

# Appendices

1. Appendix A: Design principes.....	1
2. Appendix B: Training facilitators.....	13
3. Appendix C: Handleiding facilitators.....	17
4. Appendix D: Handleiding facilitators (digitaal).....	38
5. Appendix E: Informatiebrieven en toestemming.....	63
6. Appendix F: Uitnodiging Optimale Zorg – Dappere Dokters.....	75
7. Appendix G: Training voorzitters Optimale Zorg – Dappere Dokters.....	80
8. Appendix H: Hoofdstuk NFU boek 'Gepersonaliseerde medische zorg'.....	87

# Appendix A

Design principles

Beide bijeenkomsten						
Design principe	Uitwerking principe	Uitwerking ihkv optimale zorg tafel	Observatie criteria			
Faciliteren van reflectie	<p>a. Wanneer je wilt zorgen dat de deelnemers goede oplossingen voor de toekomst bedenken, neem dan ook de tijd om eerst goed te kijken naar hoe, <b>historisch</b>, de huidige manier van werken zo ontstaan is. Hier zitten twee aspecten in:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. De echte manier van werken</li> <li>2. De manier van werken zoals die in de RTA bepleit wordt</li> </ol>	<p>Bijeenkomst 1, opdracht 3 In 2- of 3-tallen krijgt elk groepje een eigen thema: welke factoren beïnvloeden het eigen doorverwijsgedrag. Wat zijn redenen om een patiënt juist wél door/terug te verwijzen? Wat zijn redenen om een patiënt juist niet door/terug te verwijzen?</p> <p>Bijeenkomst 1, afsluiting Uitdelen van een bondig overzicht van de items uit de RTA die tijdens bijeenkomst 2 besproken zullen worden ... Hen daarbij vragen om daarop in te vullen of zij denken dat hier in de klinische praktijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• goed aan gehouden wordt (80 % of meer van de patiënten die voldoen aan dat criterium worden ook doorverwezen zoals aangegeven),</li> <li>• redelijk aan gehouden wordt (60-80 % )</li> <li>• Matig (40-60%)</li> <li>• Nauwelijks (&lt; 40 %)</li> </ul> <p>Bijeenkomst 2, opdracht 1A: Doel van deze opdracht is om, op basis van het gesprek over een eigen patiënt waarbij doorverwijzing dan wel terugverwijzing een probleem, meer te</p>	<p><b>Observatie ter plekke</b> Spreken de deelnemers in termen van beweegredenen hoe dingen zo ontstaan zijn in de loop van de tijd of niet (1 = ze gebruiken woorden als 'vroeger', 'nu' etc. 3 = ze kijken helemaal niet terug op hun eigen handelen in de tijd)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">1</td> <td style="width: 33%;">2</td> <td style="width: 33%;">3</td> </tr> </table> <p><b>Evaluatie ter plekke</b> Tijdens bijeenkomst 2 komt al redelijk ter sprake in hoeverre ze denken dat ze zich eraan houden. Maar als het te onduidelijk is, dan kan de facilitator het vragen. Omdat het over reflectie gaat, kan in het observeren van de bijdragen gekeken worden of ze alleen een getal invullen en dat is het, of een hele verklaring geven die blijk geeft van reflectie. In die reflectie ook weer kijken of er sprake is 'historisch' denken, dus redenen waarom dat in hun context zo is (of spreken ze alleen over 'de patiënt'..</p> <p><b>Observatie in opnames:</b> Taalanalyse (sluit deels aan bij wat we ter plekke kunnen zien, maar in opname zie je makkelijker hoe het</p>	1	2	3
1	2	3				

		<p>leren over het perspectief van de ander en over de toepassing van aanwijzingen uit de RTA.</p> <p>OF Bijeenkomst 2, opdracht 1B: Doel van de opdracht: om, op basis van de moeilijke onderdelen van het transmuraal dossier, begrip te ontwikkelen voor overwegingen van de ander en van jezelf.</p>	<p>leerproces zich in de loop van de bijeenkomst ontwikkelt.</p>			
Faciliteren van reflectie	<p>b. Wanneer je wilt zorgen dat deelnemers een gezamenlijk beeld ontwikkelen van een nieuwe werkwijze, zorg dat dan die nieuwe werkwijze <b>visueel</b> wordt weer gegeven.</p>	<p>Bijeenkomst 1, opdracht 3: Tijdens de tijd die de patiënt over zijn trajectory of care vertelt, tekenen we de factoren die de deelnemers hebben genoemd in de driehoeken van activity systems voor elk van de groepen professionals met in het midden van de driehoekje als object 'optimale besluitvorming over door- en terugverwijzing van de patiënt.</p>	<p><b>Observatie ter plekke</b> "implementation fidelity" – wordt het gedaan tijdens de sessies? (spreken we met facilitator af maar goed voor de volledigheid)</p> <table border="1" data-bbox="1446 841 1906 899"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	1	2	3
1	2	3				

