

---

# Naar beter informeren en communiceren rondom het bezoek aan de huisarts



## Publieksversie van

Naar de huisarts. Eindrapport van het praktijkproject  
Eerstelijnszorg op maat voor mensen met verstandelijke beperkingen.

## Colofon

*Naar beter informeren en communiceren rondom het bezoek aan de huisarts.* Toegankelijke publieksversie van het formele eindrapport van het praktijkproject *Naar de huisarts. Eerstelijnszorg op maat voor mensen met verstandelijke beperkingen*. Met specifieke aandacht voor praktische oplossingen voor belemmeringen of knelpunten in de samenwerking en informatieoverdracht tussen huisartsvoorzieningen, patiënten met verstandelijke beperkingen, mantelzorgers en personeel van zorginstellingen.

### Overige producten van het project

- *Naar de huisarts. Eerstelijnszorg op maat voor mensen met verstandelijke beperkingen.* Formeel eindrapport van een praktijkproject om de communicatie en samenwerking te verbeteren in de eerstelijnszorg voor mensen met verstandelijke beperkingen.
- Consultatieverslag *Eerstelijnszorg op maat voor mensen met verstandelijke beperkingen*. Verslag van een consultatietraject over knelpunten, succesfactoren en verbetervoorstellen.
- Explanimation '*Mensen met verstandelijke beperkingen bij de huisarts. Een gezamenlijke zorg*'. Een korte instructieve film over hoe het bezoek van mensen met VB voor henzelf, begeleiding en de huisarts beter kan. De gestileerde afbeeldingen in dit rapport zijn afkomstig uit deze film gemaakt door het bedrijf in6oseconds.
- Brochure '*Naar de huisarts*'. Tips en aanbevelingen voor samenwerking en informatieoverdracht tijdens en rondom het spreekuur voor mensen met verstandelijke beperkingen, begeleiders en mensen in de huisartsenpraktijk.
- *Het communicatieformulier*. Een formulier dat mensen met matige en lichte verstandelijke beperkingen individueel of samen met een begeleider kunnen invullen voor en tijdens het bezoek aan de huisarts.
- Alle publicaties en producten zijn te downloaden van de website <http://sterkeropeigenbenen.nl>.

### Projectgroep

prof. dr. Henny van Schroyen Lantman - De Valk, hoogleraar geneeskunde voor mensen met verstandelijke beperkingen, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Radboudumc, Nijmegen  
drs. Mathilde Mastebroek  
dr. ir. Jenneken Naaldenberg  
ir. Francine van den Driessen Mareeuw  
dr. Wil Buntinx (ondersteuning projectgroep)

### Over het project

Het project liep van oktober 2011 tot en met december 2014 en werd gefinancierd door ZonMw en zorgverzekeraar CZ. Fase een van het project is uitgevoerd bij twee zorgaanbieders en twee huisartsenpraktijken, te weten Diomage (Gemert) in samenwerking met Groepspraktijk 't Gasthuis, Gemert en Driestroom (Elst Gld) in samenwerking met Wijkgezondheidscentrum Lindenholt, Nijmegen.

<b>Tekstredactie</b>	TextAbility, Gerdie Kienhorst
<b>Illustraties</b>	in6oseconds
<b>Opmaak</b>	Final Design
<b>Druk</b>	Rikken Print b.v.

© Radboudumc, Nijmegen, december 2014.

# Inhoud

<b>Hoofdstuk 1. Praktijkproject Naar de huisarts</b>	<b>5</b>
1.1. Waarom dit project?	5
VN-verdrag: extra kansen	5
Mensen met VB en de huisarts	5
Cruciale rol communicatie	5
1.2. Beter communiceren en samenwerken	5
Werkwijze	5
1.3. Leeswijzer	5
<b>Hoofdstuk 2. Situatieschets: de gang van zaken bij een huisartsbezoek</b>	<b>6-11</b>
2.1 Interviews	6
Profiel cliënten	6
2.2 Informatieoverdracht binnen de eerstelijnszorg	6
Wie communiceren?	6
Hoe is de gang van zaken rondom het bezoek aan de huisarts?	6
Is een communicatie-instrument handig voor informatieoverdracht?	8
2.3 Wat loopt goed en waar loopt het zoal spaak?	9
Informatie-uitwisseling	10
Afspraken maken	10
Vraagverheldering en tijd	10
Begeleiding bij het consult	10
Communicatie met de arts	10
Bereikbaarheid	11
Informatie meegeven	11
<b>Hoofdstuk 3. Oplossingen</b>	<b>12-16</b>
3.1 Wat kan er beter?	12
Eenvoudige verbeteringen met grote effecten	12
3.2 Succesfactoren	14
Tijdens het consult	14
Vooraf en na afloop van het consult	14
Beschikbaarheid en bereikbaarheid	14
Samenwerking	14
3.3 Suggesties voor verbetering	14
Algemeen of voorbereiding op het consult	14
Overdracht vooraf, tijdens en na het consult	15
Beschikbaarheid en bereikbaarheid	15
Samenwerking	15
3.4 Praktische tips	15
Download de brochure Naar de huisarts!	15
Maak gebruik van snelle toegang tot expertise!	15
Bekijk de Explanation!	15
(Digitale) ondersteuning van communicatie	16

## Inhoud

### Bijlagen

1. Samenvatting van Naar de huisarts: formeel eindrapport	17
2. Voorbeeld digitaal invulbare bladzijden Huisartsenboekje (A4)	19
3. Voorbeeld digitaal invulbaar Communicatieformulier (A4)	21



## 1. Praktijkproject Naar de huisarts

### 1.1. Waarom dit project?

Voor mensen met verstandelijke beperkingen (VB) is goed gezond zijn niet vanzelfsprekend. Vaak hebben zij een aanzienlijke gezondheidsachterstand vergeleken met de algemene populatie. Door de veranderingen in het beleid rond zorg en welzijn wonen steeds meer mensen met VB in de wijk en maken daar gebruik van de eerstelijnsgezondheidszorg. Daarin heeft de huisarts een centrale positie. De rollen van de huisarts en andere zorgverleners in de eerstelijnszorg veranderen mee. Er kunnen hierdoor knelpunten ontstaan, maar de veranderingen bieden ook kansen om de eerstelijnszorg aan deze groep patiënten te verbeteren en hun zelfregie erin te vergroten. Goede medische zorg aan mensen met VB vereist wel steeds meer afstemming en goede samenwerking tussen patiënten, huisartsvoorzieningen, (gespecialiseerde) zorgaanbieders, begeleiders en de vaak nauw betrokken familieleden of naasten: mantelzorgers.

#### VN-verdrag: extra kansen

Goede eerstelijnszorg voor mensen met VB is bovendien een cruciale professionele en maatschappelijke opgave geworden, nu Nederland het VN-verdrag inzake de rechten van mensen met een handicap (2006) gaat ratificeren. Op grond van dit verdrag hebben mensen met een beperking hetzelfde recht op toegang tot gezondheidszorg van dezelfde kwaliteit als andere burgers, zo dicht mogelijk bij de eigen gemeenschap, zo nodig met extra ondersteuning door professionals.

#### Mensen met VB en de huisarts

Mensen met VB komen bijna twee keer zo vaak bij de huisarts als mensen zonder VB. Ze hebben meer moeite om hun klachten en vragen aan de huisarts duidelijk te maken en om de uitleg van de huisarts te begrijpen. Het kan helpen als er familieleden of begeleiders bij het bezoek aanwezig zijn, maar deze personen zijn niet altijd beschikbaar. Ook wanneer zij er wel bij zijn, komt het voor dat niet alle informatie over de gezondheidsklacht aanwezig is. Dit beperkt de huisarts bij het stellen van de diagnose en het bespreken van een behandelplan. Na afloop van het bezoek aan de huisarts is het van belang om informatie goed te bewaren en zo te delen met relevante zorgverleners, begeleiders of mantelzorgers, dat het behandelplan met succes gevolgd kan worden.

#### Cruciale rol communicatie

Goede communicatie en samenwerking tussen alle betrokkenen is hierbij essentieel. Onvoldoende informatie en gebrekkige communicatie kunnen al snel de gezondheid en het welzijn van mensen met VB schaden. Met dit praktijkproject willen we beter zicht krijgen op wat goede communicatie en het doelmatig gebruik en overdracht van informatie bevordert om daarmee de kwaliteit en de continuïteit van zorg aan mensen met VB te verbeteren.

