

# Krachtige basiszorg breed geïmplementeerd

Ervaringen van twee jaar implementeren in grootstedelijke  
achterstandswijken

Chantal Leemrijse  
Joke Korevaar



**NIVEL**  
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Juli 2021

ISBN 978-94-6122-677-8

030 272 97 00

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

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

© 2021 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Voorwoord

Deze monitoring evalueert het proces van implementatie van Krachtige basiszorg in tien huisartsenpraktijken en gezondheidscentra in achterstandswijken van de vier grote steden. In Krachtige basiszorg, een succesvolle aanpak die in 2014-2016 is ontwikkeld door huisartsen en buurtteammedewerkers in de achterstandswijk Utrecht Overvecht, bieden professionals uit de eerstelijnszorg en het sociaal domein samen geïntegreerde persoonsgerichte zorg voor mensen met een stapeling van medische en sociaal-maatschappelijke problemen.

In 2019 kregen gezondheidscentra en huisartsenpraktijken voor een periode van twee jaar financiering van de vier achterstandsfondsen, zorgverzekeraar Zilveren Kruis en CZ om Krachtige basiszorg te implementeren.

In dit rapport worden de resultaten van interviews, vragenlijstonderzoek en bijeenkomsten gerapporteerd die in deze periode plaatsvonden. De monitoring werd gefinancierd door de achterstandsfondsen van Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht en Zilveren Kruis.

Wij bedanken alle praktijkmedewerkers die meewerkten aan dit onderzoek vanuit:

GZS Holendrecht  
GZS Banne Buiksloot  
Huisartsenpraktijk Kadoelerbreek  
Huisartsenpraktijk Ganzenhoef  
Gezondheidspunt Laakkwartier  
SHG gezondheidscentrum Spoorwijk  
GZC Lange Hille  
GC Beverwaard  
GZC Ondiep  
GZC Kanaleneiland

Evenals de begeleidingscommissie bestaande uit N. Makkes, huisarts Overvecht, F. Franke, bestuurder GAZO en R. Starmans, landelijk adviserend huisarts achterstandsfondsen.

Chantal Leemrijse en Joke Korevaar  
Utrecht, mei 2021

---

Nivel	Krachtige basiszorg breed geïmplementeerd	3
Nivel	Krachtige basiszorg breed geïmplementeerd	3

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>14</b>
1.1 Krachtige basiszorg	15
1.2 Monitoring van de pilot Krachtige basiszorg in de 4 grote steden	16
<b>2 Activiteiten die in het kader van de implementatie van Krachtige basiszorg zijn ingezet</b>	<b>18</b>
2.1 Extra formatie en scholing	18
2.2 Andere organisatie spreekuren	19
2.3 Initiatieven voor betere samenwerking in de wijk	21
2.4 Overige activiteiten	26
<b>3 Ervaringen met 4D-gesprekken</b>	<b>28</b>
3.1 Ervaringen van zorgverleners met het 4D-gesprek	28
3.2 Ervaringen van patiënten met het 4D-gesprek	29
<b>4 Werkdruk en werkplezier</b>	<b>32</b>
<b>5 Tevredenheid en zorgen</b>	<b>39</b>
<b>6 Aanbevelingen implementatie Krachtige basiszorg</b>	<b>41</b>
6.1 Starten met Krachtige basiszorg in de huisartsenpraktijk	41
6.2 Ontwikkel een visie en maak een plan	41
6.3 Betrek het gehele team	42
6.4 Zet samenwerking in de wijk op en sluit aan bij wat er al is	43
<b>7 Methoden en verantwoording</b>	<b>44</b>
7.1 Welke activiteiten zijn in het kader van de implementatie van Krachtige basiszorg ingezet?	44
7.2 Wat vinden patiënten van de 4D-aanpak?	45
7.3 Hoe ontwikkelt werkdruk en werkplezier van zorgprofessionals zich?	46
<b>Literatuur</b>	<b>49</b>

## Samenvatting

Inwoners van achterstandswijken hebben vaak te maken met zowel lichamelijke klachten als sociaal maatschappelijke problematiek, wat leidt tot complexe gezondheidsproblemen. De druk op de huisartsenzorg is hoog en gezondheidsklachten van inwoners blijven vaak bestaan als er niet ook aandacht is voor hun sociaal-maatschappelijke problematiek en afstemming plaats vindt tussen het medische en sociale domein. Dit was in de Utrechtse wijk Overvecht aanleiding om de aanpak Krachtige basiszorg te ontwikkelen, waarin professionals uit de eerstelijnszorg en het sociaal domein samen geïntegreerde persoonsgerichte zorg bieden voor mensen met een stapeling van medische en sociaal-maatschappelijke problemen.

De doelen van Krachtige basiszorg zijn: **gezondheidsverbetering van de populatie, verbetering van ervaren kwaliteit van zorg, vergroten van het werkplezier en vermindering van de werkdruk van professionals en reductie van de zorgkosten.**

Eén van de belangrijkste elementen van krachtige basiszorg is dat er structurele samenwerking is met andere professionals in de wijk en het sociale domein. Door vaste overlegmomenten en werkafspraken leren professionals in de wijk elkaar kennen, leren zij van elkaars expertise en bieden zij samen zorg op maat aan mensen met gestapelde problematiek. Een tweede belangrijk element is dat er meer tijd voor de patiënt wordt vrijgemaakt en dat professionals bij het analyseren en behandelen van gezondheidsproblemen niet alleen kijken naar het fysieke aspect van de klachten, maar met behulp van het 4D-model ook kijken naar problematiek in andere leefdoelgebieden.

Ervaringen uit Overvecht laten zien dat er door Krachtige basiszorg meer tijd is voor patiënten met complexe problematiek en dat er structurele samenwerking in de wijk is ontstaan tussen professionals uit het medische en sociale domein in de wijk. Professionals werken graag in de wijk en waarderen de lerende omgeving die door de nauwe samenwerking is ontstaan. Door Zilveren Kruis is vastgesteld dat de zorgkosten in de praktijken van Overvecht Gezond lager zijn dan die van vergelijkbare praktijken.

Deze positieve ervaringen in Overvecht van ruim acht jaar Krachtige basiszorg waren de aanleiding om in 2019 in de achterstandswijken van Amsterdam, Den Haag, Haarlem, Rotterdam en Utrecht Krachtige basiszorg op te zetten. Tien gezondheidscentra en huisartsenpraktijken kregen twee jaar extra financiering van de betreffende achterstandsfondsen, Zilveren Kruis en CZ om Krachtige basiszorg te implementeren. De praktijken mochten zelf bepalen op welke manier zij dit wilden doen en welke activiteiten zij daarbij inzetten. Het Nivel monitorde het proces van implementatie en de ervaringen van professionals en patiënten bij tien locaties in de vier grote steden met behulp van interviews, vragenlijsten en bijeenkomsten, vanuit het perspectief van de huisartsenpraktijk. Dit rapport is een verslag van de activiteiten die zijn ingezet om Krachtige basiszorg te implementeren en van de ervaringen van de professionals en patiënten. Implementatie kost tijd en in twee jaar is het niet reëel al een effect op de zorgkosten te verwachten. Daarom zijn de zorgkosten niet in de monitoring meegenomen.

In de monitor stonden drie vraagstellingen centraal:

- *Welke activiteiten hebben de huisartsenpraktijken in het kader van de implementatie van Krachtige basiszorg ingezet? Wat zijn de ervaringen van professionals uit de huisartsenpraktijk?*
- *Wat vinden patiënten en zorgverleners van het gesprek volgens het 4D-model?*
- *Hoe ontwikkelt werkdruk en werkplezier van zorgprofessionals zich in de twee jaar dat krachtige basiszorg wordt geïmplementeerd?*

De monitor laat zien dat Krachtige basiszorg ook op deze tien locaties zorgt voor meer tijd voor de patiënt waardoor hun gezondheidsproblematiek beter kan worden ontrafeld. Er is meer rust en meer werkplezier voor de medewerkers van de huisartsenpraktijk en een betere samenwerking met andere professionals in de wijk. Hierdoor zorgen professionals uit het medisch en sociale domein er samen voor dat mensen met complexe problematiek de juiste zorg krijgen. Patiënten zijn erg positief over de aanpak met het 4D-model.

## Welke activiteiten hebben de huisartsenpraktijken in het kader van de implementatie van Krachtige basiszorg ingezet en wat zijn de ervaringen?

- Met het extra budget zetten huisartsenpraktijken extra medewerkers in en scholing
- Anders organiseren van spreekuren en meer langere consulten geeft rust en meer aandacht voor de patiënt
- Wanneer met verschillende typen consulten wordt gewerkt is een goed triageschema voor assistentes belangrijk
- De optimale spreekuurinrichting is per praktijk verschillend
- Veel praktijken creëerden een nieuwe functie voor een zorgverlener in de praktijk met als specifieke taak de samenwerking met het sociale domein en de wijk
- De samenwerking in de wijk verbetert door wijkbijeenkomsten, casuïstiekbesprekingen en een extra praktijkmedewerker die de verbinding met het sociale domein vormt
- Samenwerking zorgt voor een lerende omgeving en voor betere persoonsgerichte zorg op maat
- Samenwerking vraagt continue investering en is afhankelijk van alle betrokken organisaties

De huisartsenpraktijken verschilden bij aanvang sterk van elkaar wat betreft teamsamenstelling, huisvesting, financieringsstructuur, inrichting van de spreekuren en bestaande samenwerking met zorg- en welzijnsorganisaties in de wijk. Hierdoor en door uiteenlopende behoeften van de praktijken zijn de activiteiten die in het kader van Krachtige basiszorg zijn ondernomen ook verschillend van aard, hoewel ze in alle praktijken gericht zijn op het terugdringen van de werkdruk, het creëren van meer tijd en betere zorg voor de patiënt en het verbeteren van de samenwerking met zorg- en hulpverleners in de wijk.

### Extra medewerkers en scholing in het kader van Krachtige basiszorg

Met het extra budget dat de huisartsenpraktijken in deze tweejarige pilot kregen, is bij alle locaties het aantal fte van medewerkers uitgebreid en/of zijn nieuwe medewerkers aangetrokken. Soms zijn extra huisartsen geworven, is een praktijkmanager of coördinator aangesteld en is een extra functie gecreëerd voor een medewerker die de samenwerking met de wijk heeft opgezet. De praktijken besteedden ook een deel van het budget aan scholing in het kader van Krachtige basiszorg.

### Andere organisatie spreekuren biedt meer tijd voor de patiënt

De meeste huisartsenpraktijken begonnen met het anders organiseren van de spreekuren omdat spreekuren voor de pilot vaak structureel uitliepen en huisartsen tijdens hun spreekuur voortdurend werden gestoord voor (spoed)vragen van patiënten die via de balie of telefonisch bij de assistenten binnen kwamen. Dit leidde tot hoge werkdruk voor zowel huisartsen als assistenten. Praktijken veranderden de consultduur voor alle of voor een deel van de consulten van 10 naar 15 minuten. Ook deelden zij het spreekuur in met verschillende consulttypen, zoals een regulier consult,

spoedconsult, semispoedconsult, 5 minuten inloopspreekuur en is daarnaast soms een specifieke arts ingezet voor de spoedgevallen en voor de vragen aan de balie.

### *Ervaringen nieuwe organisatie spreekuren*

Uit de evaluatie blijkt dat de juiste inrichting van de spreekuren per praktijk verschilt. De extra beschikbare tijd wordt door iedereen gewaardeerd, maar het is belangrijk dat iedere praktijk zelf uitprobeert en samen met alle medewerkers evalueert welke spreekuurvorm het beste bij de praktijk en bij hun patiëntenpopulatie past.

Voor veel huisartsen werkt het 15 minuten consult heel erg prettig. Zij ervaren veel meer rust in het spreekuur, kunnen meer aandacht besteden aan de klachten van de patiënt en daarnaast ook eens vragen naar andere dingen die spelen in iemands leven dan alleen de fysieke gezondheid. Dit levert een betere relatie met de patiënt op en het spreekuur loopt minder vaak uit. Bij enkele praktijken bevalt het 5 minuten inloopspreekuur goed, maar andere praktijken schaften het enige tijd na invoering weer af, omdat er teveel patiënten op zo'n kort consult terecht kwamen met klachten die eigenlijk veel meer tijd nodig hadden. Hoewel de meeste huisartsenpraktijken heel erg blij zijn met het systeem van een spoedarts, is dit bij een enkele praktijk weer stopgezet omdat de huisartsen in de maatschap er in verschillende mate gebruik van maakten. Het is dus belangrijk dat er binnen de gehele praktijk draagvlak is voor ingezette veranderingen.

Een andere inrichting van het spreekuur heeft ook directe gevolgen voor de assistentes. Een langere consultduur betekent dat het spreekuur minder uitloopt, wat minder boze patiënten aan de balie oplevert. Het heeft echter ook tot gevolg dat er minder patiënten per dag kunnen worden gezien en dat patiënten langer moeten wachten voordat zij een afspraak krijgen, wat soms op onbegrip stuit. Een spreekuur met verschillende typen consulten betekent dat de assistentes middels triage moeten bepalen welke patiënt welk consult nodig heeft en of de patiënt bij de eigen huisarts of de spoedarts moet komen. Een goed triage schema en ondersteuning van de assistentes bij het toepassen ervan is dan ook belangrijk. Assistentes vinden het prettig dat echte spoed patiënten direct kunnen worden gezien wanneer er een spoedarts aanwezig is. Zij kunnen zelf ook vragen stellen aan deze spoedarts en hoeven de andere huisartsen daardoor minder vaak te storen.

### **Door samenwerking in de wijk betere zorg voor patiënten met complexe problematiek**

De huisartsenpraktijken intensiverden op verschillende manieren de samenwerking met andere zorgverleners en hulpverleners uit het sociaal domein, om een omgeving te creëren waarin professionals uit verschillende domeinen van elkaar kunnen leren en waarin zij gezamenlijk betere zorg aan patiënten met complexe problematiek te kunnen bieden.

Praktijken organiseerden verschillende typen kennismakingsbijeenkomsten, variërend van één op één gesprekken met organisaties waarmee nog weinig wordt samengewerkt tot grotere wijk-brede bijeenkomsten om kennis te maken met alle relevante organisaties uit de buurt. Er werden tevens casuïstiekbesprekingen opgezet waarbij een diverse groep zorg- en hulpverleners aan de hand van een anonieme casus kennis maakten met elkaar en met elkaars expertise. Op deze manier delen professionals elkaars ervaring en kennis over complexiteit en worden werkafspraken gemaakt. Veel praktijken creëerden een extra of nieuwe functie voor een zorgverlener in de praktijk die als specifieke taak heeft de samenwerking en verbinding met het sociale domein en de wijk op te zetten. In sommige praktijken kreeg een al aanwezige POH, praktijkverpleegkundige of specialistisch verpleegkundige hiervoor extra uren en in andere praktijken is hiervoor een nieuwe medewerker geworven.

Bij een aantal gezondheidscentra waren al professionals van andere organisaties op dezelfde locatie aanwezig en andere praktijken initieerden dit in het kader van Krachtige basiszorg. Dat kan bijvoorbeeld gaan om een buurtteammedewerker, een welzijnscoach of een maatschappelijk werker die een dagdeel op de praktijk aanwezig is. Doordat iemand van een andere organisatie fysiek aanwezig is, leert men elkaar en elkaars expertise beter kennen en is samenwerking en doorverwijzen van patiënten laagdrempelig.

### *Ervaringen samenwerken in de wijk*

De ervaringen met de geïntensiveerde samenwerking zijn positief. Huisartsen zijn veel beter op de hoogte van de aanwezige zorg- en hulpverleners in de wijk en weten beter wat zij aan expertise te bieden hebben. De samenwerking en de wijkbijeenkomsten zorgen voor extra motivatie en mogelijkheden van de zorgverleners in de praktijk en in de wijk om goede zorg te leveren voor kwetsbare patiënten. Door de kennismaking en de bijeenkomsten hebben de huisartsenpraktijken meer vaste aanspreekpunten bij andere organisaties en dat werkt veel beter dan wanneer zij via een algemeen adres contact moeten leggen.

De medewerker die zich specifiek op de samenwerking met de wijk en het sociale domein toelegt (of dit nu een POH-er, een praktijkverpleegkundige of een andere functie is), is voor veel hulpverleners uit de wijk laagdrempeliger bereikbaar dan een huisarts. Hierdoor is het dus niet alleen zo dat er vanuit de huisartsenpraktijk meer contact wordt gezocht met de partners in de wijk, maar wordt de praktijk ook gemakkelijker gevonden door professionals uit de wijk. Huisartsen en andere praktijkmedewerkers vinden dat er door deze betere samenwerking met de professionals uit de wijk en het sociaal domein meer tijd en aandacht voor de patiënt is en dat er betere zorg op maat kan worden geboden.

De samenwerking met de wijk en het sociale domein verloopt (nog) niet overal vlekkeloos, maar de huisartsenpraktijken zijn tevreden met de vorderingen die zij door de extra tijd en ruimte hebben kunnen maken voor het opbouwen en verstevigen van hun netwerk. Het opzetten van samenwerking vraagt veel tijd en een continue investering, ook doordat het verloop van medewerkers en contactpersonen bij andere organisaties groot is. De COVID-19 pandemie bemoeilijkt de fysieke bijeenkomsten en samenwerking, hoewel veel bijeenkomsten online zijn voortgezet. De praktijken ervaren veel voordeel van het feit dat zij voorafgaand aan deze crisis al met veel partners in de wijk kennis maakten en dat er al een aantal samenwerkingsafspraken zijn gemaakt. Zonder deze contacten en samenwerkingsafspraken had de zorg voor patiënten met complexe problematiek er in deze COVID-19 pandemie volgens de huisartsen heel anders uitgezien. De mate waarin de samenwerking goed verloopt is ook afhankelijk van het commitment en de (financiële) mogelijkheden van de organisaties in de buurt om samen te werken. De wens om samen te werken is op de werkvloer zeker aanwezig, maar dit moet ook op bestuurlijk niveau worden gedragen. De gescheiden financiering van het medisch en sociaal domein werkt soms belemmerend, net als financiële, organisatorische of capaciteitsproblemen bij andere organisaties. In dat kader uiten de huisartsenpraktijken met name hun zorgen over de beperkte capaciteit van de GGZ. Dat is al langere tijd een probleem, maar neemt toe nu veel mensen uit de achterstandswijken hun gezondheid en sociaal-maatschappelijke situatie ten gevolge van de COVID-19 pandemie zien verslechteren.

### **Krachtige basiszorg biedt ook ruimte voor specifieke activiteiten**

Alle huisartsenpraktijken werkten aan scholing, organisatie van de spreekuren, samenwerking in de wijk en het voeren van 4D gesprekken. Daarnaast ontwikkelden praktijken soms ook specifieke activiteiten, passend bij Krachtige basiszorg, waarvan er een aantal in de evaluatie zijn meegenomen.



