar we ambiëren om tegen die tijd minimaal drie soorten paramedici in een multidisciplinair platform te hebben, die gezamenlijk een gemandateerd aanspreekpunt kunnen zijn voor de paramedische zorg in de regio.” #





Nina Paus - van der Laan (Roset)

In 2021 is het landelijk programma *Organisatiegraad Paramedische Zorg* van start gegaan. In het *Hoofdlijnenakkoord Paramedische Zorg 2019-2022* zijn afspraken gemaakt om samenwerking in de regio te bevorderen. Deze afspraken zijn voortgezet in het IZA, waarin regionale samenwerking en versterking van de organisatie van de eerstelijnszorg hoog op de agenda staan. Twente was één van de vier pilot-regio's en inmiddels wordt overal in Nederland hard gewerkt aan het bevorderen van de samenwerking van de verschillende paramedische beroepsgroepen. Nina Paus - van der Laan en Peter Nijhof begeleiden namens Roset het programma *Organisatiegraad paramedische zorg* in de regio Twente.

ORGANISATIEGRAAD EERSTELIJNSZORG

De ontwikkeling van Organisatiegraad paramedische zorg in Twente

Roset is aangesloten bij het landelijk ROS-netwerk, waar de verschillende ROS'en uit het hele land ervaringen met elkaar delen. Waar andere ROS'en direct kozen voor een multidisciplinaire aanpak met het idee *'iedereen kan aansluiten, we zien wel wat het platform gaat doen'*, koos Roset voor een monodisciplinaire aanpak. Paus: "Wij wilden juist eerst de achterban meekrijgen en zorgen voor een duidelijke visie en mandaat. Voordat je daadwerkelijk een samenwerking aangaat, moet duidelijk zijn waarom je wilt samenwerken."

In de afgelopen periode heeft Roset veel tijd gestoken in het monodisciplinair organiseren van de paramedische sector. Per beroepsgroep is met een kerngroep gekeken naar het nut en de noodzaak om te organiseren. Het is belangrijk om je te realiseren dat de noodzaak om je binnen een beroepsgroep onderling te organiseren, niet altijd wordt gevoeld. Bijvoorbeeld omdat >>

de praktijken meer dan voldoende werk hebben, er een gevoel van concurrentie kan zijn of omdat de meerwaarde niet duidelijk is. Er is een win-win nodig om te willen samenwerken. Het is dus erg belangrijk het *grote plaatje* te laten zien.

Bij de eerste bijeenkomsten bleek destijds dat de verschillende beroepsgroepen zich allemaal in een ander tempo organiseren. Bij fysiotherapeuten kwam al vrij snel de vraag voor ondersteuning en welke organisatievorm het best zou passen. Roset heeft met hen een traject gedaan om een visie te ontwikkelen en te bepalen wat de urgentie is en waar kansen liggen. Dat mondde uit in een coöperatie die in september 2022 is opgericht. De diëtisten in Twente waren ook al een stap verder, omdat zij al eerder met huisartsen ketenzorg moesten contracteren. De andere groepen zijn nog meer in de verkennende fase, maar ook daar zijn inmiddels kerngroepen actief, die proberen de achterban goed te informeren en mee te krijgen (met hulp van Roset). Paus: "Bij zo'n eerste sessie

waar de gehele achterban kan aanhaken, zie je vaak dat het nog niet bij iedereen leeft en dat het voor veel mensen een ver-van-mijn-bed-show is."

Nijhof: "Uit recente gesprekken die wij met Menzis gevoerd hebben, kwam naar voren dat we naar populatiebesteding toebeewegen. Dat wil zeggen dat men straks met elkaar verantwoordelijk is voor de zorg voor bepaalde doelgroepen. Dan is het handig als partijen in de eerste lijn met elkaar afspraken kunnen maken over die zorg. En daarvoor is het extra belangrijk dat je je als paramedische groep organiseert en meepraat in deze verandering."

Het investeren in de relatie met de beroepsgroepen heeft er inmiddels voor gezorgd dat de paramedici elkaar hebben leren kennen en dat iedereen op hetzelfde kennisniveau zit. Eens in de zoveel tijd komt het multidisciplinair kernteam bij elkaar. Dan zitten de verschillende monodisciplinaire kernteams met elkaar aan tafel om elkaar te

"Als beroepsgroep onderling heb je niet echt veel aan een samenwerking, want je doet allemaal hetzelfde. Maar als je aanspreekpunt bent voor de regio, wie zijn dan jouw partners en met wie kun jij dan afspraken maken? Daarvoor moet je je als beroepsgroep organiseren, want dat kan je als praktijk niet alleen. En dat is waar Organisatiegraad over gaat."

~ Peter Nijhof



”Organisatiegraad is nog heel abstract voor de mensen die er niet veel mee bezig zijn. Het is belangrijk om het doel helder te krijgen en wat een gezamenlijke ambitie is. Dan wordt het makkelijker om uit te leggen waar het over gaat en krijgt samenwerken meer zin.”

~ Nina Paus – van der Laan

informerend over waar iedereen mee bezig is. Dat sommige beroepsgroepen al verder zijn in hun organisatie, helpt ook anderen om die stap te maken. Nijhof: “Bij de laatste bijeenkomst in juli 2023 zag je het kwartje vallen: *Populatie-bekostiging? Daarvoor willen wij een multidisciplinair paramedisch platform*. Er is bereidheid om er aan mee te doen en daarvoor worden nu de eerste stappen gezet.”

Ondertussen komt organisatiegraad Twente in een stroomversnelling. Mede door het perspectief van andere financiering, de ontwikkeling van een zorggroep GLI en het discussie document visie eerstelijnszorg 2030. In dit document wordt onder meer gesproken over ‘regionale eerstelijnsorganisaties’, met een veranderopgave en bijbehorende mensen en middelen. Dit geeft een boost aan een Twents multidisciplinair paramedisch platform. Zo'n paramedisch platform zal straks aanspreekbaar zijn voor huisartsen en ziekenhuizen, de zorgverzekeraar maar ook in toenemende mate voor de gemeente, die ook steeds meer zorg contracteert. Nijhof: “Het kost tijd om het platform te bouwen, maar ook om vanuit het platform relaties op te bouwen met anderen om uiteindelijk tot een opdracht te komen.”

Waar het beleid de afgelopen jaren vooral gericht was op huisartsen en ziekenhuizen, komen de georganiseerde paramedici nu ook wat meer zelf aan overlegtafels. Zo kunnen ze meer invloed uitoefenen en meer betrokken worden bij de rol die zij in de hele transitie van de zorg kunnen spelen. Er worden al pilots gedaan, waarbij drastische keuzes worden gemaakt. Denk bijvoorbeeld aan een diagnostisch fysiotherapeut, die een spreekuur doet van een huisarts, waardoor deze laatste wordt ontlast. Nijhof: “Als we praten over tekorten aan huisartsen, dan zijn dit wel kantelmomenten waarop je andere disciplines kunt inschuiven om continuïteit in de zorg te garanderen. *Organisatiegraad* biedt echt mooie kansen voor paramedici.” #



”De recente ontwikkeling is een regionaal paramedisch platform, maar ook een faciliterende organisatie, die kan contracteren. Dat is waar het naartoe beweegt.”

De rol van Roset

- Contact leggen met paramedische beroepsgroepen
- Bewust maken van urgentie en kansen
- Visietrajecten; bepalen koers en doelen
- Begeleiding richting multidisciplinair paramedisch platform
- Inrichten governance en faciliteren besluitvorming



”Om betrokken te worden bij de aankomende veranderingen in de eerstelijnszorg, is het steeds belangrijker geworden om met elkaar samen te werken. Dat is van belang voor de zorg als geheel, maar ook voor de patiënt; die is daar uiteindelijk het meest mee geholpen.”



Hoe staan de paramedische beroepsgroepen ervoor?

Paramedici opereren vaak vanuit kleine praktijken, waardoor het voor ieder afzonderlijk ondoenlijk is om de ontwikkelingen in de zorg bij te houden en er ook actief aan deel te nemen. Om betrokken te worden bij de aankomende veranderingen in de eerstelijnszorg, is het steeds belangrijker geworden om met elkaar samen te werken. Organisatiegraad helpt om de paramedische beroepsgroepen samen te laten werken; zowel mono- als multidisciplinair. Maar hoe staat het met de organisatiegraad in Twente? Welke beroepsgroepen zijn al georganiseerd en welke paramedici hebben nog stappen te zetten?



De oefentherapeuten

Marieke Beens: "Als regioteam hebben we inmiddels goed in de gaten dat er iets moet gebeuren en we gaan in november 2023, tijdens een grote regiobijeenkomst, proberen onze achterban mee te krijgen. We hopen dat minstens 50% van de oefentherapeuten uit de regio aanwezig is en dat wij van hen fiat krijgen om door te gaan. In welke vorm moet nog worden bedacht. Eerste speerpunten zijn in ieder geval het opzetten van een monodisciplinaire regiowebsite en het naar de regio halen van meer stagiairs en nieuwe collega's. Daarnaast willen we ons mono- en multidisciplinaire kernteam beter inzetten als gespreks- en samenwerkingspartner."

"Een belangrijke factor voor een succesvolle samenwerking is om duidelijk aan te geven wat de meerwaarde voor iedereen is, maar óók om helder te hebben waar je het allemaal voor doet."

De ergotherapeuten

Sonja Kluin: "In het voorjaar van 2023 is er een oproep geweest om alle ergotherapeuten eerstelijns bij elkaar te brengen. Dat was meteen een kennismaking met alle praktijken die er in Twente zijn. Na deze bijeenkomst hebben vier collega's zich beschikbaar gesteld als contactpersoon voor het kernteam. Zij gaan kijken welke positie we willen innemen als ergotherapeuten, óf we ons moeten verenigen en zo ja hoe? Dit willen we in het najaar aan de groep terugkoppelen. We zijn nu dus nog een beetje zoekende."

Logopedie

Eline Bekhuis: "Wij zijn al iets langer bezig dan de ergotherapeuten; vorig najaar zijn wij gelijk als multidisciplinair team bij elkaar gekomen. Het idee was om met elkaar een kernteam samen te stellen om onze achterban vanuit de logopedie te vertegenwoordigen. De helft van de mensen vond het een goed idee, maar vanuit de andere helft van de praktijkhouders ontstond wat gemor, omdat zo iets tien en twintig jaar geleden ook al is geprobeerd. Een veel gehoord geluid was: 'Het kost veel tijd maar wat levert het op?' We hebben een aantal bijeenkomsten gehad om te sparren, zowel mono- als multidisciplinair. Ook met in gedachten wat er allemaal staat te gebeuren in de zorg. Bij de laatste bijeenkomst hebben we aan de

hand van een praktisch voorbeeld aan de groep laten zien wat de voordelen zijn van een samenwerking. De meesten zagen daarna wel in dat je sterker staat als groep en dat je samen wél afspraken kunt maken, wat je als individuele praktijk niet lukt. Je kunt er met zijn allen dus profijt van hebben."

De diëtisten

Lidy Plettenburg: "Wij hebben tien jaar geleden Diëtist in Twente (DiT) opgericht en daar zijn (bijna) alle vrijgevestigde praktijken in Twente bij aangesloten. Wij hebben dus al een achterban die klaarstaat. Dat is een voorsprong die we hebben ten opzichte van de andere paramedische groepen. Met de komst van de ketenzorg was dat nodig, omdat de huisartsen van THOON en FEA graag met één gesprekspartner aan tafel wilden en niet met alle praktijken afzonderlijk. Op dit moment zijn we aan het kijken of we aan twee kanten kunnen uitbreiden. Enerzijds door andere spelers in de diëtetiek aan te laten sluiten. Denk hierbij aan diëtisten die in dienst zijn van thuiszorgorganisaties, omdat zij ook in de eerstelijns zitten. Als we in die richting uitbreiden kunnen we eigenlijk alle diëtisten in Twente vertegenwoordigen. Anderzijds willen we ook multidisciplinair meer gaan samenwerken."

De fysiotherapeuten

Kees Smelt: "In het najaar van 2022 is de Twentse Fysiotherapeuten Organisatie (TFO) officieel opgericht; een coöperatie waarvan zo'n 500 Twentse fysiotherapeuten via hun praktijk lid zijn. De volgende stap zou kunnen zijn dat ook afdelingen fysiotherapie lid kunnen worden, zodat echt iedere fysiotherapeut in Twente door de TFO vertegenwoordigd wordt. Binnen de fysiotherapie zijn veel inhoudelijke netwerken actief, bijvoorbeeld op het gebied van rug, schouder, kinderen of geriatrie. De TFO wil zich als overkoepelend orgaan niet bezighouden met de inhoud, maar we zijn wel bezig met het koppelen van al die inhoudelijke netwerken aan de coöperatie. Wij willen hét aanspreekpunt zijn voor fysiotherapie, over welk inhoudelijk thema het ook gaat. Wij laten ons regelmatig zien in allerlei overlegstructuren, zoals met huisartsen, ziekenhuizen, inhoudelijke netwerken, Twentse Koers, Twente Beter en Menzis. We zitten overal aan tafel. En zo langzamerhand zijn we bezig met een aantal producten, zoals de GLI (de gecombineerde leefstijlinterventie) en valpreventie. Dat zijn speerpunten vanuit het regiobeeld, dat pas gemaakt is. Eén van de volgende stappen is een programma voor artrose. De leden merken zo langzamerhand dat we bestaan."

Een belangrijke factor voor een succesvolle samenwerking is om duidelijk aan te geven wat de meerwaarde voor iedereen is, maar óók om helder te hebben waar je het allemaal voor doet. Er zullen mensen moeten zijn die de kar gaan trekken en zij zullen er hoe dan ook tijd in

moeten investeren. En dat is best pittig, omdat iedereen bezig is met zijn dagelijkse ding. Waar moet je dan de tijd en energie vandaan halen? Het is nogal wat om de achterban te moeten motiveren en mee te krijgen in de actieve rol die men moet gaan spelen.

Roset speelt een belangrijke aanjagende en faciliterende rol in de verschillende samenwerkingsverbanden. Het helpt enorm dat zij de kennis en ervaring hebben en als vraagbaak kunnen fungeren. Zo hoeven de verschillende beroepsgroepen niet zelf het wiel opnieuw uit te vinden. Omdat Roset boven de partijen staat en het overzicht bewaakt, kunnen zij ook een rol spelen bij het doorhakken van knopen en het vasthouden van de rode draad.

Marieke Beens: "We hebben heel lang geleden ook wel eens een regioteam gehad, maar dat was meer voor de gezelligheid en om elkaar te kennen. Wat we nu doen is professioneler en dan is het fijn om iemand achter de hand te hebben aan wie je vragen kunt stellen. Want ik ben een therapeut en ik heb er zelf geen kaas van gegeten."