### 1.2. Beter communiceren en samenwerken

*Hoe kunnen wij in de eerstelijnszorg de communicatie, afstemming en samenwerking tussen alle betrokkenen het beste vorm geven? Deze praktische vraag stond centraal in het praktijkproject *Eerstelijnszorg op maat voor mensen met verstandelijke beperkingen*. Door alle betrokkenen te raadplegen wilden wij tot voorstellen komen die niet alleen de *communicatie tussen huisarts en patiënt met VB* kunnen verbeteren, maar die ook de *samenwerking tussen alle betrokkenen in de eerstelijnsgezondheidszorg rond deze patiënten* helpen versterken. In het project is ook gekeken naar wat nodig is om de praktische voorstellen goed te kunnen uitvoeren (voorwaarden) en naar de bereidheid van de betrokken partijen om de voorstellen over te nemen en uit te werken (commitment). Deze punten stonden met name in de tweede fase (een werkconferentie) op het programma.*

#### Werkwijze

Het project werd in twee fasen uitgevoerd. In fase 1 zijn met behulp van interviews en focusgroepen de ervaringen en meningen gepeild van patiënten met VB zelf, hun familieleden, begeleiders, huisartsen en praktijkassistenten. Hoe kijken de mensen die direct betrokken zijn bij het huisartsconsult naar samenwerking, communicatie en informatieoverdracht? Wat is er goed aan en wat kan naar hun mening beter? Wat zien zij als belemmerende of juist als bevorderende factoren? Welke suggesties doen zij ter verbetering? Hoe is de ervaring van gebruikers van een communicatiehulpmiddel rondom een consult? In fase 2 boog een geselecteerde groep vertegenwoordigers van belangrijke stakeholders in de eerstelijnszorg voor mensen met VB (zoals cliëntenraden, zorginstellingen, koepelorganisaties, beroepsverenigingen, zorgverzekeraars) zich tijdens een inspirerende werkconferentie over de resultaten van fase 1. Zij vulden de bevindingen aan en brachten in wat hun organisaties kunnen bijdragen om de communicatie en samenwerking te verbeteren en gezamenlijk ervaren knelpunten op te lossen. Deze conferentie werd heel positief gewaardeerd. Het bleek mogelijk om verbindingen te leggen met reeds bestaande initiatieven tot samenwerking en afstemming en het vergroten van kennis en competenties door scholing.

### 1.3. Leeswijzer

Deze publieksversie van het eindrapport van het praktijkproject legt het accent op de praktische oplossingen die door huisartsen, hun medewerkers, begeleiders en mensen met VB<sup>1</sup> en hun familieleden zijn aangedragen om de communicatie, afstemming en informatieoverdracht rond een bezoek aan de huisarts te verbeteren. In een bijlage treft u een samenvatting van het praktijkproject als geheel aan, ontleend aan het formele eindverslag.

<sup>1</sup> Afhankelijk van de context worden in deze tekst door elkaar gebruikt: mensen, cliënten en patiënten (met VB).

## 2. Situatieschets: de gang van zaken bij een huisartsbezoek

- Hoe wordt er rondom het huisartsbezoek informatie over de patiënt en de klachten overgedragen? Wie zijn erbij betrokken? In welke rollen? Hoe ziet de samenwerking eruit?
- Wat loopt goed en waar loopt het spaak? Waarom?

### 2.1. Interviews

Tussen februari 2012 en mei 2013 werden 100 betrokkenen over de gang van zaken rondom een bezoek aan de huisarts ondervraagd in individuele interviews of in focusgroepen. Deelnemers met VB (N=21), begeleiders (N=20) en mantelzorgers/verwanten (N=15) zijn geworven via twee zorgorganisaties in Noord-Brabant en Gelderland. Daarnaast werden twee focusgroepen gehouden met leden (N=14) van de LFB (belangenorganisatie voor mensen met verstandelijke beperkingen). Huisartsen (N=19) en praktijkassistenten (N=11) zijn geworven via het regionale netwerk van de afdeling Eerstelijngeneeskunde van het Radboudumc en van het landelijk netwerk van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG).

#### Profiel cliënten

De geïnterviewde cliënten zijn zwakbegaafd of hebben matige of lichte verstandelijke beperkingen. Over cliënten met (zeer) ernstige VB werd via begeleiders, verwanten en huisartsen informatie verkregen. De cliënten ontvangen AWBZ-zorg in verschillende vormen, afhankelijk van het type VG-Zorgzwaartepakket (ZZP) waarvoor zij een indicatie hebben.

Bij deelnemers aan dit project is globaal sprake van drie soorten woon- en begeleidingssituaties:

1. Ambulante begeleiding aan cliënten met ZZP's zonder indicatiebesluit behandeling. De cliënt ontvangt 1-8 uren per week begeleiding aan huis in de eigen woning.
2. Cliënten met ZZP's met een indicatiebesluit verblijf en eventueel ook behandeling. Zij wonen in een geclusterde woonvorm, waarbij 24-uursbegeleiding in de buurt (niet noodzakelijk in hetzelfde gebouw) of direct oproepbaar is, maar overdag niet continu op de groep aanwezig.
3. 24-uursbegeleiding bij cliënten met ZZP VG 4 en hoger met indicaties verblijf en behandeling. Overdag is een groot deel van de dag of de hele dag begeleiding aanwezig. 's Nachts is er een uitluistersysteem, een wakende wacht op afstand, of een slapende wacht in huis.

## 2.2. Informatieoverdracht binnen de eerstelijnszorg

### Wie communiceren?

Mensen met VB hebben over hun gezondheid en welzijn behalve met hun familie, professionele begeleiders van een zorgaanbieder en de huisarts, ook persoonlijk contact met andere professionals in de zorginstelling en de eerste lijn, zoals paramedici, de tandarts, de verslavingszorg, gedragswetenschappers en zorginstanties zoals MEE en thuiszorg. Ook onafhankelijk van de cliënt stemmen begeleiders en huisartsen met deze hulpverleners af over de gezondheid en het welzijn van de personen met VB die zij respectievelijk begeleiden en behandelen. Figuur 1 (blz. 7) geeft de afstemmingscontacten weer die begeleiders en huisartsen in het project over de gezondheid van hun cliënt of patiënt hebben. De huisartsen in het project melden nauwelijks direct contact te hebben met de paramedici en gedragswetenschappers binnen de zorginstellingen voor mensen met VB. Meestal lopen de verwijzing en de contacten via de AVG of de begeleiders.

### Hoe is de gang van zaken rondom het bezoek aan de huisarts?

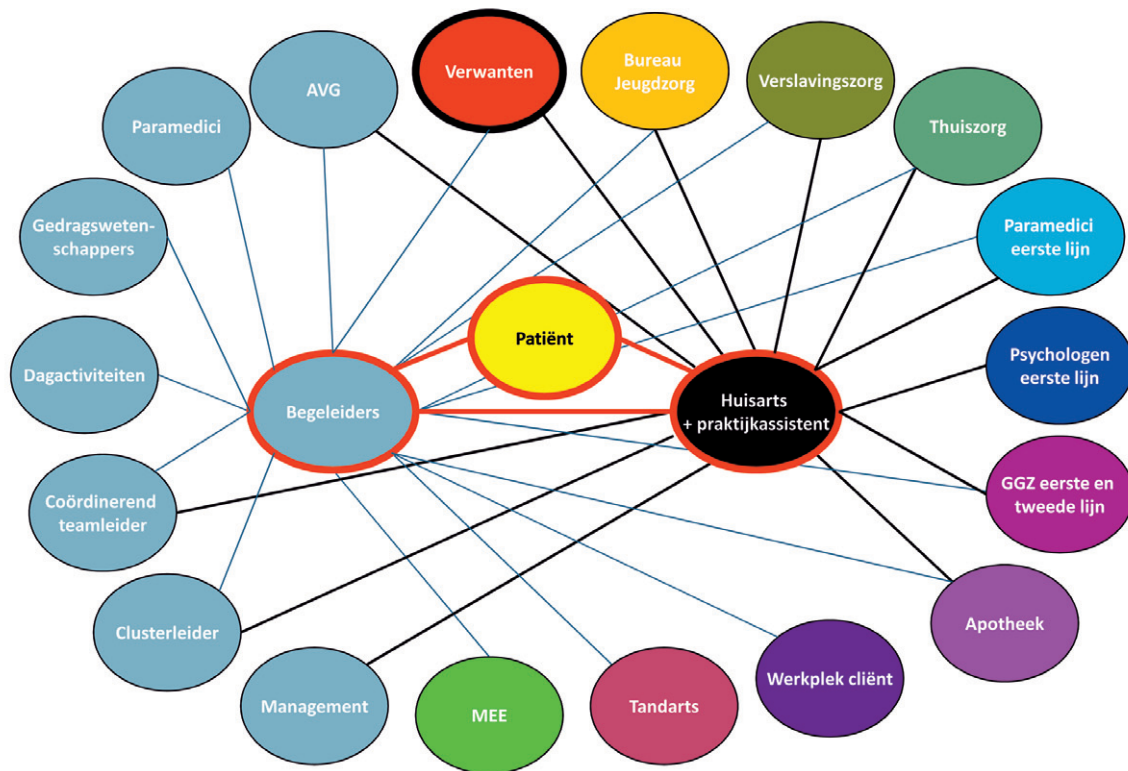
#### Algemene afspraken over zorgtaken

De meeste verwanten in het project spreken met begeleiders een rolverdeling af bij het uitvoeren van (mantel)zorgtaken. Dat kan gaan om het regelen van afspraken met huisarts en andere hulpverleners, het coördineren van de aanschaf van hulpmiddelen, meegaan met bezoek aan zorgverleners en het uitzetten van medicatie bij ambulante begeleidde cliënten. Zij hebben vaak een coördinerend begeleider of persoonlijk begeleider als aanspreekpunt. Daarnaast maken zij afspraken over hoe, wanneer en voor welke zaken zij contact willen hebben met begeleiders. Dat contact kan zowel face-to-face plaatsvinden als indirect via telefoon, mail of sms.