Zo introduceerde een van de praktijken zogeheten miniteams, waarin een assistent een huisarts en een praktijkondersteuner gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de zorgtaken rond een specifieke groep patiënten (bijvoorbeeld het goed in kaart brengen van mensen met diabetes, kwetsbare kinderen of ouderen). Een andere praktijk richtte zich samen met de partners in de wijk op het beter herkennen en begeleiden van patiënten met licht verstandelijke beperkingen. Een derde praktijk zette een eigen interne scholing op voor de assistentes met betrekking tot complexiteit en Krachtige basiszorg.

## 4D-gesprek geeft beter inzicht in complexe problematiek en wordt door patiënten gewaardeerd

- Huisartsen krijgen door het 4D-gesprek veel extra informatie over hun patiënt en meer begrip
- Na een 4D-gesprek is de inhoud van vervolggconsulten minder somatisch gericht
- Huisartsen verwijzen na een 4D-gesprek minder naar de 2e lijn en meer naar de 0e en 1e lijn
- Patiënten waarderen de aandacht voor hun gehele leefsituatie
- Patiënten weten na een 4D-gesprek beter wat zij aan hun problemen kunnen doen

Alle praktijken hielden '4D gesprekken'. Hierin wordt de complexe problematiek van de patiënt ontrafeld met behulp van het 4D model. Samen met de patiënt wordt in kaart gebracht in welke van de vier leefdomeinen (lichamelijk, geestelijk, sociaal en maatschappelijk) problemen zijn en waar het juist goed gaat. De bedoeling is om zo een overzicht te krijgen van de klachten van de patiënt en hun samenhang, en duidelijk te krijgen op welke terreinen er zorg of hulp moet worden ingezet, en met wie daarin kan worden samengewerkt. De gesprekken vragen meer tijd dan wat de huisarts regulier tot zijn of haar beschikking heeft en de patiënt heeft zo gelegenheid wat langer over zijn of haar gezondheidsproblemen en leefomstandigheden te praten. In enkele praktijken voeren de huisartsen dit gesprek in andere praktijken doet een andere medewerker (bijvoorbeeld de POH-GGZ) dit.

### *Ervaringen met 4D gesprekken*

Huisartsen en andere zorgverleners zijn heel positief over het 4D gesprek. Zij vinden dat het veel extra informatie oplevert en dat ze meer begrip krijgen voor hun patiënt. De huisartsen ervaren dat de inhoud van de vervolggconsulten na een 4D gesprek soms ook anders is. Mensen bij wie hun sociaal-emotionele problemen zich vaak als lichamelijke symptomen uiten (somatiseren) komen niet meer zo vaak terug met een herhaalde vraag om een verwijzing of behandeling, maar om de stand van zaken bij bijvoorbeeld het geldzaken loket of bij maatschappelijk werk te bespreken. Door de klachten van de patiënt rustig uit te kunnen leggen en de invloed die andere factoren daarop hebben, denken de huisartsen dat zij de patiënt minder vaak verwijzen. Wanneer zij verwijzen is dat meer naar fysiotherapie, maatschappelijk werk of welzijn verwijzen, en minder naar de 2e lijn. Huisartsen denken ook dat het 4D gesprek het samen beslissen stimuleert. Enkele huisartsen geven aan dat zij door het voeren van 4D gesprekken nu ook in hun reguliere consulten meer aandacht besteden aan de verschillende leefdomeinen.

Patiënten die een 4D gesprek hebben gehad geven aan dat zij het prettig vonden om langer dan normaal over hun klachten en situatie te kunnen praten en dat er niet alleen naar hun gezondheidsklachten wordt gekeken maar ook naar andere dingen wordt gevraagd. Zij denken dat de zorgverlener hun klachten en problemen daardoor beter begrijpt en dat zij ook zelf meer inzicht hebben gekregen in hun klachten. Zij weten daardoor beter wat zij samen met hun zorgverlener aan hun problemen kunnen gaan doen. Er zijn geen verschillen in ervaringen van patiënten die met hun huisarts of met een andere zorgverlener hebben gesproken.

## Krachtige basiszorg vermindert de werkdruk en verhoogt het werkplezier

- Er is meer werkplezier dan twee jaar terug en dit is het meest zichtbaar bij de huisartsen
- Praktijkmedewerkers vinden dat zij hun patiënten vaker de juiste zorg kunnen bieden
- Werkdruk wordt sterk beïnvloed door de COVID-19 pandemie

Bijna de helft van de praktijkmedewerkers heeft na twee jaar Krachtige basiszorg meer werkplezier, met name huisartsen ervaren dit verschil. Samenwerking met andere collega's verhoogt het werkplezier en in 2021 geven meer medewerkers aan dat zij voldoende tijd hebben voor noodzakelijk overleg en samenwerking met collega's of andere zorgverleners. Krachtige basiszorg heeft een positieve invloed op het werkplezier van de praktijkmedewerkers, terwijl het werkplezier door de COVID-19 pandemie afneemt.

Een derde van de medewerkers ervaart minder werkdruk dan twee jaar geleden maar ook een derde juist meer. Bij de tweede meting in 2021 hebben praktijkmedewerkers minder vaak het gevoel dat zij hun patiënten tekort doen doordat zij te weinig tijd hebben, of doordat zij niet de juiste zorg kunnen bieden. Ook geven meer medewerkers aan dat zij ondanks de drukte genoeg tijd voor zichzelf en de mensen om hen heen overhouden. Assistentes geven dit minder vaak aan dan de andere praktijkmedewerkers. Meer medewerkers voelen zich gesteund door hun organisatie ten opzichte van twee jaar geleden. Over het algemeen heeft Krachtige basiszorg een werkdruk verlagend effect, terwijl de COVID-19 pandemie de werkdruk verhoogt.

## Huisartsenpraktijken omarmen Krachtige basiszorg, maar hebben zorgen voor de toekomst

- Er is veel bereikt en huisartsenpraktijken willen niet meer terug naar de oude werkwijze
- Er zijn zorgen over de financiering om de langere consultduur en samenwerking te behouden en te borgen
- Een goed en stabiel assistententeam krijgen en behouden is moeilijk
- Capaciteitsproblemen bij organisaties in de wijk maken samenwerking soms moeilijk

De huisartsenpraktijken zijn heel erg tevreden met wat er de afgelopen jaren bereikt is en willen niet meer terug naar de oude manier van werken. Genoemd worden de verbeterde werksfeer, toegenomen betrokkenheid van het team, beter passende zorg voor kwetsbare patiënten en goede samenwerking in de wijk. Ook de werkdruk die altijd erg hoog is in de achterstandswijken is verminderd. Mede door de COVID-19 pandemie zijn een aantal ontwikkelingen wel minder snel gegaan dan gehoopt.

De grootste zorgen van de praktijken liggen op het gebied van de financiering. Wanneer de financiering terug gaat naar het niveau van voor de pilot Krachtige basiszorg, zullen er minder huisartsen en assistentes kunnen werken, is het wellicht niet meer mogelijk de gecreëerde functie voor samenwerking in de wijk te financieren en gaan de extra tijd voor de patiënt en geïntensiverde samenwerking in de wijk weer verloren. Wanneer er geen 4D-gesprekken meer kunnen plaatsvinden en de consulten korter worden, vrezen de huisartsen dat de zorgconsumptie weer toeneemt. Ook zijn zij bang dat de teamspirit er onder zal lijden, de werkdruk weer zal verhogen en het werkplezier afneemt.

Daarnaast zijn er zorgen over het kunnen behouden van een stabiel team van medewerkers. Het is moeilijk een stabiel team van huisartsen en waarnemers te behouden, terwijl huisartsen steeds meer taken krijgen en de effecten van de COVID-19 pandemie voor hun kwetsbare populatie groot zijn. De langere consulten maken het werken voor huisartsen en waarnemers aantrekkelijker.

Met name bij de assistentes is sprake van een hoge uitval door uitstroom en ziekte. Om goede assistentes te behouden is het volgens de huisartsen nodig om hen ontwikkelingsmogelijkheden te bieden en een beter salaris. Specifieke scholing en inhoudelijke taken voor de assistentes in het kader van Krachtige basiszorg kunnen hierin mogelijk een rol spelen, maar lossen het probleem niet volledig op.

De praktijken realiseren zich dat de ingezette verandering in werkwijze en de samenwerking blijvend onderhoud vragen. Door tijdsdruk is het soms moeilijk de 4D-gesprekken te blijven inplannen. Door de COVID-19 pandemie zijn enkele gelegde contacten weer verwatert of is er geen gelegenheid geweest om met alle relevante organisaties fysieke overlegmomenten en samenwerkingsafspraken te realiseren. Door organisatorische veranderingen, financieringstekorten of personeelwisselingen vallen soms vaste contactpersonen weer weg en wordt het samenwerken lastiger. Daarnaast zijn er zorgen over de capaciteit van de organisaties in de wijk, vooral op het gebied van GGZ die met een toename in het aantal mensen met psychische problemen steeds langere wachtlijsten heeft.

## Conclusie

In de relatief korte tijd waarin Krachtige basiszorg is geïmplementeerd, ontstond er meer tijd voor de patiënt met complexe problematiek, werken professionals in de wijk vaker samen om deze patiënten de juiste zorg te bieden en is het werkplezier van de professionals toegenomen. Patiënten waarderen de 4D-gesprekken. De uitdaging is om Krachtige basiszorg na deze succesvolle start verder te ontwikkelen en te bestendigen.

## Randvoorwaarden en aanbevelingen bij de implementatie van Krachtige basiszorg

Om de organisatie van de zorg te veranderen onderscheiden we vijf proceselementen die in balans moeten zijn om veranderingen succesvol door te voeren: visie, belang, plan, middelen en competenties (model van Knoster, 1991). De aanbevelingen die uit het onderzoek naar voren komen zijn goed in deze vijf proceselementen van het model in te passen en zijn tevens terug te vinden in de toolkit Krachtige basiszorg ([www.toolkitkrachtigebasiszorg.nl](http://www.toolkitkrachtigebasiszorg.nl)).

### **Ontwikkel een gedragen visie en stel prioriteiten**

Voor de implementatie van Krachtige basiszorg is het relevant om eerst een visie op goede zorg voor kwetsbare patiënten en samenwerking in de wijk te ontwikkelen en deze met het gehele team door te spreken. Door vervolgens samen met alle praktijkmedewerkers in kaart te brengen waar de grootste knelpunten liggen in de wijk en waar de knelpunten en sterke kanten liggen wat betreft praktijkvoering, tijd voor patiënten en samenwerking, kunnen prioriteiten voor Krachtige basiszorg worden bepaald. Prioriteiten zijn belangrijk omdat alles tegelijk aanpakken niet werkt.

### **Betrokken team met een gedeeld belang bepaalt het succes van Krachtige basiszorg**

Een belangrijke randvoorwaarde die veel huisartsenpraktijken noemden is een betrokken team dat bereid is om hun werkwijze te veranderen en wil investeren in betere zorg voor kwetsbare patiënten en in samenwerking met de wijk. Een coördinator of praktijkmanager die tijd heeft om de 'kar te trekken' werkt goed, maar het is wel belangrijk om alle praktijkmedewerkers vanaf het begin te betrekken bij de plannen voor Krachtige basiszorg en taken te verdelen. Dat wil niet zeggen dat iedereen actief over alles mee hoeft te denken, maar wel dat medewerkers regelmatig op de hoogte worden gehouden van plannen en ontwikkelingen en dat zij weten waarom bepaalde activiteiten plaatsvinden en belangrijk zijn. Het werkt motiverend om te beginnen met kleine veranderingen die relatief snel zichtbare resultaten opleveren. Het samen vieren van successen is belangrijk om iedereen betrokken te houden en het belang te laten zien. De betrokkenheid van assistentes bij Krachtige basiszorg is een aandachtspunt en kan verhoogd worden door hen meer inhoudelijke taken te geven.

### **De cyclus van plan maken, uitvoeren, monitoren en bijstellen is belangrijk**

Passend bij de visie en de gekozen prioriteiten is het belangrijk om een plan op te zetten met concrete doelen die passen bij de praktijk, het team en de omgeving. Zonder concreet plan komen activiteiten niet goed van de grond, maar het plan hoeft zeker ook niet tot in detail te worden uitgewerkt. Een gedetailleerd plan opstellen kost erg veel tijd en van tevoren is lastig te bepalen hoeveel tijd bepaalde activiteiten precies zullen kosten en hoe ze zullen uitwerken omdat er veel factoren een rol spelen, ook buiten de huisartsenpraktijk. Het is beter te starten en in de praktijk te ervaren hoe de plannen uitpakken.

Daarbij is het belangrijk om de resultaten en gevolgen van veranderingen in werkwijze te monitoren, met alle medewerkers te bespreken en de plannen en activiteiten zo nodig aan te passen. Verandering in werkwijze heeft vaak effect voor meerdere medewerkers in de praktijk. Wat werkdruk verlagend is voor het spreekuur van de huisartsen, kan voor assistentes juist werkdruk verhogend zijn. De introductie van een nieuwe functie in de praktijk kan gevolgen hebben voor de werkzaamheden of taakverdeling van andere, al langer aanwezige medewerkers. Bespreken van deze effecten is belangrijk.

**Extra middelen zijn nodig voor samenwerking en om meer tijd voor de patiënt te creëren**

**Extra budget geeft rust en ruimte om te innoveren**

Wellicht de belangrijkste randvoorwaarde voor de implementatie van Krachtige basiszorg is het extra budget dat de praktijken ter beschikking hadden om extra formatie in te zetten. Dit gaf de noodzakelijke relatieve rust en de ruimte om te kunnen investeren in betere zorg voor de patiënt en in samenwerking in de wijk. Om te kunnen werken aan vernieuwingen is het essentieel dat de reguliere praktijkvoering goed loopt.

**Een specifieke functie om contacten te leggen met het sociaal domein werkt goed**

Het aanstellen van een specifiek persoon die de tijd heeft om contacten te leggen met het sociaal domein en de samenwerking aan te gaan met organisaties in de wijk werkt goed. Deze persoon kan de verbinding vormen tussen het medische en sociale domein. Wanneer er iemand nieuw voor deze functie wordt aangenomen is het handig als deze persoon reeds een eigen netwerk in de wijk heeft, bijvoorbeeld vanuit een eerder werkveld. Daarnaast is het belangrijk om een duidelijke functieomschrijving te maken, die ervoor zorgt dat iedereen weet wat er van elkaar verwacht mag worden. Tenslotte is het belangrijk dat alle praktijkmedewerkers de meerwaarde van een dergelijke, vaak nieuwe, functie binnen de praktijk onderschrijven.

**Bijeenkomsten en casuïstiekbespreking faciliteren kennismaking en samenwerking**

Bijeenkomsten in de wijk met professionals vanuit het medische en sociale domein en gezamenlijke casuïstiekbespreking werken goed om elkaar persoonlijk te leren kennen, elkaars expertise te ontdekken en samenwerkingsafspraken te maken. Het is daarbij belangrijk om indien mogelijk aan te sluiten bij al bestaande samenwerkingsverbanden en overlegmomenten in de wijk en te zoeken naar gedeelde motivatie en frustratie. Verder van tevoren vastgelegde data, een duidelijk doel, een agenda en iemand die de afspraken notuleert werken goed.

**Korte lijnen tussen professionals van verschillende organisaties in de wijk zijn belangrijk**

Voor de organisaties waar veel mee wordt samengewerkt werkt het goed om vaste contactpersonen en aanspreekpunten te hebben die worden overgedragen indien een medewerker vertrekt, zodat de lijnen om contact te leggen kort zijn. Andere disciplines uit de wijk die een dagdeel op de praktijk aanwezig zijn (zoals buurtteammedewerkers, welzijnswerkers) bevorderen inzicht in elkaars werkveld en zorgen ervoor dat men van elkaar leert. Het maakt samenwerking en verwijzing van patiënten laagdrempeliger en bevordert terugkoppeling over het verloop.

**Competenties**

Scholing in Krachtige basiszorg en het 4D-model en het begrijpen van complexiteit geeft inzicht en draagt bij aan de teamvorming. Timing van deze scholing is belangrijk. Wanneer medewerkers op de hoogte zijn van de visie van de praktijk en de toekomstplannen in het kader van Krachtige basiszorg, zullen zij gemotiveerder zijn en ook begrijpen waarom de scholing op dat moment relevant is. Specifieke scholing voor assistentes om complexe problematiek te herkennen en te begrijpen, helpt hen bij de triage en houdt hun actief betrokken bij Krachtige basiszorg.

# 1 Inleiding

Transities in de zorg hebben geleid tot een grotere druk op de eerstelijns zorg. Ziekenhuiszorg wordt steeds meer korte zorg waarbij voor- en na traject thuis plaatsvinden en door de transitie naar de gemeenten en de instelling van de buurtteams komt psychosociale problematiek meer naar de wijk toe. De ouderenzorg is van verzorgingshuis verplaatst naar thuis en toelating tot klinische verpleeghuiszorg is veel moeilijker geworden (Smits et al., 2017). Deze veranderingen hebben voor iedere huisartsenpraktijk gevolgen, maar de gevolgen zijn voor de vaak toch al overbelaste huisartspraktijken in achterstandswijken extra groot omdat zij een patiëntenpopulatie met complexe problematiek hebben.

Inwoners van achterstandswijken zijn relatief vaak eenzaam, laag opgeleid, vaker afhankelijk van een laag inkomen of een uitkering en hebben vaker schulden. Inwoners hebben meer lichamelijke, psychische en sociaal maatschappelijke problemen (Stringhini et al. 2017; Barnett et al., 2012; GGD Amsterdam, 2015). Vaak worden deze problemen besproken met de huisarts omdat deze voor iedereen gemakkelijk toegankelijk is. Huisartsen zijn echter medisch geschoold en hebben als primaire verantwoordelijkheid om de medische problemen van de patiënt te behandelen. Zij zijn inhoudelijk onvoldoende toegerust om ook de psychosociale en maatschappelijke problematiek van de patiënt aan te pakken, maar kunnen wel een belangrijke rol spelen in de signalering ervan en zorgen voor een adequate verwijzing naar een andere (zorg)professional. Voorwaarde daarvoor is dat huisartsen de middelen en kennis hebben om de problematiek van patiënten uiteen te rafelen in medische of lichamelijke, psychische, sociale en maatschappelijke factoren. Daarnaast is het essentieel dat zij goed zicht hebben op de zorg- en hulpverleners in de wijk naar wie zij kunnen verwijzen en met wie zij kunnen samenwerken. Zowel het uiteenrafelen van de vaak complexe problematiek van de patiënt als het hebben van goede samenwerking en een goed netwerk, kosten tijd. Huisartsen in achterstandswijken komen echter structureel tijd te kort. Het gevolg is dat de gezondheidsproblemen van patiënten niet altijd goed genoeg kunnen worden opgelost, de patiënt het vertrouwen in de zorg verliest en er soms onnodige kosten worden gemaakt (Leemrijse & Schoenmaker, 2016). Ook voor zorgverleners zelf is dit een frustrerende situatie. Gezondheidscentra en huisartsenpraktijken in achterstandswijken worden in toenemende mate geconfronteerd met overbelaste huisartsen en ondersteunend personeel, en hebben moeite nieuwe collega's te vinden.

