



In 2018 had PoZoB zichzelf als opdracht gesteld om een strategische koers uit te zetten. Zodoende startten we in maart met heisessies om het beleid voor de komende drie jaar vorm te geven. Arnold Romeijnders: "Ik kijk met een goed gevoel terug op deze heisessies, waarin we met elkaar tot eensluidende en belangrijke keuzes zijn gekomen."

Toen we met elkaar¹ nadachten over de toekomst van PoZoB kwamen we tot de conclusie dat als we relevant en daadkrachtig willen zijn we keuzes moeten maken. Het is onze kracht om te innoveren en zorg waar nodig continu te blijven verbeteren. In het strategisch meerjarenplan staat beschreven dat we ons als eerste gaan richten op het ontwikkelen

van persoonsgerichte zorg. Om dit te kunnen doen vinden we het belangrijk dat er energie en ruimte is om hierin te kunnen investeren. Zowel op de praktijk als op kantoor. Dit leidde in de heidagen tot een tweede strategische keuze: "het huis op orde".

→ Zie vervolgzijde

ONZE KOERS NAAR PERSOONSGERICHTE ZORG

Interview met Arnold Romeijnders

EEN KRACHTIG INSTRUMENT MET TOEKOMST

Mieke en Corienne over video coaching

METEN IS WETEN

Kwaliteit van zorg
bovengemiddeld goed

Vragen of reageren? Heeft u vragen of reacties? Mail het ons via communicatie@pozob.nl!

Vervolg van pagina 1



Vele signalen en beleidsstukken wijzen op het belang en de urgentie om anders naar onze zorg te kijken. De afgelopen 12 jaar hebben we gebouwd aan een heel goed fundament onder de zorg voor mensen met een chronische aandoening.

Inmiddels is de zorg in de meeste praktijken goed op orde. Zorgprotocollen hebben ons daarbij zeer geholpen. Deze verbetering van zorg bracht echter ook een zekere rigiditeit in de zorgverlening met zich mee en veel meer drukte in de praktijken. Daarnaast bestaat er, onder andere door meer behandelmogelijkheden, een toenemende zorgvraag. De vraag en behoefte van patiënten verandert bij een steeds krappere wordende arbeidsmarkt. We zullen dus met minder zorgverleners meer moeten doen. Steeds meer mensen willen **geen protocollaire, "passieve" zorg**, maar zelf invulling geven aan persoonlijke doelen ondanks hun aandoening: het perspectief verandert naar mens en gezondheid in plaats van ziekte en zorg. Het fenomeen positieve gezondheid is hier een helpende exponent van.

Daarom is het toenemend belangrijk om tijd te nemen om goed na te denken over de juiste keuzes in de zorg. Dat geldt voor alle zorgverleners en ketenpartners. Alle huisartsen en praktijkondersteuners die ik ken werken hard en met passie voor de beste patiëntenzorg. Meerderen geven ook aan dat het te druk dreigt te worden. **Er is ook behoefte aan meer tijd voor de patiënt, en meer ruimte voor zorgverleners.** Dan is het niet goed om alsmat door te gaan en noodzakelijk dat we ons bezinnen over hoe we deze zorg in de toekomst het beste kunnen blijven leveren: het zal anders moeten.

We gaan er vanuit dat een deel van de oplossing van genoemde problematiek schuilt in persoonsgerichte zorg. Door niet meer standaard fysieke controles uit te voeren en patiënten te laten wachten op het oordeel van de huisarts of praktijkondersteuner. In tegendeel: de patiënt is (digitaal) goed geïnformeerd, komt zelf in de actiestand en gaat voor eigen doelen en oplossingen.

MGP en leefstijlcoaches kunnen dit ondersteunen en stimuleren zodat de praktijkondersteuner een deel van de zorg en regie kan overlaten aan steeds meer patiënten. Natuurlijk lukt dat niet bij alle patiënten en op korte termijn, maar wij zien al wel in experimenten en bij sommige huisartsen en praktijkondersteuners dat dit goed mogelijk is!

Wat persoonsgerichte zorg betreft heeft de GGZ zorg al een zekere voorsprong via het klachtgericht werken, het gebruik van Minddistrict en de groepen. Toch kunnen we ook daar verbeteren met persoonsgerichte zorg door het eigen oplossingsvermogen en de weerbaarheid te vergroten met hulp van onder andere de eigen omgeving en het sociale domein, vanaf het begin. In de GGZ-zorg zullen we intensiever gaan samenwerken met de tweedelij vanuit de gedachte dat we putten uit een gezamenlijk budget om alle zorg in goede afstemming te leveren.

Zo zullen we bij wachttijden niet meer naar elkaar wijzen, maar met elkaar samen gaan bedenken hoe we de vraag van patiënten en elkaars wachtlijsten anders kunnen oplossen. Een ander zorgperspectief vraagt om een andere rol en attitude van zorgverleners en een wendbare organisatie. Een organisatie die in staat is te anticiperen op deze veranderingen zonder de eigenheid en koers uit het oog te verliezen.

In het licht van deze strategische prioriteiten hebben we het afgelopen jaar al enkele stappen gezet. We hebben voorbereidingen getroffen om straks met elkaar het concept van persoonsgerichte zorg (wat is het, wat betekent het voor mij, de patiënt en de praktijk?) inhoud te gaan geven.

De PoZoB Academy, waar je deze jaarkrant ontvangt, is de gezamenlijke aftrap hiervoor. En natuurlijk nemen we de lessen die we geleerd hebben bij het project "Zorg op Maat" met het IZP en MGP hierin mee.

” Hoe mooi zou het zijn als iedereen geïnspireerd raakt door persoonsgerichte zorg op een manier die bij hem of haar past? 2019 wordt het jaar waarin we dit met elkaar gaan ontdekken.