Slechts enkele geïnterviewde huisartsen hebben concrete afspraken gemaakt met begeleiders over de onderlinge bereikbaarheid. Het kleine aantal praktijken dat werkt met e-consulten heeft hierover werkafspraken gemaakt met de zorginstelling.

#### Vooraf aan het huisartsconsult

Bij de cliënten met 24-uurs begeleiding maken begeleiders in de regel de afspraak voor het consult bij de huisarts. Soms nemen verwanten dit over. Voor ambulante begeleidde cliënten maken begeleiders soms, op verzoek van de cliënt, de afspraak bij de huisarts, maar in de meeste gevallen maken de ambulante begeleidde cliënten in het project zelfstandig een spreekuurafpraak. Ze beslissen ook zelf of zij hun begeleiders en/of anderen hiervan op de hoogte willen stellen of niet.



**Figuur 1. Afstemmingscontacten van begeleiders en huisartsen over de gezondheid van de patiënt met VB**  
**Toelichting** - De blauwe lijnen zijn de zorgcontacten van begeleiders, de zwarte lijnen die van huisartsen. Links staan (in dezelfde blauwe kleur) de functies die hulpverleners bekleden binnen de zorginstelling voor mensen met VB. Verwanten / mantelzorgers zijn zowel een belangrijke partner in de samenwerking als informatiebron voor begeleiders en huisartsen bij zaken die de gezondheid van de cliënt raken. De contactlijnen tussen verwanten en partijen die in de figuur vermeld staan, zijn niet afgebeeld.

### Dubbel consult?

Sommige cliënten, begeleiders en verwanten vragen bewust een dubbel consult aan bij de huisarts om meer tijd te hebben voor het bespreken van de klacht en het gesprek met de arts in het algemeen. Een ander deel van de geïnterviewden vindt dit niet nodig of heeft de ervaring dat de huisarts ook bij het boeken van een regulier consult voldoende extra tijd ter beschikking stelt.

De huisartsen en praktijkassistenten gaan verschillend om met het plannen van spreekuurconsulten voor patiënten met VB. Sommigen plannen standaard een dubbel consult voor die patiëntengroep, ongeacht de hulpvraag. Anderen laten dit afhangen van de wens van de aanvrager of het type hulpvraag.

### Tijdens het huisartsconsult

Het merendeel van de geïnterviewde cliënten vindt het prettig dat een derde persoon aanwezig is. Bij de geïnterviewde 24-uurs begeleidde cliënten gaat vaak een begeleider mee. Bij de ambulante begeleidde cliënten gaat er soms een begeleider mee, op verzoek van de cliënt zelf. Verschillende begeleiders gaven aan dat zij bij cliënten zonder indicatiebesluit behandeling van hun organisatie geen begeleiding *mogen* geven tijdens het bezoek aan de huisarts (of medisch specialist), omdat deze activiteit niet

vergoed wordt. Ook verwanten, partner of vrienden kunnen met de cliënt begeleiden op huisartsbezoek. Soms komen verwanten (mede) op verzoek van begeleiders mee, wanneer zij zelf onvoldoende tijd hebben. Soms gaat zowel een begeleider als een familielid mee.

### Rollen voor begeleiders en verwanten

Begeleiders en familieleden helpen de cliënt om zijn hulpvraag te verwoorden en om de huisarts te begrijpen. Zij kunnen extra informatie over de cliënt aandragen en de huisarts helpen de cliënt (beter) te begrijpen. Ook kunnen begeleiders en familieleden een eigen hulpvraag rond de cliënt tijdens het consult inbrengen.

### Perspectief huisartsen

De geïnterviewde huisartsen geven aan dat het consult met een patiënt met VB vergelijkbare aanpassingen in de consultvoering vraagt als andere patiënten die moeilijker kunnen communiceren (zoals sommige ouderen of kinderen). Huisartsen passen dan de communicatie aan en een deel van hen neemt zo nodig meer tijd voor het consult. Huisartsen ervaren de aanwezigheid van een begeleider (en familielid) over het algemeen als zeer ondersteunend en waardevol bij de communicatie, mits deze persoon goed geïnformeerd is over de cliënt en de klachten.

### Na afloop van het huisartsconsult

Zowel cliënten als begeleiders benadrukken de belangrijke rol van de begeleiders in het onthouden en vastleggen van de informatie uit het consult, zowel voor de cliënt zelf als voor collega-begeleiders. Begeleiders helpen verder bij het uitvoeren van behandelplan dat met de huisarts is afgesproken (regelen van (herhaal)recepten, medicatie verstrekken, gezondheidsklachten monitoren en cliënten helpen herinneren aan of helpen uitvoeren van leefstijladviezen). Ook onderhouden zij contacten met de familie en de huisarts en andere hulpverleners over de gezondheid en het welzijn van de cliënt. Verschillende begeleiders geven aan geen begeleiding te mogen bieden op deze onderdelen bij cliënten met ZPP 1, 2 en 3. Ook komt het voor dat cliënten zelf hiervoor geen toestemming geven.

### Uitvoering behandelplan

De geïnterviewde familieleden zijn betrokken bij de uitvoering van het behandelplan en het waken over de gezondheid van de cliënt. Zo kunnen zij bijvoorbeeld contact onderhouden met begeleiders om het beloop van een ziekte of aandoening te volgen, zelf vervolcontact opnemen met de huisarts, medicatie helpen uitzetten en innemen bij ambulante begeleidde cliënten, de aanvraag van hulpmiddelen coördineren, medicatie ophalen bij de apotheek en informatie en instructies verschaffen aan cliënt en begeleiders op het gebied van medicatie-inname, voeding, verpleging en verzorging.

### Is een communicatie-instrument handig voor informatieoverdracht?

Tijdens het project zijn ook de ervaringen geïnventariseerd van patiënten met VB, begeleiders en huisartsen met het Huisartsenboekje (zie [www.huisartsenboekje.nl](http://www.huisartsenboekje.nl)) (zie figuur 2 en bijlage 2) en een Communicatieformulier (zie figuur 3 en bijlage 3). Deze A4-bijlagen zijn als (per computer) invulbare pdf te downloaden van [www.sterkeropeigenbenen.nl](http://www.sterkeropeigenbenen.nl).

Vinden patiënten en huisartsen zo'n hulpmiddel om informatie over klachten op te schrijven of informatie over het consult of over de behandeling te noteren, behulpzaam? Mensen met lichte of matige VB, huisartsen, begeleiders en verwanten bevestigen dat het gebruik van een communicatiehulpmiddel nuttig is bij de overdracht van gezondheidsinformatie tijdens en rondom een consult bij de huisarts. Mensen met VB zelf vinden een hulpmiddel vooral waardevol *tijdens en na afloop van het consult*, terwijl huisartsen het met name *in de voorbereiding* van belang vinden. Begeleiders en verwanten zien vooral meerwaarde in het *overdragen van informatie na afloop*.

**Klachten opschrijven**

Mijn klachten zijn:

Mijn vragen zijn:

Ik heb geen koorts:  Ik heb koorts:  graden  
 Ik heb geen pijn:  Ik heb hier pijn:

**Deze pagina vult de huisarts in**

Dit is er aan de hand:

Dit moet je doen / moet je niet doen:

Je hoeft niet terug te komen:   
 Je moet terug komen op:

invullen door huisarts of apotheek

geen medicijnen:

deze medicijnen:	voor of na het eten				
	voor na				
	voor na				
	voor na				

Figuur 2. Huisartsenboekje. Invulbladzijden voor respectievelijk patiënt en huisarts



### Tevredenheid

Patiënten met VB die een communicatiehulpmiddel gebruikten rond een huisartsbezoek waren er in hoofdlijnen tevreden over. Personen met VB die dit niet deden, ervoeren naar eigen zeggen weinig problemen in de informatie-overdracht. Een aantal van hen vertrouwde erop dat hun begeleiders zo nodig ondersteuning zouden bieden.

### Bevorderen van gebruik

Als je kijkt naar factoren die patiënten met VB kunnen stimuleren om een hulpmiddel te gebruiken (vorm, bruikbaarheid) is een belangrijke conclusie dat het communicatie-instrument goed bij de persoonlijke voorkeuren van de potentiële gebruiker moet passen. Het instrument moet dus in verschillende formats beschikbaar zijn, zowel in digitale als papieren vorm en met méér of minder tekst of ondersteunende figuren. Toen bleek dat sommige patiënten het Huisartsenboekje als kinderachtig ervoeren, is een soberder Communicatieformulier zonder afbeeldingen nog lopende het project als alternatief voor het Huisartsenboekje ontwikkeld.