De geschetste problemen waren in de Utrechtse wijk Overvecht de aanleiding om Krachtige basiszorg te ontwikkelen waarin professionals uit de eerstelijnszorg en het sociaal domein samen geïntegreerde persoonsgerichte zorg bieden voor mensen met een stapeling van medische en sociaal-maatschappelijke problemen. Ervaringen uit Overvecht laten zien dat er binnen Krachtige basiszorg meer tijd is voor patiënten met complexe problematiek en dat er structurele samenwerking in de wijk is ontstaan tussen professionals vanuit zowel het medische domein als het sociaal domein in de wijk (Leemrijse, Bitter & Korevaar, 2020). Op verschillende manieren en momenten is door Zilveren Kruis gekeken naar de zorgkosten en deze waren in de praktijken van Overvecht Gezond lager dan die van vergelijkbare praktijken (Kringos et al., 2016). Het werkplezier in de wijk is hoog (Leemrijse et al., submitted).

Tien huisartsenpraktijken en gezondheidscentra uit achterstandswijken van de vier grote steden hebben voor een periode van twee jaar extra financiering gekregen van zorgverzekeraar Zilveren Kruis, de grootstedelijke achterstandsfondsen en Zorgverzekeraar CZ om 'Krachtige basiszorg' in een pilot te implementeren. De praktijken mochten zelf bepalen op welke manier zij dit wilden doen en

welke activiteiten zij daarbij inzetten. De implementatie van Krachtige basiszorg in deze pilot wordt gemonitord door het Nivel.

## 1.1 Krachtige basiszorg

Krachtige basiszorg is ontwikkeld door huisartsen en buurtteammedewerkers in de achterstandswijk Utrecht Overvecht en wordt omschreven als ‘een nieuwe manier van kijken, leren en doen door alle professionals op gebied van zorg, sociaal welzijn en preventie in de wijk’ (Krachtige basiszorg, 2017; toolkitkrachtigebasiszorg.nl). De doelen van Krachtige basiszorg zijn een betere gezondheid van de populatie, verbetering van de ervaren kwaliteit van zorg, reductie van kosten en vermindering van werkdruk van zorgprofessionals (Bodenheimer et. al. 2014).

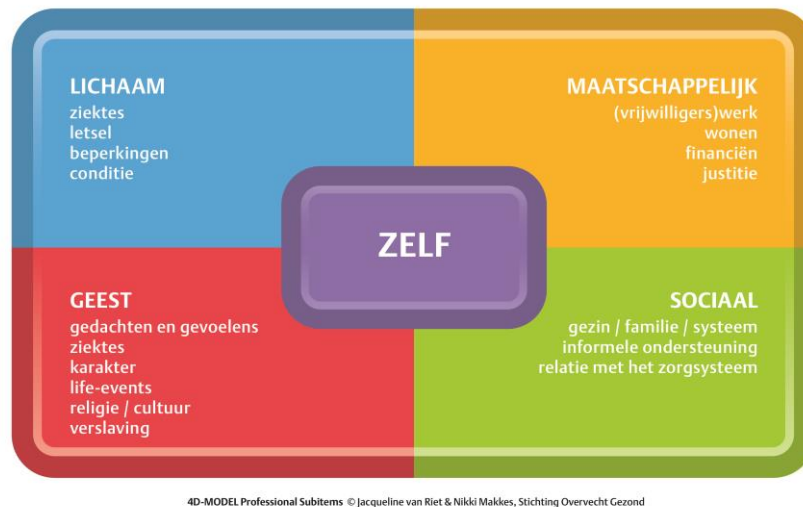
Krachtige basiszorg richt zich op bewoners met hoge gezondheidsrisico’s en problemen in meerdere leefdomeinen. In de huisartsenpraktijk ligt de focus op het anders inrichten van de zorg, de organisatie en de samenwerking.

Eén van de elementen van krachtige basiszorg is dat er (tijdens het consult) meer tijd voor de patiënt wordt vrijgemaakt en dat professionals bij het analyseren en behandelen van gezondheidsproblemen niet alleen kijken naar het fysieke aspect van de klachten, maar ook naar problematiek in andere leefdomeinen (psychisch, sociaal en maatschappelijk). Als deze aspecten niet bij de anamnese en behandeling worden betrokken, is de kans groot dat de gezondheidsklachten blijven bestaan. Deze analyse, die met behulp van het 4D-model (Volte, 2015) kan worden uitgevoerd, vraagt specifieke kennis van de professionals en is alleen zinvol als voor de gevonden problemen vervolgens ook gerichte zorg kan worden ingezet. Dit vraagt om een netwerk van zorg- en hulpverleners in de wijk die proactief en structureel samenwerking met elkaar zoeken. Deze structurele samenwerking met andere professionals in de wijk en het sociale domein is een tweede belangrijk kernelement van Krachtige basiszorg. Daarbij zijn vaste overlegmomenten en werkafspraken essentieel en binnen krachtige basiszorg wordt tijd geïnvesteerd in het elkaar persoonlijk leren kennen zodat zorgverleners elkaar gemakkelijk kunnen bereiken, bijvoorbeeld via vaste aanspreekpunten in de wijk. Vaak heeft een POH of praktijkverpleegkundige een centrale rol in de samenwerking en vormt de verbinding tussen huisartsenpraktijk en zorgverleners in de wijk.

### 1.1.1 Het 4D-model

Het 4D-model deelt problemen en hulpvragen in vier leefdomeinen: fysiek, psychisch, sociaal en maatschappelijk in. Van het 4D-model is een papieren formulier beschikbaar dat de zorgverlener samen met de patiënt kan invullen. Door (gezondheids)problemen in deze 4 domeinen uiteen te rafelen ontstaat een overzicht over de klachten van de patiënt en hun samenhang en wordt duidelijk op welke terreinen er zorg of hulp moet worden ingezet en met wie dus moet worden samengewerkt. Dit 4D-model is daarmee niet alleen bruikbaar bij het verhelderen van de hulpvraag, maar is tevens een hulpmiddel in de interactie tussen professional en patiënt, en in de samenwerking tussen professionals in het medische en sociale domein onderling.

Figuur 1. Het 4D-model (Jacqueline van Riet & Nikki Makkes, Stichting Overvecht Gezond)



## 1.2 Monitoring van de pilot Krachtige basiszorg in de 4 grote steden

In deze monitoring zijn verschillende methoden gebruikt om het proces van implementatie te volgen en ervaringen van patiënten en zorgmedewerkers in kaart te brengen (zie ook hoofdstuk 7). In het kader van de pilot is in iedere praktijk een huisarts-coördinator aangesteld. Met deze coördinator Krachtige basiszorg is in de eigen praktijk een startinterview en gehouden vervolgens vulden zij om de paar maanden een korte vragenlijsten met open vragen in. Deze vragen gingen in de op de activiteiten die in het kader van Krachtige basiszorg door iedere deelnemende praktijk zijn ingezet zoals: meer tijd per consult, minder patiënten per dag per huisarts, andere organisatie spreekuren, scholing in het werken volgens Krachtige basiszorg en het 4D-model, houden van 4D-gesprekken, casuïstiekbesprekingen en structurele samenwerkingsafspraken met andere professionals en organisaties in de wijk. Daarnaast werd gevraagd hoe zij het werken volgens Krachtige basiszorg en het 4D-denken binnen het gehele team levend hielden, waarover zij tevreden waren en wat de zorgen waren.

Naast de activiteiten die door iedere deelnemende praktijk zijn ingezet, ontwikkelden praktijken ook eigen specifieke activiteiten in het kader van de implementatie van Krachtige basiszorg. Elke praktijk koos een of twee activiteiten uit waarover een andere medewerker binnen de praktijk (zoals huisartsen, POH, assistentes of praktijkverpleegkundigen) open vragenlijsten invulde. Dat kon gaan over het voeren van 4D-gesprekken, het opzetten en onderhouden van de samenwerking met andere zorg- en hulpverleners in de wijk of over een specifieke activiteit zoals bijvoorbeeld het werken in miniteams, een project voor mensen met een licht verstandelijke beperking of wandelgroepen met mensen met complexe problematiek.

Ook zijn enkele telefonische interviews gehouden. Halverwege en aan het einde van het project kwamen vertegenwoordigers (veelal huisartsen, praktijkmanagers en POH-ers) van alle betrokken huisartsenpraktijken bij elkaar om hun ervaringen te delen.

Patiënten die een 4D-gesprek hadden gevoerd met hun zorgverlener vulden een korte schriftelijke vragenlijst in over hun ervaringen. Ervaren werkplezier en werkdruk is bij alle praktijkmedewerkers geëvalueerd door middel van twee schriftelijke vragenlijsten, de eerste bij aanvang van de implementatie van Krachtige basiszorg en de tweede twee jaar later.



## Vraagstellingen

- Welke activiteiten hebben de huisartsenpraktijken in het kader van de implementatie van Krachtige basiszorg ingezet? Wat zijn de ervaringen van professionals uit de huisartsenpraktijk?
- Wat vinden patiënten en zorgverleners van het gesprek volgens het 4D-model?
- Hoe ontwikkelt werkdruk en werkplezier van zorgprofessionals zich in de twee jaar dat krachtige basiszorg wordt geïmplementeerd?

## 2 Activiteiten die in het kader van de implementatie van Krachtige basiszorg zijn ingezet

De praktijken kozen verschillende activiteiten en veranderingen die zij voor hun praktijk passend vonden voor de implementatie van Krachtige basiszorg. In alle praktijken waren de activiteiten gericht op meer tijd en betere zorg op maat voor de patiënt met gestapelde problematiek, meer samenwerking van de huisartsenpraktijk met andere zorg- en hulpverleners in de wijk en minder werkdruk.

### 2.1 Extra formatie en scholing

De extra financiering die de tien huisartsenpraktijken kregen zetten zij onder andere in om extra formatie te creëren voor huisartsen, praktijkondersteuners (POH-ers) en doktersassistenten. De meeste praktijken creëerden een specifieke functie om de verbinding tussen de huisartsenpraktijk met het sociaal domein en de partners in de wijk op te zetten. Dit betrof soms een uitbreiding van uren voor een bestaande functie zoals POH-GGZ, POH-ouderen, praktijkverpleegkundige of verpleegkundig specialist, en soms zochten praktijken specifiek een nieuwe medewerker. Veel praktijken stelden een overkoepelende programmamanager aan en/of een huisarts als coördinator om de implementatie van Krachtige basiszorg te coördineren.

Een deel van het budget is ingezet voor scholing. Zo volgden praktijkmedewerkers scholing met betrekking tot Krachtige basiszorg en het werken met het 4D- model, maar ook op het gebied van laag geletterdheid, patiënten met licht verstandelijk beperkingen (LVB), omgaan met agressie in de praktijk, van Ziekte en Zorg naar Gezondheid en Gedrag (ZZ naar GG) en op het gebied van positieve gezondheid.

Soms zetten de praktijken zelf specifieke scholing op voor de assistentes, zoals casuïstiek-besprekingen aan de hand van een voor hen bekende patiënt om hen mee te nemen in de gedachtegang van Krachtige basiszorg. Het kan dan gaan over iemand die heel vaak belt, of iemand die iedere week bloeddruk laat meten terwijl die altijd goed is. Er wordt besproken wat daar allemaal achter kan zitten, zoals angst of eenzaamheid en hoe assistentes hiermee om kunnen gaan. Bijvoorbeeld door een gesprekje aan te knopen, of door mensen voor bepaalde klachten bij de POH-GGZ op het spreekuur in te delen en niet (altijd) bij de huisarts.

#### *Ervaringen*

Scholing helpt om de medewerkers mee te nemen in de gedachtegang van Krachtige basiszorg. Het geeft inzicht geven en draagt ook bij aan de teamvorming. De ervaring is dat scholing het beste werkt als de medewerkers hiervoor goed gemotiveerd zijn en ook begrijpen waarom de scholing op dat moment relevant is. Wanneer medewerkers nog niet op de hoogte zijn van de visie van de praktijk en de toekomstplannen in het kader van Krachtige basiszorg, heeft een scholing minder nut. De assistentes vinden de interne scholing leuk omdat zij op deze manier ook inhoudelijk worden betrokken.

## 2.2 Andere organisatie spreekuren

De spreekuren werden bij veel praktijken anders ingedeeld door de consultduur aan te passen en door een vaste arts (per dag) in te zetten die de spoedvragen van patiënten opvangt en de assistenten ondersteunt bij (de organisatie van) het spreekuur.

### 2.2.1 Andere consultduur

Een deel van de hoge werkdruk die voorafgaand aan de pilot bij met name huisartsen bestond, werd veroorzaakt door volle spreekuren die vaak uitliepen. De reguliere consulttijd van 10 minuten was vaak te kort om de kern van het probleem van de patiënt te achterhalen, of indien nodig een andere zorg- of hulpverlener te raadplegen. Dit zorgde niet alleen bij de huisartsen voor een hoge werkdruk maar ook bij de doktersassistentes die klachten van de patiënten over het uitlopen van het spreekuur kregen. Een 10 minuten consult betekende ook dat bij mensen met complexe gezondheidsproblemen vaak te weinig tijd was om de problemen te ontrafelen en optimale aandacht aan de patiënt te besteden.

Eén van de eerste dingen die veel praktijken in het kader van Krachtige basiszorg daarom door voerden was een andere indeling van het spreekuur, met als doel meer tijd per patiënt beschikbaar te hebben en de werkdruk voor de huisartsen te verlagen.

Een aantal praktijken verlengden alle consulten van alle huisartsen naar 15 minuten, terwijl andere praktijken ervoor kozen dit alleen bij bepaalde consulten te doen en verder de standaard consultduur van 10 minuten te handhaven. Meerdere praktijken voerden een inloopsprekkuur met consulten van 5 minuten in, waarin korte enkelvoudige vragen van patiënten worden gezien zonder dat zij daarvoor een afspraak hoeven te maken.

Huisartsen hebben onderling soms een andere voorkeur voor de indeling van de spreekuren en daarom zijn er ook praktijken die de consulten per huisarts verschillend in deelden. Voor een deel van de huisartsen werden alle consulten langer en bij andere huisartsen een deel van de consulten. Huisartsen die met de standaard consultduur bleven werken kregen een spreekuurvrij dagdeel om zaken als verwijzingen of intercollegiaal overleg te regelen.

#### *Ervaringen*

Een aantal huisartsen vond dat het wel even duurde voordat het langere consult echt ‘in hun systeem zat’ en voordeel opleverde, maar zij ervaren de langere consultduur uiteindelijk als heel positief. Een groot voordeel is dat de spreekuren minder snel uitlopen, wat rust geeft bij de huisartsen en assistentes. Er komen minder boze patiënten aan de balie wat het werkplezier van de assistentes verhoogt. Het langere consult maakt dat er aan het einde van de dag minder regeltijd nodig is voor telefoontjes, verwijzingen of digitaal overleg. Zoals één van de huisartsen opmerkt:

*“sinds jaren (!) heb ik aan het eind van de dag geen digitale overlegjes meer en is mijn digitale en papieren postvak aan het einde van de dag bijna leeg”*

Andere huisartsen die in plaats van langere consulten een *consultvrij dagdeel* hebben vinden het juist fijner om alle ‘regel-dingen’ of overleg met collega’s op die vaste, structureel in de agenda gereserveerde tijd te plannen en rustig af te handelen.

De huisartsen vinden dat complexiteit van problemen beter tot zijn recht komt in een langer consult. In een langer consult kunnen zij de fysieke klacht bekijken maar ook aandacht besteden aan bijvoorbeeld familieomstandigheden, ervaren stress, of navragen of de eerder afgesproken intake bij

de GGZ al loopt. Er is soms ruimte om samen met de patiënt telefonisch te overleggen met bijvoorbeeld het Buurtteam of de maatschappelijk werker. In een langer consult is meer tijd om uit te leggen welke vervolgstappen logisch zijn en dat de patiënt bijvoorbeeld beter naar de fysiotherapeut kan gaan voor ademhalingsoefeningen dan naar de cardioloog voor een ECG. De huisartsen denken dat de kwaliteit van zorg hierdoor verbetert en zij beter onderbouwde volgordeprojecten kunnen inzetten. Hoewel dit in deze relatief korte pilot nog niet met cijfers kan worden onderbouwd, geven verschillende huisartsen aan dat er minder verwijzingen zijn. Als er wordt verwezen zijn dat minder verwijzingen naar de 2e lijn en meer naar bijvoorbeeld maatschappelijk werk of naar de POH-GGZ. Ook ervaren zij dat patiënten minder vaak terug komen, of terug komen met de “zaken die er toe doen”, zoals het verloop van het traject bij de schuldhulpverlening in plaats van hoofdpijn. Ook de 4D-gesprekken die in hoofdstuk 3 worden besproken spelen hierbij een belangrijke rol.

### ***Aandachtspunten***

Doordat de consulten langer zijn is er op het spreekuur plaats voor minder patiënten en moeten patiënten soms langer wachten op een afspraak. Door het extra budget konden wel extra huisartsen worden aangenomen maar soms is het lastig hen te vinden. Extra huisartsen betekent ook extra praktijkruimte, wat niet overal gemakkelijk is te realiseren.

Door verschillende consultduren te hanteren ontstaat er vaak (impliciet of expliciet) een indeling van spoed/semi-spoed consulten, reguliere korte consulten, reguliere lange consulten en vijf minuten consulten voor enkelvoudige klachten. Dit heeft gevolgen voor de assistentes die via triage bepalen welk type consult is aangewezen voor de klachten van de patiënt en dit ook aan de patiënt moeten uitleggen. Patiënten oefenen soms druk uit om op dezelfde dag nog bij hun eigen huisarts terecht te kunnen, ook als daar op grond van de klachten geen medische reden voor is. Een duidelijk triage systeem op papier, zoals enkele praktijken hebben ontwikkeld, kan daarbij helpen, evenals een huisarts bij de balie die indien nodig kan ondersteunen bij de triage (zie § 2.1.3).

De vijf minuten consulten zijn lastig in te plannen omdat complexe problematiek voor assistentes moeilijk is in te schatten en deze patiënten daardoor soms toch op een vijf minuten consult terecht komen. Een goede signalering en voor assistenten zichtbare registratie van complexiteit kon in deze relatief korte pilot nog niet worden gerealiseerd. Het vergt vervolgens discipline van de huisartsen om de tijd te beperken en alleen te kijken naar één enkelvoudige klacht, en de patiënten te vragen een nieuwe afspraak te maken als er meer problemen zijn. Wat voor enkele huisartsen hielp was om het vijf minutsprekuren staand te voeren, maar er zijn ook praktijken die mede om dit soort redenen ook weer stopten met de korte inloopsprekuren. Verschillende praktijken stopten tijdelijk met het inloopsprekuren in verband met de COVID-19 pandemie, omdat patiënten niet meer zomaar mogen binnenlopen.