Het belang van "het huis op orde" (een goede praktijkorganisatie) werd tijdens de heisessies met de Commissie van Afgevaardigden en de huisartsenadviesraad nog eens extra onderstreept. De huisartsen van PoZoB zien een ander deel van de oplossing voor de eerder beschreven problematiek in een betere organisatie van de praktijk. Persoonsgerichte zorg kan alleen tot bloei komen wanneer de praktijkorganisatie op orde is. Dat de twee elkaar versterken, blijkt ook uit het ervaringsverhaal van de praktijk van Stijn van Kerkhoven en Manda van de Ven. Zij vertellen erover verderop in deze krant.

Naast een goede praktijkorganisatie is ICT een ander belangrijk aandachtspunt. Tijdens het spelen van het bordspel op de PoZoB Academy van vorig jaar kwam dit ook als aandachtspunt naar voren. Inmiddels is een ICT commissie van huisartsen van start gegaan met de opdracht een visie vast te stellen om van daaruit de ICT in de huisartsenpraktijken te kunnen versterken en vereenvoudigen.

Onderwerpen die 'het huis op orde' raken, raken ook het werk van onze wijlen collega en directeur Niels van Elderen. Vlak voor het ter perse gaan van deze jaarkrant ontvingen wij het droevige en ongelooflijke bericht dat Niels niet meer

Interview met Arnold Romeijnders

onder ons is. Zijn inspanningen over het afgelopen jaar, en over de 11 jaar die daaraan voorafgingen, maken dat wij hem niet zullen vergeten. Hij zou trots zijn geweest op dat wat we de afgelopen jaren met elkaar hebben bereikt. En hij sprak zijn volste vertrouwen uit over de richting die we als organisatie met elkaar willen inslaan.

Inmiddels zien we dat niet alleen bij de GGZ, maar ook bij de somatische zorg en de tweedelijns het belang van intensievere samenwerking wordt ingezien. Zo staan we op het punt om samen met het Maxima Medisch Centrum en het Elkerliek ziekenhuis de zorg voor Astma en COPD in één continuüm in te richten. Ook hier verwachten we meer waarde voor de patiënt vanuit een gezamenlijke en meer persoonsgerichte benadering. Samen met het MMC ontwikkelen we dat ook voor diabetes mellitus type 2, hartrevalidatie en CVRM. Onze partnerzorggroepen DOH en SGE proberen deze vorm van samenwerken ook bij het Anna- en Catharina Ziekenhuis op te starten, en door heel goed samen te werken als zorggroepen willen we borgen dat de zorg eenduidig blijft. Daarbij werken we ook steeds meer samen met alle cardiologische maatschappen van de vier ziekenhuizen in onze regio ("Nederlands Hart Netwerk regio Zuidoost Brabant"), zoals blijkt uit de projecten atriumfibrilleren en hartrevalidatie.

Er is veel aandacht voor het juist voorschrijven en afleveren van de eerste medicatie via EVS, transmurale formularia en goede samenwerking met alle apotheken (CaZo), zodat we aan de achterkant van dit proces niet meer hoeven te herstellen.

Bij ouderenzorg hebben we het afgelopen jaar flink onze schouders gezet in de werking van het Multidisciplinair Overleg (MDO) waarbij de patiënt en mantelzorger in de vraagrol komen. Deze proactieve zorg levert veel op en heeft de toekomst maar vraagt ook energie en organisatietalent. Onze praktijken hebben er het afgelopen jaar hard aan gewerkt. Het zorgprogramma voor kwetsbare ouderen is wat mij betreft een weldaad voor de oudere en diens mantelzorger. En ook de thuiszorg merkt dat de MDO's vruchtbaar zijn. Zowel de ouderen, ziekenhuizen als de huisartspraktijken zijn blij met het verbeteren van de transferzorg voor deze groep. We zijn enthousiast over het recente initiatief van alle huisartsen in de regio Weert om gezamenlijk met collega's van Meditta en het St. Jans Gasthuis in Weert op te trekken om ouderenzorg tot een groot succes te maken.

En dan heb ik het nog niet eens gehad over video coaching, de consultatie- en feedbackbijeenkomsten bij GGZ en somatische zorg en de resultaten uit de kwaliteitsspiegels. Dát en meer over onze inspanningen om de zorg te verbeteren lees je verderop in deze jaarkant.

” Ik wens alle huisartsen, praktijkondersteuners, diëtisten, podotherapeuten, pedicures, psychologen, psychiaters, verslavingsconsulenten, internisten, longartsen en cardiologen en kantoormedewerkers een heel goed en geïnspireerd 2019 toe.

Met een enthousiaste uitnodiging komend jaar actief mee te denken over het vormgeven van persoonsgerichte zorg!

Arnold Romeijnders



Een goede praktijkvoering levert heel veel op voor de patiënt

'Iedereen moet er beter van worden.' Dat is toch wel het credo in het dagelijks doen, denken en handelen op de praktijk van Stijn van Kerkhoven en Manda van de Ven in Maarheeze. Hun gezamenlijke passie om het goede te doen voor de patiënten in Maarheeze vindt zijn weerklank in een duidelijke missie en visie op de zorg. Beiden gaan een nieuwe uitdaging niet uit de weg.

” **Stijn: 'Onze praktijk is ingericht op continu veranderen en verbeteren, pilots horen daar gewoon bij.'**

En dat betekent dat pilots niet zozeer 'op hen afkomen', maar dat ze deze zelf actief opzoeken. Dat was ook het geval bij RESET.