### 2.3. Wat loopt goed en waar loopt het zoal spaak?

Mantelzorgers/verwanten en begeleiders spelen een belangrijke rol bij het zorgen dat de juiste informatie over de gezondheid en klachten de huisarts (op tijd) bereikt. Mantelzorgers kunnen begeleiders ook helpen bij het signaleren en beslissen over de noodzaak om de arts te raadplegen. Er loopt veel goed, als je bedenkt hoeveel mensen en disciplines betrokken zijn bij de medische zorg aan mensen met VB en over hoeveel schijven en mensen de informatie soms noodgedwongen loopt.

Er zijn grote verschillen tussen 24-uurs begeleidde cliënten en ambulante begeleidde cliënten; de laatste groep maakt vaker zelf de afspraak en neemt ook vaker zelf de beslissing, dus zonder uitwisseling van informatie met begeleiding, om de huisarts te bezoeken. Bij ambulante begeleidde cliënten gaat minder vaak een begeleider mee. Juist voor deze groep vraagt goede medische zorg zorgvuldige aandacht van de betrokken professionals voor het borgen van de informatie-overdracht.

Over het algemeen uiten verwanten, huisartsen en begeleiders zorgen om de toekomst nu begeleiding door gemeenten vanuit de Wmo wordt geregeld. Ze vrezen de gevolgen van bezuiniging op uren begeleiding. Knelpunten en belemmeringen die zij benoemden rond het huisartsenconsult zijn samengevat in tabel 1 (blz. 13). Daarnaast komen geïnterviewden hieronder direct aan het woord.

**Communicatieformulier Huisarts**  
*Kan door cliënt én begeleiding ingevuld worden.*

**Radboudumc**  
Sterker Op Eigen Benen

**Naam:** .....  
**Geboortedatum:** .....  
**Datum:** .....

**Mijn klachten zijn:**

.....

**Wat is er eventueel al aan de klacht gedaan?:**

.....

**Welke klachten/ symptomen hoort of ziet de begeleiding?:**

.....

**Hoe kijkt je familie / je begeleiding er tegenaan?:**

.....

**Wat wil je vragen aan de dokter?:**

.....

**Bevindingen/ afspraken huisarts**  
*Kan door cliënt, begeleiding of huisarts ingevuld worden.*

**Dit is er aan de hand:**

.....

**Dit moet je doen/ moet je niet doen:**

.....

Je hoeft niet terug te komen  
 Je moet terugkomen op: .....

Figuur 3. Voor- en achterzijde van het Communicatieformulier ontwikkeld door Radboudumc en Sterker op eigen benen

## Informatie-uitwisseling

### Verwant

“Ik denk zeker dat je als familielid ook zelf je best moet doen om op de hoogte te blijven. Want je moet er niet altijd van uitgaan dat iedereen je het [de uitkomst van het consult] maar meteen vertelt. Ze kunnen aannemen ‘oh een collega heeft het verteld’ of ze hebben de rapportage net een beetje verkeerd gelezen.”

### Verwant

Over het zelf ophalen van medicatie bij de apotheek: “Dan regel ik het zelf omdat er maar een persoon op die woongroep staat en het vaak naar de volgende dag wordt uitgesteld. ... Je merkt wel dat het lastig is als je als familielid tussen die zorg komt. Ja, ik heb het toen zelf goed gedocumenteerd, maar de tweede keer heeft de coördinerend begeleider het gedaan en toen is het ja, toch niet goed op papier gezet.”

## Afspraken maken

### Praktijkassistente

“Begeleiders maken wel eens een afspraak voor drie dagen verder omdat het hún dan pas uit komt, want er is onderbezetting. En dan denk je ‘Dat kan niet! Die patiënt moet gewoon vandaag gezien worden, dat zou je bij je eigen kind ook doen, toch?’ Daar hebben we wel eens conflicten over. En dat is dan toch de onderbezetting en drukte binnen de zorgwoning.”

## Vraagverheldering en tijd

### Huisarts

“Soms zeg ik ‘Goh, kan je het zelf niet vertellen?’, van ‘Wat kom je nou hier doen?’ en dan komt er wat, maar soms komt er iets waar-ie helemaal niet voor komt. Dus dan begint-ie zelf en zegt de begeleider ‘Nee, daar kwam je niet voor. We kwamen toch voor je buik?’ - ‘Oh ja, ja’. En ja, dat laat ik dan even, maar op een gegeven moment pak ik dat ook terug, want ik heb tien minuten spreekuur dus ik kan het ook niet te lang laten lopen.”



### Cliënt

“En toen moest alles ineens snel, snel, snel, en eh, ja, dat vind ik dan af en toe niet fijn. Maar ja, dan doe ik gewoon een extra afspraak maken of zo’n dubbele afspraak.”

## Begeleiding bij het consult

### Huisarts

“Die begeleider zit d'r bij en die zegt ‘Ja, ik moest mee naar de dokter vandaag. Stond in de werkmap dat ik naar de dokter moest’. Dan zeg ik ‘Goh, waar moest je dan voor komen?’ ‘Ja, hij heeft hoofdpijn’. Dan zeg ik: ‘Kun je daar iets meer over vertellen?’ En (naam cliënt) kan natuurlijk ook niks vertellen. Dan stopt het gewoon, dan kan ik wel wat vragen gaan stellen of de bloeddruk meten, maar dan denk ik ‘Ja, ik weet niet waar het hier precies over gaat’ ”



## Communicatie met de arts

### Cliënt over consult

“Ik heb wel eens een dokter gehad, die praatte erg snel.. En dat is bij mij allemaal niet meer aangekomen. Dus die heeft het toen op een papiertje opgeschreven. En toen ben ik gelijk gegaan, dus.. Maar ja, toen ging ik wel met een raar gevoel naar huis. Want ik dacht ‘het is een beetje te snel gegaan’. Maar toen durfde ik niks te zeggen, ik weet niet hoe dat komt. Ik had niet echt gezegd van ‘praat eens wat rustiger’. Op dat moment.. ja, heb ik een beetje de kat uit de boom gekeken, dus.. Nee.. ik moet het echt.. ze moeten het echt op een rustige manier vertellen tegen mij”



### Begeleider

“En als de huisarts dan een heel verhaal vertelt, dan zie ik bij de cliënt zijn oren beginnen te tuten!”

## Bereikbaarheid

### Praktijkassistente

“Soms is het echt prettiger als een begeleider wel mee komt, want met overdracht terug is het altijd lastig. De cliënten kunnen het natuurlijk niet helemaal goed overbrengen en dan belt de begeleiding terug met ‘Wat is er afgesproken?’. Dan heb je er twee keer werk mee. Dan openen we de groene kaart en lezen we door wat de dokter heeft gezegd en opgeschreven. Soms ook niet, als hij summier dingen heeft opgeschreven of ze hebben nog meer vragen, dan kunnen we die niet beantwoorden. Dus dan gaat ‘ie dezelfde dag op ‘t telefonisch spreekuur en worden ze weer gebeld. En dan zijn ze weer niet aanwezig en dan is het weer lastig om ons te bereiken.”

### Begeleider

“Het is natuurlijk lastig hè, cliënten die dan zelf de huisarts bellen en daar zelf heen gaan, maar zich niet goed kunnen uitdrukken. Dan zou het fijn zijn als huisartsen ook goed op de hoogte zijn. Ze kunnen ons immers ook altijd bellen en vragen ‘Nou, ik heb een cliënt gehad, maar daar kwam niets uit’. Dat is een wisselwerking, dat hoeft niet alleen bij ons te liggen. Als een huisarts iemand ziet waarvan ‘ie weet dat ‘ie op deze locatie zit, dat ‘ie vraagt: ‘Vind je het goed als ik even bel?’”

## Informatie meegeven

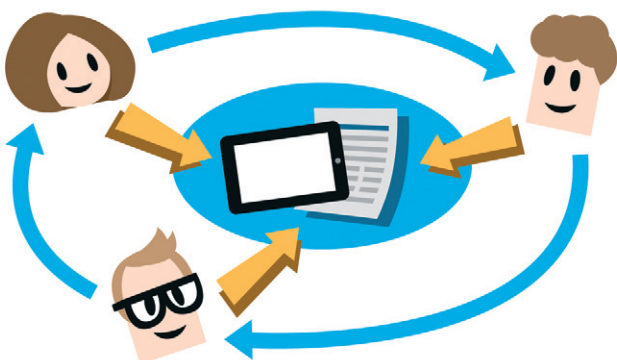


### Begeleider

Over het meenemen van een briefje naar de huisarts: “Ja, nu is het de regel dat wij mee moeten gaan. Als er een goed briefje is, dan is dat niet meer nodig. En dat geeft denk ik een goed gevoel bij die cliënten dat ze alleen kunnen. Dat zijn toch redelijk zelfstandige mensen hè. Nu zeggen ze ‘Dat kan ik niet, want dan snap ik het niet’, of ‘Ik snap het verkeerd’, dat geven ze heel duidelijk aan.”

### Huisarts

Over het meegeven van schriftelijke informatie aan de cliënt: “Dat bespaart je tijd, want soms wordt er echt wel 3, 4 keer over en weer gebeld, hè. Want dan heeft er een collega gebeld die het vergeten is op te schrijven, dus belt er een andere collega weer en wij van: ‘Ja, maar daar is gisteren al over gebeld’.. ‘ja, is daar gisteren over gebeld? O, daar is niks over opgeschreven.’”