De evaluatie laat zien dat voor de spreekuren geen indeling bestaat die voor iedere praktijk het beste werkt. Het is daarom belangrijk dat iedere praktijk verschillende varianten uitprobeert en samen met alle medewerkers evalueert welke spreekuurindeling het beste bij de praktijk en de patiëntenpopulatie past. Een goed zichtbare signalering en registratie van complexiteit in het HIS zoals in Overvecht is gerealiseerd, zou in alle praktijken behulpzaam kunnen zijn.

### **2.2.2 Inzet regie- of coördinatie- of spoedarts**

Huisartsen gaven voorafgaand aan de implementatie van Krachtige basiszorg aan dat zij tijdens hun spreekuur vaak werden gestoord voor vragen van patiënten die bij de assistentes binnen kwamen. Daarom introduceerden verschillende praktijken het systeem van een vaste arts (per dag) die zoveel mogelijk de spoedvragen van patiënten op vangt. Er worden verschillende termen gebruikt voor deze huisarts (spoedarts, regiearts, overlegarts, coördinerend arts) die vaak niet alleen de spoedgevallen

opvangt, maar ook beschikbaar is voor overleg met de assistenten. Deze arts kan hen helpen bij vragen van patiënten aan de balie of telefoon en kan de assistentes zo ook ondersteunen bij de triage zodat het bedachte systeem van spreekuurindeling beter klopt. In enkele praktijken is deze spoedarts altijd dezelfde persoon en in andere praktijken wisselt deze functie tussen alle huisartsen. Bij enkele praktijken bestond de functie van spoed- of overlegarts al langer en andere praktijken hebben deze functie ingevoerd in het kader van de pilot Krachtige basiszorg.

### ***Ervaringen***

Over het algemeen zijn de ervaringen met de spoedarts positief. Huisartsen merken dat zij minder worden gestoord tijdens het spreekuur voor vragen van de assistentes en dat er minder spoedvisites zijn. Het spreekuur loopt hierdoor minder vaak uit. Patiënten zijn tevreden dat ze sneller worden gezien en kunnen aangeven als ze alleen hun eigen dokter willen zien. Assistentes kunnen door de spoedarts patiënten die gezien moeten worden makkelijker plaatsen en hoeven de huisartsen minder te storen tijdens het spreekuur. Dat dit ook de werkdruk voor assistentes verlaagt wordt geïllustreerd door het volgende citaat:

*“Doordat we een spoedarts hebben kunnen we de patiënten een spoedplek aanbieden zodat ze niet meer een week of langer hoeven te wachten. We hoeven niet continue nee te zeggen wat heel vervelend was” (assistente)*

In veel praktijken overlegt de spoedarts op gezette tijden met de assistentes en kunnen zij inhoudelijke vragen stellen. Hierdoor ontwikkelen de assistentes hun kennis en voelen ze zich meer betrokken bij de zorg.

### ***Aandachtspunten***

Het inzetten van een spoedarts had zeker in het begin tot gevolg dat de andere huisartsen zich meer moesten inlezen in het patiëntendossier als hun patiënt door de spoedarts was gezien, om na te gaan of zij zelf een vervolgvraag moesten inzetten of dat de spoedarts dat al had gedaan. Voor de assistentes is het door het werken met een spoedarts wel eens lastig om te bepalen wanneer de eigen huisarts of wanneer de spoedarts moet worden aangesproken bij vervolgafspraken. Enkele praktijken spraken daarom af dat de spoedarts ook de vervolgafspraken in de gaten houdt, dat gaat beter.

Een van de gezondheidscentra waarin verschillende huisartsenpraktijken bij elkaar zitten, stopten met de functie van spoedarts omdat huisartsen er in verschillende mate gebruik van maakten. Een deel van de huisartsen en assistentes was heel positief over het systeem, terwijl anderen er weinig of geen gebruik van maakten. Dus net als bij de spreekuurindeling geldt dat het over het algemeen even tijd kost voordat door uitproberen van verschillende methoden een goede invulling van de functie van spoed- of regiearts is gevonden.

## **2.3 Initiatieven voor betere samenwerking in de wijk**

Alle huisartsenpraktijken richtten zich in het kader van Krachtige basiszorg activiteiten op een verbetering en/of intensivering van de samenwerking met andere zorg- en hulpverleners in de wijk. De centra verschillen sterk in de mate waarin zij voor de implementatie van Krachtige basiszorg al samenwerkten met de professionals buiten de praktijk en in hoeverre zij al betrokken waren bij overlegstructuren in de wijk. In een aantal praktijken werd reeds intensief samengewerkt met andere zorg en hulpverleners en is er een jaaragenda met daarin alle overlegmomenten. Bij andere

praktijken was begin 2019 nog maar net een begin gemaakt met kennismaking en overleg over eventuele samenwerking met andere organisaties in de wijk, of was dat 'in de planning opgenomen'. Bij enkele praktijken waren de verschillende zorgdisciplines en hulpverleners vanuit het sociaal domein al onder één dak aanwezig. Omdat de uitgangspositie bij de tien deelnemende praktijken zo sterk verschilde, zijn ook de ingezette activiteiten verschillend van aard.

#### *Uitwisselen contactgegevens en opzetten sociale kaart*

Meerdere praktijken die nog weinig structureel samenwerkten met andere zorg- en hulpverleners uit de wijk, begonnen met het uitwisselen van contactgegevens van verschillende zorg- en hulporganisaties in de wijk en het opzetten van een sociale kaart. Een andere praktijk is met de medewerkers met een busje door de wijk gegaan om verschillende zorg- en welzijnsorganisaties en initiatieven in de wijk te bezoeken en te kijken wat deze voor hun patiëntenpopulatie kunnen betekenen.

#### *Regelmatige lunchafspraken*

Andere praktijken maakten tweewekelijkse lunchafspraken waarvoor zij organisaties uit de wijk waarmee nog weinig werd samengewerkt één voor één uitgenodigden. Bij deze vooral informatieve bijeenkomsten zijn voornamelijk mondelinge samenwerkingsafspraken gemaakt, maar de bedoeling is wel om in het kader van krachtige basiszorg vaste samenwerkingsafspraken te maken met deze partijen uit het sociale domein en deze ook op papier te zetten.

#### *MDO's en 3-gesprekken*

Meerdere praktijken investeerden in meer MDO's (multidisciplinair overleg) en 3-gesprekken (patiënt, huisarts en bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige of buurtteammedewerker). Hoewel het primaire doel van deze gesprekken vaak is om de specifieke patiënt verder te helpen, is het ook een goede gelegenheid om andere zorg- of hulpverleners en hun expertise leren kennen.

#### *Samenwerkingsbijeenkomsten en casuïstiekbespreking met meerdere disciplines uit de wijk*

In twee van de vier steden zochten de huisartsenpraktijken meer samenwerking met de andere praktijk die ook bij Krachtige basiszorg betrokken is. Zij zetten activiteiten samen op en delen taken, kennis, ervaring en netwerk. De praktijken organiseren samen regelmatig bijeenkomsten met alle huisartsen uit de wijk, praktijkondersteuners, thuiszorgmedewerkers, maatschappelijk werk, welzijnscoaches en andere hulpverleners uit de wijk zoals GGZ, ouder-kind-team, veilig thuis etc. Het doel van deze bijeenkomsten is nadere kennismaking en met elkaar bespreken wat er allemaal speelt in de wijk.

Door als vast onderdeel van de bijeenkomsten casuïstiek te bespreken maakt iedereen kennis met elkaar en met elkaars expertise. Aan de hand van een anonieme casus bekijken de aanwezigen wie erbij betrokken was, wie misschien betrokken had moeten worden, wat er al dan niet goed ging in de zorg rondom deze patiënt en welke lessen kunnen worden geleerd. Op deze manier leren professionals welke collega's uit de wijk zij kunnen betrekken bij hun patiënten/cliënten. Uit deze casuïstiek-besprekingen ontstaan vaak samenwerkingsafspraken of worden bestaande afspraken aangescherpt.

In een van de andere praktijken ging voorafgaand aan de startbijeenkomst een (waarnemend) huisarts een op een langs bij organisaties in de buurt om zowel van de professionals van de werkvloer als van het management commitment te krijgen.

### *Wijkmarkt om gemaakte protocollen voor te leggen*

Een andere praktijk hield een Wijkmarkt waarbij zij door de huisartsenpraktijk en JGZ samen gemaakte protocollen en afspraken aan relevante wijkprofessionals voorlegden op specifieke thema's zoals huilbaby's, taalontwikkeling, recidiverende luchtweginfecties. Alle huisartspraktijken maakten kennis met een vast contactpersoon bij JGZ en het plan is om regelmatig met deze persoon te evalueren hoe de samenwerking loopt en wat er kan of moet worden aangepast. Iedere praktijk in de wijk vulde deze onderlinge werkafspraken passend bij hun eigen praktijk in.

### *Andere zorg- of hulpverlener met spreekuur in de praktijk*

Verschillende praktijken zetten 1,5 lijnsprekuren met specialisten ziekenhuis. Ook organiseerden praktijken een inloopsprekuren van bijvoorbeeld maatschappelijk werk, buurtteam of medewerker van welzijn op recept op de huisartspraktijk. Dit maakt het gemakkelijker om een patiënt door te verwijzen of samen te werken. De huisarts of POH kan met de patiënt meelopen naar medewerker van welzijn op recept en blijft beter op de hoogte van het verloop van deze verwijzing doordat iedereen elkaar persoonlijk kent en ziet.

### *Ervaringen*

De ervaringen met de geïntensiveerde samenwerking zijn unaniem positief. Dat wil niet zeggen dat de samenwerking overal altijd soepel loopt, maar iedereen is blij met de gemaakte vorderingen.

*“Nu er door Krachtige basiszorg iets meer tijd en ruimte beschikbaar is om kennis te maken met de partners in de wijk, blijken er vaak meer organisaties te zijn dan we wisten. We ervaren ook veel positieve reacties uit de wijk nu we ons meer op samenwerking richten. Na de eerste kennismaking waarbij mensen elkaars gezicht even hebben gezien volgt direct al meer contact en samenwerking”(huisarts).*

Bij de bijeenkomsten met meerdere disciplines uit de wijk is het even zoeken naar de meest optimale vormgeving en het optimale aantal deelnemers. Het is enerzijds goed om contact te houden met veel verschillende organisaties en hulpverleners, maar de besprekingen moeten wel toegevoegde waarde hebben voor alle deelnemers en deelnemers moeten een wederzijds belang hebben bij kennismaking en samenwerking. De bijeenkomsten kunnen bijvoorbeeld worden ingedeeld met een mix van vaste deelnemers en deelnemers die af en toe worden uitgenodigd wanneer een bepaald onderwerp op de agenda staat. Het helpt verder als de bijeenkomsten op vaste tijdstippen plaatsvinden die ver van tevoren bekend zijn, een goede agenda hebben, een voorzitter en een notulist.

*“Het feit dat je weet dat er iets over opgeschreven is maakt dat je weer even gaat kijken hoe het ook alweer zat en wat de bedoeling is “(huisarts).*

De betrokken zorgverleners waarderen de casuïstiekbesprekingen die volgens hen tot betere zorg voor de patiënt leiden:

*“De casuïstiekbesprekingen met verschillende disciplines geven veel inzicht in elkaars werkwijze en geeft zicht op relevante verwijzingsmogelijkheden. Er ontstaat een meer open houding naar elkaar en naar de wijk. De besprekingen brengen ook problemen in samenwerking in kaart en die leiden weer tot betere samenwerkingsafspraken. Voor patiënten wordt een beter onderbouwd vervolgtraject ingezet als je de kennis van andere professionals kunt nemen” (POH-generalist).*

Bij een van de praktijken stopte het inloopsprekuren voor maatschappelijk werk op de praktijk en was dit direct merkbaar, zoals in onderstaande citaat wordt geïllustreerd.

*“De maatschappelijk werker zat eerst in de praktijk waardoor er één duidelijk aanspreekpunt was en de overdracht heel gemakkelijk en vaak ‘warm’ plaats vond. Patiënten gingen (bij voorkeur) zelf, maar het was voor de POH gemakkelijk navragen of iemand was aangekomen. Indien nodig ging de POH mee, ook als de casus erg ingewikkeld was of er een voorbespreking nodig was. De POH kreeg altijd wel terugkoppeling. Helaas is de MW nu (hopelijk tijdelijk) niet meer in de praktijk aanwezig en dat is direct merkbaar”. Het is nu weer even lastig dat de POH met meerdere personen bij maatschappelijk werk te maken heeft. De feeling met elkaar raakt snel weer een beetje kwijt. De bedoeling is zeker om weer een vast aanspreekpunt in de praktijk te hebben”(coördinator Krachtige basiszorg)*

### **Aandachtspunten**

De samenwerking die is ontstaan moet onderhouden worden omdat iedereen een drukke agenda heeft, het verloop van professionals bij sommige organisaties groot is en ook de COVID-19 pandemie effect heeft op de onderlinge contacten. Veel overlegbijeenkomsten worden online voortgezet, maar niet met alle organisaties gaat het online overleg altijd goed.

*“We hebben heel erg ingezet binnen de Krachtige basiszorg op de persoonlijke professionele relatie met partners in het sociale domein. We merken echter dat de personele wisselingen zeer groot zijn. We ervaren weinig continuïteit binnen het sociaal maatschappelijke veld. Het is goed mogelijk dat dit de laatste tijd extra beïnvloed is door Covid-19. In mindere mate de personele wisselingen, wel het onderlinge contact. Er wordt veel thuisgewerkt vanwege Covid-19, mensen zijn lastiger bereikbaar en ook bij het doorverwijzen van (nieuwe) patiënten verloopt dit de laatste tijd stroever dan toen er minder thuis werd gewerkt” (POH-sociaal).*

De mate waarin de samenwerking goed verloopt is ook afhankelijk van het commitment en de (financiële) mogelijkheden van de organisaties in de buurt om samen te werken en de gescheiden financiering van het medisch en sociaal domein werkt soms belemmerend.

*“Het kwetsbare is de commitment op bestuurlijk niveau bij de netwerkpartners. Uitvoerende netwerkpartners willen wel maar Krachtige basiszorg is nog geen onderdeel van hun taakomschrijving. We zijn erg benieuwd als iemand ziek is of weg gaat, of er dan een vervanging is” (huisarts).*

Financiële, organisatorische of capaciteitsproblemen bij andere organisaties maken de samenwerking soms moeilijk. Zowel bij de basis GGZ als bij de gespecialiseerde GGZ zijn lange wachtlijsten en veel patiënten worden nu opgevangen door de POH-GGZ, die daar eigenlijk niet voor is. Dit is volgens de huisartsen zeer zorgelijk, zeker nu veel mensen uit de achterstandswijken hun gezondheid en sociaal-maatschappelijke situatie ten gevolge van de COVID-19 pandemie zien verslechteren.

### **2.3.1 Nieuwe functie als verbinding tussen medisch en sociaal domein**

Verschillende praktijken wezen specifiek een medewerker aan om de samenwerking met de wijk op te zetten en de verbinding tussen het medische en sociale domein te leggen. Soms kreeg de POH-GGZ of praktijkverpleegkundige die al in de praktijk aanwezig was deze rol en sommige praktijken creëerden een aparte functie zoals ‘POH-sociaal domein’ of POH-maatschappelijk’ of POH-Krachtige basiszorg. Enkele huisartsenpraktijken zochten speciaal een nieuwe medewerker die vanuit een vorige werkkring (bijvoorbeeld maatschappelijk werk) al een eigen netwerk had in de wijk, zodat deze persoon de samenwerking met de wijk niet vanaf nul hoeft op te zetten. In een van de steden is



een wijkverpleegkundige vanuit een thuiszorgorganisatie gedetacheerd om deze verbindende functie te vervullen.

In meerdere praktijken is de medewerker die de samenwerking met de wijk opzet ook degene die op verzoek en onder verantwoording van de huisarts de 4D-gesprekken voert met patiënten. Wanneer de huisarts zelf al veel weet van de patiënt kan de vraag dan bijvoorbeeld concreet zijn om samen met de patiënt te kijken welke hulp uit het sociale of maatschappelijke veld zou aansluiten bij de problemen van de patiënt. Maar de vraag kan ook zijn om eens uitgebreid te kijken naar wat er allemaal speelt rond een patiënt, of om alle zorg en ondersteuning die iemand krijgt nu eens goed te inventariseren omdat het overzicht ontbreekt. De bevindingen uit het gesprek worden mondeling of via het HIS terug gekoppeld met de huisarts. Dan wordt gekeken welk vervolg nodig is en wie dat op gaat pakken, de huisarts, of in andere gevallen kan degene die het 4D-gesprek heeft gevoerd (de POH, praktijkverpleegkundige of andere functie) ook zelf doorverwijzen naar zorg in de wijk, zoals naar maatschappelijk werk of buurtteam.

### *Ervaringen*

Het werkt goed om één persoon specifiek de taak te geven om de samenwerking met de wijk op te zetten. De huisartsen en de andere medewerkers in de praktijk krijgen meer zicht op de collega's en hulpverleners in de wijk en in het sociaal domein. Dit zorgt ervoor dat er veel meer "pro-actief contact" is met andere professionals en dat andersom ook de zorg- en hulpverleners uit de wijk en het sociaal domein de huisartsenpraktijk beter weten te vinden. Doordat deze rol bij één persoon is neergelegd hoeven niet alle huisartsen alle zorg- en hulpverleners in de wijk persoonlijk te kennen en contacten bij te houden. Voor hulpverleners uit de wijk is iemand als een POH of praktijkverpleegkundige vaak laagdrempeliger bereikbaar dan de huisarts.

Deze POH-S of POH-Mw voert in verschillende praktijken ook de 4D-gesprekken met patiënten. Door het 4D-gesprek worden patiënten en hun leefsituatie goed in beeld gebracht. Voor de huisarts geeft het rust om te weten dat de juiste instanties betrokken zijn of worden, en/of te weten welke actie er juist nog, in overleg met de patiënt, ondernomen moet worden. Wanneer een patiënt vervolgens wordt verwezen naar een zorg- of hulpverlener in de wijk, monitort de POH vaak het verdere verloop hiervan en deze houdt de huisarts hiervan indien nodig op de hoogte.

### *Aandachtspunten*

Omdat het een nieuwe functie betrof duurde het soms even voordat duidelijk was waarvoor deze POH-sociaal domein kon worden ingezet, maar na enige maanden nam het aantal verwijzingen van patiënten naar de POH-sociaal domein toe. Ook kostte het even tijd om met de al aanwezige POH-somatiek en POH-GGZ in de praktijk goed af te stemmen wie precies welke taken had en ervoor te zorgen dat er geen dubbel werk werd gedaan. Inmiddels wordt bijvoorbeeld samen met de POH-somatiek gekeken naar mensen met overgewicht en niet goed ingestelde diabetes, van wie het vermoeden is dat onderliggende problematiek mede oorzaak is.