Stijn: 'Vanuit onze missie en visie op de huisartsenzorg in onze praktijk, wilden we de patiënt meer centraal stellen. We doen wel persoonsgerichte zorg, maar eigenlijk doen we het in mindere mate dan we graag zouden willen doen.'

Na een eerste verkenning met CZ bleek de mogelijkheid van een patiëntenplatform of structurele cliëntenraad niet echt kansrijk. Toen zijn Stijn en Manda in gesprek gegaan met Arnold, Niels en Casper Besters van CZ. Toevallig bleek op dat moment RESET van start te gaan onder leiding van Pim van den Boomen. 'RESET belichaamt precies datgene waarvan wij denken dat de zorg naartoe gaat; namelijk écht persoonsgericht. Dat wil zeggen: geïntegreerde zorg die niet meer zorgprogramma afhankelijk is en waarbij het gaat over leefstijl en voeding in plaats van over ziekte en zorg. In de praktijk zagen we dat onze patiënten lang niet altijd zitten te wachten op vier keer per jaar de huisarts bezoeken. Binnen RESET hoeft dat ook niet meer', aldus beide huisartsen.



BEWEGESSIE RESET IN MAARHEEZE

Eén van de belangrijkste successen van RESET is dat partners van patiënten mee mogen doen. Zo zorg je ervoor dat gedragsverandering een onderdeel is van het dagelijks leven. De groepsdynamiek is ook een belangrijke succesfactor. Het werken in groepen zorgt ervoor dat de gedragsverandering ook vol gehouden wordt.

'Ik ben geen patiënt, maar een cliënt'

'We zien nu, na een half jaar, de eerste patiënten terug in de praktijk om te bespreken hoe en of deelname aan RESET bevalt. De ervaringen zijn positief. Eén van de leukste dingen die iemand zelf vertelde was: 'Ik ben nu geen patiënt, maar meer een cliënt hier'. Dat is toch wel een hele andere benadering, vertelt Manda.

Stijn vult aan: 'Het blijkt dat onze patiënten nu veel beter in staat zijn zelf hun eigen doelen te stellen. Mede dankzij de begeleiding van de leefstijlcoach is dit denkproces veel logischer geworden. Je ziet dat mensen dit snappen. En ze begrijpen dat er verandering nodig is om het doel te gaan halen. Bij RESET ervaren ze die verandering ook gelijk (door een supermarktsafari en gesprekken met de leefstijlcoach) en is er een logische koppeling met het IZP ontstaan. Dat is nu écht een individueel zorgplan geworden.

De verandering voor ons als huisartsenpraktijk?

Stijn: 'De verandering die je ziet in het denken, uit zich ook in het gedrag. Het zou natuurlijk zonde zijn als mensen nog vier keer per jaar hun bloeddruk komen meten.'

Manda: 'Daarom voeren we exit gesprekken met de deelnemers. Zo bespreken we dat ze voortaan zelf in de MGP app hun bloeddruk kunnen invoeren. En ze weten wanneer ze aan de bel kunnen trekken en bij wie ze terecht kunnen als ze hulp nodig hebben.'

Jullie werken volgens de LEAN werkwijze. Is dit een voorwaarde voor het succesvol uitvoeren van een pilot?

Manda: 'Nee, LEAN werken is geen voorwaarde, ook zonder LEAN te werken kan je een pilot doen. Voor ons is het wel een bijzonder fijn hulpmiddel. Het geeft ons de energie en de tijd die nodig is om in verandering te investeren. Dat betekent dat we tijd creëren om te investeren in de inhoud en voorbereiding van een pilot. Maar ook dat we gedurende de pilot scherp blijven op onze samenwerking en het betrekken van onze medewerkers. Ieder half jaar evalueren we ons jaarplan. Waar staan we, hoe gaat het en is alles wat we doen nog in lijn met waar we naartoe willen als praktijk?'

‘Verandering is de constante factor in onze praktijk’

Een goede organisatie helpt ons focussen en zorgt ervoor dat we onze tijd zoveel als nodig is in de patiënt kunnen investeren. Er is rust, structuur en duidelijkheid. Voor de patiënt vertaalt dit zich in geen wachttijden voor en tijdens het spreekuur. Alles wat niet van waarde is voor de patiënt proberen we te schrappen.

Wat ook helpt is dat onze assistentes ons in veel taken ontlasten. Het is een bewuste keuze geweest om meer assistentes aan te nemen. Een van hen is LEAN coach en volgt nu een managementopleiding. Zij plant bijvoorbeeld de functionerings-gesprekken, bereid ze voor, verstuurt de vragenlijst en werkt het verslag uit. Een hele zorg minder! Eén keer per week hebben we een halve dag vrij geroosterd. Dan voeren

we functioneringsgesprekken, doen de financiën, accreditatie, enzovoorts. Dit is geen sluitpost van ons spreekuur en niet iets dat ook nog moet. Nee, we maken hier ruimte voor, die is er gewoon.

” **En de patiënt? Die voelt zich steeds meer cliënt en geen patiënt.**

In deze nieuwe rol bepaalt hij zelf wanneer en waar hij welke zorg ontvangt. En welk aandeel hij zelf heeft. Wat ons betreft een enorme winst voor ons allemaal.



HET TEAM

Joyce Felix
(aios)

Manda van de Ven
(huisarts)

Vivian Onnink
(stagiair)

Marloes Linders
(assistente)

Stijn van Kerkhoven
(huisarts)

Mark Strijbos
(stagiair)

Niet op de foto en wel werkzaam in de praktijk:

Janneke Peters (POH S)

Veronique Heeremans (POH GGZ)

Annit Hulscher (POH S)

Gemeten kwaliteit van zorg bovengemiddeld goed

PoZoB doet het goed. Met elkaar zijn we goed in het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Ten opzichte van andere zorggroepen scoren we bovengemiddeld of ruim bovengemiddeld op uitkomst- en procesindicatoren in de zorgprogramma's Diabetes/CVRM en Astma/COPD. Dankzij ieders inspanning hebben we de afgelopen jaren onze ambitie verder kunnen verwezenlijken om een zorggroep te zijn waarvan de kwaliteit van zorg bijzonder goed is. Daar mogen we met elkaar best trots op zijn!