### 3. Oplossingen

De deelnemers aan het project hebben behalve knelpunten (zie tabel 1, blz. 13) ook succesfactoren aangegeven en verbeteringsuggesties gedaan voor communicatie en samenwerking, met name direct rondom het huisartsconsult. Sommige dingen zijn moeilijk op te lossen op het niveau van het consult omdat daarvoor aanpassingen op andere plekken in het zorgsysteem nodig zijn. Bijvoorbeeld op het niveau van opleiding en training (medische training begeleiders of speciale kennis over gezondheid van of communicatie met mensen met VB voor huisartsen) of in regelgeving (begeleiding bij artsenbezoek 'zit niet in de ZZP'). Voor deze aspecten die in de werkconferentie uitgebreid aan bod zijn gekomen wordt verwezen naar het formele eindrapport van dit project of het consultatieverslag.

In dit hoofdstuk besteden wij aandacht aan de oplossingen die patiënten, begeleiders, huisartsen, praktijkassistenten in de eerste fase van het project op het niveau van het consult hebben aangedragen voor knelpunten of belemmeringen.

#### 3.1. Wat kan er beter?

##### Bewustwording

Allereerst geven betrokkenen aan dat de bewustwording van het belang van goede communicatie en afstemming tussen patiënten, begeleiders en huisartsen op zich al belangrijk is voor de kwaliteit van zorg aan mensen met VB. Door die bewustwording raken betrokkenen gemotiveerd om na te gaan wat zij zelf kunnen doen om informatieoverdracht en communicatie te verbeteren. Ze zien immers hoe dit rechtstreeks bijdraagt aan betere medische zorg en gezondheid voor mensen met VB.

##### Informatieoverdracht soepeler maken

Communicatie en informatieoverdracht zullen soepeler gaan, als de huisartsenpraktijk per patiënt met VB de informatie over de gevolgen van de VB voor ontwikkelingsniveau, communicatie- en gezondheidsvaardigheden vastlegt en onderhoudt, net als de informatie over contact (persoon) en bereikbaarheid van mensen in het steunnetwerk van de patiënt. Dat vergt een keer tijd investeren in wederzijds afstemmen en vastleggen wat de wensen zijn of wat de praktijk is in de communicatie (standaard dubbel consult, eventueel gebruik communicatieinstrument, aanwezigheid begeleider). Op deze manier bevordert je niet alleen soepele informatieoverdracht, maar bespaar je op den duur tijd en voorkom je steeds weer kleine frustraties over tijdrovend heen en weer bellen omdat bereikbaarheidstijden van enerzijds de huisartspraktijk en anderzijds de begeleiding niet aansluiten.

Verder zijn alle partijen gebaat bij een goede voorbereiding en nabespreking van het consult.

##### Eenvoudige verbeteringen met grote effecten

Dit type verbeteringen in de eerstelijnszorg aan patiënten met VB is van de categorie bescheiden inspanning, snel succes.

##### Expertise toegankelijker maken

De eerstelijnszorg kan profiteren als de gespecialiseerde VG-zorg van AVG en gedragswetenschappers beter in beeld komt en snel toegankelijk wordt voor huisartsenpraktijken en sociale wijkteams/wijkverpleegkundigen. Dat kan door goede onderlinge bereikbaarheid, snelle verbindingen en standaard achterwacht 'tussen de lijnen' te realiseren. Uit de werkconferentie bleek dat hiervoor bij alle betrokken partijen draagvlak is, naast een gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid en de bereidheid om tijd en energie te investeren in goede afspraken over afstemming en taakverdeling.



Tabel 1. Ervaren belemmeringen bij communicatie en informatieoverdracht rondom het huisartsconsult

Onderwerp	Ervaren belemmeringen en knelpunten
<b>Tijdens het consult</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Vraagverheldering en anamnese</b> tijdens het consult lukken niet altijd.</li><li>• Huisarts en/of praktijkassistente krijgen van begeleiders <b>onvoldoende informatie over de gezondheidsklachten van de cliënt</b>.</li><li>• Huisartsen nemen <b>onvoldoende tijd</b> tijdens het spreekuur.</li><li>• Huisartsen vinden het lastig om <b>gedragsproblemen van een cliënt juist te interpreteren en er oplossingen voor te vinden</b>.</li></ul> <p><b>Grote kans op medicatiefouten door:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• het niet goed (kunnen) instrueren van de cliënt over het medicatiegebruik tijdens het consult.</li></ul> <p><b>Gebrekkige overdracht kan liggen aan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Beperkingen in het <b>communicatie- en begripsvermogen bij de cliënt</b>, die ook per persoon sterk kunnen verschillen.</li><li>• <b>Gebrek aan informatie</b> bij huisartsen over het communicatieniveau van een cliënt.</li><li>• <b>Verschillen tussen huisartsen in kennis en vaardigheid</b> om met patiënten met VB om te gaan.</li></ul>
<b>Thuis (voor en na het consult)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Het lukt begeleiders (samen met de cliënt) niet altijd om <b>behandel- en leefstijladviezen goed uit te voeren</b>.</li><li>• <b>Kans op medicatiefouten</b> als gevolg van <b>gebrekkige informatieverstrekking of -overdracht</b>.</li></ul> <p><b>Andere mogelijke oorzaken:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gebrek aan medische scholing begeleiders.</li><li>• Gebrek aan tijd (voor bijvoorbeeld schrijven en lezen rapportage) en continuïteit bij begeleiders.</li></ul>
<b>Beschikbaarheid en bereikbaarheid</b>	<p><b>Begeleiders kunnen niet altijd mee naar de huisarts</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tijdgebrek</li><li>• ZZP-indicatie voorziet er niet in.</li></ul> <p><b>Communicatie tussen huisartsenpraktijk en de begeleiding kent belemmeringen</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Telefonische bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk valt veelal buiten de diensturen van de begeleiding.</li><li>• Begeleiders zijn door de huisarts vaak moeilijk te bereiken (ofwel contactgegevens zijn niet bekend, ofwel begeleider heeft geen dienst).</li></ul>
<b>Samenwerking</b>	<p><b>Onduidelijkheid</b> onder huisartsen en praktijkassistenten over verantwoordelijkheden en taakverdeling en gebrek aan kennis over de organisatie van de zorg voor mensen met VB (inclusief functie van de AVG).</p> <p><b>Informatie-uitwisseling wordt belemmerd omdat verschillende actoren in de begeleiding van mensen met VB elkaar onvoldoende/niet weten te vinden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Onzichtbaarheid naar elkaar, niet van elkaars bestaan weten.</li><li>• Niet inzien nut van onderling contact.</li><li>• Niet weten hoe contact te leggen.</li></ul> <p><b>Per zorgverlener verschillende dossier(systematiek) leidt tot:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Onvoldoende overzicht van de medische historie van een patiënt.</li><li>• Onvolledige rapportage van begeleiders over gezondheid.</li></ul> <p><b>Nadelen van vervulling van zorgtaken door verwanten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Een extra schakel in de zorgketen met daarbij risico op verlies van informatie.</li><li>• Risico van (te) grote druk op mantelzorgers.</li></ul> <p><b>Bij ambulante begeleidde cliënten</b> die in hoge mate zelf regie voeren kunnen gezondheidsrisico's ontstaan omdat de ondersteuning op het gebied van gezondheid niet passend is.</p>

## 3.2. Succesfactoren

Wat zijn bepalende factoren in het soepel laten lopen van communicatie en informatieoverdracht tussen alle betrokkenen bij een huisartsconsult?

### Tijdens het consult

#### Aanwezigheid van een begeleider/naaste bij het consult.

Hij/zij kan de hulpvraag verduidelijken aan de huisarts en andersom diens uitleg verduidelijken en helpen onthouden voor de cliënt.

*“Vaak vraag ik op de fiets naar de huisarts wat de bewoner wil dat ik doe. Meestal vragen ze de informatie helpen te onthouden en een vinger aan de pols te houden. Ik probeer hen op mijn beurt goed voor te bereiden en gerust te stellen. En soms fungeer ik als een soort tolk. Ik merk dat dit zowel voor de cliënt, huisarts als ons heel waardevol kan zijn. Je hebt elkaars medewerking nodig.”*

BEGELEIDER

**Een vertrouwensband tussen huisarts en cliënt** faciliteert goede informatie-uitwisseling in hoge mate.

*“Mijn ervaring is ook dat mensen met een beperking meer zorg vragen dan gemiddeld. Binnen onze praktijk zijn het vaak bekende gezichten. Ze zijn kwetsbaar en dat raakt me. Deze bijzondere groep ... dwingt je om in je rust terecht te komen. Juist bij deze doelgroep is het misschien wel nog belangrijker dat de patiënt zich geborgen voelt, om angst en ongerustheid te voorkomen.”*

HUISARTS

### Vooraf en na afloop van het consult

**Vorbereiding thuis van de cliënt op het huisartsenbezoek door de begeleider** en cliënt gezamenlijk, al of niet met behulp van een hulpmiddel, bevordert goede informatie-overdracht naar de huisarts en een soepel verlopend consult.