Uit de monitoring blijkt dat het belangrijk dat voor iedereen helder is wat van een extra functie wordt verwacht, ook voor de nieuwe medewerker zelf. Een goede functieomschrijving kan hierbij helpen. Daarnaast werkt het goed om een vast formulier te hebben voor het verzoek om een 4D-gesprek te voeren met een patiënt, zodat duidelijk is wat de vraag van de huisarts is en wat de onderliggende redenen zijn om zo'n gesprek te willen.

## 2.4 Overige activiteiten

Naast de activiteiten die alle praktijken inzetten op het gebied van scholing, spreekuurindeling en samenwerking in de wijk, zijn in de praktijken ook specifieke, soms lokale, activiteiten ontwikkeld en gemonitord, waarvan er hier een paar worden genoemd.

### **Mini-teams**

Bij een van de praktijken zijn zogeheten ‘mini-teams’ geïntroduceerd. Deze mini-teams, die bestaan uit een huisarts, een POH en een assistent richten zich op een specifieke patiëntengroep binnen de praktijk (bijvoorbeeld mensen met diabetes, ouderen, kinderen) en zorgen ervoor dat deze groep goed in beeld is en dat de zorg rondom de groep goed geregeld is. Iedere medewerker zit in één mini-team en heeft daarin een vaste rol. De assistentes hebben één dag in de week om regeltaken rond hun mini-team uit te voeren.

Bij bijvoorbeeld het mini-team ouderen hebben de huisarts, POH en assistente de lijst met 75+ patiënten doorgenomen en gekeken naar kwetsbaarheid op medisch, psychisch, sociaal-maatschappelijk gebied op basis van signalen van ouderen zelf, mantelzorgers en/of thuiszorg. Indien nodig zijn deze ouderen bezocht door de assistente (soms samen met huisarts of POH) om te vragen hoe het met hen gaat en of zij hulp nodig hebben op een bepaald gebied. De assistente regelt eventuele lab-controles, overlegt met andere betrokken zorgverleners of dagbesteding, regelt indien nodig thuiszorg, spoed-bed of hospice. De ouderen voor wie een visite niet nodig is zijn in de “vinger aan de pols” map gedaan. De assistente houdt deze map bij en zorgt dat deze maandelijks wordt doorgenomen.

### **Ervaringen**

Een mini-team stroomlijnt de patiëntenzorg. Het houdt iedereen betrokken en doordat er drie mensen een specifieke doelgroep goed in beeld hebben, hoeft niet iedereen in de praktijk zich met deze groep bezig te houden. Bij een team van drie personen is er bij uitval of ziekte altijd iemand anders op de hoogte die kan inspringen. Er zijn ook protocollen over hoe het een en ander is geregeld. Gevolg is ook dat niet alles meer aan de huisartsen hoeft te worden gevraagd. De assistentes vinden het erg leuk om op deze manier bij de zorg betrokken te worden. Het maakt hun werk afwisselender en ze voelen zich meer betrokken bij de praktijk.

### **LVB project**

In een van de praktijken is een project opgezet om mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) beter te herkennen. LVB speelt naar schatting van de huisarts bij zo'n 50% van de ingeschreven patiënten van het centrum een rol en heeft gevolgen voor behandeling en te voeren beleid. Een van de psychologen uit de praktijk in het gezondheidscentrum volgde in het kader van Krachtige basiszorg een nascholing LVB en heeft ook de POH-GGZ geschoold. In een referaat heeft de psycholoog aan huisartsen en POH-ers laten zien welke informatie en hulpmiddelen er allemaal zijn op het gebied van LVB.

Aanvankelijk was het doel om in samenwerking met een psychologenpraktijk in het gezondheidscentrum bij een vermoeden van LVB een diagnostische test af te nemen. Het motiveren van mensen om een test af te leggen was echter moeilijk en daarom werd besloten vooral in te zetten op het beter verwijzen van mensen met een vermoeden van LVB. Uit een overleg met alle instanties uit de wijk die betrokken zijn bij LVB is een routekaart gekomen, op basis waarvan mensen met LVB kunnen worden verwezen voor begeleiding. Dat werkt goed, hoewel de kaart lastig up to date is te houden doordat er veel in de wijk verandert en ook contactpersonen bij organisaties wisselen.

De gemeente heeft LVB hoog op de agenda staan en heeft ook contact met de praktijk middels een contactpersoon. Hierdoor kunnen de huisarts en POH, samen met welzijn op recept en met cliëntenbelang aansluiten in het stadsdeeloverleg om een en ander te vertellen en om aan te kaarten dat de stad niet LVB vriendelijk is ingericht, met alle gevolgen van dien.

Eén van de andere plannen is om de praktijk toegankelijk te maken voor mensen met LVB. Een ervaringsdeskundige zou (op kosten van de gemeente) het centrum en de website komen bekijken op toegankelijkheid. Door de COVID-19 pandemie heeft dit nog niet plaatsgevonden. De bedoeling was ook dat een medewerker van MEE fysiek in het centrum zou komen zitten. MEE is voor de begeleiding van mensen naar de juiste instantie, bv maatschappelijk werk, schuldhulpverlening, welzijn op recept. Zij hebben korte lijnen met maatschappelijk werk. Mee zou tevens een nascholing verzorgen voor het gehele team van de huisartsenpraktijk. Door ziekte en van de beoogde MEE medewerker en door de COVID-19 pandemie is MEE begin 2021 nog niet fysiek op het gezondheidscentrum aanwezig en heeft de nascholing nog niet plaatsgevonden. Deze activiteiten blijven wel op de planning staan.

### **Wandelgroepen**

In de wijk wordt wekelijks gewandeld met patiënten uit de praktijk, ongeveer een uur per week en zo'n 3 tot 5 km. Het doel van de loopgroep is om patiënten preventief in beweging te krijgen en verbinding te leggen tussen patiënten en aanwezige organisaties in de wijk.

De huisarts, POH, diëtist, fysiotherapeut of buurtsportcoach nodigt mensen uit om deel te nemen, waarbij de doelgroep bestaat uit mensen met overgewicht, depressieve klachten, mensen die zorg mijden, en ketenzorgpatiënten DM, COPD, CVRM. Er komen ook wel eens mensen zelf die de poster in de wachtkamer hebben gezien en soms nemen deelnemers iemand anders mee.

In totaal bestaat het groepje uit circa 10 aanmeldingen, maar niet iedereen loopt elke keer mee, gemiddeld zijn er 6 deelnemers. Het is een diverse groep mensen, waaronder mensen met Obesitas, hart en vaatziekten, claudicatio problemen, astma, diabetes en mensen die meelopen voor de sociale contacten. De POH loopt mee, samen met de diëtiste, afgewisseld door de huisarts, fysiotherapeut of de sportcoach. Mensen blijven na de eerste keer terugkomen. Wanneer iemand niet komt wordt die daar vanuit de zorgverleners daar op aangesproken en er is ook een groeps-app voor onderling contact.

Doordat de mensen het gezellig vinden om samen te lopen houden ze het goed vol. De zorgverleners moedigen mensen aan om dit vaker in de week samen te doen. Na afloop kunnen deelnemers napraten bij het buurtcentrum en iets drinken. Dit vinden de deelnemers zeer prettig. Hoewel het de bedoeling was om ook langs organisaties in de wijk te gaan, zoals bijvoorbeeld een supermarkttour, is dat begin 2020 nog niet gebeurd. Door de COVID-19 pandemie werden mensen wat angstig en nam het aantal deelnemers af. De jaarlijkse Duinenmars waarvoor animo was, heeft niet kunnen plaatsvinden. De Diabetes Challenge van de Bas van de Goor foundation is wel gelopen, samen met de sportcoach van het buurtcentrum.

## 3 Ervaringen met 4D-gesprekken

Alle praktijken begonnen met de 4D-gesprekken en bij de meeste praktijken kostte het wel even tijd om deze goed op te starten. Een 4D-gesprek vraagt zeker in het begin meer tijd dan een gewoon consult en wanneer er sprake is van ziekte en of personeelsverloop gaan de reguliere consulten vaak voor. Bij de praktijken waar de POH sociaal domein de 4D-gesprekken voert, duurde het even voordat de huisartsen ook daadwerkelijk patiënten doorverwezen maar liep dit na verloop van tijd heel goed. Het aantal 4D-gesprekken dat wordt gevoerd is sterk verschillend per praktijk, maar over het algemeen zijn het er een paar per maand.

### Wie voert het 4D-gesprek en met welke patiënten?

Het is verschillend per praktijk of gezondheidscentrum wie het 4D-gesprek met de patiënt voert. Sommige huisartsen doen dit zelf en er zijn ook praktijken waarbij de huisarts wel signaleert dat een 4D-gesprek zinvol zou zijn, maar de patiënt voor dit gesprek naar de POH-GGZ, POH-sociaal domein of praktijkverpleegkundige verwijst (zie §2.5). In enkele praktijken introduceert de huisarts het gesprek bij de patiënt, soms aan de hand van het 4D formulier zodat de patiënt al een beetje weet wat de bedoeling is en wat er met de leefdomeinen bedoeld wordt. Voor een eerste 4D-gesprek wordt bij een aantal praktijken een consult van 45 minuten of een uur ingepland.

De patiënten met wie een 4D-gesprek wordt gehouden zijn vaak mensen die veel bij de huisarts komen, bij wie de reguliere zorg onvoldoende werkt en van wie de huisarts denkt of weet dat er meerdere problemen tegelijk spelen op verschillende levensdomeinen. Het is dan zinvol met deze patiënten een keer rustig de tijd te nemen om goed door te vragen wat er allemaal speelt in hun leven en welke invloed dat heeft op hun ervaren gezondheid. Naar aanleiding van deze inventarisatie kijkt de huisarts en/of POH/praktijkverpleegkundige samen met de patiënt of en welke begeleiding nodig is en wie daarbij kan of moet worden betrokken.

### 3.1 Ervaringen van zorgverleners met het 4D-gesprek

De zorgverleners ervaren dat het 4D-gesprek vaak informatie boven brengt die nog niet bekend was en dat zij hierdoor patiënten beter begrijpen en hun klachten beter kunnen plaatsen. Het geeft hen zicht op welke hulpverleners mogelijk al betrokken zijn waarvan de huisarts nog niet wist, of welke andere hulpverleners nog betrokken moeten worden.

*“het 4D-gesprek past goed in het huisartsen-vak, zeker bij patiënten die niet erg zelf redzaam zijn. Patiënten lijken er meer vertrouwen door te krijgen”(huisarts)*

Het 4D-gesprek helpt volgens de huisartsen ook goed bij het samen beslissen omdat er meer tijd is om dingen uit te leggen. Zo kan bijvoorbeeld worden uitgelegd dat het niet altijd nodig is om bloed te prikken of een foto te maken. Op deze manier kan het 4D-gesprek er ook voor zorgen dat er minder wordt verwezen naar de 2e lijn omdat patiënten na uitleg snappen waarom de huisarts niet naar het ziekenhuis verwijst, maar bijvoorbeeld wel naar de fysiotherapeut of naar maatschappelijk werk. De consulten verlopen na een uitgebreid 4D-gesprek ook vaak anders:

*“de patiënten die geneigd zijn om hun problemen te somatiseren komen minder vaak terug met fysieke klachten om een verwijzing of behandeling te vragen. De vervolg consulten zijn korter en veel*

*meer monitorend van aard waarbij bijvoorbeeld de stand van zaken bij het Loket Geldzaken van de gemeente wordt besproken, de vorderingen bij maatschappelijk werk of hoe het staat met de plannen om meer te gaan bewegen”(huisarts).*

Het gebruik van het 4D-model op papier werkt voor veel zorgverleners goed. Het gesprek verloopt met het model gestructureerd, het helpt om aan alle levensdomeinen te denken en het model geeft een mooi overzicht van wat er speelt. Doordat met een plaatje wordt gewerkt is het inzichtelijk voor de patiënt en kan de zorgverlener verbanden uitleggen. Krachtige basiszorg en het 4D-denken gaat volgens de zorgverleners steeds meer in de gedachten zitten en verandert hun werkwijze. Ook wanneer zij het model niet expliciet gebruiken hebben zij de vier domeinen nu goed in hun gedachten, ook tijdens reguliere consulten.

De zorgverleners geven aan dat patiënten de extra tijd en aandacht zeer waarderen. Mensen zijn over het algemeen heel open in het gesprek en snappen goed waarom het belangrijk is om verschillende levensgebieden uit te vragen. Maar het komt ook wel eens voor dat een patiënt er niets voor voelt om over andere problemen te praten. De indruk bestaat dat het bij sommige patiënten beter is wanneer de huisarts zelf het belang van een 4D-gesprek aan hen uitlegt. De POH kan vervolgens het gesprek wel voeren. In hoofdstuk 3.1 wordt nader ingegaan op de ervaringen van de patiënten met het 4D-gesprek.

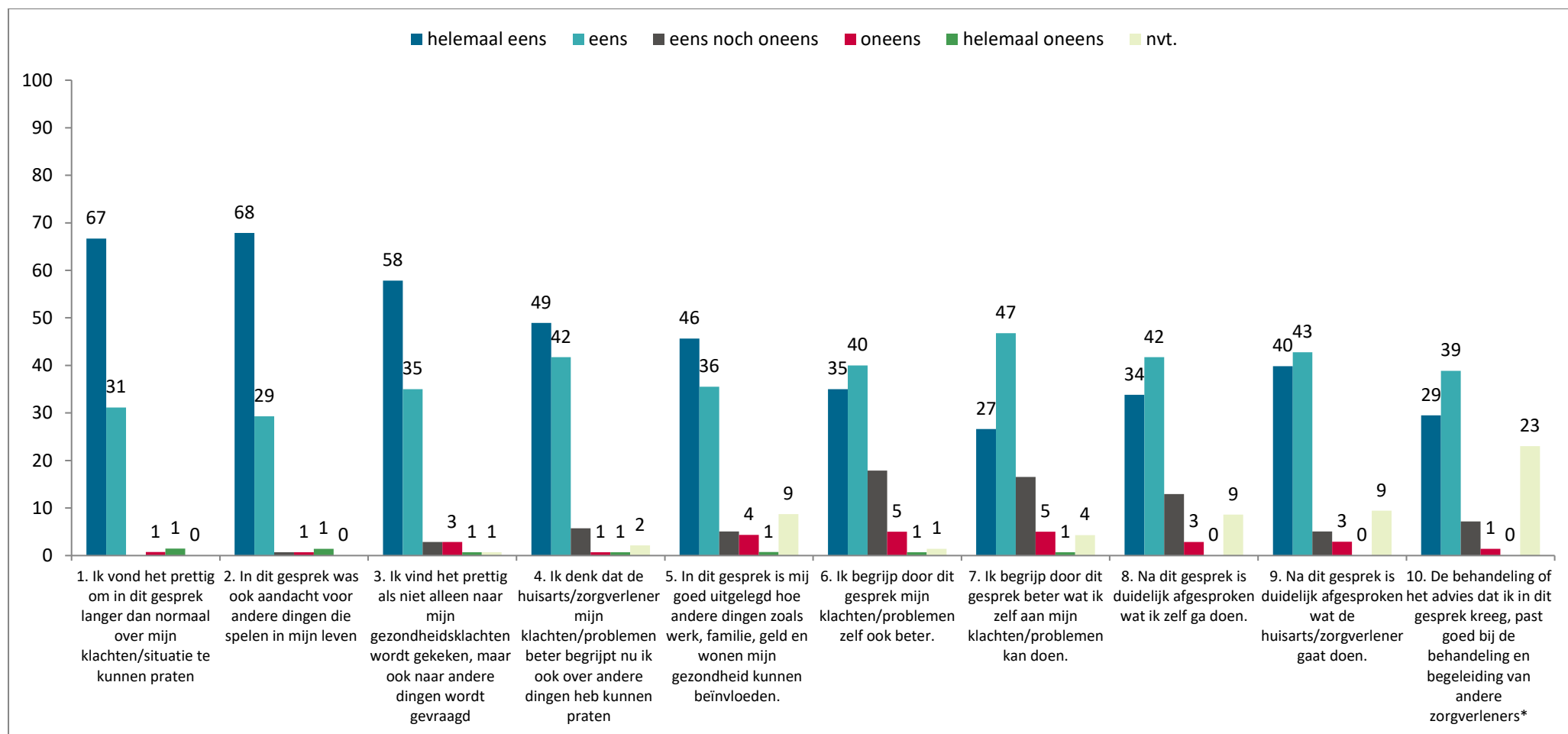
#### **Aandachtspunten**

Een van de huisartsen geeft aan dat de opgedane kennis over de patiënt wel weg zakt, mede doordat de bevindingen nu worden geregistreerd in een aan het dossier gekoppelde excell-sheet die niet snel in beeld komt bij een volgend consult. Een beter zichtbaar blijvende registratie zou helpen, maar daar zijn veel praktijken in deze twee jaar nog niet aan toegekomen. Inmiddels is er wel een digitale versie van het 4D-model beschikbaar, wat ook bij de overdracht naar andere zorgverleners kan worden gebruikt (<https://www.overvechtgezond.nl/wp-content/uploads/2021/03/4D-digitaal-invulformulier.pdf>).

## **3.2 Ervaringen van patiënten met het 4D-gesprek**

Honderd-en-zes patiënten vulden een korte vragenlijst in nadat zij een 4D-gesprek hebben gehad. Zij beantwoordden tien stellingen en konden daarbij kiezen tussen de antwoordopties ‘helemaal eens’, ‘eens’, ‘eens noch oneens’, ‘oneens’ of ‘helemaal oneens’ (zie figuur 2).

Figuur 2. Ervaringen van patiënten met het 4D-gesprek



\*zoals wijkteam, maatschappelijk werker, specialist, fysiotherapeut.

Vrijwel alle patiënten (98%) vinden het prettig om langer dan normaal over hun klachten en situatie te kunnen praten (categorie 'eens' en 'helemaal eens' bij elkaar opgeteld). In het gesprek was aandacht voor andere dingen die in hun leven spelen (97%). Patiënten vinden het prettig als er niet alleen naar hun gezondheidsklachten wordt gekeken maar ook naar andere dingen wordt gevraagd (93%) en de overgrote meerderheid van de patiënten denkt dat de zorgverlener hun klachten en problemen beter begrijpt nu zij ook over andere dingen hebben kunnen praten (91%). De meerderheid van de patiënten (81%) vindt dat in dit gesprek goed is uitgelegd hoe andere dingen zoals werk, familie, geld, wonen en gevoelens hun gezondheid kunnen beïnvloeden en denkt (75%) dat zij hun klachten na dit gesprek ook zelf beter begrijpen. Ongeveer eenzelfde percentage patiënten begrijpt door het gesprek beter wat zij zelf aan de klachten kunnen doen (74%) en is ook van mening dat duidelijk is afgesproken wat zij zelf aan de klachten gaan doen (76%) en wat de zorgverlener gaat doen (83%). Achtenzestig procent van de patiënten vindt dat de behandeling of het advies dat in het gesprek is gegeven, goed bij de behandeling en begeleiding van andere zorgverleners past (zoals wijkteam, maatschappelijk werker, specialist, fysiotherapeut). Bijna een kwart van de patiënten (23%) geeft aan dat dit bij hun niet van toepassing is.