Kees Smelt: "In een eerder stadium hadden we het plan om een paramedische coöperatie op te richten, maar dat was nog iets te vroeg. De andere paramedische beroepsgroepen waren toen nog niet georganiseerd; daar was nog geen juridisch verband of bestuur. Maar onze insteek is wel om op den duur een soort paramedisch platform te krijgen, waar een aantal paramedische disciplines lid van zijn. Daar zijn we al een beetje mee bezig en omdat Twente een pilotregio is geworden is hier extra subsidie voor beschikbaar. Ik hoop dat we door organisatiegraad weer wat dichterbij elkaar komen!" #

Recente ontwikkeling

Tussen het tijdstip van het interview en het verschijnen van het magazine zijn er grote stappen gezet op het gebied van het paramedische platform. Op pagina 35 wordt daar aandacht aan besteed.



”Je wil graag een aanspreekbare partij in de regio, die een deel van de GLI kan uitvoeren en die kwaliteit kan bewaken. Maar die ook een impuls kan geven aan het maken van afspraken met alle programma’s die eraan vasthangen om een gezonde leefstijl voort te zetten.”

~ Jan Willem Leidekker

Organisatie van de leefstijlinterventie GLI, een zorggroep

Veel zorgproblematiek heeft te maken met leefstijlfactoren. Het percentage van de bevolking met overgewicht en obesitas is anno 2023 al 56% en dit percentage groeit nog steeds. Er zijn maar liefst 200 verschillende soorten aandoeningen toe te schrijven aan overgewicht. Het is dus enorm belangrijk om te werken aan leefstijl, zodat mensen langer gezond en vitaal blijven en zorg in de toekomst voorkomen wordt. Daarom is de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) ontwikkeld en wordt deze vergoed vanuit de basisverzekering. De Twentse Koers zet zich in om de GLI te faciliteren en in Twente verder uit te rollen. "Het is belangrijk om te werken aan gezondheid van de Twentse inwoners om enerzijds gezonder te worden en anderzijds de zorg betaalbaar, toegankelijk en haalbaar te houden in de toekomst", licht Jan Willem Leidekker toe.

De meeste leefstijlcoaches zijn kleine praktijken die de GLI aanbieden en een individueel contract hebben met de zorgverzekeraar. Dat kost veel tijd en geeft administratieve rompslomp; denk aan afstemming met alle zorgverzekeraars en verwijzers, maar ook aan het faciliteren van de

instroom en uitstroom van cliënten. Daarnaast bleek uit de inventarisatie onder beleidsmedewerkers publieke gezondheid en leefstijlcoaches uit verschillende gemeenten, dat de GLI overal anders wordt georganiseerd. Er zijn niet alleen verschillen tussen gemeenten, maar ook voor wat betreft de samenwerking tussen de verschillende leefstijlcoaches onderling, of tussen de leefstijlcoaches en zorg en welzijn.

Er zijn op dit moment zes door het RIVM goedgekeurde GLI-programma's, die een looptijd hebben van twee jaar. De helft van de deelnemers houdt het GLI-traject vol. Homogenere groepen komen het groepsproces ten goede en zorgen ervoor dat meer mensen het makkelijker kunnen volhouden. Idealiter wordt na de intake bekeken of de GLI geïndiceerd is en welke GLI het best bij iemand past. Als dat niet het eigen programma is, dan wil je direct kunnen doorverwijzen naar een ander programma. Je kunt dan homogenere groepen creëren en er samen voor zorgen dat de groepen sneller kunnen starten. Een programma is namelijk pas rendabel bij deelname van minimaal acht personen. Samenwerken is dus ontzettend belangrijk. >>



Peter Nijhof (Roset)

Onder de themalijn Gezondheid en Preventie van de Twentse Koers wordt het project *Leefstijl en gezondheid 18+* opgepakt. Onderdeel hiervan is de GLI (gecombineerde leefstijlinterventie). Deze wordt aangeboden door drie verschillende soorten leefstijlcoaches; leefstijlcoaches BLCN, fysiotherapeuten en diëtisten met als aantekening leefstijlcoach. Een zorggroep zou het uitvoeren van de GLI aanzienlijk kunnen vereenvoudigen. Jan Willem Leidekker is Regiocoördinator Leefstijl en Gezondheid 18+ bij de Twentse Koers en is in die hoedanigheid aanjager geweest van de oprichting van een Twentse Leefstijlorganisatie. Peter Nijhof van Roset is aangehaakt om het proces om tot een zorggroep te komen te begeleiden.



”Een zorggroep levert veel voordelen op, zowel voor de zorgverzekeraar, de leefstijlcoaches en de partijen met wie zij samenwerken, als voor de cliënten.”

Uiteindelijk ontstond het idee dat er een zorggroep moest komen, die met de zorgverzekeraar contracten af kan sluiten om de GLI in de regio te coördineren en uit te voeren. Dit paste in het beeld van Twentse Koers, maar ook van de zorgverzekeraar, die in andere regio's ook al streefde naar één inkooppartij. Voor hen is het voordeel dat ze met één partij om de tafel zitten die namens alle onderaannemers afspraken kan maken. Andere voordelen zijn dat de zorgverzekeraar dan makkelijker kan sturen op kwaliteit van de programma's, op spreiding (zijn er geen witte vlekken in het gebied?) en op het aantal mensen dat instroomt en uitvalt.

Roset werd als onafhankelijke partij gevraagd het proces om tot een zorggroep te komen, te ondersteunen. In oktober 2022 werd een inloopbijeenkomst georganiseerd en ontstond al snel de beweging om het met de drie beroepsgroepen gezamenlijk op te pakken. Na een volgende informatiebijeenkomst, het interviewen van diverse partijen (gemeenten, welzijnsorganisaties, sportbedrijven en leefstijlcoaches vanuit BLCN, fysiotherapie en diëtetiek) en een vervolgsessie, heeft Menzis besloten het initiatief

”Uitgangspunt bij het hele proces op weg naar de zorggroep is de gedeelde ambitie: dit kun je niet alleen, dit kun je samen beter! Deze groep heeft deze gedeelde ambitie zeker! Dat is ook de reden dat de samenwerking tussen deze drie partijen succesvol wordt.”

~ Peter Nijhof

financieel te ondersteunen. De zorgverzekeraar heeft de toezegging gedaan de zorggroep te contracteren, maar de taakverplichting is wel om afspraken te maken en een zorggroep neer te zetten.

Peter Nijhof vult aan: “Op dit moment (juni 2023) worden de contouren geschetst van hoe de zorggroep eruit moet komen te zien. Hoe ziet die organisatie eruit en wat gaat die doen? Wat gaat er doorheen en wat is dan de geschikte rechtsvorm? Daarnaast moeten er overeenkomsten komen van de zorggroep naar de onderaannemers. Alles in voorbereiding op een contractering per 1 januari 2024.”

Een zorggroep levert voor de leefstijlcoaches veel voordelen op. Je kunt als groep straks makkelijker afspraken maken met andere organisaties zoals THOON (huisartsen) en FEA (huisartsen), TAO (apotheken), Twentse Koers of de zorgverzekeraar, omdat je één gesprekspartner bent. De leefstijlcoaches kunnen dan zelf volledig bezig zijn met hun vak. De administratieve rompslomp, die toch al veel van hun tijd opslokt, wordt voor een deel door de zorggroep overgenomen. Ook zal het declareren makkelijker worden, omdat je dat dan bij de zorggroep kunt doen. Een ander groot voordeel is dat je als leefstijlcoach beter vindbaar wordt en ook elkaar sneller weet te vinden.

Waar op den duur overigens ook meerwaarde zit, is de connectie met het Sociaal Domein. Als mensen instromen met gezondheidsproblemen, dan komt het voor dat bij doorvragen blijkt dat er nog andere problemen achter zitten. Denk aan schulden, geen werk of andere problemen waar de GLI misschien niet de beste interventie is. Als er een nadrukkelijke verbinding is met het Sociaal Domein en andere interventies, dan worden mensen sneller of makkelijker begeleid naar de geëigende ondersteuning.

Er is een zekere mate van haast geboden, omdat de zorggroep op 1 januari 2024 van start moet gaan. En eigenlijk moet er al twee maanden voor die tijd duidelijkheid zijn, omdat Menzis eind oktober de aanbieders van gecon-

tracteerde leefstijlcoaching op de website wil vermelden. “We zijn nu aan het bekijken welke systemen we gaan gebruiken om de declaraties en monitoring te reguleren. We kijken daarbij ook hoe anderen dat gedaan hebben. De keuzes moeten we maken vóórdat je straks bij de notaris zit”, vertelt Nijhof. We hebben er vertrouwen in dat het gaat lukken, maar er moet nog wel veel gebeuren. Zo moet er afstemming komen rondom het declaratieproces en wie of welke organisatievorm hoofdaannemer wordt. De gesprekken hierover zijn in volle gang ten tijde van dit interview. #

Recente ontwikkeling

Tussen het tijdstip van het interview en het verschijnen van het magazine zijn er grote stappen gezet. Op pagina 35 wordt daar aandacht aan besteed.

De rol van Roset

- Verkennen van de markt
- Interviewen diverse betrokkenen
- Begeleiden van diverse bijeenkomsten
- Begeleiden proces van onderlinge samenwerking
- Bouwen van de organisatie



Wyco de Vries (Roset)

De fysiotherapeuten, diëtisten en leefstijlcoaches zijn met elkaar in overleg om de krachten te bundelen. Martin Vloedgraven is werkzaam bij de KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie) en is als adviseur voor de Twentse fysiotherapeuten betrokken bij de Twentse Fysiotherapie Organisatie (TFO), Elise Slootman is aangesloten bij DIT (Diëtisten In Twente) en Inge Out is vicevoorzitter van de BLCN (de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland).



GEZONDHEID EN LEEFSTIJL

Krachten bundelen voor aanpak leefstijl (en meer) in Twente

Vanuit de gemeente, huisartsen, de Twentse burgers en andere partijen kwamen signalen dat het leefstijlaanbod slecht vindbaar en erg versnipperd is en dat ook niet duidelijk is hoe de processen lopen. Daarom organiseerden Menzis en Roset een bijeenkomst waar de drie beroepsgroepen die de GLI uitvoeren, voor werden uitgenodigd. Al snel werd duidelijk dat onder de professionals de wens bestond om zich te verenigen om zo te zorgen voor een betere kwaliteit van de GLI.

In eerste instantie leek de beste oplossing om met de drie partijen gezamenlijk een formele organisatie te vormen, met als werktitel een 'Twentse Leefstijlorganisatie'. Gaandeweg het proces bleek echter, dat zo'n organisatie ook een oplossing zou kunnen zijn voor meer aandoeningen en ketenzorgprojecten. Denk aan valpreventie, artrose en longaandoeningen. Het zou mooi zijn als er een overkoepelende paramedische zorggroep zou komen, waar niet alleen de fysiotherapeuten en diëtisten (en leefstijlcoaches) deel van uitmaken, maar ook andere paramedici, zoals ergotherapeuten, logopedisten en oefentherapeuten. Hoe ideaal zou het zijn als er een grote bundeling van paramedici is waar de huisarts voor zijn patiënt één loket heeft? Leefstijl komt dan niet apart maar als onderdeel van diverse ketenaanpakken terug. Bijvoorbeeld bij artrose en longaandoeningen.

Voor GLI Volwassenen is een zekere mate van haast geboden, omdat de contractering van de GLI voor het nieuwe jaar rond moet zijn. Daarom zou het een mooie tussenstap kunnen zijn om te zorgen voor een partij die in ieder geval voor komend jaar kan inkopen. Dat zou de groep fysiotherapeuten kunnen zijn, want zij zijn al georganiseerd, hebben reeds een backoffice en er kan ook via hen gedeclareerd worden. Dit betekent dat de TFO (Twentse Fysiotherapeuten Organisatie) de hoofdaannemer (de contractant) kan worden voor de GLI en dat een werkgroep met vertegenwoordigers van diëtisten, fysiotherapeuten en leefstijlcoaches zorgt voor de afspraken rond kwaliteit. Daarna kun je rustig de tijd nemen om verder te bouwen aan de nieuwe paramedische organisatie. Dat haalt de druk van het proces af.

"Het stappenplan inclusief begroting voor een groep voor leefstijl lag al klaar, maar gaandeweg het proces werd duidelijk dat we het vizier open moesten houden. Het zou zonde zijn om speciaal hiervoor een organisatie op te tuigen met een inkooporganisatie, administratie, website et cetera en dat je dat straks ook voor andere aandoeningen apart wil gaan doen. Dan ben je dingen dubbel aan het doen."

~ Martin Vloedgraven



Hierover worden op dit moment gesprekken gevoerd; Roset helpt als onafhankelijke partij bij de stappen die moeten worden gezet, maar zorgt er ook voor dat alle drie de beroepsgroepen voldoende ruimte krijgen in het proces. Dat is extra belangrijk als je realiseert dat de leefstijlcoaches geen BIG-geregistreerde zorgmedewerkers zijn, maar wel enorm veel ervaring hebben met het uitvoeren van de GLI. Voor hen moet straks ook een goede plek gevonden worden in een nieuwe paramedische organisatie.

“Wij zien de samenwerking als een belangrijke stap voor het verbeteren van de kwaliteit van de GLI”, benadrukt Out. Er zijn zes verschillende varianten van de GLI, maar die zijn niet allemaal bij de huisarts bekend. Waar je woont en welke oplossing jouw huisarts kent, bepalen op dit moment naar welke GLI je wordt doorverwezen. Het komt te vaak voor dat de patiënt niet bij de juiste interventie belandt, waardoor men sneller uitvalt. Out: “Wat we willen is homogenere groepen, die beter vindbaar zijn. Ook willen we dat verschillende leefstijlinterventies beter uit elkaar te houden zijn en dat we de mensen op de goede plek krijgen.” Elise Slootman: “Dat is ook wat ons allemaal bindt. Dat vinden wij als DIT heel belangrijk, maar dat is ook voor de fysio’s en leefstijlcoaches van belang.” Door de krachten te bundelen ontstaat een veel duidelijker aanspreekpunt, waardoor alles beter te reguleren is. Het wordt zo ook makkelijker om in gesprek te gaan met de zorgverzekeraar of de gemeente én het komt de zichtbaarheid ten goede.

De BLCN leefstijlcoaches zijn overigens nog niet georganiseerd in Twente. Dat is een proces dat eventueel parallel loopt met de vorming van een paramedische zorggroep. Het is ook afhankelijk van wat er nodig is om tot die bredere paramedische zorggroep te komen. Daar zullen de organisatie van leefstijlcoaches en het onderwerp leefstijl op aan moeten sluiten om een goede plek krijgen. De fysiotherapeuten en de diëtisten zijn in Twente wel goed georganiseerd. Toch is het een tijdrovend proces om een overkoepelende (paramedische) zorggroep te realiseren. De achterbannen zijn allemaal individuele praktijken, met elk hun eigen businessplannen. Elke afspraak die in een overleg wordt gemaakt, heeft invloed op de dagelijkse praktijk. Daarom moeten de afgevaardigden steeds terug naar de achterban om mandaat te halen. Het is dus belangrijk om steeds het overkoepelende doel voor ogen te houden en dat is: **De Twentse burger gezonder en vitaler maken! #**

Recente ontwikkeling

Tussen het moment van interviewen en het verschijnen van het magazine zijn er nieuwe ontwikkelingen. Er is besloten dat de TFO samen met DIT een uitvoeringsorganisatie gaat opzetten. Dat proces, dat valt onder de landelijke aanpak Organisatiegraad Paramedische zorg, wordt met ondersteuning van Roset nu concreet verder opgepakt.