*“De voorbereiding van een huisartsenbezoek is bij iedereen anders. Soms gebruiken we het Huisartsenboekje, maar sommigen vinden dat kinderachtig. Zij willen alles het liefst zo ‘normaal mogelijk’. Eén persoon die ik begeleid is ontzettend trots dat hij zelf de informatie aan ons kan overdragen via het Huisartsenboekje. Dat is al pure winst.”*

BEGELEIDER

**Een nabespreking thuis tussen de begeleider van het consult en de cliënt** beïnvloedt de uitvoering van het behandelbeleid positief.

**Initiatief vanuit de huisartsenpraktijk** bij het volgen van de gezondheidstoestand en klachtenbeloop van een cliënt wordt door familie en begeleiders zeer gewaardeerd.

*“Afstemming tussen de huisarts, begeleider, familie en patiënt is cruciaal. Omdat het een kwetsbare groep is, heb ik vaker contact. We plannen regelmatige vaste afspraken en ik bel regelmatig om te vragen hoe het gaat. Ik merk dat dit veel onrust voorkomt.”*

HUISARTS

### Beschikbaarheid en bereikbaarheid

**Een goede telefonische en fysieke bereikbaarheid** (in de buurt van woonlocaties) van de huisartsenpraktijk is heel belangrijk.

**Het e-consult** (een beveiligde e-mailverbinding tussen de woonlocatie en de huisarts om vragen te kunnen stellen) geeft gebruikers gelegenheid informatie uit te wisselen met de meest geïnformeerde begeleider, op een moment waarop deze hiervoor beschikbaar is. Enkele praktijken werken ermee.

### Samenwerking

**Duidelijke afspraken** maken over taakverdelingen tussen alle betrokkenen en deze goed vastleggen.

**Onderling contact tot stand brengen en structureel onderhouden.**

**Goed inzicht in de organisatie van de VG-zorg bij huisartsen en praktijkassistenten.**

## 3.3. Suggesties voor verbetering

Deze suggesties zijn meegenomen naar de tweede fase van het project en vrijwel alle zijn overgenomen of uitgewerkt door de deelnemers aan de werkconferentie (zie Consultatieverslag).

### Algemeen of voorbereiding op het consult

1. **Scholing en nascholing van huisartsen** in de communicatie met mensen met VB, met name kennis over hun specifieke gezondheidsproblemen en hun (woon-)context, om hen te helpen bij vraagverheldering en anamnese. Er zijn grote verschillen tussen huisartsen wat betreft kennis en communicatievaardigheden.
2. **Cliënten trainen in het voeren van een gesprek met de huisarts.** Daarbij kunnen instructiefilmpjes goede diensten bewijzen en ook communicatiehulpmiddelen worden ingezet. Ook vaardigheden in het onderhouden en bevorderen van gezondheid (leefstijl) kunnen worden getraind.
3. **Medisch-verpleegkundige scholing en gezondheidsvoorlichting** voor begeleiders.
4. **Begeleiders scholen in de vaardigheden** die nodig zijn om cliënten te ondersteunen **bij het verwerven en onderhouden van gezondheidsvaardigheden.**

## Overdracht vooraf, tijdens en na het consult

### I. Overdracht van informatie bevorderen en verbeteren

- Liefst gaat een (goed geïnformeerde) begeleider altijd mee naar de (huis)arts, wanneer dat nodig is en de cliënt dit wenst.
- Invullen van een attentiescherm in het Huisartsen-informatiesysteem (HIS) over het ontwikkelings- en communicatieniveau van de cliënt. Hierbij kan ook informatie over de communicatie-aspecten (spreektempo, zinsbouw) of het aanbevolen gebruik van een hulpmiddel (zoals schriftelijke informatie meegeven) worden opgenomen. Begeleiders leveren deze informatie aan de huisarts.
- De rapportage bij zorgaanbieders (door begeleiding) moet beter (nauwkeuriger, vollediger). Dit vergt de beschikbaarheid van voldoende tijd voor begeleiders om rapportage te schrijven en te lezen en moderne ondersteuning (computers en goede software).
- Maak in het rapportagesysteem van de zorgaanbieder een aparte sectie met informatie over de gezondheid, waarin bezoeken aan huisarts en andere hulpverleners worden bijgehouden.

## Beschikbaarheid en bereikbaarheid

- I. **Voldoende tijd nemen tijdens het consult** met een patiënt met VB wordt erg positief gewaardeerd. **Overleg bij patiënten met VB altijd of een dubbel consult ingepland kan worden.**

*“Neem de tijd voor mensen met een beperking. In onze praktijk gaat de ‘geduldknop’ aan en proberen we ons te verplaatsen in de belevingswereld van de ander.”*

HUISARTS

2. Waar mogelijk een e-consult invoeren.

## Samenwerking

1. **Structurele samenwerking en overleg** tussen huisarts, AVG, zorgaanbieder, apotheek, gedragswetenschapper.
2. **Gedeelde dossiervorming** tussen huisarts, AVG, apotheek en eventueel gedragsdeskundige is wenselijk om fouten in de medicatie en in de overdracht tot een minimum te beperken.

## 3.4. Praktische tips

### Download de brochure Naar de huisarts!

Ten behoeve van een soepel verloop van het huisartsconsult is in dit project een folder gemaakt met tips bij het bezoek aan de huisarts: vooraf, tijdens, en na het consult. Veel van de hier beschreven verbeteringsuggesties zijn erin verwerkt. De tips zijn gerubriceerd naar tips voor huisartsenpraktijken en tips voor patiënten (en indirect voor begeleiders). De brochure is te downloaden via [www.sterkeropeigenbenen.nl](http://www.sterkeropeigenbenen.nl).

## Maak gebruik van snelle toegang tot expertise!

- Een AVG is te vinden via het netwerk van de Nederlandse Vereniging Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten NVAVG. Op [www.nvavg.nl](http://www.nvavg.nl) staat alle informatie over verwijzingsmogelijkheden.
- Bel de landelijke telefonische vraagbaak 0800 355 55 55 van zorgaanbieder 's Heeren Loo waar iedereen met een vraag terecht kan. Huisartsen en medisch specialisten kunnen tijdens kantooruren direct verbonden worden met een AVG (zie blz. 18).
- In de regio Nijmegen is er De Praktijk, één zorgloket waar (ondersteuners van) mensen met VB uit de regio terecht kunnen voor advies, diagnose of behandeling. Ook hier is een telefonische servicedesk dagelijks tijdens kantooruren bereikbaar (088 779 50 20, zie ook blz. 18).

## Bekijk de Explanation!

In het kader van het project is een filmpje geproduceerd (een Explanation), dat te zien is op [www.sterkeropeigenbenen.nl](http://www.sterkeropeigenbenen.nl)). De film verbeeldt en verwoordt heel kort en kernachtig hoe het bezoek van mensen met VB voor henzelf, begeleiding en de huisarts beter kan verlopen. Door het filmpje krijg je direct op het netvlies waar het om draait.

*‘Een bezoek aan de huisarts verloopt niet altijd even goed. Patiënten hebben soms moeite om te verwoorden wat er aan de hand is. En de uitleg van de huisarts is vaak te ingewikkeld. Begeleiders hebben niet altijd voldoende medische kennis en weten niet welke informatie de huisarts nodig heeft. De huisarts ten slotte weet niet wie er, naast de patiënt, aanspreekpunt is voor de behandeling. Deze communicatieproblemen zijn op te lossen met onze adviezen over kennis, hulpmiddelen en samenwerking. Zo zien wij het voor ons:*

**Kennis en vaardigheden voor alle partijen** - Huisartsen leren hoe te communiceren met patiënten met verstandelijke beperkingen. Mensen met verstandelijke beperkingen oefenen hoe zij een gesprek met de huisarts moeten voeren. De begeleiding verwerft basale medische vaardigheden en kennis om medische ondersteuning te kunnen bieden.

**Hulpmiddelen** - Patiënt, begeleiding en huisarts schrijven klachten en behandelingen voor elkaar op. Dit helpt informatie te delen. Ook mobiele apps zijn nuttig om bijvoorbeeld het spreekuur op te nemen of dossiers te delen.

**Organisatie en samenwerking** - Begeleiders krijgen meer tijd om mee te gaan naar de huisarts. Wanneer nodig boeken huisartsen twee keer zo veel tijd in. Voor huisartsen is het duidelijk welke partijen bij de patiënt betrokken zijn.