Concluderend vinden patiënten het prettig om langer dan normaal over hun klachten en situatie te kunnen praten en denken dat zijzelf en de zorgverlener hun klachten en problemen daardoor beter begrijpt. Zij weten daardoor beter wat zij samen met hun zorgverlener aan hun problemen kunnen gaan doen. Er zijn geen verschillen in ervaringen tussen mannen en vrouwen en ervaringen zijn ook niet verschillend wanneer een huisarts, POH of praktijkverpleegkundige het gesprek voert.

## 4 Werkdruk en werkplezier

In Januari 2019 (meting 1) en Januari 2021 (meting 2) is een vragenlijst gestuurd aan alle medewerkers van de deelnemende huisartspraktijken en gezondheidscentra om werkdruk en werkplezier te meten.

Werkdruk wordt bepaald door de hoeveelheid werk, de mogelijkheden die iemand heeft dit naar behoren uit te voeren en de emotionele belasting die het werk met zich meebrengt. Steun van collega's en leidinggevendenden, werkplezier, gedeelde verantwoordelijkheden en voldoende competenties kunnen een positieve invloed hebben op werkdruk. In overleg met een aantal zorgverleners van de betrokken centra is een vragenlijst ontwikkeld die deze elementen in kaart brengt door middel van stellingen die medewerkers met een vijfpuntschaal konden beantwoorden: 'nooit', 'soms', 'regelmatig', 'vaak', 'altijd'. In de tweede vragenlijst is specifiek gevraagd naar het effect van Krachtige basiszorg en de COVID-19 pandemie op werkdruk en werk.

### Algemene kenmerken

In totaal vulden bij de eerste meting 109 zorgverleners (60%) de vragenlijst naar werkdruk en werkplezier in en bij de tweede meting 98 zorgverleners (54%) (tabel 1). Negentachtig procent van de respondenten van de tweede meting was 2 jaar gelden in dezelfde praktijk werkzaam.

Tabel 1 Kenmerken respondenten meting 1 en 2

Respondenten	Meting 1	Meting 2
<b>Geslacht</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Vrouw	92 (84%)	86 (88%)
Man	17 (16%)	12 (12%)
<b>Leeftijd</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
21-30	14 (13%)	13 (13%)
31-40	33 (30%)	23 (23%)
41-50	24 (22%)	21 (21%)
51-60	25 (26%)	24 (24%)
> 60	10 (9%)	17 (17%)
<b>Functie</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Huisarts	45 (41%)	39 (40%)
POH-GGZ	10 (9%)	5 (5%)
POH-S	14 (13%)	13 (13%)
Assistenten	31 (28%)	29 (30%)
Anders	9 (8%)	12 (12%)

- Tabel 1 loopt door op de volgende pagina -



Respondenten	Meting 1	Meting 2
Huisarts	10.6 (10.4)	13.4 (10.9)
POH-GGZ	3.0 ( 1.8)	4.7 ( 2.0)
POH-S	9.8 ( 7.3)	11.5 ( 7.7)
Assistenten	6.9 ( 8.4)	8.6 ( 8.3)
Anders	4.0 ( 5.9)	6.7 ( 6.5)
<b>Aantal uren werkzaam</b>	<b>Gem (sd)</b>	<b>Gem (sd)</b>
Huisarts	29.0 ( 9.2)	30.6 ( 8.8)
POH-GGZ	19.4 (11.9)	20.2 (10.1)
POH-S	26.6 ( 7.3)	24.4 ( 9.0)
Assistenten	30.0 ( 7.4)	29.0 ( 5.9)
Anders	24.7 ( 9.2)	25.0 ( 8.5)

\*significant verschil tussen meting 1 en 2 (t-toets,  $p < 0,05$ )

## Werkplezier

Voor de leesbaarheid worden de antwoord categorieën regelmatig-vaak-altijd samengenomen en gepresenteerd (zie ook § 8.3).

De zorgverleners uit de tien huisartsenpraktijken geven zowel in meting 1 als in meting 2 aan dat zij veel plezier hebben in hun werk en hun werk zinvol en nuttig vinden (tabel 2). De grote meerderheid heeft nooit spijt zijn of haar beroep te hebben gekozen. Samenwerking met collega's verhoogt voor de meeste zorgverleners het werkplezier.

Bij de tweede meting<sup>1</sup> geven de zorgverleners hun werkplezier (op een schaal van 1-10 waarbij 10 het hoogst mogelijke werkplezier is), gemiddeld een 7,9 (tabel 3). Het werkplezier verschilt (net) niet significant verschillend tussen de functies.

Tabel 2 Werkplezier in 2019 (N=109) en 2021 (N=98), in % respondenten dat regelmatig, vaak of altijd als antwoord geeft

	Meting 1 (2019)	Meting 2 (2021)
	Regelmatig-altijd	Regelmatig-altijd
Ik heb veel plezier in mijn werk.	95	100
Ik vind het werk dat ik doe nuttig en zinvol.	100	99
Als ik 's morgens opsta heb ik <u>geen</u> zin om te gaan werken.	11	13
Ik heb spijt dat ik dit beroep/werk heb gekozen.	0	1
Samenwerking met collega's of professionals uit andere (zorg)domeinen vergroot mijn werkplezier.	95	96

<sup>1</sup> Bij de eerste meting is niet aan zorgverleners gevraagd hun werkplezier of werkdruk een rapportcijfer te geven

Tabel 3 Rapportcijfers werkplezier en werkdruk per functiegroep, meting 2

	Werkplezier	Werkdruk
	Gem(sd)	Gem (sd)
Huisartsen	8,1 (0,2)	6,9 (0,3)
POH-GGZ	7,6 (0,4)	6,6 (0,7)
POH-Somatiek	7,3 (0,3)	6,8 (0,5)
Assistente	7,9 (0,2)	6,3 (0,4)
Anders	8,1 (0,3)	5,8 (0,5)
Totaal	7,9( 0,8)	6,5 (1,7)

**Invloed van Krachtige basiszorg en de COVID-19 pandemie op werkplezier**

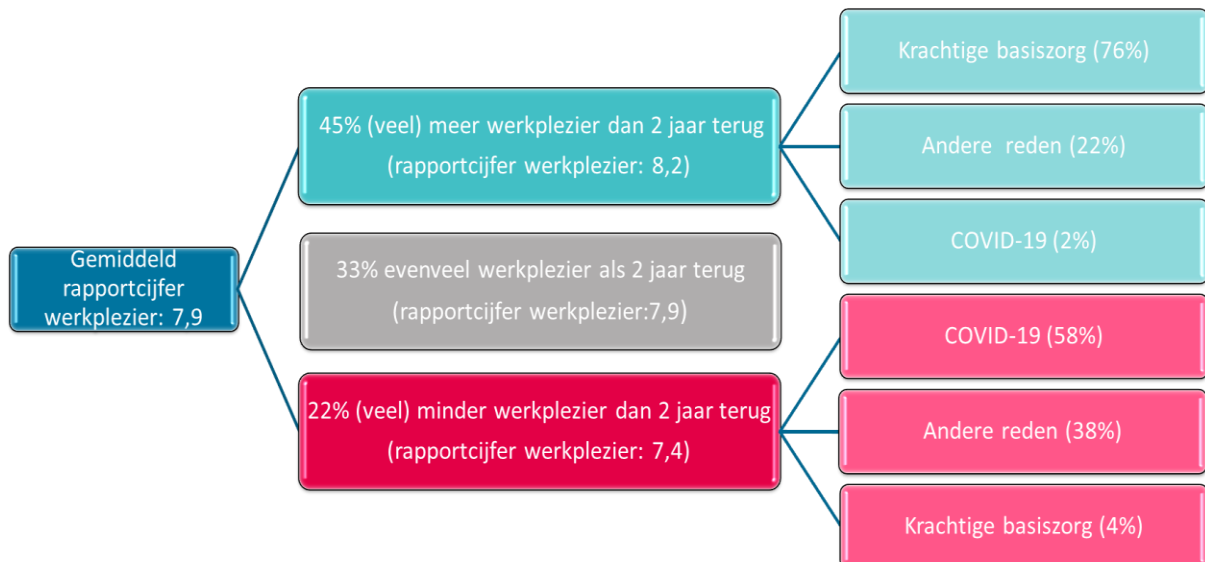
Op de vraag of de COVID-19 pandemie en Krachtige basiszorg hun werkplezier beïnvloeden, geeft 62% van alle (N=98) respondenten in 2021 aan dat de COVID-19 pandemie het werkplezier verlaagt en 71% van de respondenten vindt dat Krachtige basiszorg hun werkplezier verhoogt. Huisartsen geven significant vaker dan andere medewerkers uit de praktijk aan dat Krachtige basiszorg hun werkplezier verhoogt.

Zevenentachtig van de 98 respondenten (89%) waren twee jaar geleden ook werkzaam in dezelfde praktijk. Van hen heeft 45% (veel) meer werkplezier dan 2 jaar geleden, terwijl 22% (veel) minder werkplezier ervaart. De huisartsen ervaren significant vaker een toegenomen werkplezier dan de andere medewerkers in de praktijk.

De redenen die voor de toename van werkplezier worden genoemd zijn Krachtige basiszorg (76%) of andere, niet nader omschreven, reden (22%). De redenen voor de afname van werkplezier zijn de COVID-19 pandemie (58%) of een ‘andere reden’ (38%) (figuur 3).

Andere redenen zijn niet nader gespecificeerd.

Figuur 3 Rapportcijfers voor werkplezier, verschil in werkplezier en redenen voor het verschil



## Werkdruk

Bij de tweede meting geven de zorgverleners hun werkdruk (op een schaal van 1-10 waarbij 10 de hoogst mogelijke werkdruk is), gemiddeld een 6,5 (tabel 3). Net als het cijfer voor werkplezier verschilt het cijfer voor werkdruk niet significant tussen de verschillende functies.

Dat de relatie tussen werkdruk en werkplezier niet voor iedereen hetzelfde is, blijkt uit de onderstaande citaten.

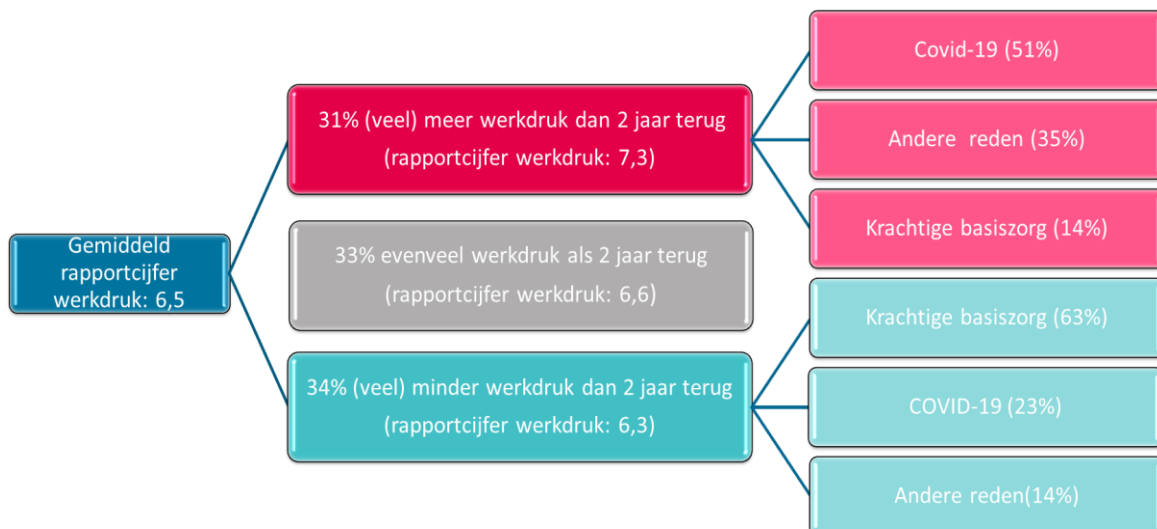
*“Krachtige basis zorg geeft mij veel meer plezier in het werk want het verlaagt mijn werkdruk. Voordat er krachtige basiszorg was heb ik er weleens aan gedacht een andere baan te zoeken omdat de werkdruk te hoog was en ik daardoor minder plezier had in het werk en ook door minder tijd minder zorg kon bieden aan patiënten”(assistente).*

*“door meer samenwerking in het gezondheidscentrum en in de wijk word je effectiever in de zorgverlening, maar zie je ook veel meer problemen waar je bij betrokken raakt. Dit verhoogt de werkdruk maar leidt tot veel betere zorg en verhoogt ook het werkplezier” (huisarts)*

Van de respondenten die twee jaar geleden in dezelfde praktijk werkten geeft 31% aan in 2021 (veel) meer werkdruk dan 2 jaar terug te hebben, terwijl 34% (veel) minder werkdruk ervaart. Hoewel het aantal respondenten per functie te klein is om dit verschil te toetsen lijken de huisartsen vaker minder werkdruk te ervaren dan de andere medewerkers. De redenen die voor de toename van werkdruk worden genoemd zijn de COVID-19 pandemie (51%), Krachtige basiszorg (14%), of andere reden (35%). De redenen die voor de afname van werkdruk worden genoemd zijn Krachtige basiszorg (63%) de COVID-19 pandemie (23%) of andere reden (14%) (Figuur 3).

*“Covid geeft mij veel stress en minder werkplezier. Krachtige basiszorg heeft ons echter enorm veel opgeleverd”(huisarts)*

*Figuur 4 Rapportcijfers voor werkdruk, verschil in werkdruk en redenen voor het verschil*



Zowel bij de eerste als bij de tweede meting werkt bijna de helft van alle respondenten regelmatig tot altijd langer dan zijn of haar formele werktijd. Dit geldt zowel in 2019 als in 2021 vooral voor de huisartsen (niet in tabel). Waar bij de eerste meting nog 39% van de respondenten regelmatig tot altijd het gevoel had hun patiënten tekort te doen doordat zij te weinig tijd hebben om hun problemen te doorgronden, wordt dit bij de tweede meting nog maar door 16% van de respondenten aangegeven ( $p < 0,05$ ; tabel 4, figuur 4). Ook het percentage respondenten dat het gevoel heeft hun patiënten regelmatig tot altijd niet de juiste zorg te kunnen geven, is bij de tweede meting lager (8%) dan bij de eerste meting (27%) ( $p < 0,05$ ; tabel 4, figuur 4). Huisartsen vonden bij de eerste meting significant vaker dan andere zorgverleners dat zij hun patiënten tekort deden en niet de juiste zorg konden geven. Deze verschillen zijn bij de tweede meting verdwenen.

Tabel 4 *Werkdruk in meting 1 (N=109) en meting 2 (N=98), in %*

	Meting 1 Regelmatig-altijd	Meting 2 Regelmatig-altijd
Ik werk langer dan mijn formele werktijd.	48	50
Ik heb het gevoel dat ik patiënten tekort doe doordat ik te weinig tijd heb om hun problemen te doorgronden.	39	16*
Ik heb het gevoel dat ik patiënten tekort doe doordat ik hen niet de juiste zorg kan bieden.	27	7*
Ik heb het gevoel dat patiënten het mij kwalijk nemen wanneer ik hun problemen niet kan oplossen.	25	11
Er blijven taken liggen waar ik niet aan toekom.	51	35
Ik voer taken minder goed uit dan ik eigenlijk zou willen.	26	16
Ik word tijdens mijn werk voortdurend gestoord	39	28
Ik heb <u>voldoende</u> tijd voor noodzakelijk overleg en samenwerking met collega's of andere zorgverleners.	55	82*
Het komt voor dat ik door vermoeidheid mijn werk niet meer zo goed kan doen.	13	9
Ik heb last (gehad) van lichamelijke of geestelijke klachten die veroorzaakt zijn door mijn werk.	16	9
Ondanks de drukte op het werk houd ik genoeg tijd over voor mezelf en de mensen om me heen.	77	89*

\*Verskil tussen meting 1 en 2 is significant ( $p < 0,05$ ;  $\chi^2$ )

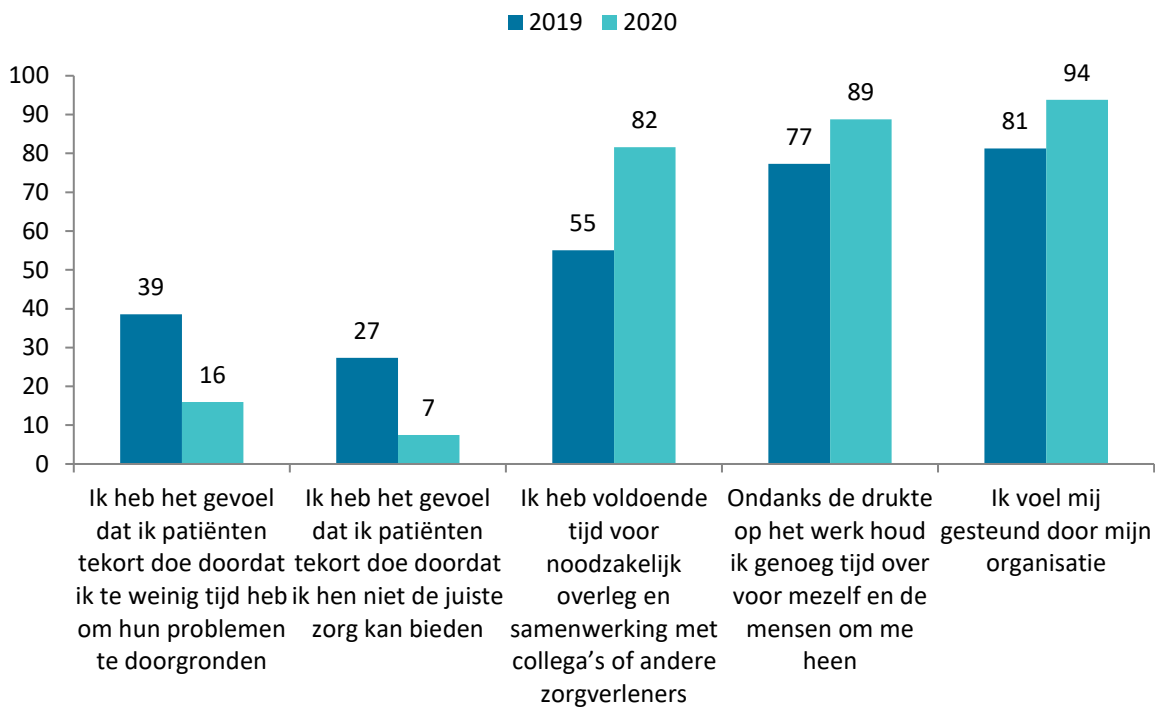
Een kwart van de zorgverleners had begin 2019 regelmatig tot altijd het idee dat patiënten het hun kwalijk namen wanneer zij hun problemen niet kunnen oplossen. Na de implementatie van Krachtige basiszorg is dat 11% (n.s.). Bij zowel de eerste als de tweede meting leeft dit gevoel sterker bij assistentes dan bij de andere zorgverleners ( $p < 0,05$ ).