Onze ervaringen tot nu toe

Sinds april 2016 werken we met ons nieuwe kwaliteitssysteem waarvan de kwaliteitsspiegel het centrum vormt. In de loop van 2017 is de kwaliteitscyclus PoZoB breed in de huisartsenpraktijken goed op gang gekomen. Het afgelopen jaar is o.a. ingezet op een betere leesbaarheid van de spiegel. Zodat het makkelijker is deze te bespreken op de praktijk.

Wat heeft het ons gebracht?

We streven ernaar dat praktijken inzicht krijgen in hun eigen kwaliteit van zorg. We ondersteunen ze daarbij op maat. Zo helpen we praktijken zelf te evalueren en prioriteiten te stellen. We bereikten daarmee de volgende resultaten:



Kwaliteitsspiegel vertrouwd in de praktijk

In 80% van de praktijken is de kwaliteitsspiegel tijdens het jaargesprek tussen huisarts, praktijkondersteuner en relatiemanager besproken. Vaak leidt dit tot enkele verbeteracties.



Ondersteuning op maat

Zorgprogrammaverpleegkundigen en stafartsen ondersteunen praktijk gericht. Het helpt dat daarbij sterkten en zwakten in beeld zijn. De manager POH is betrokken wanneer het personele zaken betreft.



Stijgende minimale kwaliteit van zorg

De grens voor minimale zorgkwaliteit is sinds april 2018 hoger gelegd. Dit kon omdat steeds minder praktijken sterk negatief afwijken van het PoZoB gemiddelde.



Steeds minder verbeterpraktijken

Een verbeterpraktijk is een praktijk die relatief veel indicatoren onder de minimale kwaliteitsnorm heeft. In april 2016 waren er 25 verbeterpraktijken. In oktober 2018 zijn dat er nog 10. Daaronder zijn steeds minder praktijken waar al langere tijd een intensief verbetertraject loopt.



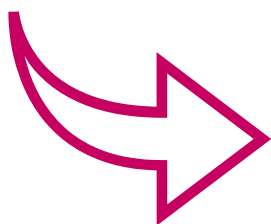
Kwaliteitsspiegel is vernieuwd

Huisartsen kunnen beter hun eigen prestatie afzetten tegen het geheel van PoZoB.



Minimale zorgkwaliteit meestal binnen twee kwartalen weer op orde

Omdat kwaliteitsgegevens elk kwartaal in beeld worden gebracht kan er snel geschakeld worden. Dit gebeurt bij praktijken waar de zorgkwaliteit plotseling achteruit gaat en die de grens voor de status verbeterpraktijk naderen of overschrijden. De relatiemanager bezoekt de praktijk en interventies kunnen snel gestart worden.





Inzicht in factoren die minimale zorgkwaliteit beïnvloeden

Stafmedewerkers van PoZoB hebben zicht gekregen op factoren die van invloed zijn op de minimale zorgkwaliteit. Genoemde factoren zijn bijvoorbeeld de organisatie van het zorgproces, werkafspraken en personele bezetting. Doordat we de factoren kennen kunnen we hierop inspelen. Zo is er bijvoorbeeld meer uniformiteit in werkprocessen gekomen voor praktijkondersteuners in de flexpool.

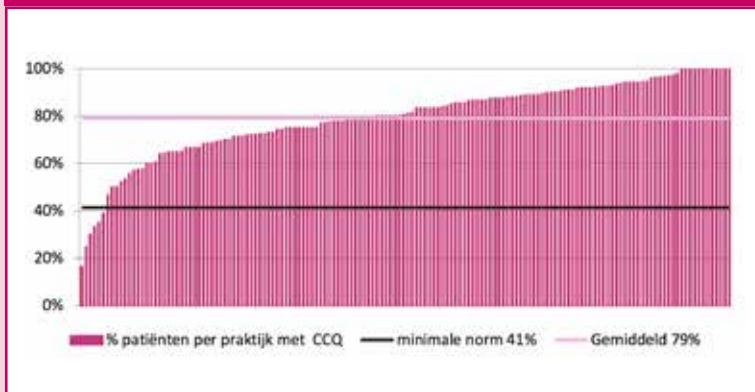
Ons kwaliteitssysteem is een vliegwiel dat het grote PoZoB wiel in werking zet. Op deze manier plukken we er als vereniging allemaal de vruchten van.



Wat brengt dit de patiënt?

Voor de patiënt is het goed om te weten dat onze kwaliteit van zorg is goed en nog steeds beter wordt. En dat de minimale zorgkwaliteit voortdurend wordt bewaakt. Tot slot kunnen we, en daar zijn we best trots op, concluderen dat de zorgprogramma's in zijn geheel zijn verbeterd. We maken dus steeds meer waar dat patiënten erop kunnen vertrouwen dat ze de meest waardevolle zorg krijgen.