“Waar wij naartoe willen is dat de zorggroep een soort trechter wordt (triage) en dat wij als organisatie kunnen kijken waar iemand het best mee is geholpen. Dat kan een GLI zijn, maar sommigen hebben misschien wel iets anders nodig zoals schuldhulpverlening, of die passen ergens anders in het Sociaal Domein.”

~ Inge Out

De rol van Roset

- Partijen bij elkaar brengen
- Identificeren van ambitie en urgentie
- Gesprekken organiseren en faciliteren
- Kansen ontdekken voor het creëren van meerwaarde
- Begeleiding van het proces om tot samenwerking te komen



Prof. Dr. Patrick Kenis is hoogleraar Public Governance bij TISEM (Tilburg School of Economics and Management) en TIAS School for Business and Society, ook in Tilburg en Adjunct Professor aan de Wirtschaftsuniversität Wien (WU). Hij houdt zich bezig met sociaalwetenschappelijke onderzoek naar organisaties, inter- en intra-organisatorische relaties en organisatienetwerken, met focus op governance en effectiviteit van de samenwerking in multi-organisatienetwerken. Hij heeft over dit onderwerp vele publicaties op zijn naam staan. Tevens is Kenis docent op verschillende universiteiten en executive opleidingen en regelmatig spreker op congressen, studiedagen en bijeenkomsten van professionals en bestuurders.

Organisatienetwerken zijn het ei van Columbus

Bij de transitie in de zorg wordt regelmatig gesproken over organisatienetwerken, die ervoor moeten zorgen dat organisaties meer met elkaar gaan samenwerken. Maar wat betekent dat nou eigenlijk en zijn er onderweg voetangels en klemmen te verwachten? Daarover spraken wij met Patrick Kenis, hoogleraar aan de Tilburg University.

Het vakgebied waar Kenis zich mee bezighoudt heet *organisational design*. Dit richt zich op hoe je organisaties zo moet ontwerpen, dat ze opleveren wat ze zouden moeten opleveren. Er zijn vele varianten denkbaar, zoals de *bureaucratische organisatie*, die vooral effectief is als je gestandaardiseerde dingen voor elkaar wilt krijgen. Of de *professionele organisatie* als je meer complexe service wilt aanbieden. Binnen het vakgebied is in de afgelopen 25 jaar een nieuwe organisatievorm ontstaan: het *organisatienetwerk*, waarbij verschillende organisaties die in principe zelfstandig zijn, samen waarde creëren.

De behoefte om als verschillende organisaties samen waarde te creëren, ontstaat bij complexere vraagstukken, die je als zelfstandige organisatie niet kunt oplossen. Voorbeelden zie je in het onderwijs (bijvoorbeeld bij jongeren die niet naar school gaan of hun opleidingstraject niet

afronden), maar ook bij de achttien SDG's (Sustainable Development Goals), zoals de strijd tegen armoede en ongeletterdheid. Ook bij complexe zorgvraagstukken is behoefte aan organisaties die samen waarde creëren.

In Nederland zie je twee varianten van organisatienetwerken; de gemandateerde en de organisch ontstane (*volunteering*) netwerken.

Organisch ontstane netwerken

Er zijn ontzettend veel initiatieven die organisch ontstaan. Hierbij is essentieel dat er een overkoepelend thema is, waarmee verschillende organisaties zich verbonden voelen. Patrick Kenis licht dit toe aan de hand van een voorbeeld: "In Arnhem was een kinderarts, die merkte dat er op het spreekuur veel meisjes kwamen met buikpijn en hoofdpijn. Bij lichamelijk onderzoek ontdekte zij dat ze waarschijnlijk al meerdere jaren werden mishandeld. Toch was dit bij niemand bekend. Zij besloot toen een netwerk op te tuigen van mensen uit de zorg en de ggz, met als doel kindermishandeling snel te herkennen én aan te pakken."

Gemandateerd samenwerken

Heel specifiek voor Nederland is dat de overheid zegt: "*Jullie moeten samenwerken!*" Een goed voorbeeld is het Integraal Zorgakkoord (IZA), maar er zijn nog veel meer voorbeelden. Denk aan het passend onderwijs. Hierbij werden regio's gedefinieerd en moesten verschillende schoolbesturen samen passend onderwijs gaan aanbieden voor kinderen die maatwerkonderwijs nodig hebben. Kenis vervolgt: "Het idee is dat scholen met elkaar afspraken moeten maken, zodat alle kinderen een plek krijgen op een school die past bij hun kwaliteiten en mogelijkheden. Wat je vervolgens wel eens zag, is dat schoolbesturen het geld naar rato verdeelden en elk hun eigen passend onderwijs gingen organiseren, zodat ze geen last hadden van elkaar." >>



”Uit onderzoek blijkt, dat gemandateerd samenwerken een stuk moeilijker is en minder kans op succes heeft dan organisch ontstaan samenwerken, omdat de intrinsieke motivatie vaker ontbreekt.”

~ Patrick Kenis

Bij grote projecten zoals het IZA lijkt samenwerking het doel. De professionals die het op de werkvloer daadwerkelijk moeten gaan doen, hebben daar echter weinig mee. Bij hen staan de inhoud en de *purpose* (waarom en voor wie doen we het) voorop. Het is dus van groot belang om bij het IZA juist dit centraal te houden, zodat je de kans vergroot dat organisaties en de professionals dan vanzelf mee willen doen. Je verhoogt daarmee de intrinsieke motivatie.

Uitdagingen

Samenwerken gaat niet vanzelf. Dat heeft er mee te maken dat organisaties in de basis vooral met zichzelf bezig zijn. Ze hebben tenslotte hun eigen opdracht uit te voeren en dat is al uitdagend genoeg met personeelstekorten, de toenemende vraag en de oplopende wachtlijsten. Samenwerken kost zeker in de eerste twee jaar extra tijd en geld en is vooral in de eerste jaren een extra belasting. De factor tijd levert dus een uitdaging op, mede omdat het IZA relatief snel moet worden gerealiseerd, terwijl organisaties al onder druk staan. En dat, terwijl uit onderzoeken blijkt dat een belangrijke succesfactor bij organisatienetwerken *geduld* is!

Daarnaast hangen organisaties erg aan hun zelfstandigheid en soevereiniteit. “Als je te horen krijgt dat je moet gaan samenwerken en je moet een stukje van je zelfstandigheid opgeven, dan is dat heel moeilijk”, vult Patrick Kenis aan.

Toch zullen er zeker interessante samenwerkingsverbanden ontstaan, maar zouden ook goedwerkende (vaak organisch ontstane) samenwerkingsverbanden kunnen verdwijnen. Dit was ook het geval bij het eerdergenoemde netwerk rondom het vroegtijdig signaleren van kindermishandeling in Arnhem. Ondanks dat dit netwerk goed functioneerde, paste het niet meer goed in de later ontwikkelde structuur van het landelijke programma voor kindermishandeling en is het inmiddels in haar oorspronkelijke vorm verdwenen.

Efficiëntie en effectiviteit

Er zijn verschillende vormen van samenwerkingen. Zo is bijvoorbeeld het centraliseren van kinderhartchirurgie uit twee ziekenhuizen, een *shared service constructie*. Bij deze samenwerking is de veronderstelling dat door de zorg op bepaalde plekken in het land te concentreren er efficiëntie te behalen is.

Bij andere vormen van samenwerken gaat het minder om efficiëntie, maar meer om effectiviteit. Dat geldt bijvoorbeeld voor een aantal domeinoverschrijdende samenwerkingen, waarbij het om zaken gaat die er zonder de samenwerking tussen de organisaties niet zouden zijn. Hiervan zijn mooie voorbeelden bij jongeren met obesitas of bij vroegtijdige schoolverlaters. Het leidt ertoe dat je kinderen in een vroeg stadium ziet, zodat je eerder met de problematiek aan de slag kunt. Het gaat hierbij dus in eerste instantie om preventie. Uiteindelijk is dat dan ook efficiënt op de lange termijn, omdat je later minder kosten zult maken. Goedwerkende samenwerkingsverbanden kunnen ook een aanzuigende werking hebben, waardoor meer mensen er gebruik van gaan maken. Eigenlijk is dat een positief effect, want dan worden meer mensen vroegtijdig geholpen.

Vanuit de Universiteit van Twente komen positieve geluiden als het gaat over samenwerken. Maar ook uit andere delen van het land, met name aan de randen van Nederland (Zeeland, Groningen en Limburg) ontstaan mooie initiatieven. In deze regio's heeft men toch vaker het idee er alleen voor te staan, maar dat het wel gaat lukken als je het samen doet!

Twentenaren zijn vanuit de basis gewend zijn om naar elkaar om te kijken en zien samenwerken als iets positiefs.

Kritische geluiden

De uitvoering van het IZA levert ook kritische geluiden op. Zo heeft de overheid de *uitvoeringsorganisatie* in het leven geroepen, die erop toeziet dat samenwerkingen tot stand komen. In de uitvoering van de samenwerkingsverbanden lopen we echter tegen bestaande regels aan, die het proces vaak in de weg zitten. Een goed voorbeeld is de BTW; nog steeds moeten zorgaanbieders die personeel uitwisselen daarover 21 procent BTW betalen, alsof ze uitzendbureaus zijn. Hierdoor kost samenwerken niet alleen transactiekosten (alle kosten die moeten worden gemaakt ten behoeve van het tot stand brengen van een transactie), maar daar bovenop vaak ook nog eens 21% BTW. Daarnaast lopen we tegen de privacywetgeving



AVG aan en blijven de mededingingsregels van de ACM samenwerking verhinderen. Er is dus eigenlijk meer behoefte aan een *faciliterende organisatie*, die gaat helpen om de wet- en regelgeving rondom samenwerken te vergemakkelijken.

Ondertussen zijn organisaties allemaal enorm druk met alle samenwerkingsverbanden die zijn ontstaan. Je hebt niet alleen het IZA, maar ook GALA en het WOZO, de TAS, de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 en de Hervormingsagenda Jeugd. "Zie het als deelname aan een groot internationaal voetbaltoernooi", schetst Patrick Kenis. "Je staat net op het veld, de wedstrijd is net begonnen en dan komt de vraag om even op een ander veld mee te spelen. Na twee minuten komt vanaf weer een ander veld de vraag of je daar ook nog even wilt meespelen. En op elk veld gelden andere regels en een andere financiering! Het is enorm druk voor organisaties." #

Samenwerkingen vanuit systemisch perspectief

Meervoudige partijdigheid bij complexe samenwerkingsverbanden

De ontwikkeling van de zorgsector vraagt om verschillende vormen van samenwerking. Monodisciplinaire, multidisciplinaire, lijnoverstijgende of domeinoverstijgende samenwerkingen en ook organisatienetwerken zijn in dit magazine allemaal voorbijgekomen. Maar hoe zorg je er nou voor dat die samenwerkingen vitale, goedwerkende samenwerkingsvormen worden binnen het ingewikkelde spel van vaak tegenstrijdige belangen? Marijke Spanjersberg is organisatieadviseur en van huis uit psycholoog. Zij is gepromoveerd op conflicthantering en complexe besluitvormingsprocessen en door de jaren heen gespecialiseerd geraakt in samenwerkingsvraagstukken.

Marijke Spanjersberg: "Ik maak in mijn werk gebruik van theorieën uit de psychologie, zoals de systeembenadering. Hierbij is het idee dat als iemand een probleem heeft, je het hele systeem eromheen (familie, gezin) nodig hebt om het probleem hanteerbaar te krijgen of tot een oplossing te brengen. Als therapeut moet je je dan tot iedereen op een gelijke mate verhouden; je bent partij voor iedereen. En als het klaar is, dan moet iedereen weggaan met het idee: *De therapeut heeft mij goed begrepen.* Dat noemen we *meervoudige partijdigheid.*"



Meervoudige partijdigheid verschilt essentieel van neutraliteit. Bij neutraliteit onthoud je je van een oordeel en blijf je op afstand. Meervoudige partijdigheid betekent juist nabijheid; je gaat er middenin staan. Spanjersberg: "De systeembenadering zegt juist, dat elk samenwerkingsverband, elk sociaal systeem, mensen op zo'n middenplek nodig hebben. Dat zijn de *Zwitserlanden of vredesduiven*. Zij zijn er voor iedereen en tonen betrokkenheid voor iedereen. Zij kunnen vanuit ieders stoel redeneren en tegelijkertijd het grote geheel in ogenschouw nemen." De persoon in het midden zal soms naar de één bewegen, dan weer naar de ander, maar zal altijd voor iedereen leesbaar moeten zijn. Dat vraagt een stevige grondhouding. Vooral bij samenwerkingsverbanden onder druk met allerlei tegenstrijdigheden, is een sterk midden nodig. Van hieruit kan een vitaal samenwerkingsverband ontstaan. Toch wordt het belang van het midden vaak onderschat.

"Het midden is de plek waar alles samenkomt, waar begrip is voor alles, waar ook de taal van de nuance is, maar ook de moeilijkheden benoemd worden zonder dat ze gelijk kleur krijgen. Het midden is eigenlijk het verbindingsstuk."

~ Marijke Spanjersberg

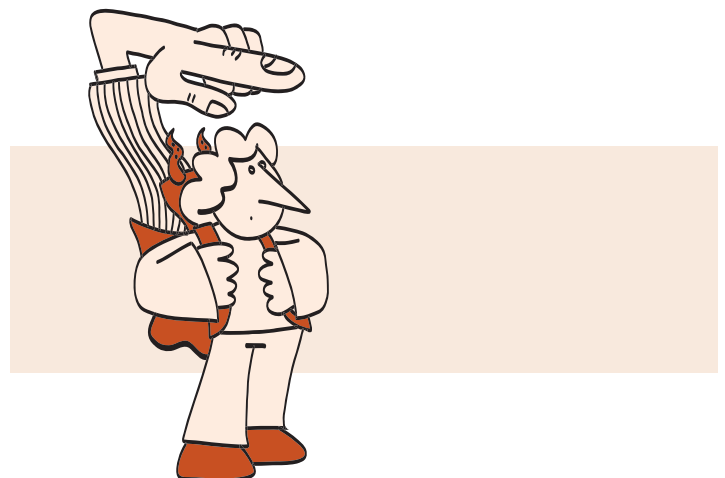
Naast een sterk midden zijn er nog andere factoren die een grote rol spelen bij samenwerkingen. Zo wordt er vaak veel energie gestoken in het zoeken naar overeenstemming tussen de verschillende partijen en geprobeerd om de neuzen dezelfde kant op te krijgen. Volgens de systeembenadering is het echter maar tot in zekere mate mogelijk om dat voor elkaar te krijgen. Er zullen altijd verschillen blijven en het is essentieel om daar goed naar te kijken. Dat levert hele bruikbare informatie op. Een vitaal systeem verdraagt verschillen en is intelligent in het accommoderen van die verschillen. Hiervoor is wel een sterk midden nodig, waar spelregels en afspraken worden gemaakt over de manieren om verschillen hanteerbaar te maken. Spanjersberg: "Verschillen zullen er altijd zijn en hoe meer je probeert om verschillen te negeren of kleiner te maken dan betrokkenen wenselijk vinden, hoe sterker ze terugkomen."