		<p>Bijeenkomst 2, opdracht 1B: Elk groepje maakt een samenvatting van discussie op een flap-over. Die hangen ze op. Denkbaar is dat sommige velden 'leeg' zijn omdat er geen verbetering voorgesteld kan worden maar op basis van deze flap-overs wordt ook inzichtelijk welke kwesties heel erg leven. Dus dan komt er mogelijk 'vanzelf' een soort prioritering tussen de verschillende aanbevelingen uit de RTA.</p> <p>Bijeenkomst 2, opdracht 2: Doel van deze opdracht: Tot een gedeelde probleem beleving en aanbevelingen rond oplossingen komen. Met de hele groep, staand terwijl de posters ophangen. De facilitator stelt open vragen aan de deelnemers.</p>	<p><b>Evaluatie ter plekke – vraag facilitator</b> "Draagt het gebruik van visuele technieken bij aan het vormen van een gezamenlijk beeld?"</p> <p><b>Observatie in opnames</b> Taalanalyse (eigenlijk kun je alleen over bijeenkomsten heen zien of er daadwerkelijk veranderingen in het taalgebruik optreden; het idee is dat visualisatie helpt om de toekomst meer concreet voor te stellen dus analyse zou zich ook moeten richten op meer 'concreet en beeldend' taalgebruik).</p>			
Faciliteren van reflectie	c. Wanneer je wilt zorgen dat de deelnemers de andere werkwijzen die bedacht worden ook gaan <b>uitvoeren</b> , kijk dan niet alleen naar de personen maar ook naar de omgeving waarin de personen werken en die mogelijk <b>frieties</b> opleveren voor die andere werkwijzen.	<p>Bijeenkomst 1, opdracht 1: Bij die pijlen bespreken ze hindernissen en 'dingen die helpen om het goed te laten gaan', steeds gerelateerd aan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de patiënt</li> <li>• de professional</li> <li>• de omgeving (het systeem)</li> </ul> <p>Bijeenkomst 1, opdracht 3: In 2- of 3-tallen krijgt elk groepje een eigen thema: - Thema 1: De professional (liefst in elk groepje zowel een HA als een</p>	<p><b>Observatie ter plekke</b> Spreken de deelnemers ook over wat hen op de eigen werkplek weerhoudt van het volgen van de richtlijn (getal aanvinken waarin 'mate van ...' wordt aangegeven, 1 = veel, 3 = helemaal niet).</p> <table border="1" data-bbox="1451 1216 1906 1274"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table>	1	2	3
1	2	3				

		<p>specialist)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Thema 2: De patiënt (welke waarden zij belangrijk vinden maar ook welke symptomen/ klachten de patiënt heeft)</li> <li>- Thema 3: De omgeving (de organisatie waarin de professional werkt, de regels die worden opgelegd aan de professional)</li> </ul> <p>Bijeenkomst 2, opdracht 2: Doel van deze opdracht: Tot een gedeelde probleem beleving en aanbevelingen rond oplossingen komen. Terugdenkend aan de verschillende factoren die door/terugverwijzen kunnen beïnvloeden: bespreek van een aantal van deze (medische professional, medische situatie van de patiënt, voorkeuren van de patiënt, formulering in de RTA, omstandigheden buiten de medische professional en de patiënt) wat in deze getallen een rol zou kunnen spelen?</p>	<p><b>Observatie in de opnames:</b></p> <p>Check vooral wat het groepje dat over 'de omgeving' praat zegt en cluster dat in 'de directe omgeving', 'de leidinggevendenden' en 'de maatschappij'. En of ze het vooral in termen van 'ik' of termen van 'wij' beschrijven.</p> <p>In de analyse gebruiken we de driehoeken en kijken of er spanningsvelden genoemd worden tussen (bijvoorbeeld) regels waaraan ze zich moeten houden en wat anderen in hun omgeving doen etc.</p>			
	<p>d. Wanneer je wilt zorgen dat deelnemers <b>actief meedenken over oplossingen</b>, om volgende keer wel aanpassingen in de spiegelinformatie te realiseren, analyseer dan tijdens de bijeenkomsten mogelijke afwijkingen van de gewenste gedragsveranderingen in verschillende categorieën (zijn er misschien afspraken in de</p>	<p>Bijeenkomst 1, opdracht 3: In 2- of 3-tallen krijgt elk groepje een eigen thema: welke factoren beïnvloeden het eigen doorverwijsgedrag. Wat zijn redenen om een patiënt juist wél door/terug te verwijzen? Wat zijn redenen om een patiënt juist niet door/terug te verwijzen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Thema 1: De professional (liefst in elk groepje zowel een HA als een</li> </ul>	<p><b>Observatie ter plekke</b></p> <p>De mate van actief meedenken over de oplossingen (moet de facilitator het uit de deelnemers trekken of niet, gaat het over oplossingen of over 'dit is ook nog problematisch maar ligt buiten mijn macht'-opmerkingen)</p> <table border="1" data-bbox="1446 1321 1904 1382"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table>	1	2	3
1	2	3				

	<p><b>organisatie</b> waardoor het andere gedrag niet lukt? Zijn er reactie van <b>patiënten</b> die niet voorzien waren? Zijn er werkzaamheden van <b>anderen</b> die het bereiken van andere spiegelinformatie verhinderen? Etc)</p>	<p>specialist)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Thema 2: De patiënt (welke waarden zij belangrijk vinden maar ook welke symptomen/ klachten de patiënt heeft)</li> <li>- Thema 3: De omgeving (de organisatie waarin de professional werkt, de regels die worden opgelegd aan de professional)</li> </ul> <p>Bijeenkomst 2, opdracht 2: Doel van deze opdracht: Tot een gedeelde probleem beleving en aanbevelingen rond oplossingen komen. Terugdenkend aan de verschillende factoren die door/terugverwijzen kunnen beïnvloeden: bespreek van een aantal van deze (medische professional, medische situatie van de patiënt, voorkeuren van de patiënt, formulering in de RTA, omstandigheden buiten de medische professional en de patiënt) wat in deze getallen een rol zou kunnen spelen?</p>	<p><b>Evaluatie ter plekke – vraag facilitator</b> “Was het zinvol om in opdracht 3 vanuit een andere rol mee te denken?”</p> <p><b>Observatie in de opnames:</b> Check vooral of ze praten in toekomstgerichte beelden (wat gaat er anders dankzij deze discussie) of niet.</p>
--	--	---	--