De helft van de zorgverleners vindt in de eerste meting dat er regelmatig tot altijd taken blijven liggen waar zij niet aan toekomen en bij de tweede meting geeft nog ruim een derde van de respondenten dit aan (n.s.). Huisartsen gaven dit in de eerste meting significant vaker aan dan andere functies maar in de tweede meting is dit verschil tussen functies verdwenen.

Terwijl bij de eerste meting bijna 40% van de zorgverleners aangaf regelmatig tot altijd gestoord te worden tijdens hun werk, geeft bij de tweede meting 28% van de respondenten dit aan (n.s.). Bij de eerste meting gaven huisartsen significant vaker aan gestoord te worden tijdens hun werk dan andere zorgverleners en bij de tweede meting is dit verschil verdwenen.

Het percentage zorgverleners dat aangeeft regelmatig tot altijd voldoende tijd voor noodzakelijk overleg te hebben stijgt van 55% bij de eerste meting naar 82% bij de tweede meting ( $p < 0,05$ ) (tabel 4, figuur 4). Ook het aantal zorgverleners dat ondanks de drukte genoeg tijd over houdt voor zichzelf en voor de mensen om zich heen is toegenomen van 77% naar 89% ( $p < 0,05$ ) (tabel 4, figuur 4). In de tweede meting geven assistentes minder vaak aan voldoende tijd voor zichzelf te hebben dan andere medewerkers in de praktijk ( $p < 0,05$ ).

*Figuur 4. De stellingen waarbij het aantal respondenten dat 'regelmatig tot altijd' antwoordt significant verschillend is tussen beide meetmomenten, in percentages*



## Vakbekwaamheid

De manier waarop iemand zijn functie kan uitoefenen en het gevoel heeft voldoende kennis te hebben heeft invloed op de waargenomen werkdruk. Bij de eerste meting scoorden zorgverleners al erg hoog op de vragen die over vakbekwaamheid gaan en de resultaten zijn vrijwel ongewijzigd bij de tweede meting. Vrijwel alle zorgverleners geven aan dat zij de problemen van hun patiënten regelmatig tot altijd adequaat op kunnen lossen en dat zij denken het leven van hun patiënten op een positieve manier te beïnvloeden. De kennis van alle zorgverleners is hiervoor meestal voldoende. Wanneer de zorgverleners er zelf niet uitkomen met hun patiënten weten zij welke andere zorg- of hulpverlener(s) zij kunnen inschakelen.

Tabel 5 Vakbekwaamheid in meting 1 (N=109) en meting 2 (N=98), in %

	Meting 1 Regelmatig-altijd	Meting 2 Regelmatig-altijd
Ik weet de problemen van mijn patiënten adequaat op te lossen.	96	99
Ik heb het gevoel dat ik het leven van mijn patiënten op een positieve manier beïnvloed.	92	93
Ik heb <u>onvoldoende</u> kennis om de problemen van mijn patiënten te begrijpen en te behandelen.	7	6
Wanneer ik er zelf niet uitkom met mijn patiënten weet ik welke andere zorg- of hulpverlener(s) ik kan inschakelen.	93	99

## Regelmogelijkheden en ervaren steun

Het merendeel van de zorgverleners voelde zich bij de eerste meting al regelmatig tot altijd gesteund door zijn of haar organisatie (81%) en dit percentage is bij de tweede meting nog hoger (94%;  $p < 0,05$ ). Bij beide metingen geven de zorgverleners aan dat zij voldoende middelen en bevoegdheden hebben om hun werk uit te voeren en krijgen zij waardering van hun patiënten. Samenwerking met collega's of andere professionals verlichtte bij de eerste meting voor het merendeel van de zorgverleners de werkdruk en dit geldt bij de tweede meting nog sterker, hoewel de toename niet significant is. Meer dan de helft van de zorgverleners voelt zich in beide metingen regelmatig tot vaak betrokken bij de besluitvorming binnen zijn/haar organisatie, maar bij de meting in 2021 is dit gevoel bij huisartsen sterker dan bij andere praktijkmedewerkers ( $p < 0,05$ ).

Tabel 6 Regelmogelijkheden en ervaren steun in meting 1 (N=109) en meting 2 (N=98), in %

	Meting 1 Regelmatig-altijd	Meting 2 Regelmatig-altijd
Ik voel mij gesteund door mijn organisatie.	81	94*
Ik krijg waardering van mijn patiënten.	92	97
Ik heb voldoende middelen en bevoegdheden om mijn werk goed uit te voeren.	93	94
Ik heb het gevoel er alleen voor te staan.	6	2
Samenwerking met collega's of andere professionals verlicht mijn werkdruk.	85	96
Ik mis vrijheid en middelen om zorg te bieden die ik nodig vind.	19	11
Ik word betrokken bij de besluitvorming binnen mijn organisatie.	62	66

\*Verschil tussen meting 1 en 2 is significant ( $p < 0,05$ ;  $\chi^2$ )

## 5 Tevredenheid en zorgen

We vroegen de huisartsenpraktijken of zij tevreden zijn met de opbrengsten van implementatie van Krachtige basiszorg tot nu toe en wat hun zorgen voor de toekomst zijn. De huisartsenpraktijken zijn vrijwel unaniem tevreden met wat er de afgelopen jaren is bereikt en willen niet meer terug naar de oude manier van werken.

*“Ik vind het een geweldig project en volkomen terecht dat wij in deze achterstandswijk eindelijk meer tijd en ondersteuning per patiënt hebben om betere zorg aan hen te verlenen. Het voelt als erkenning voor de zware taak waar we voor staan: goede gezondheidszorg in een achterstandswijk. Ik denk zeker dat we hierin met dit project verder zijn gekomen en ook om in de toekomst artsen en ander personeel te behouden om in een dergelijke wijk te blijven werken”(huisarts).*

*“Ik kan mij niet meer voorstellen hoe we het werk hiervoor hebben kunnen volbrengen en vind het nog steeds een geweldige ontwikkeling in ons vakgebied” (huisarts).*

Als positieve opbrengsten noemen de huisartsenpraktijken de verbeterde werksfeer, verminderde werkdruk, toegenomen betrokkenheid van het team, beter passende zorg voor kwetsbare patiënten en goede samenwerking in de wijk. Mede door de COVID-19 pandemie zijn een aantal gewijzigde werkwijzen wel (tijdelijk) terug gedraaid of zijn ontwikkelingen minder snel gegaan dan gehoopt.

*“Door de COVID uitbraak is 15 minuten spreekuur erbij ingeschoten waardoor ik persoonlijk weer wat minder merk van de Krachtige basiszorg. Wat ik nog steeds een grote meerwaarde vind, is dat we veel betere contacten binnen de wijk hebben, waardoor het echt gemakkelijker is elkaar op te zoeken, met name in welzijn is dat van belang, maar daardoor ook op de gezondheidsbeleving van de patiënten. Dat geeft mij veel voldoening”(huisarts).*

De grootste zorgen van de praktijken liggen op het gebied van de financiering. Wanneer de financiering terug gaat naar het niveau van voor de pilot, zullen er minder huisartsen en assistentes kunnen werken, is het wellicht niet meer mogelijk de gecreëerde functie voor samenwerking in de wijk te financieren en gaan de extra tijd voor de patiënt en geïntensiveerde samenwerking in de wijk weer verloren.

*“Als we geen structurele financiering vinden dan moeten we straks weer met minder huisartsen en minder assistentes gaan werken. Ik vrees dat mensen dan heel snel overbelast gaan raken”(huisarts).*

Wanneer er geen 4D-gesprekken meer gehouden kunnen worden en de consulten korter worden bestaat bij verschillende huisartsen de vrees dat de zorgconsumptie weer toeneemt.

*“Dan kunnen we de patiënten niet meer de aandacht geven die we nu geven en dat leidt uiteindelijk tot meer verwijzingen en diagnostiek en inefficiënt gebruik van medicatie en andere hulpmiddelen/bronnen. De meeste van onze patiënten hebben echt vertrouwen in ons, dat is heel fijn voor ze en zorgt voor blijere bewoners”(huisarts)*

Daarnaast zijn er zorgen over het kunnen behouden van een stabiel team van medewerkers. Het is moeilijk een stabiel team van huisartsen en waarnemers te behouden, terwijl huisartsen steeds meer taken krijgen en de effecten van de COVID-19 pandemie voor hun kwetsbare populatie groot zijn. Met name bij de assistentes is sprake van een hoge uitval door uitstroom en ziekte. Om goede assistentes te behouden is het nodig om hen ontwikkelingsmogelijkheden te bieden en een beter salaris. Voor veel assistenten is het wonen in de Randstad niet te betalen en is het dus verleidelijk een baan dicht bij huis aan te nemen. Specifieke scholing en inhoudelijke taken voor de assistentes in het kader van Krachtige basiszorg kunnen assistentes mogelijk langer aan de praktijk binden, maar lossen het probleem niet volledig op.

De praktijken realiseren zich dat de ingezette verandering in werkwijze en de samenwerking onderhoud nodig hebben. Door tijdsdruk is het soms moeilijk de 4D-gesprekken te blijven inplannen. Door de COVID-19 pandemie zijn bijvoorbeeld enkele gelegde contacten verwatert of is er geen gelegenheid geweest om fysieke overlegmomenten en samenwerkingsafspraken te realiseren met alle relevante organisaties. Soms zijn er goede contacten gelegd, maar krijgt die persoon elders een andere baan, of wordt het spreekuur van (bijvoorbeeld) het buurtteam in de huisartsenpraktijk door organisatorische wijzigingen weer stopgezet. Samenwerking in de wijk is mede afhankelijk van de andere organisaties. Door organisatorische veranderingen, financieringstekorten of personeelwisselingen vallen soms vaste contactpersonen weer weg en wordt het samenwerken lastiger. Er zijn zorgen over de capaciteit van de organisaties in de wijk, vooral op het gebied van GGZ. Wachtlijsten zijn bij de GGZ enorm lang en het aantal mensen met problemen op dat gebied neemt toe.



## 6 Aanbevelingen implementatie Krachtige basiszorg

De medewerkers van de huisartsenpraktijken brachten in de interviews, vragenlijsten en vooral in de gezamenlijke bijeenkomsten een aantal randvoorwaarden en aanbevelingen naar voren. Deze praktische aanbevelingen zijn bruikbaar voor huisartsenpraktijken of gezondheidscentra die willen starten met Krachtige basiszorg. De aanbevelingen zijn ingedeeld in aanbevelingen voor -het starten met Krachtige basiszorg; -het maken van een visie en plan; -het betrokken houden van het gehele team van de huisartsenpraktijk; -samenwerking in de wijk. De aanbevelingen zijn, samen met andere bruikbare documenten, ook terug te vinden in de toolkit Krachtige basiszorg ([www.toolkitkrachtigebasiszorg.nl](http://www.toolkitkrachtigebasiszorg.nl)).

### 6.1 Starten met Krachtige basiszorg in de huisartsenpraktijk

Doe voorafgaand aan het opzetten van Krachtige basiszorg aan verwachtingsmanagement. Krachtige basiszorg is niet de oplossing voor alle problemen van patiënten met complexe problematiek en door dit vooraf met elkaar te bespreken voorkom je dat zorgverleners gefrustreerd raken wanneer zij ervaren dat Krachtige basiszorg niet alle problemen oplost.

Neem voldoende tijd om Krachtige basiszorg op te starten, het kost veel tijd en de winst is niet altijd direct maar vaak pas op de wat langere termijn zichtbaar.

Kies een methode om meer tijd voor de patiënt te creëren die binnen de praktijk past, zoals 15 minuten consulten, tijd voor het regelmatig inplannen 4D-gesprek, aannemen van extra mensen.

Zorg dat het management van de organisatie er achter staat en tijd en ruimte biedt om de samenwerking te ontwikkelen.

### 6.2 Ontwikkel een visie en maak een plan

Breng de uitgangssituatie in kaart: inventariseer met alle zorgverleners en assistentes in de praktijk waar de grootste knelpunten liggen wat betreft praktijkvoering en samenwerking en kijk ook wat goed gaat. Begin bij de eigen praktijk en richt je daarna pas op de wijk.

Maak een visie waar het gehele team achter staat. Dat kan vanaf het begin met het gehele team of met een klein team dat een conceptvisie en plan maakt en dat voorlegt aan de rest van de mensen en om feedback vraagt. Dit laatste is bij een groot team wellicht praktischer omdat “out of the box denken” met kleinere groep soms makkelijker is. Betrek wel het gehele team voortdurend in het proces. Ideeën en plannen moeten eigenlijk zowel bottom-up up als top down komen, zodat zowel management als de werkvloer er achter staat.

Passend bij de visie en de gekozen prioriteiten is het belangrijk om een concreet plan op te zetten met concrete doelen die passen bij de praktijk, het team en de omgeving. Zonder concreet plan komen activiteiten niet goed van de grond, maar het plan hoeft ook niet tot in detail te worden uitgewerkt. Een gedetailleerd plan opstellen kost erg veel tijd en van tevoren is lastig te bepalen hoe bepaalde activiteiten precies zullen uitwerken omdat er veel factoren, ook buiten de huisartsenpraktijk, een rol spelen.

Verdeel taken en verantwoordelijkheden. Zorg dat niet iedereen zich overal mee hoeft bezig te houden en dat er vaste aanspreekpunten zijn voor een bepaald onderwerp.

Stel kleine concrete doelen die passen bij jouw praktijk, bij jouw problemen en doelen en bij het team. De basis van de praktijkvoering moet eerst op orde zijn voordat er ruimte is voor complexe zorg en voor maatwerk.

Vind niet zelf het wiel uit maar ga langs bij collega's die al gestart zijn.

### 6.3 Betrek het gehele team

Bij het bedenken en uitvoeren van de plannen om Krachtige basiszorg vorm te geven is het van belang het gehele team betrokken te houden. Communicatie is belangrijk; houdt iedereen voortdurend op de hoogte. Dit kan worden ondersteund met een map op de server waar allerlei dingen staan, zoals plannen, notulen, etc. maar ook met regelmatige (lunch)bijeenkomsten.

Krachtige basiszorg moet voor iedereen iets opleveren en iedereen moet er belang bij hebben. Wat voor de een tijdwinst is, betekent soms voor de andere extra taken. Mede daardoor is niet iedereen binnen het team altijd gelijk enthousiast over veranderingen. Het kan helpen iedereen regelmatig bij elkaar te roepen en te bespreken wat de doelen zijn, welke plannen daar bij horen, waar iedereen heen wil en hoe het er nu voor staat.

Zoek naar activiteiten die vrij snel zijn op te pakken en direct iets opleveren. Dit motiveert om verder te gaan en kan teamleden enthousiast maken. Een voorbeeld hiervan kan zijn het instellen van een omloopdokter of spoedarts die vragen van patiënten en assistentes direct en tussendoor kan beantwoorden. Zo worden de andere huisartsen tussendoor niet gestoord en stapelen niet alle vragen zich op tot het eind van de dag. Dit geeft veel rust voor zowel huisartsen als assistentes.

Monitor de werkafspraken en herhaal die regelmatig. Deze afspraken zakken soms weer weg of gaandeweg blijkt iedereen daar toch een beetje anders mee om te gaan. Onderling feedback geven is relevant, maar mensen vinden het soms lastig elkaar daar op aan te spreken.

Binnen de praktijk komt het nogal eens voor dat de verschillende huisartsen te weinig uniform werken, wat heel lastig kan zijn voor assistentes. Het is zinvol om dit expliciet te inventariseren, omdat veel assistentes dit niet zomaar uit zichzelf zullen zeggen.

De assistentes zijn een belangrijke spil aan de voorkant omdat zij het eerste aanspreekpunt van patiënten zijn en veel werkdruk ervaren. Specifieke scholing voor de assistentes om complexiteit en LVB te herkennen en te begrijpen is relevant en houdt hen betrokken bij Krachtige basiszorg. Deze

scholing kan extern worden gevolgd, maar ook intern worden gegeven door bijvoorbeeld een casus van die dag te bespreken en te kijken welke handelingen van de assistentes onder Krachtige basiszorg vallen.

Timing is belangrijk. Een scholing voor assistentes of zorgverleners is pas zinvol wanneer zij eerst zijn meegenomen in de plannen en de gedachtegang van Krachtige basiszorg. Een scholing die te vroeg komt kan meer verwarring dan enthousiasme veroorzaken. Ook is het goed om assistentes mee te nemen in de keuze voor een scholing.

## 6.4 Zet samenwerking in de wijk op en sluit aan bij wat er al is

Ga naar de samenwerkingspartners in de wijk toe. Zoek naar gedeelde frustratie en motivatie.

Organiseer (of sluit aan bij bestaande) bijeenkomsten met de samenwerkingspartners in de wijk en bespreek met elkaar de ontwikkelingen en samenwerkingsbehoeften en mogelijkheden in de wijk.

POH-ers en/of praktijkverpleegkundigen kunnen een centrale rol hebben in Krachtige basiszorg, doordat zij laagdrempeliger en gemakkelijker bereikbaar zijn dan de huisarts en inhoudelijk ook een verbindende functie hebben tussen het medische en het sociaal-maatschappelijke domein. Casuïstiekbesprekingen zijn belangrijk om elkaar, elkaars werkwijze en expertise te leren kennen en goede samenwerkingsafspraken te maken. Definieer goed wat precies het doel en de werkwijze van deze casuïstiekbespreking is.

Zorg voor een sociale kaart en werk met sleutelfiguren/contactpersonen omdat nu eenmaal niet iedereen elkaar kan kennen. Via de juiste sleutelfiguren die ieder weer hun eigen netwerk hebben kunnen de lijnen voor samenwerking kort blijven.

Zorg dat de sleutelfiguren weten dat ze deze functie/taak hebben dat zij die ook overdragen wanneer zij uit de organisatie of wijk vertrekken.

Het delen van dezelfde werkplek voor een dag(deel) is een prettige manier om samenwerking te bevorderen. Voorbeelden hiervan zijn een wijkteam-medewerker, maatschappelijk werkster, welzijnscoach of psycholoog die een dag vanuit een huisartsenpraktijk werkt. Het bevordert de samenwerking en maakt verwijzing voor patiënten laagdrempeliger.