Het midden heeft alleen betekenis als er ook een niet-midden is.



Begrip voor elkaar

Bij samenwerkingen wordt ook vaak gekeken naar de belangen van iedereen. De systeembenadering kijkt daar anders naar. Het woord 'belangen' suggereert een soort autonomie; ik kom op voor mijn belang. Maar eigenlijk is het meer; ik moet dit nu eenmaal doen, dit is mijn taak. Het is niet iets wat iemand zelf bedenkt of waar iemand zelf voor kiest, maar wat voortkomt uit de verplichtingen die iemand heeft. Het gaat dus meer over de *moetens-op-iemands-schouders*. Spanjersberg: "Het werkt erkennend om te kijken naar de last die op ieders schouders ligt. Die moetens-op-schouders komen allemaal de vergaderzaal binnen. Het is belangrijk om je dat te realiseren. Dus als je met elkaar aan tafel bent, dan doen al die moetens hun werk. Wat laten die moetens jou doen? Bijvoorbeeld heel erg pleiten voor iets, of in de overtuiging gaan en dat doen die anderen dus ook." Door oog te hebben voor deze moetens kun je veel makkelijker patronen herkennen. Door er samen naar te kijken wordt het minder emotioneel beladen en ontstaat meer begrip en zachtheid. >>



”Het is belangrijk om oog te hebben voor ieders verplichtingen; wat denk je te moeten realiseren. En welke impact en effect heeft dat op de samenwerking.”

Het is overigens ook belangrijk om te kijken naar het relationele weefsel. Want hoe sterker de relatie is, hoe beter deze bestand is tegen ingewikkelde inhoud. En andersom is dat ook zo: als mensen een te ingewikkelde taak hebben, dan zet dat automatisch de relatie op spanning. We denken vaak dat het vooral over de inhoud moet gaan, maar de kwaliteit van de relatie kleurt de inhoud. Spanjersberg: “Als ik iemand heel graag mag en iemand zegt iets, dan ben ik geneigd om dat serieus te nemen. Maar als ik iemand echt niet mag en die zegt precies hetzelfde, dan ben ik gewoon kritisch. Het relationele vlak doet altijd mee.”



De driehoek bij complexe samenwerkingen

Samenwerkingen worden door drie lagen beïnvloed; het doel en de inhoud, het speelveld en de spelregels en het relatienetwerk (de mensen met naam en gezicht en hun onderlinge relatie).



Wat je heel vaak ziet is dat de aandacht voor de drie lagen onevenwichtig wordt. Men steekt dan bijvoorbeeld veel energie in de inhoud en als het dan niet lukt, dan schiet men in de reflex dat er nog een beter plan moet komen. Op systeemniveau ga je dan meer van hetzelfde doen. Hetzelfde geldt als je enorm veel investeert in het middenstuk, dus in speelveld en regels. Als je duidelijk taken, bevoegdheden, protocollen en werkinstructies gemaakt hebt en het werkt niet, dan is de automatische reflex dat je nog meer afspraken gaat maken. Dat mondt dan vaak uit in *afpraak is afspraak*. Dat helpt totaal niet meer. Maar je kunt ook verstrikt raken in de onderste laag van de driehoek. Spanjersberg: “Als je daarin vastloopt, dan is de persoon het probleem geworden. *Kees is altijd zo eigenwijs*. Er ontstaat machteloosheid, relationele wrijving en irritatie, want we hebben niet zoveel repertoire om aan de persoon van de ander iets te veranderen.”

De hele driehoek vergt aandacht en zodra je met elkaar in improductieve herhalingen komt, kun je kijken in welk deel van de driehoek het hem dan zit. Als je merkt dat er vooral veel energie gestoken wordt in één van de drie lagen, dan zou je eens naar één van de andere lagen kunnen kijken en niet steeds meer van hetzelfde doen. Door met elkaar op metaniveau naar de samenwerking te kijken, kun je de kwaliteit van de samenwerking vaak enorm verbeteren.

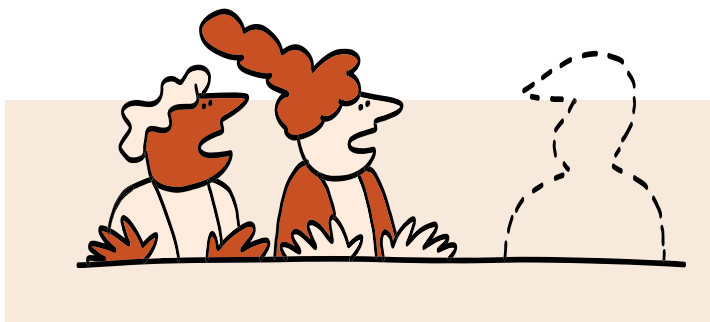


Een andere belangrijke factor bij samenwerken is dat je na moet denken over wat je zelf te geven hebt en of de ander daar blij mee is en vice versa. Het is overigens onvermijdelijk dat de één soms met minder genoegen moet nemen dan de ander. Het is nou eenmaal niet altijd eerlijk en dat gaat het ook nooit helemaal worden. Maar het moet wel eerlijk voelen. Als het oneerlijk voelt, dan houden we direct op met de samenwerking. “We kunnen alleen samenwerken met een gevoel van eerlijkheid en voor die *fairness* hebben we een fantastische antenne”, aldus Spanjersberg. “Het kan geen kwaad om in samen-

werkingstrajecten een tussentijdse, lichtvoetige monitoring te doen op fairness. Het voelt gek om het erover te hebben, maar iedereen registreert het." Als iemand een offer heeft gebracht omwille van het collectief, is het enorm belangrijk om daar met elkaar aandacht voor te hebben. "Als het geregistreerd wordt, versterkt dat het gevoel van eerlijkheid en zal het ook anderen stimuleren om soms een offer te brengen", aldus Spanjersberg.



Tot slot is essentieel om na te denken of het hele systeem wel aan tafel zit, zodat je tot een vitale samenwerking kunt komen; *the whole system in the room*. Dus geen achterkamertjes, geen *blind copies* of geheime kopjes koffie; de informatie moet vrij kunnen stromen. Het is heel ingewikkeld om te bepalen wat het hele systeem is, want iedereen heeft weer aan iemand verantwoording af te leggen. Dus wie zitten er wel aan tafel en wie niet? En hoe groot is de invloed van degenen die achter de schermen aan de touwtjes trekken? Het is belangrijk om dit goed te doordenken om te bepalen wie er minimaal aan tafel moeten zitten bij een samenwerking. Het moeilijkst is het als mensen niet aan tafel willen, maar wel invloed hebben. Spanjersberg: "De spelregel zou dan moeten zijn: dan gaat het niet."



"Als er mensen op de achtergrond een cruciale rol spelen, maar ze willen niet aan tafel en je kunt er dus niet bij, dan loop je het risico dat het oneerlijk wordt."

Samenwerken is een specialisme

Maar hoe leer je dat: samenwerken? Waar zorgprofessionals vooral worden opgeleid in hun vak, zie je dat de meeste leiderschapsopleidingen zich vooral richten op de punt van de eerdergenoemde driehoek (wat is het doel, de inhoud, de visie en de strategie?) en op de onderkant (hoe ga je om met mensen en met lastige types?). Maar je leert nergens iets over het middenstuk, dus hoe maak je nou spelregels die werken voor het systeem als geheel? Hoe zorg je voor fairness? Hoe richt je een proces zo in dat het kan werken? Hoe ga je om met verschil? Hoe leer je verantwoordelijkheid te dragen voor het systeem als geheel en niet alleen voor je eigen stukje?

Spanjersberg: "Het is bij samenwerkingen met complexe vraagstukken onder maatschappelijke druk, zoals we die in de zorg steeds meer zien, nodig om mensen in te schakelen die zich hebben gespecialiseerd in hoe vitale systemen werken. Mensen die vanuit *meervoudige partijdigheid* kunnen werken op de hele driehoek. Die kunnen zien waar spanning opbouwt en die dat op een *ontschuldige* manier bespreekbaar kunnen maken. Want het gaat nooit over schuld; iedereen zit met de beste bedoeling aan tafel." #

Het team van Roset volgde een opleiding systemische interventies, die gericht is op conflict en stagnatie in samenwerking en gaat over situaties die de meeste mensen graag vermijden: situaties vol ambiguïteit, onzekerheid, spanning en strijd. De methodiek wordt veelvuldig ingezet als communicatie-, maar ook als analysemethodiek. Daarnaast volgden verschillende medewerkers verdiepende levels van de 'Deep Democracy Facilitatie'- methodiek, die de onderstroom in groepen zichtbaar en hanteerbaar maakt.



We doen het
voor elkaar
met elkaar.

”De tendens is dat de mentale weerbaarheid in Nederland afneemt. De ggz heeft niet de capaciteit, maar het is ook niet de wens om alles in zorg te beantwoorden.”

~ Wilja Strating

Samen meer mentale gezondheid

Mensen voelen zich mentaal minder gezond. De druk op de ggz is in Nederland enorm toegenomen, maar het is de vraag of ggz hier wel het antwoord op is. Ook in Twente zien we dit beeld en daarom is mentale gezondheid één van de thema's van de Twentse Koers. Wilja Strating is manager Zorg Noordoost Nederland bij Menzis, waar ook de regio Twente onder valt. Zij is bestuurlijk betrokken bij Twentse Koers.



*“Als je blijft doen wat je deed,
dan krijg je wat je kreeg.”*

De Twentse Koers

De Twentse Koers is een strategische samenwerking tussen de veertien Twentse gemeenten, de GGD Twente, de provincie Overijssel en zorgverzekeraar Menzis. Overkoepelend doel hierbij is meer gezonde levensjaren voor de Twentse burger realiseren. Het vertrekpunt is het verhogen van de kwaliteit van leven, zelfredzaamheid en welzijn van de inwoners. Door te focussen op (positieve) gezondheid en preventie en het voorkomen van ziekte en zorg, kan de noodzakelijke zorg beschikbaar, toegankelijk én betaalbaar blijven.

Het dynamische programma van de Twentse Koers is gebaseerd op vijf thema's waaronder projecten vallen, die moeten bijdragen aan het behalen van de gezamenlijke doelstellingen en ambitie. De thema's zijn Jeugd, Schuld en armoede, Ouderen, Psychisch kwetsbaren en Preventie en Gezondheid. Het thema Psychisch kwetsbaren is inmiddels verbreed en wordt nu Meer mentale gezondheid genoemd.

Door het voorkomen van (duurdere) zorg, het verplaatsen van zorg (naar dichterbij de mensen thuis) en het vervangen van zorg (door slimme technologie) zal de juiste zorg naar de juiste plek bewegen. Het leren omgaan met gezondheidsbeperkingen maakt hier ook deel van uit. Daarvoor is een versterking van de samenwerking tussen het publieke-, medische- en sociale gezondheidsdomein noodzakelijk.

Mensen moeten weerbaarder worden, maar hoe komt het nou dat mensen mentaal minder welbevinden hebben? Het is wetenschappelijk bewezen dat een aantal oorzaken effect heeft op het mentale welbevinden. Denk aan bestaanszekerheid (schuld en werk), erfelijkheid (mensen zijn soms gevoeliger voor psychisch leiden en psychiatrische aandoeningen) en sociale omgeving (waaronder leefstijl). Als iemand in aanraking komt met meerdere van deze factoren is de kans groot, dat je uiteindelijk te maken krijgt met mentale disbalans. Strating: "De oplossingen liggen niet alleen in het zorgdomein, maar ook in het Sociaal Domein en zelfs in het persoonlijke domein (in de persoonlijke *circle of influence*). Het is dus belangrijk om te bekijken welke mensen echt in zorg moeten instromen."

Als we kijken naar de psychische zorg hebben we te maken met zowel instroom, doorstroom als uitstroom. Instroom en doorstroom is een gezamenlijke verantwoordelijkheid, waarbij een goede connectie nodig is tussen de zorg en de gemeenten en het Sociaal Domein. Instroom gaat vooral over preventie en zorgen dat mensen niet in de zorg terecht komen en bij uitstroom gaat het over zorgen voor een goede ontvangstpartij, zodat de kans op opnieuw instromen verkleind wordt. Doorstroom ligt volledig op het vlak van de betaalde zorg, dus van aanbieders in

de zorg en de zorgverzekeraar. Hier moet de vraag gesteld worden: welke hulpvraag hoort hier wel en welke niet? Maar ook: wat doen we wel en wat niet? Vooral omdat de zorg schaars geworden is.

Samenwerken tussen verschillende partijen en domeinen is cruciaal en het is ook essentieel om gezamenlijk eigenaarschap te voelen. Samen moeten er keuzes gemaakt worden waarin geïnvesteerd moet worden en het is ook belangrijk om te bepalen door wie dat moet worden gedaan. Vooral bij de grijze gebieden waar niet direct duidelijk is bij wie de verantwoordelijkheid ligt, kun je eendeloos discussiëren wie er moet investeren: de gemeente of de zorgverzekeraar? "Hier zouden we lef moeten tonen, beiden een deel moeten investeren en het gewoon gaan doen. Dan laten we in het midden wie verantwoordelijk is", oppert Strating. "Dat investeren hoeft overigens niet per definitie in de zorg te zijn." Door vooral de kant van de in- en uitstroom beter te organiseren, zorg je dat er minder druk op de doorstroom (de zorg) komt te staan en kunnen er in de zorg betere keuzes gemaakt worden. "Want daar staat men op dit moment in de overlevingsstand en blijft daardoor doen wat men deed."

De mentale gezondheid moet deels uit de zorg getrokken worden, maar ook moet de kans op het krijgen van zorg verkleind worden. Het betekent overigens niet automatisch dat de zorg naar de voorkant verplaatst moet worden, want dan verschuiven we het probleem en ontstaan daar straks tekorten en wachtlijsten. Mentale gezondheid moet demedicaliseerd worden; de oplossing moet meer bij de mensen zelf neergelegd worden.

"We moeten het als maatschappij accepteren dat je je soms een periode wat minder voelt. Dat hoort bij het leven; dat moet genormaliseerd worden. We moeten accepteren en begrijpen dat niet alles onder zorg valt."

Het is in het belang van de inwoners zelf. We moeten zuinig zijn op de zorg die we hebben, zodat de mensen die het echt nodig hebben er aanspraak op kunnen maken. Om die toegankelijkheid te borgen moeten we keuzes maken en de discussie blijven voeren. Wat er nu allemaal mogelijk is, gaan we niet volhouden. De nieuwe realiteit is anders. #

REGIONALE SAMENWERKING
EN ZORGNETWERKEN

Het moet echt anders in de ggz

Mediant is de grootste aanbieder van de geestelijke gezondheidszorg in de regio Twente. De oplopende wachttijden en de arbeidsmarktkrapte leiden tot een enorme druk. Martin Bijker is bestuursvoorzitter van Mediant en in die hoedanigheid aangesloten bij zowel Twente Beter als de Twentse Koers.