PRAKTIJKVARIATIE CCQ OP 1 OKTOBER 2016

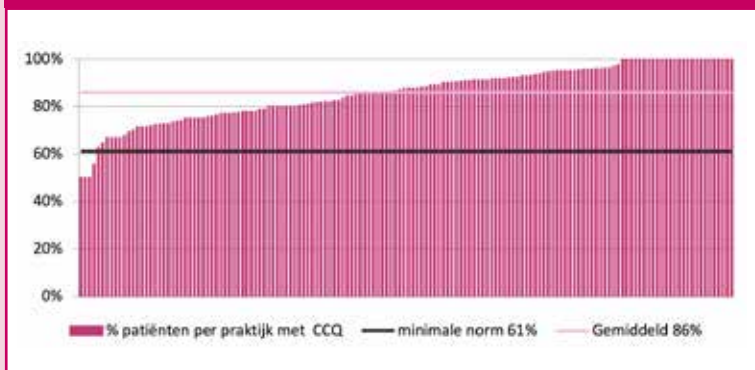


Een patiënt met COPD krijgt minimaal jaarlijks een gesprek over de kwaliteit van leven. De patiënt vult daarvoor de CCQ in, een lijst met vragen over de eigen ervaringen.

Op 1 oktober 2016 was er gemiddeld per huisartsenpraktijk bij 79% van de patiënten (roze lijn) een recente CCQ aanwezig. Twee jaar later lag dit gemiddelde op 86%. Een prima collectief resultaat.

Minstens zo belangrijk in het sturen op kwaliteit voor PoZoB is dat de praktijkvariatie sterk verminderde. Op 1 oktober 2016 waren er 18 PoZoB-praktijken waar minder dan 61% van de patiënten een recente CCQ had. Twee jaar later nog maar 4 PoZoB-praktijken. Bij de evaluatie van de kwaliteitscyclus in het voorjaar van 2018 is de minimale norm daarom verhoogd van 41% naar 61% (zwarte lijn).

PRAKTIJKVARIATIE CCQ OP 1 OKTOBER 2018



De CCQ is een relatief nieuwe kwaliteitsindicator waar verbetering nog mogelijk is. Een groot aantal van de indicatoren die PoZoB gebruikt in de kwaliteitscyclus stijgt niet meer of marginaal. Bij deze indicatoren hebben we in de afgelopen twee jaar wel bereikt dat er steeds minder praktijken onder de minimale norm voor zorgkwaliteit uitkomen.



Videocoaching: een krachtig instrument mét toekomst

Eerder dit jaar deelden we interviews met praktijkondersteuners en een huisarts in de nieuwsbrief en op PoZoBnet. Nu is het de beurt aan onze videocoaches. Hoe ervaren zij het begeleiden en coachen van onze praktijkondersteuners? Mieke Bovens en Corienne Janssen delen hun ervaring met deze nieuwe vorm van coaching.



Wat zijn jullie ervaringen tot nu toe?

Corienne (gestart in sept '17): 'In het begin was er veel weerstand. Mensen waren wat huiverig en vroegen zich af wat de meerwaarde was van het coachingstraject. Maar gedurende het gesprek is er vaak sprake van een omslag. Mensen komen gespannen binnen en gaan opgelucht weg.'

Mieke (coach GGZ, gestart in jan '18): 'Er wordt ook wisselend gereageerd. Sommige POH willen na 2 of 3 maanden gelijk weer een opname om te kijken of ze hun doel hebben gehaald, anderen vinden het ook goed om na 2 of 3 jaar weer een video te maken.'

Wat is jullie opgevallen?

Als ik de video's terugkijk zie ik overlap maar ook diversiteit, zegt Corienne. De overlap zit er vooral in dat iedereen een goede band heeft met zijn patiënten, de patiënten voelen zich vrij en gehoord om te vertellen. En er worden veilige gesprekken gevoerd. Aan de andere kant is het beeld ook wisselend. Er wordt divers gewerkt in structuur en opbouw van een consult. Het is ook wisselend in hoeverre een POH open staat voor ontwikkeling. Ik vergelijk dat met patiënten. De ene patiënt staat open voor leefstijlverandering en een andere (nog) niet of minder. Zo is het ook bij de praktijkondersteuners. Zo staat de een open voor verandering en heeft veel acties vanuit reflectie en is de ander tevreden met hoe het nu gaat. Bij het coachingsgesprek staan we dan uitgebreid stil bij de eigen reflectie, aldus Corienne.

Mieke: 'We oordelen en beoordelen ook absoluut niet. We reflecteren puur op beeldmateriaal. Op basis van wat we zien, bespreken we de tips en tops die de praktijkondersteuner zelf aandraagt. De POH stelt ook zelf zijn ontwikkelplan op. Zo wordt het echt een traject vanuit de eigen motivatie.'

Is er een bepaalde methode die ten grondslag ligt aan jullie werkwijze?

'Ja. We gebruiken de MAAS globaal methode. Een wetenschappelijk bewezen methodiek die ons helpt in het coachingstraject. Je kijkt daarmee ook naar competenties. Stel, iemand loopt vaak uit met het spreekuur. Dan kijken we welke competentie helpt om hier aan te werken', vertelt Mieke.

Corienne: 'We hebben ook een opleiding gevolgd bij Paul Ram, een hoogleraar verbonden aan de Universiteit van Maastricht. Hij heeft ons ontzettend goed geholpen in het aanleren van goede coachingsvaardigheden. We hebben ook regelmatig intervisiebijeenkomsten met elkaar als videocoaches. Daarin bespreken we geen casuïstiek maar richten we ons puur op onze eigen ontwikkeling.'



MIEKE EN CORIENNE

Wat maakt videocoach zijn zo leuk?

Corienne: 'Het is ontzettend leuk om samen met de POH het hele proces te doorlopen en echt samen te werken aan de ontwikkeling. Vooral bij POH die kritisch zijn en graag willen leren geeft dit voldoening. Ondanks de weerstand hebben collega's toch veel gedeeld en zich kwetsbaar durven opstellen. Daar krijg ik wel energie van.'