Bijeenkomst 1									
Design principe	Uitwerking principe	Uitwerking ihkv optimale zorg tafel	Observatie criteria						
Onderling verbinden (van...)	Wanneer je wilt zorgen dat de deelnemers gaan denken in langere lijnen over de invloed die de handelingen in de RTA voor een patiënt hebben (in plaats van kleine stapjes bij verschillende patiënten zoals die uit de spiegelinformatie naar voren komen), zorg dan dat er <i>trajectories of care</i> in beeld worden gebracht (door patiënt of op basis van interview met patiënt).	<p>Bijeenkomst 1, opdracht 1&amp;2: Opdracht heeft als <u>doel</u> om het gesprek met de patiënt aan te gaan over het langere traject, dus minder een individuele doorverwijzing ... Doel is achterhalen van de motieven/factoren die meespelen in de afwegingen ... Vervolgens bespreken de deelnemers dit schema per 'beweging van boven naar beneden en van beneden naar boven' .....</p> <p>De facilitator probeert de discussie samen te vatten in een ('future oriented mirror data') overzicht welke acties dan nodig zijn die op een hoger abstractie niveau zitten dat die ene individuele patiënt.</p>	<p><b>Observatie ter plekke</b></p> <p>(1) Vat de facilitator die acties inderdaad op een hoger niveau samen</p> <table border="1" data-bbox="1446 448 1906 505"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>(2) De mate van meedenken over de langere lijnen (spreken ze in termen van 1 patiënt of spreken ze in termen van bewegingen tussen verschillende lagen van het zorgsysteem)</p> <table border="1" data-bbox="1446 768 1906 824"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table> <p><b>Evaluatie ter plekke – vraag facilitator</b></p> <p>"Helpt het wanneer je het hele traject van zo'n patiënt in beeld ziet, in vergelijking met wat, zeker specialisten, doorgaans op het eigen consult zien?"</p> <p><b>Observatie in de opnames</b></p> <p>Check wat ze zeggen over de trajectories of care en in hoeverre "longitudinaal taalgebruik" wordt gebruikt. We vragen hen om naar specifieke knooppunten in die trajectories of care te kijken maar schetsen ze zelf ook een beeld van de samenhang tussen al die losse acties?</p>	1	2	3	1	2	3
1	2	3							
1	2	3							



<p>Gebruik maken van diversiteit</p>	<p>a. Wanneer je wilt zorgen dat deelnemers meerwaarde ervaren van de aanwezigheid van patiënten, zorg dan dat patiënten de kans krijgen om 'gaten te schieten in gemaakte afspraken'.</p>	<p>Bijeenkomst 1, intro:  Patiënt – meedenken vanuit je eigen ervaringen in je eigen "reis" door het gezondheidszorg systeem. Reflectie op de inbreng van de artsen</p>	<p><b>Observatie ter plekke:</b></p> <p>(1) Zeggen patiënten ook iets over de gemaakte afspraken of brengen ze vooral, los van wat er in zo'n RTA aan afspraken is gemaakt, eigen ervaringen in. (1 = regelmatig, 3 = nooit)</p> <table border="1" data-bbox="1444 475 1906 532"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>(2) Vragen de huisartsen of specialisten aan de patiënten of de gemaakte afspraken kloppen / werkbaar zijn (1 = heel goed, 3= helemaal niet) of niet.</p> <table border="1" data-bbox="1444 781 1906 837"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table> <p><b>Evaluatie ter plekke – vraag facilitator</b></p> <p>"Helpt het wanneer je het hele traject van zo'n patiënt in beeld ziet, in vergelijking met wat, zeker specialisten, doorgaans op het eigen consult zien?"</p> <p><b>Observatie in de opnames</b></p> <p>Check wat de <i>patiënten</i> zeggen over die RTA's. En in het algemeen of er veel verschillende perspectieven naar voren worden gebracht of dat er veel uniformiteit in de bijdragen zit.</p>	1	2	3	1	2	3
1	2	3							
1	2	3							

<p>Gebruik maken van diversiteit</p>	<p>b. Wanneer je wilt zorgen dat de ervaring van aanwezige patiënt breder wordt getrokken, inventariseer dan vanuit zijn of haar ervaringen andere denkbare manieren waarop <i>'troubles by a lack of coordination and communication among different care providers'</i> kunnen ontstaan.</p>	<p>Bijeenkomst 1, opdracht 1: Het lijkt goed om daarbij vragen te formuleren om te zorgen dat ze niet deze individuele casus moeten 'oplossen' maar of dat soort situaties vaker voorkomen en wat dan, in die situatie, remmend en stimulerend werkt.</p> <p>Bijeenkomst 1, opdracht 2: De facilitator probeert de discussie samen te vatten in een ('future oriented mirror data') overzicht welke acties dan nodig zijn die op een hoger abstractie niveau zitten dat die ene individuele patiënt.</p>	<p><b>Observatie ter plekke</b> Besteden de aanwezigen aandacht aan de "generalisatie" van het patiëntverhaal? (1 = ja, regelmatig 3 = helemaal niet) Dus gaat het alleen over die ene doorverwijzing of over brieven tussen verschillende lijnen in het algemeen?</p> <table border="1" data-bbox="1444 509 1906 568"> <tr> <td data-bbox="1444 509 1602 568">1</td> <td data-bbox="1602 509 1753 568">2</td> <td data-bbox="1753 509 1906 568">3</td> </tr> </table> <p><b>Observatie in de opnames</b> Deels voortbouwend op wat we tijdens de bijeenkomsten zien: blijft het beperkt tot een n=1 manier van redeneren of wordt het breder? En speelt wat en hoe de patiënt doet daar ook een rol in? Idem voor de facilitator?</p>	1	2	3
1	2	3				