Mediant



"We moeten iets doen, want we lopen vast. En dat is geen toekomstmuziek; het is al zo!"

~ Martin Bijker

De wachttijden in de ggz lopen op. Het is op dit moment de norm om binnen veertien weken te starten met een ggz-behandeling. In de IZA is de ambitie geformuleerd om dit naar vijf weken terug te brengen. Op dit moment is echter bij veel locaties zelfs die veertien weken al niet of heel lastig haalbaar. Mensen moeten vaak lang wachten voordat ze in behandeling kunnen. Om de ambitie van het IZA waar te maken, heeft Mediant een meerjarenbeleidsplan met oplossingsrichtingen geformuleerd, die parallel loopt aan de looptijd van het IZA. Het plan kent een aantal pijlers, die samen het fundament vormen van de transitie in de ggz, gericht op het voorkomen van onnodige instroom in de ggz.

Eerste pijler: werken aan meer gezondheid

Dit is direct de belangrijkste pijler; om te bewegen van ziekte naar gezondheid en van behandeling naar leefstijl en gedrag, moet er iets fundamenteel veranderen aan de ziekte-opvatting. "Als iemand in een depressie schiet omdat hij in de schulden is beland, dan moet je niet de depressie behandelen, maar de schuldenproblematiek," benadrukt Bijker. Er moet meer aan preventie gedaan worden en daarvoor is samenwerking met gemeenten en het Sociaal Domein nodig. Daarnaast is ook samenwerking nodig met huisartsen en de POH-GGZ (praktijk-ondersteuner geestelijke gezondheidszorg) om te zorgen dat de hulpvragen op de juiste plek terechtkomen. Als naar een breder mensbeeld gekeken wordt, kan veel preciezer ingegrepen worden. Dat vraagt om een heel andere samenwerking in de ketens.


Tweede pijler: een weerbaardere en veerkrachtigere samenleving

Voor nare dingen die ons overkomen, is behandeling niet altijd nodig. Bijker: "Denk bijvoorbeeld aan het verlies van werk of het overlijden van een dierbare. Het is heel normaal dat iemand daar tijdelijk van in de put zit." Met bestaande steunsystemen zijn daar goede antwoorden op te formuleren. Helaas is met de komst van het neoliberalisme, dat heel erg over individualisme gaat, de gemeenschapszin wat naar de achtergrond verdwenen, waardoor steunsystemen onder druk zijn komen te staan. Daarnaast hebben we te maken met de *Instagram-generatie*, die op social media alleen het mooie leven voorgespiegeld krijgt. Hiermee ontwikkelen zij een tamelijk verwrongen wereldbeeld. Daar hebben we met zijn allen aan te werken.

Derde pijler: hybride vormen van zorg

Er moet meer gekeken worden naar wat er in de zorg echt *face-to-face* moet en wat ook digitaal kan. Dat gebeurt nu te weinig, ook omdat behandelaars worden opgeleid volgens oude richtlijnen waar digitale zorg nog niet in staat. Het kost tijd om wetenschappelijk onderzoek te doen naar de effectiviteit van hybride behandelingen. Er moet dus aan het curriculum gewerkt worden. Bijker: "We moeten ook durven zeggen: we weten nog niet precies hoe deze hybride behandeling uitpakt, maar we geloven er wel in, dus we staan de behandeling toe en we betalen deze ook."





”In het meerjarenbeleidsplan is nadrukkelijk benoemd, dat de medewerker voorop staat. We beginnen dus niet met de patiënt centraal te stellen, want zonder medewerkers kunnen de patiënten alsnog niet geholpen worden.”

Overigens willen veel patiënten wel degelijk gebruik maken van nieuwe technieken en die zijn ook al beschikbaar, maar het is moeilijk om zorgprofessionals zover te krijgen. Daar moeten we iets aan doen want het is zeker aantrekkelijk. Hybride werken levert namelijk voor hen persoonlijk ook voordelen op. Denk bijvoorbeeld aan flexibiliteit voor medewerker en cliënt, omdat de afspraken niet per se binnen de kaders van *nine-to-five* op de locatie hoeven plaats te vinden.

Vierde pijler: arbeidsmarkt in de regio aantrekkelijker maken

Deze pijler wordt in het TAZ-verband in Twente opgepakt (TAZ = Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn). Samen met andere instellingen uit de regio wordt geprobeerd om medewerkers die toe zijn aan een andere stap in hun loopbaan, voor de regio te behouden. Daarnaast worden gz-psychologen door de instellingen gezamenlijk opgeleid; dus voor de regio en niet voor een individuele instelling. “Het brengt saamhorigheid tot stand; we doen het met en voor elkaar. De mensen die we hebben, moeten we zien te behouden,” aldus Bijker.

Mediant doet er alles aan om het werkgeluk van de medewerkers te vergroten. Zo wordt het huidige, soms verouderde, vastgoed geactualiseerd, omdat nieuw vastgoed bijdraagt aan een betere kwaliteit en betere werktevredenheid. Ook wordt geprobeerd meer te kijken naar wat een medewerker nodig heeft en wat de mogelijkheden zijn om dat te faciliteren.

De pijlers uit het meerjarenbeleidsplan hebben tot doel de krapte op de arbeidsmarkt het hoofd te bieden en om de instroom naar de ggz te verkleinen. Tegelijkertijd wordt geëxperimenteerd om te kijken hoe de beweging van de zorg naar voren in de praktijk vormgegeven kan worden. Hiervoor is het *Instapteam* in het leven geroepen.

Het Instapteam

In feite is het *Instapteam* een soort triagetafel. Aan tafel zitten de ggz, verslavingszorg, de POH-GGZ als vertegenwoordiging van de huisartsen, het Sociaal Domein en welzijnsinstellingen. Alle partijen kunnen casuïstiek inbrengen en vervolgens wordt in goed overleg bepaald bij wie de hulpvraag hoort en wie de casus oppakt, zonder daar meteen een ggz-stempel op te drukken. Als het *Instapteam* tot de conclusie komt dat een ggz-behandeling de juiste oplossing is, dan regelt de POH-GGZ ook de verwijzing en gaat de ggz, in dit geval Mediant, ermee aan het werk.

Op dit moment is het *Instapteam* actief in twee wijken van Enschede en zijn de eerste berichten positief. Daarom zou het mooi zijn om in het hele verzorgingsgebied van Mediant straks *Instapteams* actief te hebben. In praktische zin is dat best complex, omdat elke gemeente zijn eigen lokale netwerken heeft. Overal zitten weer andere partijen aan tafel waar relaties mee moeten worden gebouwd en waar een vertrouwensband mee moet worden gesmeed. Het grote voordeel van deze regio is wel dat er een verleden is van *Noaberschap* en gemeenschapszin, waardoor het in Twente makkelijker gaat dan in andere regio's in Nederland.

Versnelling

Het hele proces zou een behoorlijke versnelling kunnen krijgen als de beschikbare transformatiegelden die bij het IZA horen, eenvoudiger losgemaakt kunnen worden. Op dit moment stagneert dat, omdat de indieningsstructuur en de beoordeling door de zorgverzekeraars ingewikkeld is. “Zorgorganisaties hebben geen mensen over die plannen kunnen maken of al die relaties kunnen smeden. Dat gebeurt nu in *vrije tijd*”, benadrukt Bijker. “Als we het met z'n allen belangrijk vinden en we steunen ook de beweging, doe dan niet zo ingewikkeld over *governance* en overlegstructuren. We staan schouder aan schouder in onze opvattingen.” #



REGIONALE SAMENWERKING EN ZORGNETWERKEN

Bouwen aan domeinoverstijgende samenwerking

Peter Nijhof en Annemiek Oud zijn namens Roset vanaf het begin betrokken geweest bij het project, dat in eerste instantie vooral gericht was op het verkorten van de wachttijden in de ggz. Nu dit in de zomer van dit jaar overgedragen is aan de Twentse Koers, is het een goed moment om terug te blikken en vast te stellen of het project volgens Roset geslaagd is.

”Door af te stappen van het verkorten van wachttijden in de ggz, maar het probleem positief te framen, zijn partijen eerder bereid zich hier met positieve energie voor in te zetten. Wachttijden zijn immers een symptoom en niet de oorzaak. Het gaat er bij ‘Samen meer mentale gezondheid’ tenslotte om, dat mensen de juiste behandeling op de juiste plek krijgen. En die plek kan ggz zijn, maar het kan ook een niet ggz-oplossing zijn. Het effect dat je beoogt is meer mentale gezondheid. Dat beïnvloedt uiteindelijk ook de wachttijden positief.”

~ Peter Nijhof

In Twente had Mediant, als grootste aanbieder van ggz in de regio, de opdracht gekregen iets aan de wachttijden te gaan doen. Zelf had Mediant al diverse initiatieven ontwikkeld, maar of dat genoeg was om het probleem echt op te lossen, was de vraag. Daarom klopte Mediant bij Roset aan om te helpen het probleem in de volle breedte in kaart te brengen. Dat was de start van een intensief traject. Zorgverzekeraar Menzis werd als mede-belanghebbende al snel bij de start van het project betrokken.

Om de wachttijden te verkorten moest samenwerking worden gezocht met andere partijen. Nijhof: “Iedereen heeft echter last van wachttijden, dus als je dat met anderen wilt oplossen, wat ga je ze dan vragen?” Daarbij komt dat de wachttijden een uiting zijn van een groter probleem. Er stromen bijvoorbeeld te veel mensen in, die beter ergens anders geholpen zouden kunnen worden. Daarvoor zijn binnen het Sociaal Domein wellicht oplossingsrichtingen te vinden. Om ervoor te zorgen dat er energie ontstond om gezamenlijk naar oplossingen te zoeken, is de positieve belofte *Samen meer mentale gezondheid in Twente bedacht*.

Met die belofte werd een eerste netwerkbijeenkomst georganiseerd. Nijhof: “Voor deze bijeenkomst hebben we eerst uitvoerig met de opdrachtgevers overlegd om te

inventariseren wat nou het doel van zo'n bijeenkomst is; wat wil je daar ophalen en wat kan het resultaat zijn? Dat is de kern van ons werk. Je wilt vooraf helder krijgen wat je met de bijeenkomst beoogt.” Uiteindelijk zijn deelnemers uitgenodigd vanuit de ggz, huisartsenzorg, het Sociaal Domein en de zorgverzekeraar. Oud: “Met Mediant en Menzis is afstemming geweest over een lijst met genodigden, maar ook over hoe je mensen uitnodigt. Je moet wel kaderen; niet om mensen uit te sluiten, maar om te beginnen met een bepaalde groep.” Het is bij zo'n selectie van genodigden van belang om je af te vragen of je met de juiste mensen aan tafel zit en of iedereen ook voldoende op het onderwerp is ingecheckt. Daarom hebben we vooraf alle deelnemers geïnterviewd. >>

”Tijdens die interviews bleek dat er veel enthousiasme was. Er was veel behoefte aan zo'n bijeenkomst.”

~ Annemiek Oud

Parallel aan dit proces werden de contouren van het IZA steeds duidelijker. Daar staat ook het één en ander over de ggz in; de verbinding met het Sociaal Domein werd steeds duidelijker.

Het doel van de bijeenkomst was om elkaar te ontmoeten, om de uitdagingen in beeld te krijgen en om al iets van oplossingsrichtingen te bedenken. Maar als je dan toch allemaal stakeholders aan tafel hebt, dan is het goed om te kijken wie in het vervolgtraject de regie kan voeren. Nijhof: "Het zou mooi zijn als er een soort regiegroep voor Twente zou komen, vooral omdat dit wel een meerjaren-traject is. Je wilt dan een regionale groep, die met elkaar tot agendavorming komt en daarop de regie voert. Zo hadden we dat met de opdrachtgevers voorbesproken." Toch bleek bij de eerste bijeenkomst, dat er vooral behoefte was om met elkaar ervaringen uit te wisselen, omdat er al zoveel gebeurt in de regio. Daarvoor werd een tweede bijeenkomst georganiseerd.

Waar Roset op gestuurd heeft, is om te kijken hoe je grip houdt; er wordt lokaal geëxperimenteerd, maar het gaat uiteindelijk ook over opschalen. Hoe doe je dat dan? Een netwerkbijeenkomst is nodig om mensen bij elkaar te brengen, elkaar te voeden en van elkaar te leren. Maar als iedereen daarna weer uit elkaar gaat, terug is naar zijn eigen werk en in de sleur van alledag valt, hoe zorg je dan dat een beoogde verandering toch tot stand komt? Daarvoor heb je meerdere bijeenkomsten nodig, maar moet je ook goed nadenken wat de volgende stap is. Wat wil je bereiken op weg naar het sneller helpen van mensen op de juiste plek, bij de juiste persoon in een landschap dat onder meer bestaat uit het Sociaal Domein, de ggz, ervaringsdeskundigen, huisartsenzorg en wellicht ook digitale zorg en ondersteuning?

Mede door de afspraken in het IZA werden de regionale *sporen* nadrukkelijker uitgewerkt. Het programma van de Twentse Koers werd duidelijker, waarin een aantal thema's vermeld staan die raken aan het Sociaal Domein en de zorg. Bijvoorbeeld het thema *Gezondheid en Leefstijl*, maar ook het thema *Psychisch Kwetsbaren*. Het werd steeds logischer om dit thema en het project *Samen meer mentale gezondheid* bij elkaar te brengen. Nijhof: "Dat is wel in een stroomversnelling gekomen na de eerste bijeenkomst. Tussen de eerste en tweede bijeenkomst zijn partijen door de ontwikkelingen anders gaan nadenken. Waar het eerst ging om netwerken en samenwerken, werd het gaandeweg meer een opdracht in de regio."

Ondanks dat Roset graag nog een rol zou spelen bij het vervolg van het project, is het nu dus ondergebracht bij de Twentse Koers. Nijhof kijkt desondanks terug op een geslaagd traject: "We hebben de opdracht helpen inrichten en verduidelijkt waardoor het helder werd hoe je het kunt aanpakken. Dat is óók een resultaat. Daarnaast hebben we er een positieve *vibe* aan gegeven. Het is interessanter om samen te bouwen aan meer mentale gezondheid in alle dimensies en perspectieven, dan te werken aan het oplossen van wachttijden." #



”Het is best logisch om het project ‘Samen meer mentale gezondheid’ in Twente bij de Twentse Koers onder te brengen.”

Bruggen bouwen vanuit een onzichtbaar midden



Wanneer is een opdracht of project voor ons geslaagd? Deze vraag stellen wij ons als adviseurs uiteraard regelmatig. Vooral, omdat onze rol in projecten soms best ondefinieerbaar is. Een project is een plan met een deadline, maar veelal is er geen duidelijk plan. In dat geval praten we veel meer over het regisseren van een waardevol proces tussen vertegenwoordigers van verschillende partijen, die een verandering nastreven. Dit proces kan wel leiden tot een goed afgebakend project of programma.