Mieke: 'Het is super om te zien hoe collega's het doen en hoeveel kwaliteiten ze hebben en om daar bij stil te staan. Bijkomend voordeel is dat ik er zelf ook nog iets van opsteek, haha.'

Hoe zien jullie de toekomst?

We vinden het beiden belangrijk dat videocoaching onderdeel is van een doorlopende leerlijn gedurende het hele jaar. Wat ons betreft ben je constant in ontwikkeling. We merken dat zelfreflectie een krachtig instrument is om te gebruiken in je eigen ontwikkeltraject als POH. Als je hier op meerdere momenten in het jaar aandacht voor hebt, ga je meer de diepte in. Dan is de vraag niet alleen: 'Hoe is het met je?' Maar wordt er doorgevraagd. Bijvoorbeeld als het goed gaat: 'Wat gaat dan goed?', 'Kunnen we nog meer doen?'

In 2019 zouden we meer de diepte in willen. Om te ontdekken wat de POH er in de dagelijkse praktijk aan heeft gehad. En wellicht is het interessant dit in een vertrouwde en veilige omgeving met andere POH's te delen? Daar zijn we wel nieuwsgierig naar.



Met de andere videocoaches, de videocoach coördinator en de afdeling P&O vindt op dit moment een evaluatie plaats over de ervaringen tot nu toe. Hieruit volgen aanbevelingen over hoe we videocoaching een goede plek in de praktijk kunnen geven. Een belangrijke informatiebron is de opbrengst van de enquête die onder POH Somatiek is uitgezet. Meer informatie over de uitkomsten van de evaluatie en aanbevelingen volgt. Onder POH GGZ is nog geen enquête uitgezet omdat zij later gestart zijn.



Data videocoaching vanaf 23 augustus 2017 tot en met 4 december 2018

Gegevens van POH Somatiek

Gegevens van POH GGZ

De eerste video was geüpload door Christel Simenon op 23 augustus 2017

484 video's zijn geüpload

122 video's zijn deels of geheel gezien door huisartsen

45 huisartsen hebben video's volledig bekeken

81 video's zijn geüpload

27 video's zijn deels of geheel gezien door huisartsen

De eerste video was geüpload door Daphne Majoor op 8 januari 2018

16 huisartsen hebben de video's volledig bekeken

Jaarthema suïcidepreventie groot succes bij GGZ bijeenkomsten

THEMA 2018:

113 zelfmoord preventie

Afgelopen jaar werd voor het eerst gewerkt met een jaarthema voor alle consultatie- en feedbackbijeenkomsten van GGZ. Suïcidepreventie was in 2018 een landelijk nascholingsinitiatief dat PoZoB regionaal wilde oppakken. Niet alleen medische beroepen kwamen in aanmerking voor nascholing, maar ook alle gatekeepers, mensen in het onderwijs en alle andere mensen in de zorg. Er was veel draagvlak voor het thema en de externe sprekers waren goed geïnformeerd. Staf- en kaderartsen GGZ Hans Rutten en Sicco Steenhuisen delen met enthousiasme hun ervaringen. *Door Annet Zonneveld*



we elkaar altijd vinden. Er is een uitgebreid draaiboek beschikbaar dat door de jaren is aangevuld met de opgedane ervaringen. Dit format geeft precies aan wie wat doet en vooral ook wanneer. Het is belangrijk om op tijd, circa vier maanden van tevoren, te beginnen met de voorbereiding. Datum en locatie worden bepaald. En heel belangrijk, we kijken welke externe sprekers beschikbaar zijn op die data. Het format helpt ons ook met praktische zaken zoals: wie neemt de beamer mee, wie regelt het bloemetje voor de spreker, etc. Kortom, ieder jaar gaat de organisatie soepeler en kan de voorbereidingstijd optimaal benut worden voor de inhoud.



Hoe ziet de agenda van een gemiddelde feedbackavond er uit?

We starten met een kennismakingsrondje. Daarna bespreken we de casus(sen). Dit is altijd een erg belangrijk onderdeel, dat gewaardeerd wordt en voor iedereen relevant is. Ook voor alle ketenpartners. Vervolgens bespreken we het cijfermateriaal. Sicco legt dit verder uit: "Lang hebben we gezocht naar cijfers maar dat was niet altijd zinvol. Nu hebben we nieuwe indicatoren met nieuwe meetinstrumenten (vragenlijsten) en daarmee gaan we proberen om te komen tot een soort benchmark voor de HAGRO. Uitgangspunt is dat die cijfers een zinvolle reflectie oproepen. Dat blijft soms nog wat zoeken".

Waarom consultatie en feedbackbijeenkomsten?

Sicco antwoordt dat het vooral gaat om kwaliteitsverhoging. Hij licht verder toe dat daar drie pijlers in te onderscheiden zijn. Het gaat in de eerste plaats om het delen van kennis. Maar elkaar ontmoeten en leren kennen is zeker zo belangrijk om de samenwerking in de keten soepeler te laten verlopen. Tot slot noemt Sicco het belang van plannen maken om afspraken na te komen en daadwerkelijk veranderingen door te voeren.

Wat is het resultaat van de C&F bijeenkomsten?

Hans en Sicco concluderen dat de C&F bijeenkomsten hebben bijgedragen aan een solide netwerk. Vanuit dit netwerk worden ketenafspraken gemaakt over samenwerking. Nu het zorgprogramma volwassen is geworden is het tijd voor een verdiepingsslag. De C&F bijeenkomst is een geschikt podium hiervoor. Het delen van ervaringen in kleine groepen zoals we met deze thema bijeenkomsten hebben gedaan is als erg waardevol geëvalueerd. Voor zorgverleners is het pure winst als je met elkaar ervaringen kan uitwisselen over een lastig onderwerp als suïcide.