Bijeenkomst 2						
Design principe	Uitwerking principe	Uitwerking ihkv optimale zorg tafel	Observatie criteria			
Onderling verbinden (van...)	Wanneer je wilt zorgen dat deelnemers het andere gedrag niet alleen als hun individuele verantwoordelijkheid te zien, biedt dan voldoende ruimte aan het einde van bijeenkomst om te inventariseren met <b>wie</b> ze deze veranderingen in de eigen werkomgeving willen realiseren.	<p>Bijeenkomst 2, opdracht 2: Doel van deze opdracht: Tot een gedeelde probleem beleving en aanbevelingen rond oplossingen komen. Welke aanbevelingen formuleren jullie op basis van jullie overwegingen;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- richting de RTA ontwikkel commissie EN/OF</li> <li>- je eigen collega's in de huisartspraktijk EN/OF</li> <li>- je eigen collega's in het ziekenhuis</li> </ul> <p>Welke aanbevelingen hebben prioriteit en wat denken de deelnemers daaraan te doen.</p> <p>Bijeenkomst 2, opdracht ter afsluiting</p>	<p><b>Observatie ter plekke</b></p> <p>Praten de mensen in termen van namen en functies over de mensen met wie ze het gaan opnemen (1) of laten ze het bij een algemene statement 'ik zal het bij ons in huis voorleggen'(3).</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">1</td> <td style="width: 33%;">2</td> <td style="width: 33%;">3</td> </tr> </table> <p><b>Evaluatie ter plekke – vraag facilitator</b></p> <p>Misschien vragen in hoeverre ze het al dan niet als een individuele verantwoordelijkheid zien. Kunnen ze de omgeving inschakelen om te helpen of moet het allemaal 'in de spreekkamer' gebeuren?</p> <p><b>Observatie in de opnames</b></p> <p>Voortbouwen op wat we ter plekke zien. Ook hier analyse op gebruik van 'ik', dan wel 'wij' formuleringen.</p>	1	2	3
1	2	3				
Creëren van een leergemeenschap	a. Wanneer je wilt zorgen dat deelnemers de terugkoppeling zien als een gezamenlijke verantwoordelijkheid, biedt dan voldoende ruimte voor denkbare verklaringen voor ' <b>afwijkingen van de norm</b> '.	<p>Bijeenkomst 2, opdracht 2: Doel van deze opdracht: Tot een gedeelde probleem beleving en aanbevelingen rond oplossingen komen. Welke aanbevelingen formuleren jullie op basis van jullie</p>	<p><b>Observatie ter plekke</b></p> <p>Praten de deelnemers vooral in termen van 'houden aan de RTA' (3) of bespreken ze juist ook redenen om van zo'n RTA af te wijken (1)?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">1</td> <td style="width: 33%;">2</td> <td style="width: 33%;">3</td> </tr> </table>	1	2	3
1	2	3				

		<p>overwegingen;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- richting de RTA ontwikkel commissie EN/OF</li> <li>- je eigen collega's in de huisartspraktijk EN/OF</li> <li>- je eigen collega's in het ziekenhuis</li> </ul> <p>De discussie kan ook ingaan op het aspect <i>'is een RTA, met de onuitgesproken verwachting dat professionals zich daaraan houden, wel van deze tijd?'</i> en zo niet, op welke wijze zijn, met behoud van het goede uit de RTA, samenwerking tussen huisarts en specialist vorm te geven? Wat leggen we vast en wat niet.</p>	<p><b>Evaluatie ter plekke – vraag facilitator</b></p> <p>"Leverde deze discussie voldoende inzicht op in de redenen die andere professionals hebben om af te wijken van de RTA?"</p> <p><b>Observatie in de opnames</b></p> <p>Voortbouwen op wat we ter plekke zien. Ook hier analyse op gebruik van 'ik', dan wel 'wij' formuleringen.</p> <p>In de observaties onder 'individueel' (zie eerdere rijen) kunnen we ook kijken of ze spreken over het vormen van verbindingen met professionals uit de andere lijn of andere vragen gaan stellen aan de patiënt.</p>			
<p>Creëren van een leergemeenschap</p>	<p>b. Wanneer je wilt zorgen dat deelnemers de terugkoppeling als niet bedreigend ervaren, bespreek de afwijkingen van de norm dan alleen in termen van vragen naar mogelijke <b>redenen voor de afwijkingen</b>.</p>	<p>Bijeenkomst 2, opdracht 1B: Verklaringen voor 'afwijkingen'. Uit de getallen lijkt het beeld naar voren te komen dat de RTA niet zo erg gevolgd wordt. Deze opdracht heeft als doel om erachter te komen of ze deze getallen herkennen, of ze het erg vinden, en hoe ze dit denken te verbeteren.</p>	<p><b>Observatie ter plekke</b></p> <p>Vragen de deelnemers aan elkaar waarom sommige dingen niet gedaan worden (1) of wordt vooral in termen van oplossingen (hoe kun je zorgen dat je het wel doet) gesproken (3)</p> <table border="1" data-bbox="1446 1110 1906 1167"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table>	1	2	3
1	2	3				