De zorgsector staat onder druk. De roep om verandering komt van alle kanten. De professionals zelf krijgen de stroom patiënten nauwelijks weggewerkt, de directeuren van zorgorganisaties en verzekeraars worden aangesproken op te lange wachtlijsten en de overheid ziet de kosten alleen maar toenemen.

Om het nog complexer te maken is een goede samenwerking met de gemeenten enorm belangrijk. Als we de patiënt op de juiste plek weten te helpen, zal de vraag naar zorg afnemen is de gedachte. En daar zit ook meteen een spanningsveld. Wat mag ik nog wel doen en wat niet? Schuurt dit met mijn professionele autonomie en belangen?

In dit spanningsveld van verschillende belangen bewegen wij ons als adviseurs van Roset. Ja, iedereen is het er over eens dat er verandering moet komen, maar hoe dat dan moet gebeuren, daarover hebben verschillende partijen hun eigen ideeën. Dat zijn de uitdagingen waarmee wij aan de slag gaan. Bij de start brengen wij partijen in beeld die met een bepaald thema te maken hebben (bijvoorbeeld mentale gezondheid). Wij inventariseren ieders situatie, ieders standpunt, stellen (soms lastige) vragen en brengen partijen bij elkaar.



En als ze dan eenmaal bij elkaar aan tafel zitten, dan bewaken wij, met *meervoudige partijdigheid* zoals Marijke Spanjersberg dat zo goed verwoordde, ieders ruimte, ieders standpunt en ieders belang. Vanuit een *onzichtbaar midden* bouwen wij bruggen tussen partijen die elkaar normaal gesproken niet vinden.

Wij geven ruimte, maar durven ook datgene boven tafel te krijgen wat nooit wordt gezegd. Waarom we dat doen? Het is zo ontzettend belangrijk dat de samenwerking als eerlijk en logisch wordt ervaren, want zonder *purpose* en wederkerigheid kan er geen samenwerking ontstaan.

Maar wanneer is een proces of project voor ons dan écht geslaagd? Wij kunnen een proces of project loslaten, als de bruggen die wij gebouwd hebben stevig genoeg zijn. Waar we starten met pontonbruggen, die meedeinen op de golven, moeten deze uiteindelijk stevige bruggen worden waar partijen jaren mee vooruit kunnen. Of ze stevig genoeg zijn? Daarover verschillen de meningen vaak. Daarom stort er ook wel eens eentje in, of blijft deze als een soort touwbrug boven een ravijn hangen.

Of de bruggen van het project *Samen meer mentale gezondheid* al stevig genoeg zijn, zal de toekomst uitwijzen. Als je al zover gekomen bent, leiderschap hebt gemobiliseerd en een koers kunt uitzetten, dan mag het niet meer misgaan: de Twentse burger rekt erop! #

Wyco de Vries

COLOFON

Conceptontwikkeling
Interviews

Tekstproductie
Redactie

Eindredactie
Projectmanagement
Fotografie
Illustraties
Vormgeving

Mir & Meer
Mirjam de Kramer en
Hans Nieuwenburg
Mirjam de Kramer
Wyco de Vries en
Hans Nieuwenburg
Mirjam de Kramer
Rachel Liedenaum
JLF foto & filmstudio
Frank Los
Memorise Reclamebureau Ede

We moeten het samen doen

In 2020 nam een klein clubje mensen het initiatief om zich in te zetten voor de gezondheid en welzijn van de Twentse burger, met het idee dat het anders moet.

Het mondde uit in Twente Beter; een netwerk gericht op samenwerking tussen zorgorganisaties, welzijnsorganisaties, gemeenten, GGD en Menzis, maar vooral ook met een vertegenwoordiging van de inwoners van Twente; de Twentse Noabers. Het netwerk heeft afgesproken zich samen sterk te maken voor de transformatie in de zorg en welzijn; om te werken aan positieve gezondheid door meer te focussen op wat er wél kan in plaats van op wat niet. Maar ook om antwoord te vinden op de vraag hoe we de zelfredzaamheid en samenredzaamheid kunnen versterken voor het vergroten van het **Bruto Twents Geluk**.



Vooral de beweging van *ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag* vraagt veel van de Twentse burger. Waar de samenleving vroeger gewend was om te vragen en dan zorg te krijgen, moeten mensen nu veel meer zelf gaan organiseren. Dat is echt een andere manier van denken. Het is een hele opgave om mensen mee te krijgen in deze omslag en om hen ertoe te bewegen zelf op zoek te gaan naar oplossingen. Dat begrijpen we vanuit Twente Beter. Daarom hoeven ze dat ook niet alleen te doen en ondersteunen we hen. Onderdeel van deze beweging is dat de nadruk nu ligt op wat iemand nog wél kan en wat het sociale netwerk kan doen. Daarom is het belangrijk dat de netwerken rondom de mensen, in de buurten en de wijken, versterkt worden. Hierover gaan we met de samenleving in gesprek en we leggen duidelijk uit waarom dit nodig is. >>

”Het is een ingewikkelde boodschap om mensen bewust te maken van het feit dat je zelf verantwoordelijk bent voor je eigen gezondheid en voor je eigen geluk en dat je dat niet bij een ander neer kan leggen.”

~ Heidi de Bruijn – Carintreggeland

Interview met

Willem Joosten

voorzitter Twentse Noabers Coöperatie.

Twentse Noabers is een coöperatie van zo'n dertig burgerinitiatieven op het gebied van zorg, welzijn en arbeidsparticipatie met als doel om Twente samen sterker te maken.

Heidi de Bruijn

voorzitter van de Raad van bestuur van Carintreggeland.

Carintreggeland is een zorgorganisatie die ondersteuning biedt op het gebied van zorg, wonen, gezondheid en welzijn. Men wil dat cliënten zoveel mogelijk kunnen leven zoals ze gewend zijn en de dingen kunnen doen die belangrijk voor ze zijn.



”Als mensen de ruimte krijgen en je dit een beetje faciliteert, dan gebeurt er heel veel. Je hoeft het maar een klein zetje te geven en de bal gaat vanzelf rollen. Dat geldt ook voor de transitie in de zorg. Als we de mensen in de wijken en buurten een beetje op weg helpen om elkaar samen meer te ondersteunen, dan gaat deze transitie slagen.”

~ Willem Joosten – Twentse Noabers

Maar er is nóg een beweging gaande. Er is een tekort aan professionals in de zorg en tegelijkertijd een toename van de zwaardere zorgvraag. Dat betekent dat een deel van die vraag, in ieder geval de middelzware zorg, naar de eigen omgeving zal worden verplaatst. Omdat er ook een groot tekort is aan mantelzorgers hebben we meer vrijwilligers nodig. Daarom vraagt deze beweging ook om stevige netwerken in de wijken. Als je echter kijkt hoe de samenleving nu in elkaar zit en hoe we met elkaar omgaan, dan zie je dat we uit elkaar gegroeid zijn, terwijl wij juist uitdragen dat we het samen moeten doen. Gelukkig kennen we in Twente vanuit het verleden het fenomeen *noaberschap*, waar Twentenaren trots op zijn. Het gaat er hierbij om, dat je naar elkaar omkijkt en dat je voor elkaar zorgt. En ook dat er voor jou gezorgd wordt als je dat nodig hebt. Ondanks dat we de onderlinge verbindingen zijn kwijtgeraakt, liggen de lijnen en structuren er gelukkig nog steeds. Deze wijze van werken vergt niet alleen een andere opstelling van inwoners, maar ook een cultuuromslag bij de samenwerkende organisaties.

Het is de kunst om de verbindingen te herstellen en om deze te versterken. Daarvoor moet je op zoek naar de passie in de buurten; wat is het gemeenschappelijke thema? Dat kan de voetbalvereniging zijn, de konijnenfokvereniging of tennisclub waar je je bij aan kunt sluiten. Een mooi voorbeeld is voetbalvereniging S.V. Hector uit Goor. De

Als de transitie ergens kans van slagen heeft dan is het - dankzij het bestaan van het fenomeen Noaberschap - wel in Twente.

kantine van de club is tevens een sociale ontmoetingsplek, waar mensen overdag terecht kunnen voor allerlei activiteiten. Ook activiteiten die niets met voetbal te maken hebben, zoals het aanbieden van maaltijden. Mensen kunnen hier laagdrempelig samenkomen en dat komt de buurt enorm ten goede.

De positieve energie die ontstaat als mensen elkaar meer kunnen ontmoeten, zal er ook voor zorgen dat men meer naar elkaar gaat omkijken. Ook moeten we ons best doen om een nieuwe doelgroep aan vrijwilligers aan te boren, namelijk de 65+'ers. Hier zit enorm veel kennis, maar ook ruimte en tijd. Als ze mee gaan doen geeft dat een positieve impuls aan de buurt of straat, maar ook aan hun eigen leven. Het wordt leuker en waardevoller als je het samen doet, je leven krijgt meer betekenis, je wordt gezien; het wordt gewoon leefbaarder!

Belangrijk is om dit allemaal niet aan te vliegen vanuit het negatieve, zoals een personeelstekort. We willen positieve gezondheid in een positieve sfeer plaatsen. En willen meer kijken naar wat we voor elkaar kunnen betekenen; hoe leuk kunnen we het samen maken in alle Twentse wijken. Het geeft enorm veel energie om samen iets voor de buurt te doen en iets voor elkaar te kunnen betekenen. Dit zit bij de Twentse Noaberschap in de genen en bij Carintreggeland in de visie. Heidi de Bruijn: "Ook bij ons zit het al een heel stuk in de genen, maar dat kan nog veel meer. We hebben voor ogen dat we het echt samen moeten maar vooral ook willen doen."

Ondertussen is Twente Beter aan Twentse Koers gekoppeld, omdat er veel overlap is. Samen werken zij op dit moment het regioplan uit, dat aan het eind van 2023 gereed moet zijn. De hoofdstukken van het regioplan zijn gekoppeld aan de thema's van het Integraal Zorgakkoord. De vele pilots, projecten en experimenten die nu al lopen, willen we graag een plek geven in het regioplan. "Door ze te structureren en te bundelen kunnen ze meer impact genereren", legt De Bruijn uit. "We willen straks per thema een aantal grote projecten of richtingen hebben, waarvan we zeggen; dat gaat ons echt helpen om te kunnen doen waarvoor wij er zijn."

Aan de hand van impactmetingen zal zichtbaar worden dat het investeren in de beweging ook enorm veel oplevert. Alleen al op het gebied van geluk en welbehagen, maar ook aan de harde kant; de euro's. Onderzoeken wijzen uit dat als je meer investeert aan die voorkant, dus in preventie, maar



ook in welzijn, of in het hebben van een fijne samenleving, dat mensen zich veel meer gezien voelen en dat er minder eenzaamheid is. En dat daardoor ook de zorgconsumptie met 30 tot 40% afneemt! Als mensen minder gebruik maken van de huisarts en niet naar het ziekenhuis hoeven, scheelt dat enorm in de uiteindelijke zorgkosten. #



”Je wilt problemen niet onnodig medicaliseren. Daar is de patiënt niet mee geholpen, het kost veel extra geld en het levert werkdruk bij de huisarts op. Problemen die ontstaan in de sociale context moeten daarom ook in het Sociaal Domein opgelost worden.”



SAMENWERKEN MET SOCIAAL DOMEIN

Bruggen bouwen tussen gemeente en zorg - Project Sam Sam

Medische klachten kunnen ontstaan door problemen in de privésituatie van de patiënt, zoals schulden, eenzaamheid en sociale problematiek. De oplossingen voor deze klachten liggen echter niet in het medisch circuit, maar kunnen beter gevonden worden in het Sociaal Domein. Daarom is een goede connectie nodig tussen de gemeente (het Sociaal Domein) en de huisarts. Vanuit deze behoefte is pilotproject *Sam Sam* opgestart, waarbij een vaste contactpersoon vanuit het Sociaal Domein aan een huisartsenpraktijk wordt gekoppeld. Janke Snel (namens de huisartsen van de FEA), Elise Hol (namens de Twentse Koers) en Carin Pipers (namens Roset) zijn al vanaf het begin bij het project betrokken.

”In Twente waren we al begonnen met de samenwerking tussen gemeenten en huisartsen. Dat gaan we nu verder uitbouwen. Het is bij ons geen moeten, maar een gevoel van: dit willen we ook!”

~ Elise Hol

De vaste contactpersoon van het Sociaal Domein moet ervoor zorgen dat patiënten makkelijker naar het juiste loket kunnen worden doorverwezen en dat er ook een terugkoppeling is. Op die manier worden patiënten beter en sneller geholpen en kunnen bepaalde klachten worden gedemedicaliseerd.

Het Sociaal Domein is voor veel huisartsen nog te vaak een *black box*. Het is niet altijd duidelijk naar wie de patiënt kan worden doorverwezen, waar die persoon vervolgens terecht komt en of hij ook daadwerkelijk hulp krijgt. Janke Snel: “Als je het bijvoorbeeld hebt over schulden, dan raken mensen helemaal van slag. Die komen vervolgens bij de huisarts en worden dan doorverwezen naar de ggz of naar het loket van de gemeente. We liepen er tegenaan dat het niet altijd helder was waar dat loket bij de gemeente was en of die persoon ook daadwerkelijk geholpen werd. Soms kwam de patiënt dan weer op het spreekuur terug en dan bleek dat er niks gebeurd was.” Elise Hol: “Dan bleek dat de patiënt zich ook niet bij de gemeente had gemeld, waarschijnlijk omdat niet duidelijk was wáár of bij wie hij zich kon melden.”

Er ontbrak een warme overdracht tussen de huisarts en de gemeente. Vaak moest iemand zelf contact zoeken en initiatief nemen, terwijl dat juist bij deze doelgroep erg lastig is. Door een vast contactpersoon te creëren wordt de samenwerking verbeterd. Er is overigens op onderdelen al wel een goed contact tussen de huisartsen en gemeenten (bijvoorbeeld als het gaat om de Wmo), maar het uitgangspunt van *Sam Sam* is dat dat in de volle breedte van het Sociaal Domein moet ontstaan. Elise Hol: “Je wilt het brede sociale domein aan de huisarts verbinden; dus niet alleen de Wmo, maar ook als het om jeugdhulp gaat, of onderwijs, of werk, inkomen en schuldhulpverlening.”

Sam Sam is geïnspireerd op het project *Waar is Wally* dat in Deventer succesvol was. Door middel van een subsidie vanuit de provincie werd het ook in Twente mogelijk om een pilot te starten. Bij een vijftal gemeenten werden diverse huisartsenpraktijken gekoppeld aan een medewerker van het Sociaal Domein. Soms kreeg de medewerker een vaste plek in de praktijk, maar het gaat vaak niet alleen om fysieke aanwezigheid. Het belangrijkste is dat medewerkers van de huisartsenpraktijk weten wie ze

kunnen benaderen. Soms is dit een toegangsmedewerker van de gemeente zelf, maar het wordt soms ook opgepakt aan de welzijnskant of in het wijkteam. Het was niet wenselijk om een vaste aanpak hiervoor te maken, omdat iedere gemeente of huisartsenpraktijk anders is. Voor het succes van de samenwerking moest per situatie op maat gekeken worden naar wat het beste werkte.