*Als iedereen zijn steentje bijdraagt, kunnen we de communicatieproblemen oplossen.’*

### **(Digitale) ondersteuning van communicatie**

Onderzoek de mogelijkheden. Bekijk samen met de cliënt wat hij nodig heeft om zijn klachten goed te verwoorden en om goed contact te hebben, het gesprek te voeren met de huisarts, en de informatie daaruit te onthouden en te delen met familie of begeleiding. De inzet van digitale ondersteuningssystemen kan helpen de zelfregie en autonomie van patiënten met VB te vergroten. Maak een keuze uit de beschikbare tools, zoals bijvoorbeeld het Huisartsenboekje ([www.huisartsenboekje.nl](http://www.huisartsenboekje.nl); bijlage 1), communicatieformulier (zie bijlage 2), de thuisarts.nl app ([www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl)), ZWIP ([www.ZWIP.nl](http://www.ZWIP.nl)), of Quli ([www.quli.nl](http://www.quli.nl)). Voor een totaal overzicht van hulpmiddelen wordt verwezen naar [www.sterkeropeigenbenen.nl](http://www.sterkeropeigenbenen.nl). Bespreek het met de huisartspraktijk als het gebruik van het hulpmiddel gevolgen heeft voor de informatieoverdracht.

## **Bijlagen**

- 1. Samenvatting van Naar de huisarts: formeel eindrapport**
- 2. Voorbeeld digitaal invulbare bladzijden Huisartsenboekje (A4)**
- 3. Voorbeeld digitaal invulbaar Communicatieformulier (A4)**



## 1. Samenvatting van Naar de huisarts: formeel eindrapport

Goede medische zorg aan mensen met VB vereist steeds meer afstemming en goede samenwerking tussen patiënten, huisartsvoorzieningen, (gespecialiseerde) zorgaanbieders, begeleiders en de vaak nauw betrokken familieleden of naasten: mantelzorgers.

In het project *Naar de huisarts* is gekeken hoe deze afstemming en samenwerking het beste vorm kunnen krijgen. In twee ronden van raadpleging van betrokken partijen in de eerstelijnszorg werd antwoord gezocht op de volgende vragen:

- Wat gaat goed en welke belemmeringen ervaren betrokkenen in de communicatie (m.n. in de informatieoverdracht) en samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg voor mensen met VB?
- Welke oplossingen zien wij voor de belemmeringen?
- Hoe en met welke partijen kunnen wij deze oplossingen in praktijk brengen?

### Raadpleging fase 1

Door 100 direct bij een huisartsbezoek betrokken personen te interviewen ontstond een beeld van de gang van zaken bij samenwerking en overdracht van informatie *vooraf, tijdens* en *na* een huisartsbezoek. Deze raadpleging leverde een gedetailleerd overzicht op van de onderlinge afstemmingscontacten tussen patiënten met VB zelf, verwanten of mantelzorgers, professionele begeleiders, huisartsen en praktijkassistenten. Hoewel er veel goed gaat, doen zich ook problemen voor. Betrokkenen signaleerden naast belemmeringen ook succesfactoren en droegen verbeteringen en oplossingen aan (zie hoofdstuk 2 en 3 van deze publieksversie van het formele eindrapport).

### Raadpleging fase 2

De uitkomsten van fase 1 werden voorgelegd aan 51 vertegenwoordigers van genodigde stakeholders tijdens een werkconferentie: zorgaanbieders, belangenverenigingen van mensen met VB, beroepsverenigingen, zorgkoepels, zorgverzekeraars en relevante beroepsopleidingen. De deelnemers hebben op basis van de resultaten uit de interviewronde met veel inzet en betrokkenheid gezamenlijk gekeken welke oplossingen geschikt zijn en op draagvlak kunnen rekenen. Het bleek mogelijk om aan te sluiten bij goede voorbeelden en reeds in gang gezette initiatieven. De commentaren en suggesties uit de werkconferentie kunnen naar vier thematische aandachtsgebieden worden gegroepeerd:

1. Attitude en relationele aspecten;
2. Organisatie en technologie;
3. Samenwerking en communicatie;
4. Kennis en competenties.

### Oplossingsniveaus

Oplossingsrichtingen werden voorgesteld op micro-, meso- en macroniveau van het zorgsysteem. Op het *microniveau* speelt zich de interactie tussen huisarts, patiënt en betrokkenen af die nodig is om consult succesvol te laten verlopen (voorbereiding, uitvoering en opvolging). Op *mesoniveau* gaat het om elementen en voorwaarden (bij huisartsen, zorgaanbieders, samenwerkingsverbanden en opleidingen) die een succesvol consult kunnen faciliteren en bevorderen. Op *macroniveau* gaat het om het scheppen van voorwaarden die op meso- en microniveau verbeteringen mogelijk maken, zoals aanpassing van wet- en regelgeving en bekostigingssystemen.

Een probleem op microniveau is niet altijd op microniveau op te lossen of de oplossing wordt beïnvloed of tegengehouden door processen die zich op meso- of macroniveau afspeelen. Bij het uitwerken van oplossingen vergen attitude en relationele aspecten (thema 1) op *elk* niveau aandacht. Het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (VN-verdrag) biedt hiervoor een normatief kader. Volgens dit verdrag dienen mensen met VB dezelfde toegang te hebben tot gezondheidszorg van dezelfde kwaliteit als anderen, zo nodig met extra inspanningen om hen hiertoe in de gelegenheid te stellen. Daarnaast gaat het om:

- een gedeeld verantwoordelijkheidsgevoel bij professionals en zorgorganisaties;
- respect voor eigen regie en autonomie en betrekken van de patiënt bij zijn eigen zorg.

### Speerpunten

Op de werkconferentie werden op alle niveaus verbeter-suggesties geformuleerd en in volgorde van belang en haalbaarheid gezet. De projectgroep heeft vervolgens een aantal speerpunten benoemd. Zij sluiten aan bij goede voorbeelden en initiatieven die al in gang zijn gezet en kunnen bogen op draagvlak en commitment. Uitvoering van deze speerpunten zal de kwaliteit van de communicatie en samenwerking in de nabije toekomst op een structureel hoger plan kunnen brengen.



## A. Organisatorisch

### 1. Inrichten en faciliteren van een goed bereikbaar regionaal expertiseteam

Dit team van AVG, gedragswetenschapper/GZ-psycholoog, en de praktijkverpleegkundige maakt met de huisartsvoorzieningen en eventueel de sociale wijkteams in de regio goede, sluitende afspraken over bereikbaarheid en achterwacht. Elke huisarts heeft toegang tot dit team en weet het te vinden, bijvoorbeeld door de expertiseteams met de sociale kaart voor huisartsen te verbinden (beschikbaar op [www.HAweb.nl](http://www.HAweb.nl)).

#### Goede voorbeelden

In het project '**De Praktijk, regio Nijmegen**' werken gemeenten in de regio, Zorgkantoren Coöperatie VGZ Regio Nijmegen en de zorgaanbieders Driestroom, Dichterbij, Pluryn, en 's Heeren Loo samen met de AVG-praktijk van het Universitair Gezondheidscentrum Heyendaal. Zij zijn in de regio Nijmegen beschikbaar voor vragen en consulten aan mensen met VB en hun ondersteuners (wijkteam, huisartsen) in de eerste lijn.<sup>2</sup>

**Zorgaanbieder 's Heeren Loo** faciliteert de toegankelijkheid van expertise met een **landelijke telefonische vraagbaak**.<sup>3</sup> Hier komen vragen binnen van huisartsen, gemeenten, wijkteams, instellingen, maar ook van studenten, vrijwilligers en mantelzorgers die op zoek zijn naar professionals met kennis of ervaring rond bepaalde ziektebeelden of behandelwijzen. Huisartsen en medisch specialisten kunnen van 9:00-17:00 direct een AVG spreken voor overleg over een patiënt met VB. Dit stimuleert niet alleen de toegankelijkheid van expertise maar ook de kennis van waar welke zorg of ondersteuning beschikbaar is.

### 2. Toewerken naar '1 cliënt, 1 dossier'

De beschikbaarheid van een gestandaardiseerd patiëntgebonden in plaats van zorgaanbieder gebonden gezondheidsdossier waarin hulpverleners informatie (gedeeltelijk en vaak op regie van de cliënt) delen is een voorwaarde voor doelmatige en effectieve samenwerking.

#### Goede voorbeelden

Goede voorbeelden die werken volgens dit principe en tegelijk gebruikmaken van moderne digitale ondersteuning zoals bedoeld onder speerpunt C zijn systemen zoals MijnZorgnet.nl, Keten Informatie Systemen (KIS), het Zorg- en WelzijnsInfoPortaal ([www.ZWIP.nl](http://www.ZWIP.nl)) en Quli ([www.quli.nl](http://www.quli.nl)).

## B. Kennis en competenties verbeteren

### 1. Van patiënten met VB en hun netwerk

Leren hoe je in het algemeen gezond blijft is van belang. Dat houdt o.a. ziekte-inzicht, gezondheidsvaardigheden en elementaire kennis van medicijnen en medicijngebruik in. Cursussen of trainingen met een speciale focus op de doelgroep en instructiefilmpjes om gezondheidsvaardigheden te leren zijn hiervoor wenselijk. Ook specifiek bij de voorbereiding van het bezoek aan de huisarts kunnen instructiefilmpjes goede diensten bewijzen. Voor de informatieoverdracht rondom een consult kan de inzet van communicatiehulpmiddelen worden gestimuleerd.