			<p><b>Observatie in de opnames</b></p> <p>Voortbouwen op wat we ter plekke zien. Ook hier analyse op gebruik van formuleringen die een waarde-oordeel impliceren.</p>			
Betrek deelnemers in evaluatieproces	<p>Wanneer je wilt zorgen dat deelnemers ander gedrag zullen gaan vertonen (waarvan de intentie is om de spiegelinformatie te beïnvloeden), zorg dat dat deelnemers voldoende ruimte krijgen om mee te denken over de <b>manieren waarop de (scores/ waarden op de) spiegelinformatie beïnvloed kunnen worden</b> en wie of wat daarvoor nodig is.</p>	<p>Bijeenkomst 2, opdracht 2: Doel van deze opdracht: Tot een gedeelde probleem beleving en aanbevelingen rond oplossingen komen.</p> <p>Bijeenkomst 2, afsluiting</p>	<p><b>Observatie ter plekke</b></p> <p>De ruimte die deelnemers krijgen om mee te denken over <i>hoe</i> 'het' (volgen van RTA) anders moet draagt bij aan de [motivatie tot verandering]</p> <table border="1" data-bbox="1446 581 1906 639"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>Misschien ook nog achteraf vragen? Hangt beetje van enthousiasme af.</p>	1	2	3
1	2	3				

# Appendix B

Training facilitators

# Trainingsopzet facilitators Optimale Zorg Tafels

## 1. Aanleiding en doelstelling van de Optimale Zorg Tafels

## 2. Uitgangspunten en werkwijze

### 2.1 Inleiding

De opzet van de optimale zorg tafels is gebaseerd op de activiteitentheorie van Engeström (verspreid/bespreek het artikel 'Leren van fricties'). Centrale ideeën daarin zijn dat leren vooral plaatsvindt door samen met anderen over de verschillende perspectieven op een vraagstuk te praten en daarbij oog te hebben voor spanningsvelden die boven tafel komen. In de activiteitentheorie wordt het expliciet maken van dat soort spanningsvelden gezien als een mogelijkheid om te leren.

### 2.2 Doorloop het draaiboek gezamenlijk

### 2.3 Bij onduidelijkheden of twijfel: gezamenlijk doen van een activiteit uit het draaiboek (rollenspel)

## 3. Rol van de facilitator

### 3.1 Inleiding

Als facilitator doe je mee vanuit je eigen rol. Je hoeft maar beperkt inhoudelijk mee te doen met de discussies. Als facilitator bewaak en expliciteer je de doelstellingen, leg je de opdrachten uit, deel je de materialen uit, bewaak je de tijd, en vat op hoofdlijnen samen. Je luistert en je ordent, en hoeft de discussie dus niet tijdens de bijeenkomst aan te jagen of te 'leiden'. Dat doen de deelnemers, aan de hand van de opdracht, zelf wel. Omdat je als facilitator het overzicht hebt over de verschillende uitdagingen die er zijn kun je wel af en toe vragen stellen om de discussie in een bepaalde richting te laten bewegen.

Om persoonlijke ervaringen en overwegingen boven tafel te krijgen, kun je formuleringen gebruiken zoals:

- Jij als huisarts?
- Hoe is dat voor jou als patiënt?
- Hoe doet u dat?
- Speelt dat in uw praktijk ook?
- Wat gaat jou dat dan helpen?
- Ja, maar wat is jouw verhaal?

### 3.2 Wat is 'faciliteren'?

- Het samenbrengen van personen in hun leerproces, door hen te helpen om te leren vanuit eigen reflectie
- Het gaat om het loslaten van de controle over de uitkomst van een proces, door de verantwoordelijkheid hiervoor bij de groep te leggen
- "Facilitation is about empowering others"

### 3.3 Het managen van de uitdagingen die je tegen kunt komen in het faciliteren

Vraag de groep welke uitdagingen zij verwachten tegen te gaan komen. Bespreek deze uitdagingen – of doe een rollenspel.

Antwoorden die voorbij kunnen komen:

- Het managen van conflicten (sterke meningsverschillen) tussen deelnemers  
*Tip: erken het conflict en probeer de oorzaak te achterhalen.*
- Het managen van de tijd  
*Tip: maak gebruik van een 'timekeeper'. Bij tijdnood: kort het midden van de bijeenkomst in, snoep niet aan de introductie en afsluiting.*
- Het werken met dominantere/stillere deelnemers  
*Tip: benader stillere personen heel direct. Vraag hen om hun reactie om hen zo te laten mengen in het gesprek.*
- ...