In de pilotfase heeft Roset samen met de FEA een belangrijke rol gehad bij de verkenning hoe de samenwerking zou kunnen gaan werken. Roset heeft het projectplan gemaakt op basis waarvan de subsidie is verleend, heeft partijen bij elkaar gebracht en heeft vervolgens structuur aangebracht in het proces. Carin Pipers: “Het is belangrijk om te zorgen dat mensen bij elkaar komen en dat er gesprekken plaatsvinden. Maar ook dat er acties worden uitgezet en vastgesteld wordt wie welke rol en verantwoordelijkheid heeft. En dat is gegroeid.”

In het IZA en GALA (Gezond en Actief Leven Akkoord) zijn inmiddels allerlei afspraken gemaakt om de integrale samenwerking, ook domeinoverstijgend, te bevorderen. Met het project *Welzijn op recept*, is samenwerken tussen gemeenten en huisartsenzorg nu ook echt een verplichting

”Je wilt één contactpersoon hebben, die echt niet alle vraagstukken zelf hoeft te beantwoorden, maar die wel alle verschillende aspecten van het Sociaal Domein kan overzien en weet wie je waarvoor kan benaderen. Maar die ook terugkoppelt over het vervolg van zo’n traject.”



“Je hebt eerst een aantal enthousiastelingen nodig om te beginnen.”

~ Carin Pipers

geworden (één van de verplichte ketenaanpakken). Hiermee wordt ingezet op de verbreding van het project *Sam Sam*. De pilotfase is voorbij en nu is de fase van uitwerken en het gaan doen aangebroken. Daar spelen FEA en THOON (richting de huisartsenpraktijken) en de projectleider van Twentse Koers (richting de gemeenten) een belangrijke rol in.

Aan de pilot deden zo'n veertig praktijken uit vijf gemeenten mee, maar je ziet nu een enorme interesse bij de andere gemeenten. Ook daar wil men samenwerken en bij het project aanhaken. De Twentse Koers biedt ondersteuning in het opzetten van het project door te adviseren en handreikingen te geven. De gemeenten en de huisartsenpraktijken voeren het uit en bepalen zelf met welke mensen ze dat gaan doen. Door op strategisch niveau met elkaar samen te werken ontstaat enthousiasme en energie, maar ook tijdwinst en daarmee ook een versnelling en besparing. Elise Hol: “De kennis en ervaringen uit *Sam Sam* helpen ons enorm om het ook in andere gemeenten op te pakken. Door het met elkaar te doen hoef je niet steeds het wiel zelf uit te vinden en kunnen wij samen echt inwoners helpen en gezonder maken.”

Huisartsen zijn een belangrijke eerste schakel waar mensen zich met problemen melden. Door meer aandacht voor preventieve en maatschappelijke vraagstukken in de huisartsenpraktijk kunnen we problemen demedicaliseren. Door de samenwerking tussen huisarts en gemeente leren we elkaar beter kennen en te vertrouwen. Dat gaat uiteindelijk ook bij andere projecten en trajecten helpen, denk aan jeugdhulp, kansrijke start en leefstijlinterventies, zoals de aanpak van overgewicht en valpreventie. De basis hiervoor is nu echt gelegd! #

De rol van Roset

- Schrijven projectplan
- Project van niets naar iets coördineren
- Externe communicatie
- Partijen bij elkaar brengen
- Structuur aanbrengen in het proces
- Projectleiders overleg begeleiden
- Monitoring tot stand brengen
- Zorgen voor kennisdeling

“Vanuit de pilotfase, die heel belangrijk is geweest, zijn we nu echt fors aan het uitbreiden. De bedoeling is dat de praktijken die willen, straks ook allemaal een eigen contact bij het Sociaal Domein krijgen. Dat gaat nu onder leiding van de Twentse Koers; die haken de gemeenten aan en ondersteunen hen.”

~ Janke Snel

Regionaal HIS noodzakelijk bij de zorgtransitie

Een belangrijk thema in het IZA is samenwerken. De huisartsen nemen binnen de verschillende samenwerkingen een spilfunctie in, maar om goed te kunnen samenwerken is een goede gegevensuitwisseling noodzakelijk. Niet alleen tussen de huisartsen onderling, maar ook met andere zorgverleners en domeinen. Daarom is het van belang om het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) eens goed onder de loep te nemen.

Het door Roset gepubliceerde e-book over digitalisering in de huisartsenzorg is breed gelezen en gedeeld in Nederland; er is veel behoefte aan dit soort informatie. Het leeft enorm!



Wim Derks (Roset)

Wim Derks is adviseur bij Roset met een grote staat van dienst op het gebied van (bestuurlijke) informatiekunde. Hij is bijna zijn hele werkzame leven actief geweest in de ICT en digitalisering in de zorg en heeft inmiddels vier grote regio's in Nederland begeleid om te komen tot een gezamenlijk, regionaal HIS. Verder heeft hij de LHV begeleid bij het landelijke HIS-onderzoek. Samen met zijn collega's Carin Pipers en Ben Stoltenborg publiceerde hij het e-book *Samen met huisartsen naar een toekomstbestendige digitalisering – Grip op regionale ICT-huisartsenzorg*, waarin alle opgedane kennis en ervaring is gebundeld.

Er zijn in Nederland veel verschillende HIS'en in gebruik. De meeste hiervan zijn al meer dan 15 jaar geleden ontwikkeld, vooral met de bedoeling om de huisartsenpraktijken te digitaliseren. Het zorglandschap is door de jaren heen steeds complexer geworden. Eerst al door opkomst van de ketenzorg en later de netwerkzorg en nu met de afspraken van het IZA, waarbij integraal samenwerken steeds meer de norm is geworden. Om dit goed te kunnen doen is gegevensuitwisseling met andere partijen noodzakelijk, zoals huisartsenposten, apotheken, ziekenhuizen, VVT en ggz, maar ook met andere domeinen zoals de gemeenten en wijkteams. Allemaal partijen die net als de huisartsen hun eigen informatiesystemen hebben. Los van de uitwisseling van gegevens met andere zorgpartijen en domeinen, is ook de digitalisering richting de patiënt toegenomen. Beeldbellen, e-consulten, online dossierinzage en zelfmetingen bijvoorbeeld, hebben inmiddels in veel praktijken hun intrede gedaan.

Het is ingewikkeld om een HIS met de grote hoeveelheid aan systemen van samenwerkpartners en communicatieplatformen te koppelen. Als je dan bedenkt dat in veel regio's meerdere HIS'en worden gebruikt, dan kun je je voorstellen dat het nóg ingewikkelder wordt om al die gewenste gegevensuitwisselingen met andere partijen te realiseren. Andersom is dat ook zo. Als je als samenwerkpartner gegevens wilt uitwisselen met verschillende huisartsen, dan kan het maar zo zijn, dat je met meerdere HIS'en en meerdere aanspreekpunten te maken krijgt. En dan zie je dat het niet van de grond komt.

Maar er zijn nog meer nadelen aan de versnippering van de HIS'en bij huisartsen in een regio. Het is dan voor huisartsen onderling moeilijker om personeel uit te wisselen

en ook voor waarnemers is het lastig om tussen verschillende praktijken te schakelen als er steeds een ander systeem wordt gebruikt. Daarbij geeft het ook vaak extra gedoe om patiënten van de ene naar de andere praktijk te verhuizen. Dat levert extra werk op, in een praktijk waar de werkdruk toch al hoog is.

Het is voor een individuele huisartsenpraktijk ondoenlijk om alle ontwikkelingen op ICT-gebied te kunnen volgen en hier goed op in te kunnen spelen. Het is noodzakelijk om dit regionaal op te pakken. En als de hele regio gaat werken met één HIS, dan kun je vanuit die regio de huisartsen ook ondersteunen; zowel op het gebied van de HIS, als van de ICT. Derks: "Door de combinatie van een regionaal HIS samen met een regionale ondersteuningsorganisatie, kunnen de huisartsen goed worden ontzorgd op HIS- en digitaliseringsgebied." >>

"Vroeger was een HIS vooral bedoeld voor de eigen praktijk, maar tegenwoordig zijn er door de integrale zorg en de samenwerking die gevraagd wordt, steeds meer systemen waarmee een HIS moet communiceren."

~ Wim Derks

”Om regionale gegevensuitwisseling met alle zorgpartners vanuit één HIS te realiseren is al enorm complex, laat staan als er vier tot zes HIS’en worden gebruikt, zoals in diverse regio’s het geval is! Je kunt je voorstellen dat dat binnen een regio een vrijwel onmogelijke opgave is.”

Het selecteren van een regionaal HIS vraagt om een heel zorgvuldig proces en verloopt in een aantal stappen. Hierbij is het belangrijk dat de organisatie op het gebied van digitalisering in de regio op orde is. Naast de Chief Medical Information Officer (CMIO) en de Chief Information Officer (CIO) moet er een regionale coalitie zijn van huisartsen die meepraten en meedenken over het HIS en over digitalisering in het algemeen. Deze coalitie moet een goede afspiegeling zijn van de huisartsen in de regio. Daarnaast moet er een breed gedragen visie zijn op deze gebieden. Derks: “Er moet veel geïnvesteerd worden in het creëren van draagvlak onder de huisartsen. De huisartsen die meedenken over de digitalisering worden de ambassadeurs naar de achterban. Dat is erg belangrijk.” Pas als de organisatie en de visie op orde zijn kun je starten met de selectie van een regionaal HIS.

”Met een regionaal HIS kun je huisartsen vertegenwoordigen en ben je aanspreekbaar. Dat is een randvoorwaarde voor het realiseren van gegevensuitwisseling met andere systemen, zowel in het zorgdomein als het Sociaal Domein.”

Maar als er dan een regionale HIS en een regionale HIS-/ICT-ondersteuningsorganisatie is, dan levert dat wel wat op! Zo kunnen huisartsen beter worden ontzorgd op deze gebieden. Omdat je regionaal aanspreekbaar bent en met één HIS werkt, kan regionale gegevensuitwisseling met andere partijen en met patiënten eenvoudiger worden gerealiseerd. Dit geldt ook voor het implementeren van regionale innovaties. Verder heb je een betere onderhandelingspositie richting HIS-leverancier over functionaliteiten en kosten (regiokortingen). Ook kan er een bijdrage aan de verlichting van de arbeidsmarktproblematiek worden geleverd, doordat onderlinge waarneming en het ver-

huizen van patiëntendossiers binnen de regio eenvoudig kunnen worden geregeld. Daarnaast wordt de inzet van waarnemers en de uitwisseling van personeel eenvoudiger, omdat iedereen het systeem kent. Ook kan het interessant zijn om voor een regionaal patiëntenportaal te kiezen en hierop ook ondersteuning te bieden vanuit de ondersteuningsorganisatie.

Innovatie en ontwikkelingen

Er zijn inmiddels een aantal nieuwe HIS'en op de markt die gebruik maken van internettechnologie, waardoor de mogelijkheid om met andere systemen te communiceren (de interoperabiliteit) wordt verbeterd. Een andere belangrijke ontwikkeling zijn de persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's). Ondanks dat PGO's technisch al helemaal klaar zijn, neemt het gebruik nog geen grote vlucht. Het zal nog de nodige tijd duren voordat het gebruik hiervan door burgers/patiënten gemeengoed is geworden. Deze PGO's zullen in de toekomst ook met een HIS moeten kunnen communiceren. Verder wordt regionaal data- en populatiemanagement steeds belangrijker, wat met een regionaal HIS ook eenvoudiger wordt. Zo krijg je in de regio betere beslissingsondersteuning, meer mogelijkheden voor preventie en kun je zorg beter personaliseren.

Derks: “Al met al zijn de ontwikkelingen voor een huisarts niet bij te houden. Die is al druk genoeg met zijn praktijk. Daarbij komt dat HIS, ICT en digitalisering voor huisartsen net zoiets zijn als water uit de kraan. Het moet er gewoon zijn. Hoe het wordt geregeld, dat zal allemaal wel. Ook daarom is regionale ondersteuning echt enorm belangrijk.” #

Scan de QR-code en ontvang het e-book *Samen met huisartsen naar een toekomstbestendige digitalisering – Grip op regionale ICT-huisartsenzorg.*





”Voor een succesvolle selectie en implementatie van een regionaal HIS moeten alle stappen zorgvuldig worden doorlopen. Dat is een meerjarig traject. Het gebeurt regelmatig dat men zonder een gedragen visie gewoon begint met een klein groepje huisartsen met passie voor digitalisering. Dat werkt niet. Het valt of staat met draagvlak en een goede legitimatie voor het traject.”

De rol van digitalisering in de zorgtransitie

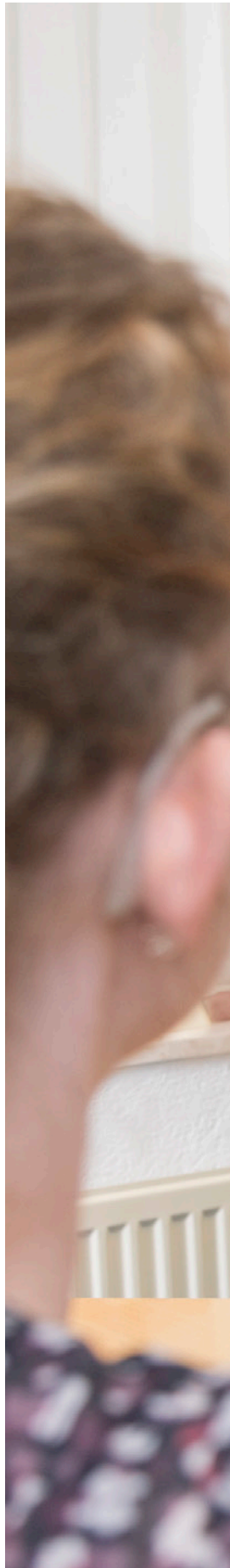


De technologische ontwikkelingen volgen elkaar in hoog tempo op. De mogelijkheden om contact met elkaar te hebben, zonder elkaar daadwerkelijk in levenden lijve te ontmoeten, zijn in ons dagelijks leven inmiddels vanzelfsprekend geworden. Toch blijkt de inzet van digitale toepassingen in de huisartsenpraktijk niet eenvoudig te realiseren. Carin Pipers van Roset en Bart Timmers, huisarts en CMIO, zetten zich in om het gebruik van digitale middelen in de huisartsenpraktijk te stimuleren.

Carin Pipers (Roset)

Tijdens de coronapandemie was het met name voor kwetsbare patiënten een uitdaging om naar de huisartsenpraktijk te komen. Het gebruik van digitale middelen vergrootte de kans dat huisarts en patiënt op een veilige manier contact konden hebben. Arts Online, het platform dat mede door Roset werd ontwikkeld, werd in die periode gelanceerd. Huisarts en patiënt konden door middel van een beeldbelverbinding contact met elkaar hebben. Het unieke van dit platform was, dat er ook een marktplaats voor waarnemers aan gekoppeld was. Huisartsen konden hun volle spreekuur aanbieden en waarnemers konden aangeven of ze beschikbaar waren, zodat er een perfecte match kon ontstaan.