Sluit aan bij wat er al is (en goed werkt) in de wijk. Kijk of er binnen gemeentebestuur iets is waar je bij aan kan sluiten. Maak daarbij een bewuste keuze en probeer niet alles bij te houden.

## 7 Methoden en verantwoording

Tien huisartsenpraktijken en gezondheidscentra uit achterstandswijken van de vier grote steden kregen voor een periode van twee jaar extra financiering van zorgverzekeraar Zilveren Kruis, de achterstandsfondsen en Zorgverzekeraar CZ om 'Krachtige basiszorg' in een pilot te implementeren. Het Nivel monitorde het proces van implementatie.

De uiteindelijke doelen van Krachtige basiszorg zijn een betere gezondheid van de populatie, verbetering van de ervaren kwaliteit van zorg, reductie van zorgkosten en vermindering van werkdruk van zorgprofessionals (Bodenheimer et al, 2014). De hier gerapporteerde monitoring volgt twee jaar implementatie van Krachtige basiszorg. Implementatie van Krachtige basiszorg kost tijd en op korte termijn zijn geen objectief meetbare effecten te verwachten op de gezondheid van de populatie, ervaren kwaliteit van zorg en/of reductie van zorgkosten. In deze monitoring is daarom alleen gekeken welke activiteiten de huisartsenpraktijken en gezondheidscentra in het kader van Krachtige basiszorg implementeerden, wat de ervaringen van de praktijken waren en welke bevorderende en belemmerende factoren volgens hen naar voren kwamen. Daarnaast zijn patiënten naar hun ervaringen met het 4D-gesprek gevraagd en is gekeken naar de effecten van Krachtige basiszorg op ervaren werkplezier en werkdruk bij professionals.

In deze monitor stonden drie vraagstellingen centraal die met verschillende methoden zijn geëvalueerd.

- Welke activiteiten zijn in het kader van de implementatie van Krachtige basiszorg ingezet? Wat zijn de ervaringen van de professionals uit de huisartsenpraktijk?
- Wat vinden patiënten en zorgverleners van het gesprek volgens het 4D-model?
- Hoe ontwikkelt werkdruk en werkplezier van zorgprofessionals zich in de twee jaar dat krachtige basiszorg wordt geïmplementeerd?

### 7.1 Welke activiteiten zijn in het kader van de implementatie van Krachtige basiszorg ingezet?

De eerste vraag was welke activiteiten de huisartsenpraktijken hebben ingezet in het kader van de implementatie van Krachtige basiszorg. Er is gebruik gemaakt van verschillende methoden om het proces van implementatie te monitoren: -Met alle coördinatoren van Krachtige basiszorg is een face to face interview in de praktijk gehouden om in kaart te brengen wat de uitgangssituatie was van de praktijk en om te horen welke onderdelen van Krachtige basiszorg zij gingen implementeren. De meest coördinatoren Krachtige basiszorg waren (een van de) huisarts(en) uit de praktijk, maar bij sommige praktijken was de praktijkmanager of een POH coördinator<sup>2</sup>. In veel gevallen waren bij dit gesprek ook nog een (andere) huisarts, POH of assistente aanwezig.

- Na dit interview is een vragenlijst met open vragen opgesteld die om de paar maanden aan alle coördinatoren Krachtige basiszorg is toegestuurd. De onderwerpen waren voor alle praktijken hetzelfde (scholing, spreekuurindeling, samenwerking in de wijk, teambetrokkenheid, etc.) maar de specifieke vragen werden aangepast op grond van de specifieke situatie in de praktijk. In de

---

<sup>2</sup> Bij meerdere praktijken is de coördinator in de loop van de tijd gewisseld.

vragenlijst is gevraagd naar het verloop van de ingezette activiteiten, en naar de bevorderende en belemmerende factoren bij deze activiteiten.

Per praktijk hebben twee of drie andere medewerkers een vragenlijst ingevuld over een van de (specifieke) activiteiten van de praktijk. Zo heeft bijvoorbeeld een assistente vragenlijsten ingevuld over de miniteams, een huisarts en een assistente over de nieuwe functie van spoedarts, een POH over het opzetten van brede samenwerking in de wijk, een huisarts en een POH-Mw over het houden van 4D-gesprekken, een praktijkmanager over de interne scholing voor assistentes en een huisarts over een project om licht verstandelijke beperkingen beter te herkennen. Ook hier is gevraagd naar vorderingen en naar bevorderende en belemmerende factoren.

- Wanneer medewerkers het lastig vonden om een vragenlijst in te vullen zijn zij telefonisch geïnterviewd.
- Na 9 maanden en na twee jaar is een bijeenkomst met een of twee vertegenwoordigers (veelal huisartsen, praktijkmanagers of POH-ers) van elke betrokken huisartsenpraktijk georganiseerd om de (tussentijdse) resultaten te bespreken en te duiden. Deze bijeenkomst was in 2019 live en in 2021 digitaal.

Op grond van al deze bronnen is een verslag gemaakt van de elementen van Krachtige basiszorg, de ervaringen van de praktijken, hun zorgen en hun aanbevelingen. De evaluatie voor wat betreft de geïmplementeerde onderdelen van Krachtige basiszorg en de ervaringen is dus gebaseerd op het oordeel en de ervaringen van een relatief klein aantal praktijkmedewerkers en de gerapporteerde vorderingen en ervaringen zijn niet geverifieerd bij andere medewerkers.

## 7.2 Wat vinden patiënten van de 4D-aanpak?

Ervaringen van patiënten met het 4D-gesprek zijn in kaart gebracht met een korte schriftelijke vragenlijst die samen met een van de ontwikkelaars van het 4D-model en een van de deelnemende huisartsen is ontwikkeld. Met tien korte, eenvoudige stellingen is geprobeerd de essenties van het 4D-gesprek te bevragen. De stellingen gingen onder andere in op de vraag of patiënten het prettig vinden om ook eens uitgebreid over hun situatie te praten, of de relatie tussen hun gezondheidsklachten en eventuele andere problemen in hun leven goed is uitgelegd, of zij na het 4D-gesprek hun klachten beter begrijpen en of het de vervolgstappen van de behandeling of begeleiding duidelijker maakt. Daarbij ging het zowel om de vervolgstappen van de zorgverlener als om de vervolgstappen die de patiënt zelf kan zetten. De patiënt kon kiezen tussen de antwoordopties: 'helemaal eens', 'eens', 'eens noch oneens', 'oneens', 'helemaal oneens' en 'nvt'.

Patiënten die een consult hadden gehad waarin het (papieren) 4D-model is gebruikt, of waarin hun problemen met behulp van de 4D-aanpak zijn besproken vulden de vragenlijst in. De huisarts of POH die het gesprek had gevoerd vroeg de patiënt om de vragenlijst in te vullen, maar bleef daar zelf niet bij aanwezig. Patiënten konden meedoen als zij de vragenlijst zelfstandig of met hulp van de assistente of een naaste konden invullen. De assistente zorgde ervoor dat de vragenlijst ingevuld (maar ongezien) in een gesloten retourenveloppe werd gestopt en naar het Nivel werd gestuurd. De praktijken ontvingen voorafgaand aan het onderzoek een protocol en een handleiding, zodat de methode van afnemen zoveel mogelijk gelijk was bij alle praktijken.

De resultaten van de vragenlijst zijn verwerkt met beschrijvende statistiek.

De mate waarin de patiënten zijn betrokken bij deze monitoring is beperkt tot het invullen van een korte vragenlijst over hun ervaringen met het 4D-gesprek. De patiënten die de vragenlijst invulden waren hierover zeer positief, maar het is onbekend in hoeverre deze patiënten een representatieve afspiegeling zijn van alle patiënten die een 4D-gesprek hebben gehad. Er is weinig reden om te denken dat er veel patiënten zijn die een 4D-gesprek hebben gehad en dit niet op prijs stelden. Een 4D-gesprek zal niet voor iedere patiënt geschikt zijn, maar waarschijnlijk kan een huisarts en/of POH dit van tevoren al redelijk goed inschatten, of gaan deze patiënten zelf niet op de uitnodiging voor een 4D-gesprek.

### 7.3 Hoe ontwikkelt werkdruk en werkplezier van zorgprofessionals zich?

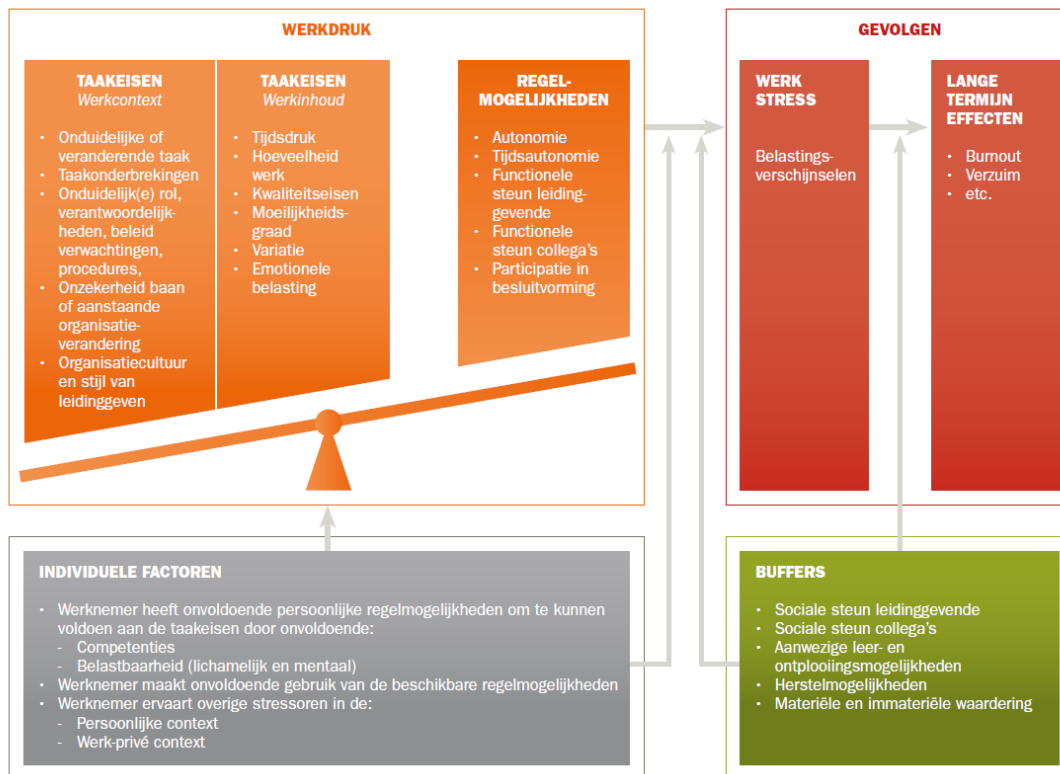
Werkdruk en werkplezier is geëvalueerd met een schriftelijke vragenlijst onder alle medewerkers van de tien huisartsenpraktijken en gezondheidscentra direct na de start van de pilot Krachtige basiszorg en na twee jaar. Werkdruk treedt op wanneer er een disbalans is tussen de eisen die aan het werk worden gesteld en de mogelijkheden die iemand heeft dit naar behoren uit te voeren (Wiezer et.al.,2012). Werkdruk wordt onder andere verhoogd door de hoeveelheid werk, de emotionele belasting die het werk met zich meebrengt en onduidelijke verantwoordelijkheden en taken. De steun van collega's en leidinggevenden, werkplezier, voldoende kennis, competenties, waardering en betrokkenheid bij de besluitvorming kunnen een positieve invloed hebben op werkdruk. Gebaseerd op het model in figuur 5 en in overleg met een aantal zorgverleners van de betrokken centra is een vragenlijst ontwikkeld met daarin stellingen over werkstress, werkplezier, vakbekwaamheid en regelmogelijkheden en ervaren steun. Een voorbeeld van een stelling over werkdruk is: *Ik heb voldoende tijd voor noodzakelijk overleg en samenwerking met collega's of andere zorgverleners.*

Respondenten konden bij elke stelling aangeven of dit 'nooit', 'soms', 'regelmatig', 'vaak' of 'altijd' van toepassing was. Om een zo hoog mogelijke respons te krijgen is de vragenlijst beperkt tot 27 stellingen. De respondenten vulden niet hun naam maar wel hun functie binnen de praktijk in, hoeveel uur zij werkten en hoeveel jaar zij al in dezelfde praktijk werkten.

Bij de tweede vragenlijst zijn twee aanvullende vragen gesteld over het verschil in ervaren werkdruk en ervaren werkplezier ten opzichte van twee jaar geleden, met behulp van een vijfpuntschaal ('veel minder', 'minder', 'evenveel', 'meer', 'veel meer') en de redenen voor dit verschil ('Krachtige basiszorg', 'COVID-19', 'anders'). Daarnaast zijn vier vragen gesteld over de invloed van Krachtige basiszorg en COVID-19 op ervaren werkdruk ('verlaagt mijn werkdruk', 'heeft geen invloed op mijn werkdruk', 'verhoogt mijn werkdruk') en werkplezier ('verlaagt mijn werkplezier', 'heeft geen invloed op mijn werkplezier', 'verhoogt mijn werkplezier').

De coördinatoren van de huisartspraktijken en gezondheidscentra leverden de emailadressen van alle medewerkers uit de praktijk aan om de vragenlijst te versturen. De eerste vragenlijst betrof een papieren vragenlijst en de tweede vragenlijst is online uitgezet.

Figuur 5. Model overgenomen uit: Wiezer, N. et.al. *Werkdruk*, TNO, Hoofddorp, 2012



## Analyse

Voor het beschrijven van de resultaten in de tekst en de tabellen zijn voor de leesbaarheid de antwoordcategorieën 'nooit' en 'soms' samengenomen, en de categorieën 'regelmatig', 'vaak' en 'altijd'.

Verschillen in continue variabelen zoals aantal jaar werkzaam en rapportcijfers voor werkplezier en werkdruk zijn getoetst met een student-test ( $p < 0,05$ ). Het verschil in antwoorden (5-puntschaal) tussen de verschillende typen medewerkers (huisartsen, POH-GGZ, POH-somatiek, assistentes) is met een  $\chi^2$  toets ( $p < 0,05$ ) getoetst, net als de verschillen in antwoorden tussen de eerste en de tweede meting. De  $\chi^2$  toets gaat uit van onafhankelijke waarnemingen. Bij herhaalde metingen is geen sprake van onafhankelijke waarnemingen. Aangezien de vragenlijst anoniem is ingevuld en niet bekend is hoeveel respondenten beide vragenlijsten invulden, is een toets voor gepaarde waarnemingen echter ook niet mogelijk. Bij het interpreteren van de gerapporteerde verschillen tussen de eerste en de tweede meting moet hiermee rekening worden gehouden.

In tegenstelling tot de monitoring van de geïmplementeerde elementen van Krachtige basiszorg en de ervaringen daarmee die bij een beperkt aantal praktijkmedewerkers zijn bevestigd, werden bij de evaluatie van werkdruk en werkplezier wel alle medewerkers uit de praktijk betrokken. Uit deze vragenlijst komt een positief beeld naar voren over Krachtige basiszorg en het effect daarvan op werkdruk en werkplezier. Dit positieve beeld sluit goed aan bij de ervaringen die door de coördinatoren Krachtige basiszorg en de kleine groep medewerkers worden gemeld in de vragenlijsten over de implementatie.

### Onderzoek vanuit huisartsenperspectief

Een van de elementen van Krachtige basiszorg is samenwerking met andere (zorg)partners in de wijk en met professionals uit het sociale domein. Deze monitoring ging uit van de ervaringen van de medewerkers uit de huisartsenpraktijk. Evaluatie onder professionals uit de wijk en het sociale domein zou zeer waardevol zijn geweest, maar viel buiten het bestek van dit onderzoek.

### Invloed van de COVID-19 pandemie op het onderzoek

De COVID-19 pandemie heeft een grote impact op de huisartsenzorg en veel van de Krachtige basiszorg activiteiten konden niet (optimaal) worden voortgezet. Daarom is de monitoring in de zomer van 2020 een aantal maanden stil gelegd in de hoop dat de situatie in het najaar weer genormaliseerd zou zijn. Daarnaast is, in plaats van de vragenlijst over de implementatie van Krachtige basiszorg, in een speciaal ontwikkelde enquête gevraagd naar de ervaringen met Krachtige basiszorg in de coronacrisis. De resultaten hiervan zijn in een aparte rapportage gepresenteerd (Leemrijse & Korevaar, 2020).

De invloed van de COVID-19 pandemie op de implementatie van Krachtige basiszorg en op de monitoring ervan waren helaas ook begin 2021 nog actueel. Juist de activiteiten die zo kenmerkend zijn voor Krachtige basiszorg zijn, zoals meer tijd creëren voor de patiënt en regelmatige ontmoetingen met de partners uit de wijk zijn nu moeilijk uitvoerbaar. Desondanks zijn de huisartsenpraktijken zeer tevreden over wat er in twee jaar is bereikt. Juist ook in deze pandemie vinden zij de reeds gelegde contacten in de wijk van belang om mensen met complexe problematiek goede zorg te bieden.



## Literatuur

Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380: 37–43.

Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals of family medicine*. 2014;12(6):573-6.

Knoster (1991) in a presentation to The Association for Severely Handicap (TASH) Conference).

Krachtige basiszorg. Integrale medische en sociale samenwerking in de wijk. Stichting Overvecht Gezond, Utrecht, 2017.

Kringos, DS. van den Broeke, JR. , van der Lee, APM., Plochg, T., Stronks, K. How does an integrated primary care approach for patients in deprived neighbourhoods impact utilization patterns? An explorative study. *BMC Public Health* volume 16, 2016

Kwetsbare groepen in Amsterdam; Factsheet Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2012. GGD Amsterdam, 2015.

Leemrijse C, Schoenmakers T. Overvecht Gezond ! Theoretische onderbouwing van de 'krachtige basiszorg' in de Utrechtse wijk Overvecht, Nivel, Utrecht, 2016.

Leemrijse, C., Bitter, N., Korevaar, J. Samenwerking tussen zorg- en hulpverleners in de achterstandswijk Overvecht. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2020

Leemrijse, C. Korevaar, J. Krachtige basiszorg is van meerwaarde in de coronacrisis. Nivel, Utrecht, 2020.

Leemrijse, CJ., Bitter, N., Makkes, N.C., Korevaar, JC. Experiences with collaboration between professionals from health services and social services to provide care for a patient population with complex health problems in a deprived area: an online survey (submitted)

Smits, F., Beukman, A., van Riet, J., Starmans, R. huisarts en Patiënt in achterstandswijk komt zorg tekort. *Criteria voor praktijkgrootte deuren niet Medisch contact*, 5, 20-23, 2017.

Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *Lancet* 2017; 389: 1229–37.

Toolkitkrachtigebasiszorg.nl

Volte S. Het 4 Domeinenmodel. Utrecht: 2015.

Wiezer, N. et.al. Werkdruk, TNO, Hoofddorp, 2012