## 4. Checklist

### 4.1 Tips voor tijdens de zorgtafel

- Vat samen en check
  - Vat voortdurend samen wat er wordt gezegd en koppel dit terug (reflecteer of dit goed is begrepen)
  - Check bij de groep of je verhaal/uitleg duidelijk is. Kan heel simpel: “Helder?”
- Creëer duidelijkheid
  - Introduceer iedereen in de ruimte (ook als diegene niet meedoet aan de bijeenkomst, bijvoorbeeld de observator) – laat geen ruimte voor onduidelijkheden
  - Duidelijk de opdracht/agenda naar deelnemers communiceren (“we doen twee dingen: ....”)
  - Breng de groep terug bij waar het om moet gaan als er teveel wordt afgeweken door terug te grijpen naar het doel van de bijeenkomst (bijv: “voor nu, het is wat het is .... de opzet van de manier waarop we met elkaar in gesprek gaan was... dat is de vraag hier”)
- Stimuleer deelnemers om hun verhaal/mening/gedachtegang te ventileren
  - Gebruik van de uh-huh probe / ja-probe om deelnemers te motiveren om verder te vertellen
  - Betrek iedereen: vraag om een reactie van specifieke deelnemers (“en hoe zit dat bij jou?”)
  - Vragen naar de ‘waarom’ van de uitspraken van deelnemers. Heel simpel: “Want?”
  - Vragen naar de ‘waarom’ van het gedrag dat deelnemers in de bijeenkomst vertonen (voorbeeld uit pilot: zodra deelnemers de RTA er op nasloegen werd gevraagd waarom ze dit deden: waar zijn jullie nieuwsgierig naar?)
  - Vragen naar de ‘hoe’ van het gedrag in de dagelijkse praktijk (“Welke hulpmiddelen gebruik jij om die afweging te maken?”)
- Probeer af en toe de link van dit verhaal naar het doel van de bijeenkomst te leggen
  - Als reactie op een uitleg van afwegingen door een huisarts: “Speelt die RTA dan ergens nog een rol? Gebruik je die daarbij?”



- Benadruk de verschillende rollen van de deelnemers, stimuleer hen om dit te benutten
  - Benadruk dat deelnemers vanuit hun eigen rol kunnen praten - “hoe jij het vanuit je eigen persoonlijke situatie ziet”
  - Vraag door op de eigen rol binnen situaties die deelnemers schetsen, prikkel deelnemers om hierover na te denken (“zeg je dan.. de patiënt heeft daar meer de regie?”, of: “jij hebt een voorbeeld dat je zegt: wij als arts moeten daar echt wel een actieve rol in nemen”)
- Maar creëer tegelijkertijd samenhangigheid
  - Koppel de verhalen/reacties van deelnemers aan elkaar (“zeg je dan, aansluitend bij hem .... want dat is jouw verhaal he? ... of ... “)
  - “Zet de neuzen dezelfde kant op” (in het bekijken van de opdracht: “hoe kijken we hier naar? In welke volgorde?”)
- Speel in op de behoeften/noodzaak: heb een meer leidende rol om een gesprek op gang te brengen, maar wees meer op de achtergrond als het gesprek tussen deelnemers goed loopt

#### 4.2 En tot slot:

- Wees flexibel
- Wees energiek
- Support humor
- Wees duidelijk
- Wees positief
- Omarm fouten en beperkingen
- Wees gevoelig

### 5. Afsluiting en vragen/aandachtspunten

# Appendix C

Handleiding facilitators

# Handleiding Optimale Zorg Tafel

## Inhoud

Handleiding Optimale Zorg Tafel .....	1
1. Doelstellingen.....	2
2. Ter info vooraf .....	3
3. De zorgtafel: bijeenkomst 1 120 min .....	6
3.1 Welkom en intro 10 min.....	6
3.2 IJsbreker 15 min.....	7
3.3 Opdracht 1A 15 min.....	7
3.4 Opdracht 1B 35 min .....	8
3.5 Opdracht 2: 30 min.....	11
3.6 Afsluiting deel 1 15 min .....	12
4. De zorgtafel: bijeenkomst 2 120 min .....	14
4.1 Opening 10 min.....	16
4.2 Opdracht 1 30 min.....	16
4.3 Opdracht 2 45 min.....	17
4.4 Opdracht 3 25 min.....	19
4.5 Afsluiting/evaluatie 10 min.....	20

# 1. Doelstellingen

---

## 1.1 Huisartsen

- Is zich bewust van zijn of haar eigen beweegredenen in zijn of haar besluit rondom gezamenlijke zorg en medische hulp/doorverwijzingen
- Is zich bewust van de beweegredenen van de ander, de specialist (en de patiënt) in hun besluiten omtrent gezamenlijke zorg en medische hulp/terugverwijzingen
- Heeft praktische tools in handen gekregen om (indien gewenst) de eigen besluitvorming bij te stellen.
- Is zich bewust van factoren buiten de patiënt en buiten de huisarts die de besluitvorming rondom gezamenlijke zorg en medische hulp/doorverwijzen beïnvloeden (in dit geval m.n. de volksgezondheid, maar ook bijv. verzekeraars), idem voor de medische hulp door de specialist.

## 1.2 Specialisten

- Is zich bewust van zijn of haar eigen beweegredenen in zijn of haar besluit rondom gezamenlijke zorg en medische hulp/terugverwijzingen
- Is zich bewust van de beweegredenen van de huisarts (en die van de patiënt) in hun besluiten omtrent gezamenlijke zorg en medische hulp/doorverwijzingen (vooral in geval van patiënten die, in de perceptie van de specialist, 'te laat' zijn doorverwezen)
- Heeft praktische tools in handen gekregen om (indien gewenst) de eigen besluitvorming bij te stellen
- Is zich bewust van factoren buiten de patiënt en buiten de specialist die de besluitvorming rondom gezamenlijke zorg en medische hulp/terugverwijzen beïnvloeden, idem voor de medische hulp door de huisarts.