Voor wie worden de C&F bijeenkomsten georganiseerd?

"Voor de C&F bijeenkomsten wordt de hele GGZ-keten uitgenodigd. Naast de huisartsen zijn dat ook de POH-GGZ, de eerstelijns psychologen (ELP), de verslavingsdeskundigen en de psychiaters (vaak vanuit het FACT team)", zo vertelt Sicco. Hans vult nog aan dat ook onze contactpersonen uit het sociaal domein worden uitgenodigd. Voor het thema van dit jaar waren ook suïcidepreventie specialisten van GGZe en GGZ Oost-Brabant aanwezig. De opkomst op deze avonden is altijd bijzonder goed.

Waar moet je allemaal aan denken bij het organiseren van een C&F bijeenkomst?

We beginnen altijd met het plannen van een voorbereidende bijeenkomst. Dit doen we samen met de aandachts-huisarts en aandachts-POH. We zetten lokale wensen af tegen wat we vanuit kantoor willen inbrengen. Daarin kunnen

” **“Vooral het delen van ervaringen in kleine groepen werd hoog gewaardeerd”**

Het was dit jaar wel een heel zwaar programma van 2,5 tot 3 uur. Desondanks gaf bijna iedereen een hoog cijfer op het evaluatieformulier. We kregen de beste sprekers van de GGZe! We hebben er veel mee bereikt. We zijn best trots dat we dit voor elkaar hebben gekregen.”



PerfectSamen: zonder relatie geen prestatie

De projectgroep PerfectSamen heeft het afgelopen jaar 6 FTO's (Farmacotherapeutisch Overleg) bezocht. Met hulp van het bordspel werd de samenwerking tussen apothekers en huisartsen besproken en zijn lokale en regionale verbeterpunten opgehaald. Vanuit het doel – het verbeteren van de zorg rondom medicijnen zonder verspilling van tijd, geld en energie – is volop geïnvesteerd in de relatie.



PERFECTSAMEN MASTERCLASS OP LANDELIJKE KWALITEITSDAG SERVICE APOTHEKEN IN DE JAARBEURS IN UTRECHT



VWS BRACHT OP 20 APRIL EEN BEZOEK AAN POZOB

Lokale verbeterpunten

Uitwisseling labwaarden

Uitkomsten medicatiebeoordelingen communiceren naar huisartsen en apothekers

Terugdringen gebruik medische noodzaak op recepten

Leveringstermijn aanpassen bij terminale patiënten

Huisbezoek apotheker bij kwetsbare ouderen

Groepsapp maken

HAPO overleg invoeren

Centrale melding vanuit apotheek bij niet-leverbare middelen

Regionale verbeterpunten

Regionale uitwisseling medicijnen en labwaarden

Langetermijn afspraken met zorgverzekeraars

Werken met EVS/Prescriptor

Formularia onder de aandacht brengen bij 2e lijn

Verbeteren communicatie vanuit Politheek over ontslagmedicatie na opname

Verbeteren elektronische uitwisseling data HIS en AIS

Een van de **regionale verbeterpunten** die tijdens de lokale FTO bezoeken herhaaldelijk naar boven kwam is het onder de aandacht brengen van de formularia bij de tweedelij. Daarom is het afgelopen jaar ingezet op een transmurale longformulier. Hiervan ligt een concept bij het Elkerliek Ziekenhuis en zijn stappen gezet dit ook voor het MMC te ontwikkelen.

Bij het MMC is daar een diabetesformulier aan toegevoegd. Ook zijn er gesprekken geweest met de zorgverzekeraars voor het maken van langdurige afspraken en wordt er gesproken met enkele politheken over het verbeteren van hun rol in de eerstelij. Deze punten worden in 2019 verder opgepakt.

Op pad met de relatiemanager

De relatiemanager. Een nieuwe functie die vorig jaar zijn intrede deed. Nieuw? Nou, ja een beetje nieuw dan. Nog relatief nieuw zijn Anke van Hout en Nathalie Gauthier. Zij vormen samen met Jolanda Cornelis het team relatiemanagement. Met een duidelijke focus op een verbindende rol, staan ze in nauw contact met de huisartspraktijken. Wat komt er zoal op hun pad? Ik liep een paar dagen met ze mee.

Door Marieke Linstra

8.30 uur

We beginnen op tijd en ik schuif aan bij het teamoverleg van Veldhoven. Anke deelt mededelingen en ontwikkelingen in de organisatie met het team. Veldhoven is op zoek naar stagiaires en Anke geeft dit door aan de manager POH. Het overleg gaat onder andere over beveiligd mailen, motiverende gespreksvoering en de PoZoB Academy. Er wordt afgesloten met een rondje scholingen. Vanuit het team is de behoefte aan intervisie. Even stil staan bij de vraag: 'Hoe gaat het met je?' Leuk en nuttig lijkt me.



TEAMOVERLEG VELDHOVEN



JAARGESPREEK HUISARTSENPRAKTIJK RIETHOVEN

11.00 uur

Ik pak de auto en rijd door naar Riethoven. Daar mag ik aansluiten bij het jaargesprek van huisartsenpraktijk Riethoven. De kwaliteitsspiegel wordt besproken. Anke leidt het gesprek en weet de spiegel in een mooi tempo te doorlopen. Daarna is er tijd voor reflectie. Wat gaat goed, wat kan er nog beter? Waar ligt de behoefte van de praktijk of POH/HA? Er is veel besproken en er was voldoende tijd voor. Ruim een uur. Mooi om te zien hoe deze praktijk positief kritisch naar de eigen organisatie kijkt en duidelijk is in behoeften en vragen.