De verwachting was dat videoconsulten zeker in deze bijzondere periode een enorme vlucht zouden nemen, maar de praktijk bleek weerbarstig. Patiënten maakten er slechts fragmentarisch gebruik van. Het innovatieve platform groeide heel langzaam in gebruik en uiteindelijk werd besloten om het uit de lucht te halen. Carin Pipers: "Het is soms de harde realiteit bij innovatie, maar we hebben wel veel leerervaring opgedaan in wat digitalisering vraagt en kan brengen in de praktijk." De bevindingen zijn opgetekend in een e-book, zodat de kennis en ervaring kan worden gebruikt voor toekomstige ontwikkelingen. >>





Bart Timmers is huisarts in 's Heerenberg en naast zijn rol als huisarts is hij aangesteld als CMIO: Chief Medical Information Officer, ook wel regio huisarts ICT. Carin Pipers is als adviseur van Roset nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling van Arts Online en is (mede)auteur van diverse e-books over digitalisering in de zorg, die te downloaden zijn op de website van Roset.

”Het is bij innovatie van belang je door teleurstellingen niet uit het veld te laten slaan. Soms ga je twee stappen vooruit en dan tijdelijk drie achteruit. Als je wilt dat alles altijd gladjes verloopt, dan kom je niet aan innovatie toe. Dan kom je aan volgen toe.”

~ Bart Timmers

Toch is er een groep artsen bij wie videoconsulten inmiddels wel degelijk een vaste plek in de praktijk hebben gekregen. Bart Timmers: “Bij mij in de praktijk hebben we de mogelijkheid om videoconsulten te doen, maar het vraagt wel een andere manier van werken en het wordt nog niet heel vaak gebruikt. Ik moet patiënten er regelmatig aan herinneren.” En daar zit ook meteen de uitdaging. Het blijkt niet alleen lastig om de patiënten te informeren om videoconsulten te gaan gebruiken, het is ook moeilijk om het in het proces van de praktijkvoering een plek te geven. Dat was bij de invoering van e-consulten ook het geval. Ondanks dat de techniek er al lang was, duurde het minstens vijf jaar voordat het in veel praktijken structureel werd ingevoerd.

In de drukte van de huisartsenpraktijk is het niet gek dat men in de basis terughoudend is met het implementeren van nieuwe digitale mogelijkheden. Huisartsen denken dat het vooral iets oplevert voor de patiënt, maar dat ze er zelf (zeker in de beginfase) vooral drukker van worden. Timmers: “Als je dan het gevoel hebt dat je er zelf geen baat bij hebt, dan kun je je voorstellen dat huisartsen het maar even laten zitten.” Daarom is er een belangrijke taak weggelegd voor de huisartsenopleidingen, maar deze hebben digitale zorg nog niet als vanzelfsprekend onderdeel aan hun curriculum toegevoegd. Dit is naar de toekomst toe wel noodzakelijk. Huisartsen die nu klaar zijn met hun opleiding, zijn vooral goed opgeleid voor het uitoefenen van hun vak. Die zien digitale zorg als iets wat je erbij **kunt** doen. Timmers: “Ik heb wel eens geroepen, dat je ook geen huisarts kunt worden als je zegt: *Antibiotica, daar heb ik niet zoveel mee, laat maar zitten*. Dat kan niet. Het hoort er gewoon bij.”

”Je moet eerst investeren, voordat je de winst er ook van ervaart.”

~ Carin Pipers

Een ander veelgehoord geluid is, dat de patiënten niet digitaal vaardig zijn. Toch blijkt uit onderzoek dat ook in sociaal minder sterke wijken zo'n 70% van de patiënten wel degelijk in staat is om digitale hulpmiddelen te gebruiken. We zouden de overige 30% zelfredzaam kunnen maken, door hen te verwijzen naar de ondersteunende programma's van de welzijnsorganisaties, zoals Digisterker en Digivitaler. Het is een bijzonder fenomeen dat we bij de huisartsenposten de verantwoordelijkheid wel bij de patiënt leggen en bij de eigen praktijk niet. Timmers: “Op de huisartsenpost hoor ik ook keihard zeggen: *Geen auto is geen reden om niet naar de praktijk te komen*.”

Om een digitale praktijk te worden vraagt creativiteit en doorzettingsvermogen. Het invoeren van een (digitale) tool kan een enorme bijdrage leveren aan de flexibiliteit van de huisartsen en aan de werkdruk in de huisartsenpraktijk. Met een breder en gevarieerder aanbod heeft de huisarts uiteindelijk meer tijd voor de patiënt. Timmers: “Door de invoering van e-consulten zie ik minder patiënten dan voorheen, maar ik help méér patiënten. Ik zie op een snelle en efficiënte manier meer mensen digitaal en de mensen die wél naar het spreekuur komen, krijgen structureel meer tijd.” Met een hybride praktijk kunnen patiënten, waarbij dat nodig is, toch *face-to-face* aandacht krijgen en tegelijkertijd kun je zo ook werken aan een gedeeltelijke oplossing voor het capaciteitsprobleem.

Voor een digitale praktijk zijn wel een aantal belangrijke randvoorwaarden. Het begint uiteindelijk met een goed werkende ICT en een bereikbare helpdesk. De basis moet op orde zijn. Daarnaast heb je binnen een praktijk iemand nodig die feeling heeft met het onderwerp, of die bereid is er feeling mee te krijgen. Het is ook belangrijk om structureel tijd te reserveren voor innovatie. En dat innoveren hoeft een praktijk niet alleen te doen; als dat regionaal wordt georganiseerd ontstaat meer slagkracht, wordt kennis beter benut en hoeft niet iedereen het wiel zelf opnieuw uit te vinden. Ook kan makkelijker opgeschaald worden en kan ondersteuning beter worden georganiseerd. Een regionale visie kan daarbij helpen.

”Een patiënt van mij had het gevoel dat mensen met computers voorrang kregen. Toen legde ik uit, dat zij hier juist kon zitten, omdat iemand anders - die hier misschien ook had willen zitten - het nu op een digitale manier heeft gedaan. Dat gaf een mooi inzicht.”

~ Bart Timmers

Carin Pipers: “ICT wordt nu nog vaak gezien als een hulpmiddel om aan je verplichtingen te voldoen. Artsen moeten het gevoel krijgen dat het ze echt helpt om je zorg nog beter te doen, omdat je bijvoorbeeld meer mensen kunt helpen in dezelfde tijd of dat je meer tijd overhoudt voor patiënten die meer tijd vragen. Als ze zich daarnaast niet met technische hick-ups hoeven bezig te houden en ze worden daarin ontzorgd, dan zal het voor zorgverleners prettiger worden om te gebruiken.”

Overigens dienen die nieuwe innovaties zich alweer aan. Door het gebruik van *Artificial Intelligence (AI)* zal het in de nabije toekomst mogelijk worden, dat de verslagen van een consult automatisch in het HIS (Huisarts Informatie Systeem) worden ingevuld. Die hoeft een huisarts straks niet meer zelf in het systeem in te typen. Timmers: “Mijn verwachting is dat dit zoveel gemak gaat geven, dat dit heel snel door huisartsen zal worden omarmd. Er worden hier en daar al pilots gedaan met deze technologie.” #



De rol van Roset

- Initiatiefnemer platform Arts Online
- Starten van innovatie samen met zorgaanbieder
- Auteur diverse e-books (@ www.roset-twente.nl/e-books)
- Adviseur digitale innovatie

De nabeschoouwing

Zoals je in dit magazine hebt kunnen lezen gebeurt er ontzettend veel op het gebied van de verandering in de zorg, óók in onze mooie regio. De zorgvraag neemt toe, als gevolg van vergrijzing, meer mogelijkheden om te behandelen en toenemende eisen en verwachtingen. Het gaat al lang niet meer alleen over bezuinigen, maar vooral ook hoe we met slimme samenwerkingsvormen de toenemende zorgvraag bij een teruglopende zorgcapaciteit het hoofd kunnen bieden. Thema's als *de juiste zorg op de juiste plek* en het *demedicaliseren* van problemen van burgers zullen er uiteindelijk wel toe moeten leiden dat de zorg in onze regio betaalbaar blijft.

Het team van Roset speelt een belangrijke rol bij al die verschillende vormen van samenwerken. Waar het in het begin van ons bestaan vooral ging om het organiseren en professionaliseren van monodisciplinaire beroepsgroepen in de eerstelijnszorg, is ons werkveld door de jaren heen verschoven naar multidisciplinaire samenwerking. Niet alleen tussen de beroepsgroepen in de eerstelijnszorg, maar ook tussen de eerstelijnszorg en de partijen die met de eerstelijnszorg willen samenwerken. Wij noemen dat domeinoverstijgende samenwerking. Onze basis van handelen en doen is onze onafhankelijke positie, onze kennis en ons netwerk binnen de Twentse zorg.

Wij staan vaak aan de basis van een eerste kennismaking tussen mensen en groepen die elkaar voor die tijd (nog) niet spraken. Of elkaar zelfs helemaal niet kenden. Door onze onafhankelijke positie kunnen wij zorgen voor het ontwikkelen van vertrouwensbanden, door aandacht te houden voor datgene dat niet wordt gezegd, maar wat wel degelijk van invloed is op het proces van samenwerken. Zo zijn al mooie samenwerkingen ontstaan, die uiteindelijk kunnen bijdragen aan een gezondere Twentse regio.

Toch zijn er naast deze ontwikkelingen ook zorgen. De grote vraag die boven de zorgtransitie hangt, is of de huidige beloningsstructuur de transitie niet enorm in de weg zit. Er zit op dit moment in de beloningsstructuur nog geen enkele prikkel om het écht anders te gaan doen.

Het huidige zorglandschap is gefragmenteerd en onvoldoende onderling afgestemd. Ik pleit ervoor dat de zorgprofessionals in de eerstelijnszorg in staat worden gesteld om de zorg anders te organiseren. Met slimme samenwerkingsafspraken en nieuwe zorgleveringsmodellen kunnen zij een belangrijke bijdrage gaan leveren aan het gezond houden van een populatie of het integraal verbeteren van behandeluitkomsten. De huisarts is een belangrijke poort tot andere vormen van zorg. Nieuwe beloningssystemen zijn gericht op onder meer het versterken van die poort en het verhogen van de waarde over de gehele zorgcyclus. Door professionals te belonen voor betere gezondheidsuitkomsten zullen zij de zorg ook anders gaan organiseren. Maar als iedereen, zoals nu, zijn eigen financiering heeft en geen middelen krijgt om het anders te organiseren, dan blijft het toch zoals het is. Er is op dat stuk van beloning echt een verandering nodig.

Het is de vraag of de eerstelijnszorg, in de huidige structuur, de organisatie en kwaliteit van zorg nog verder kan verbeteren, laat staan een bijdrage kan leveren aan de reductie van zorgkosten. Dat heeft zo zijn grens. Laten we het eens over een andere boeg gooien; kostenreductie mag nooit het doel zijn voor de eerstelijnszorg. Een sterke eerstelijnszorg, die goed aansluit op het Sociaal Domein en de welzijnsorganisaties, kan zeker het verschil maken in de toekomst. Maar het echte doel voor zorgprofessionals moet zijn: *het verbeteren en optimaliseren van de gezondheid van burgers en/of patiënten*. Dat is ook de reden dat ze zorgprofessional zijn geworden. Er zijn al legio voorbeelden waar onderzoek laat zien dat geformaliseerde samenwerking tussen de georganiseerde eerstelijnszorg en bijvoorbeeld het ziekenhuis, betere zorg en -als gevolg daarvan- lagere kosten kan realiseren.

De multidisciplinaire paramedische zorg moet de krachten in de regio bundelen, zodat zij een aanspreekbare partner wordt met enig mandaat, net zoals andere zorgpartijen dat doen. Een goed voorbeeld hiervan is de Regionale Huisartsen Organisatie. Deze organisatie moet daarvoor middelen en capaciteit beschikbaar krijgen. Zo kunnen de zorgprofessionals hun waarde aantonen en zorginnovatie implementeren. Zorgverzekeraars kunnen dit proces faciliteren door naar waarde te belonen.

Er wordt op dit moment hard gewerkt aan het oprichten van een regionaal paramedisch platform, dat straks aanspreekbaar is en wellicht contractpartner is voor de zorgverzekeraar, de gemeenten, de ziekenhuizen en de huisartsen. Hiermee worden de voorwaarden gecreëerd om op termijn meer toegevoegde waarde te creëren voor de burger.

Een mooi voorbeeld is het experiment met de gespecialiseerde fysiotherapeuten. Nu ga je met een klacht aan het bewegingsapparaat naar de huisarts. Die verwijst je dan door naar een fysiotherapeut waar je bijvoorbeeld tien behandelingen krijgt. Helpt dat niet, dan word je wellicht alsnog naar een orthopeed verwezen. Nu neemt de gespecialiseerde fysiotherapeut de eerste stap van de huisarts over. Je gaat in de nieuwe situatie dan naar een *extended scope specialist*. Dit is een ervaren fysiotherapeut die is opgeleid op master-niveau, die direct beoordeelt of je geholpen bent met fysiotherapie of wellicht beter gelijk naar de orthopeed kunt gaan. Dat is naar twee kanten waarde creëren!

Er is dus naar mijn mening veel te winnen en te veranderen in het zorgstelsel. Om te beginnen moet je dan eerst kijken naar de definitie van zorg. Je kunt namelijk verschillende soorten zorg onderscheiden; *spoedzorg, noodzakelijke zorg, wenselijke zorg en luxe zorg*. Sommige onderdelen lenen zich uitstekend voor (gereguleerde) marktwerking, maar andere onderdelen veel minder. Daar is juist samenwerking tussen partijen een vereiste. Dat moeten we niet vergeten.

Het zijn moeilijke gesprekken als je het hierover hebt met professionals in de zorg. Als je hier systemisch naar kijkt, dan zie je dat het makkelijker is om over de inhoud te praten, dan over de randvoorwaarden en spelregels van de beoogde verandering. Over: *hoe gaan we veranderen, wie gaat wat veranderen, wat moet jij laten en wat krijg ik dan, of wat moeten we allebei laten?* Platgeslagen gaat dat over de hete aardappel; de inkomsten, professionele belangen, autonomie, beroepsethiek, beloningen en salarissen van mensen. Aan ons de taak om daar aandacht voor te hebben. Dat is niet altijd een dankbare taak, maar wel een hele waardevolle taak. Dat is onze bijdrage aan de zorgtransitie en de positieve gezondheid van de Twentse burger! #

Wyco de Vries



Roset

waardegedreven Impact creëren

Deldenerstraat 61
7551 AC HENGELO
(074) 249 85 85
info@roset-twente.nl
www.roset-twente.nl