## 1.3 Beiden

- Leren elkaar beter kennen waardoor ze elkaar weten te vinden in geval van interprofessioneel samenwerken.
- Komen tot concrete aanbevelingen op structureel gebied van medische hulp en samenwerking

## 2. Ter info vooraf

---

### 2.1 Voorbereiding

Doorlezen/bekijken van relevante documenten:

- Deze handleiding
- De RTA
- De spiegelinformatie uit het transmuraal dossier (voor een impressie)
- Het artikel over de activiteitentheorie van Engeström: 'Leren van Fricities' (dit is een centrale onderbouwing voor de optimale zorg tafels)

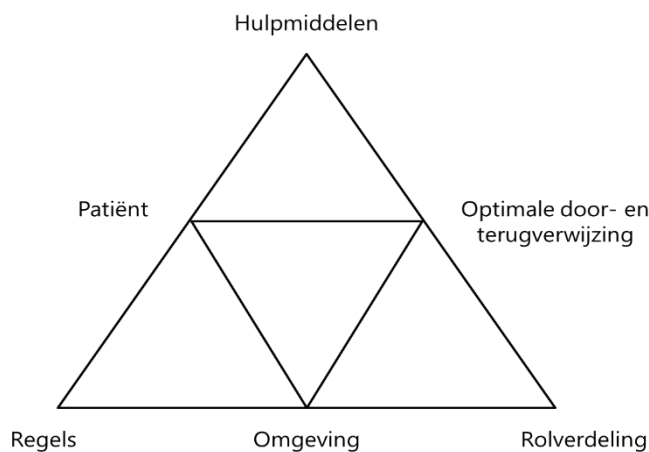
### 2.2 Insteek van de bijeenkomsten

- De optimale zorg tafels zijn opgezet vanuit het gedachtegoed van de 'community of practice' (CoP). In een CoP komen vakgenoten bij elkaar om ervaren met elkaar uit te wisselen en relaties op te bouwen, met als doel om van elkaar te leren.
- De nadruk in de optimale zorg tafels ligt op het verhalende aspect waarbij iedereen vanuit zijn eigen rol praat, dus niet vóór en over de ander. De bedoeling is dat ze over zichzelf, hun eigen handelen, en hun eigen afwegingen praten. Ze zitten daar *niet* als 'vertegenwoordiger' van een groep (dus *niet*, bijvoorbeeld, namens alle specialisten ouderengeneeskunde in een regio).
- In die verhalen ligt de focus op afwegingen die mensen maken, dus centraal staan de vragen: "Welke factoren spelen voor jou een rol bij het bieden van medische hulp (bij het door en terugverwijzen?), en "Welke afwegingen maak je in je besluitvorming?".
  - Specifiek voor de huisarts en specialist: hoe doe jij dit in jouw praktijk/afdeling? Het gaat om een reflectie op de *eigen* overwegingen en gedrag, waarbij ze zowel terugkijken (waarom zijn we dat zo gaan doen en hoe doen we dat nu) als vooruitkijken (welke veranderingen zijn wenselijk in de toekomst en waarom).
  - En als een patiënt aanwezig is – specifiek voor de patiënt: het gaat om het meedenken vanuit de *eigen* ervaringen in zijn of haar 'reis' door het gezondheidszorg systeem. De patiënt kan daarbij een 'spiegel' zijn voor de artsen (wat *ervaart* de patiënt, wat *wilt* de patiënt, maar ook bijvoorbeeld: verloopt het zorgproces zoals beoogd?)
- De tekst van de RTA zelf is wel beschikbaar tijdens de bijeenkomsten maar is niet eerder naar de deelnemers toegestuurd zodat niet de indruk wordt gewerkt dat het alleen maar om het 'implementeren' van de RTA gaat.

## 2.3 Werkwijze tijdens de bijeenkomsten

De opzet van de optimale zorg tafel is gebaseerd op de activiteitentheorie van Engeström (zie het artikel 'Leren van fricties' onder par. 2.1 'Vorbereiding'). Centrale ideeën daarin zijn dat leren vooral plaatsvindt door samen met anderen over de verschillende perspectieven op een vraagstuk te praten en daarbij oog te hebben voor beweegredenen vanuit het verleden. Soms botsen de verschillende perspectieven, mensen hebben onderling spanningen, of er zijn tegenstellingen binnen een persoon. In de activiteitentheorie wordt het expliciet maken van dat soort tegenstellingen gezien als een mogelijkheid om te leren. Vaak helpen visualisaties daarbij, waarbij verschillende onderdelen van het systeem rond een vraagstuk (bijvoorbeeld transmuraal samenwerken) in beeld worden gebracht.

Voorin de ruimte zullen daarom drie flap-overs staan. De eerste flap-over is gereserveerd voor het 'activiteitensysteem model'. Hierin worden de factoren die deelnemers noemen over het door- en terugverwijzen, en hun afwegingen, samengevat binnen verschillende 'categorieën' (bijvoorbeeld de hulpmiddelen om tot een afweging te komen en de regels die daarbij meespelen). Dit model (gevisualiseerd als een driehoek) is al voorgetekend, zoals in het figuur hieronder, en kan tijdens de bijeenkomsten worden ingevuld.