IPO WAALRE

14.00 uur

Tijd om aan te sluiten bij het IPO. IPO staat voor Intern Praktijk Overleg. In dit overleg zit Anke samen met de zorgprogrammaverpleegkundigen en de manager POH om tafel om verbeterpraktijken te bespreken. Er worden woorden genoemd als verbinden, duiden, proces en afspraken maken. Anke heeft in het IPO een verbindende rol. Het praktijkplan wordt gekoppeld aan de prestaties en indicatoren van de betreffende praktijk. Maar ook breder legt Anke de verbinding: hoe zit het met de PoZoB beleidsregeling en regionale prestatieafspraken?

17.30 uur

Tot slot schuif ik aan bij Nathalie. Zij bezoekt een Consultatie- en feedbackbijeenkomst van GGZ in Nuenen. Zij heeft hier een verbindende rol maar dan meer achteraf. Om andere feedbackbijeenkomsten met elkaar te kunnen vergelijken en zo met de trekkers van deze bijeenkomsten (wat een enthousiasme brengen zij mee!) te evalueren en te verbeteren.

Het voelde als een eer om hierbij aanwezig te mogen zijn. Waarom? Omdat het om intervisie en reflectie gaat op de rol en functie van de zorgverleners zelf. Hoe gaan zij om met suïcide (preventie)? Het raakt me te ervaren hoe heftig dit onderwerp is. Maar ook hoe ontzettend nuttig het is om dit met elkaar te bespreken. Een huisarts merkt aan het einde van de avond op: 'Kijk, hier hebben we wat aan, praktische handvatten'.

Het is laat en ik rijd naar huis. Terugkijkend op het werk van de relatiemanagers vind ik het bijzonder knap hoe ze de verbinding van praktijk met kantoor en andersom leggen.

Ook indrukwekkend is dat ze op zoveel terreinen een behoorlijk eindje mee kunnen praten. Hoe doen ze dat, vraag ik mezelf dan af?

Ik snap dan ook goed dat ze in sommige gevallen de vraag terugleggen in de kantoororganisatie.



CONSULTATIE- EN
FEEDBACKBIJEENKOMST NUENEN



” Als er iemand is met een schat aan informatie en voelsprietten in de gehele organisatie, dan is het de relatiemanager wel!

Smile, ons pilotdoel is bereikt!

In 2018 is een kleine DSP (DOH, SGE, PoZoB)-pilot gestart met drie huisartsenpraktijken. De vraag in de pilot was óf en hoe de Smileyschaal bruikbaar is bij het evalueren van een persoonlijk doel. De Smileyschaal is een geplastificeerd 'meetlatje' met daarop vier 'opties' smileys. Elk met hun eigen mate van doelrealisatie.



Smileyschaal Pilot DSP Indicatoren

Handvat voor de praktijkondersteuner

Doelen worden concreet gemaakt en haalbaar gesteld volgens de SMART-criteria. Vervolgens kijkt de praktijkondersteuner samen met de patiënt naar de voortgang van het doel. Wat is nodig om het doel te bereiken? Of is het doel, en in welke mate dan ook, behaald? Het geeft de praktijkondersteuner letterlijk iets in handen om met de patiënt het goede gesprek te voeren.

Door samen te evalueren wordt de zorg tastbaar en zijn positieve ervaringen concreet. De Smileyschaal helpt de praktijkondersteuner bij het opvolgen van persoonlijke doelen en deze in het oog te houden. Scherp blijven op de persoonlijke doelen is in de drukte van alledag vaak lastig voor de huisartsenpraktijk.

Resultaten

De Smileyschaal blijkt een goed hulpmiddel bij het werken met persoonlijke doelen. De gestelde doelen zijn meer gericht op de patiënt en worden haalbaarder gesteld. Zo zorgt de schaal ervoor dat de gestelde doelen vaak veel kleiner worden. En een kleiner doel is beter te halen en maakt de verleende zorg zinvol. En dat is weer een positieve ervaring voor zowel de patiënt als de praktijk!

Hoewel de aantallen binnen de pilot klein zijn, is het resultaat veelbelovend. De positieve benadering en de kleine doelen werken stimulerend voor alle partijen. Patiënten geven aan dat zij heel tevreden zijn over de manier waarop met hen gesproken is.



‘Hoe meer een doel gericht is op de persoon, hoe beter ik de zorg kan insteken.’

Citaat van een poh



Een poh vertelt:

Eerst stelden we het doel als volgt: ‘Verminderde mobiliteit’ of ‘Valgevaar’. Nu kijken we heel bewust wat belangrijk is voor de patiënt en stellen we het doel als volgt: ‘Mevrouw kan zelfstandig en veilig naar het winkelcentrum lopen’.

Dan vraag ik heel gericht de fysiotherapeut in consult. De fysio is daadwerkelijk met de patiënt naar het winkelcentrum gegaan om te kijken waar de obstakels zijn en waar de onzekerheid van de patiënt vandaan komt. Zij kijkt ook waar de ergotherapeut nog van meerwaarde kan zijn. Het resultaat is dat mevrouw nu haar kleine boodschappen weer kan en durft te doen en wij (zorgverleners) voelen ons daar ook veilig bij. Dus in plaats van algemene en vage doelen, maken we het doel klein en concreet. Daardoor kunnen we het doel ook behalen en afronden. Daarnaast kan ik het doel zelf veel beter monitoren en houd ik gemakkelijker het overzicht.

Gefeliciteerd

Deze collega's waren in 2018 12,5 jaar in dienst:



Ontwikkeling personeel in aantal (exclusief stagiaires)