Voor mantelzorgers is het van belang om de toegang tot hulpmiddelen zoals instructiefilmpjes en ondersteunings-tools te faciliteren, gezien hun belangrijke rol in de informatieoverdracht en ondersteuning in het volgen van een behandelplan.

#### Voorbeeld instructiefilms

Uit dit project vloeien twee educatieve films voort die op de website [www.sterkeropeigenbenen.nl](http://www.sterkeropeigenbenen.nl) net als de andere producten van het project te zien en te downloaden zullen zijn.

### 2. Van huisartsen

Kennis van medische achtergronden en specifieke ziekten bij mensen met VB en communicatie met patiënten met VB kan worden opgenomen in de basisopleiding geneeskunde en in bij- en nascholing van huisartsen. De AVG kan hierbij een rol spelen.

#### Voorbeeld deskundigheidsbevordering

Een mooie stap is de NHG-leergang (nascholing) voor huisartsen waarbij AVG's betrokken zijn en die per 1 september 2015 van start gaat bij het Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde (een samenwerking tussen het NHG, Radboudumc (afdeling Eerstelijns geneeskunde) en zorgaanbieder 's Heeren Loo).

### 3. Van professionele begeleiders

Er kan in de agogische mbo- en hbo-opleidingen tot begeleider meer ruimte worden geboden voor de vaardigheden die nodig zijn om mensen met VB te begeleiden rond het huisartsbezoek en om gezondheidsvaardigheden te ondersteunen. Dit kan door de opleidingstermen voor deze competenties op te nemen in het kader kritische vakkennis van de VGN, en door meer praktijkverpleegkundigen VGZ op te leiden en aan te stellen binnen VG-instellingen om begeleiders te ondersteunen in de somatische zorg voor mensen met VB. Praktijkverpleegkundigen VGZ zijn in zo'n functie ideaal geplaatst om de verbinding met de huisartsenpraktijken te leggen.

<sup>2</sup> [www.depraktijknijmegen.nl](http://www.depraktijknijmegen.nl); 088 779 50 20

<sup>3</sup> 0800 3 555 555

## C. Technologische ondersteuning

### 1. Ontwikkelen van e-health apps voor cliënten

Bedoeld worden apps rondom bijvoorbeeld zelfmanagement, medicijngebruik of om een consult voor te bereiden of informatie tijdens het consult op te nemen of die over te dragen. Zulke apps kunnen worden ingebed in digitale systemen voor ondersteuning die het cliëntgebonden '1 cliënt, 1 dossier' (zie speerpunt A) dichterbij brengen.

### 2. Uitwisseling van medische informatie

Het gaat om uitwisseling van informatie uit het huisarts-informatiesysteem (HIS) met begeleiders. Dit vraagt de nodige veiligheidsmaatregelen om de privacy te beschermen en aanpassingen in de notatiewijze van de huisarts.

### 3. Beschikbaar maken van een enkelvoudig digitaal medisch patiëntendossier

Dit dient voor huisarts en AVG toegankelijk te zijn.

### 4. Grotere inzet van het e-consult

## Conclusie

Het project biedt handvatten voor een samenwerkingsmodel dat de kaders en voorwaarden omvat voor optimale communicatie, afstemming en effectieve samenwerking in de eerstelijnszorg voor mensen met VB, nu er steeds meer multidisciplinair en wijkgericht wordt gewerkt.

Dankzij het specialisme AVG beschikt de huisarts in Nederland over een collega met een potentiële liaisonfunctie. De relatief ruime beschikbaarheid in zorgorganisaties van gedragswetenschappers, paramedici en professionele begeleiders van mensen met VB is een sterk punt. Door huisartsen, wijkteams en begeleiders structureel toegang te bieden tot deze kennisbronnen kan de specialistische kennis meer ten goede komen aan de eerstelijnszorg voor mensen met VB.

### *Pijlers van een samenwerkingsmodel*

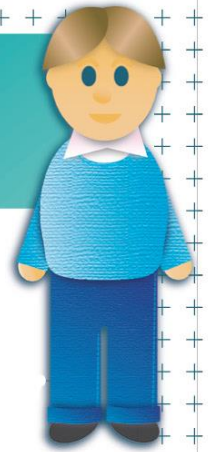
Belangrijke pijlers onder een effectief model voor samenwerking en communicatie zijn (A) organisatorische maatregelen, (B) (het vergroten van) kennis en competenties en (C) technologische ondersteuning. Zowel afzonderlijk als in combinatie kunnen ze zorgen voor effectievere informatieoverdracht en samenwerking.

Uit het project is gebleken dat veel problemen op micro-niveau zich voordoen omdat aan noodzakelijke voorwaarden op mesoniveau niet wordt voldaan (bijvoorbeeld door tekorten in kennis of competenties die al in de beroepsopleiding ontstaan). Het is daarom, mede gezien het huidige beleid dat gericht is op meer eigen regie en ambulante begeleiding, zaak om slim te investeren in aanpassingen op mesoniveau.

Aan de andere kant stellen deelnemers aan dit project dat sommige verbeteringen op microniveau relatief eenvoudig te organiseren zijn. Behalve aandacht en bewustwording zijn daarvoor vooral een gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid nodig en de bereidheid om tijd en energie te investeren in goede afspraken over afstemming en taakverdeling.

Het is erg positief dat de werkconferentie het commitment en de gezamenlijke vastberadenheid heeft opgeleverd om 'implementatiehobbels' te nemen. Daarbij gaat het met name om onderlinge bereikbaarheid, snelle verbindingen en achterwacht tussen huisartsenpraktijken, sociale wijkteams/wijkverpleegkundige en gespecialiseerde zorg zoals de AVG.

# Klachten opschrijven

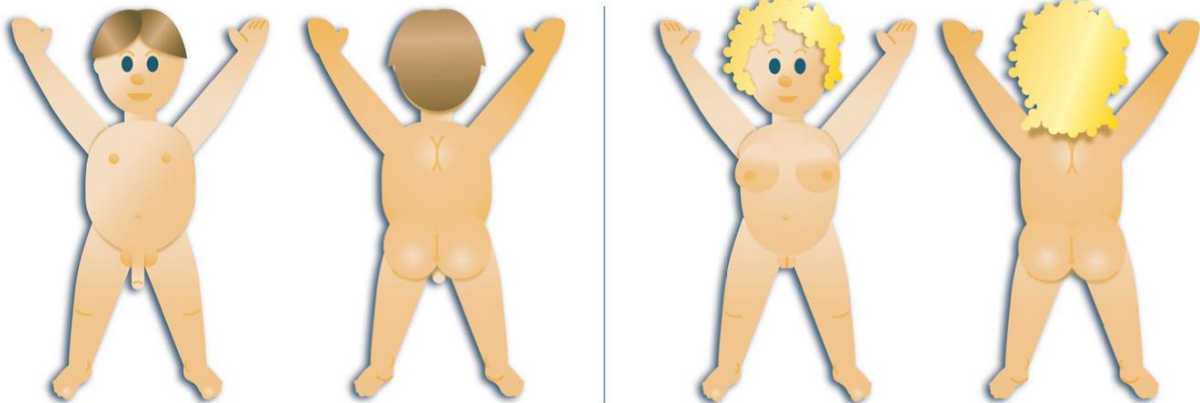


Mijn klachten zijn:

Mijn vragen zijn:

Ik heb geen koorts:  Ik heb koorts:  graden

Ik heb geen pijn:  Ik heb hier pijn:



# Deze pagina vult de huisarts in



Dit is er aan de hand:

Dit moet je doen / moet je niet doen:

Je hoeft niet terug te komen:

Je moet terug komen op:



invullen door huisarts of apotheek

geen medicijnen:



deze medicijnen:

voor  
of na  
het eten



	voor	na				
	voor	na				
	voor	na				

# Communicatieformulier Huisarts

*Kan door cliënt én begeleiding ingevuld worden.*

Radboudumc



Naam: .....  
Geboortedatum: .....  
Datum: .....

**Mijn klachten zijn:**

**Wat is er eventueel al aan de klacht gedaan?:**

**Welke klachten/ symptomen hoort of ziet de begeleiding?:**

**Hoe kijkt je familie / je begeleiding er tegenaan?:**

**Wat wil je vragen aan de dokter?:**

## Bevindingen/afspraken huisarts

*Kan door cliënt, begeleiding of huisarts ingevuld worden.*

Dit is er aan de hand:

Dit moet je doen/ moet je niet doen:

Je hoeft niet terug te komen

Je moet terugkomen op: .....

## **Radboudumc**

### **Eerstelijngeneeskunde**

Geneeskunde voor mensen met verstandelijke beperkingen

### **Meer informatie**

T (024) 365 57 46

[www.sterkeropeigenbenen.nl](http://www.sterkeropeigenbenen.nl)

### **Postadres**

Radboudumc

Geneeskunde voor mensen met verstandelijke beperkingen

Huispost 68

Postbus 9101

6500 HB Nijmegen

**Dit eindrapport en brochure met tips Naar de huisarts zijn te downloaden via**

[www.sterkeropeigenbenen.nl](http://www.sterkeropeigenbenen.nl)