Op de tweede 'flap-over' worden de spanningen, tegenstellingen en dilemma's opgeschreven die uit de discussie naar voren komen. Voorbeelden hiervan zijn:

- "we willen vernieuwend, innovatief werken" vs. "al ons handelen moet bewezen nuttig, onderbouwd en veilig zijn"
- "de patiënt staat centraal" vs. "de zorg moet in het grotere plaatje haalbaar zijn"
- "we moeten alle medische overwegingen en keuzes goed vastleggen" vs. "we moeten ruimte houden voor nieuwe bevindingen die tussendoor ontstaan"

- “er moet ruimte zijn om te leren” vs. “er moeten resultaten/opbrengsten geleverd worden”
- “we willen zelf wel afspraken maken over samenwerking”, vs. “de verzekeraar bepaalt hier hoe het gaat”).

Op de derde ‘flap-over’ kunnen tijdens en aan het einde van de bijeenkomst concrete aanbevelingen worden vastgelegd. Dat kunnen aanbevelingen zijn voor henzelf (wat denken zij zelf anders te doen nadat ze aan deze discussie hebben deelgenomen), aanbevelingen voor naaste collega’s (wat denken zij dat de naaste collega’s anders kunnen doen) en aanbevelingen (vanuit henzelf, dus niet namens een groep) voor de RTA werkgroep.

De flap-overs die tijdens bijeenkomst 1 worden ingevuld, worden tijdens bijeenkomst 2 weer neergezet/opgehangen om deze verder aan te vullen.

## 2.4 Rol van de facilitator

Als facilitator doe je *ook* mee vanuit je eigen rol. Je hoeft maar beperkt inhoudelijk mee te doen met de discussies. Als facilitator bewaak en expliciteer je de doelstellingen, leg je de opdrachten uit, beheer je de slides, bewaak je de tijd, en vat op hoofdlijnen samen.

Je luistert en je ordent, en hoeft de discussie dus niet tijdens de bijeenkomst aan te jagen of te ‘leiden’. Dat doen de deelnemers, met hulp van de voorgestelde vragen (zie bijvoorbeeld [hier](#)) en de opdracht, zelf wel. Omdat je als facilitator het overzicht hebt over de verschillende uitdagingen die er zijn, zowel rond de *trajectories of care* (de patiënten reis) als rond het transmurale dossier, kun je *wel* af en toe vragen stellen om de discussie in een bepaalde richting te laten bewegen (zie bijvoorbeeld [hier](#)).

## 2.5 Overige tips

Om persoonlijke ervaringen en overwegingen boven tafel te krijgen, kun je formuleringen gebruiken zoals:

- Jij als huisarts?
- Hoe is dat voor jou als patiënt?
- Hoe doet u dat?
- Speelt dat in uw praktijk ook?
- Wat gaat jou dat dan helpen?
- Ja, maar wat is jouw verhaal?

### 3. De zorgtafel: bijeenkomst 1

120 min

---

Tijdens de eerste bijeenkomst gaat het vooral over 'de reis van de patiënt door het gezondheidszorg systeem' (*trajectory of care*). Goed om te weten en indien nodig te benadrukken:

- De *trajectory of care* is gebaseerd op hoe het in de praktijk gaat. Het is dus de perceptie van die ene patiënt van wie het de *trajectory of care* is opgesteld. Deelnemers zullen mogelijk zeggen dat andere vormen van overleg gebruikelijk zijn, of andere handelingen vaak worden gedaan, maar dit is zoals deze patiënt het heeft ervaren.

#### 3.1 Welkom en intro

10 min

De facilitator schetst de aanleiding voor de bijeenkomst, en de kern en opbrengst van de bijeenkomst:

- Levend maken van de RTA voor de deelnemers; wat zijn hun afwegingen in het wel/niet volgen van de RTA?
- Antwoord op de vragen: Is de RTA nuttig als tool om beter/anders samen te werken? Passen de afspraken in de RTA bij de dagelijkse praktijk?
- En hoe moeten we hier dan vervolgens mee werken in die dagelijkse praktijk; zodat de zorg op de juiste plaats komt?

Vervolgens staat de facilitator nog even kort stil bij de volgende punten:

- De bijeenkomst moeten een veilige leeromgeving zijn voor alle deelnemers. Dus alles wat gezegd wordt blijft in principe 'binnen de kamer'.
- De bijeenkomst is opgezet vanuit het gedachtegoed dat vakgenoten van elkaar kunnen leren wanneer zij ervaringen met elkaar uitwisselen en relaties opbouwen.
- Centraal staan de vragen: "Welke factoren spelen voor jou een rol in het vormgeven van gezamenlijke zorg?", en "Welke afwegingen maak je in je besluitvorming?".
  - Specifiek voor de huisarts en specialist: hoe doe jij dit in jouw praktijk/afdeling? Het gaat om een reflectie op de *eigen* overwegingen en gedrag, waarbij ze zowel terugkijken (waarom zijn we dat zo gaan doen en hoe doen we dat nu) als vooruitkijken (welke veranderingen zijn wenselijk in de toekomst en waarom).
  - Specifiek voor de patiënt: het gaat om het meedenken vanuit de *eigen* ervaringen in zijn of haar 'reis' door het gezondheidszorg systeem. De patiënt kan daarbij een 'spiegel' zijn voor de artsen (wat *ervaart* de patiënt, wat *wilt* de patiënt, maar ook bijvoorbeeld: verloopt het zorgproces zoals beoogd).



### 3.2 Ijsbreker

15 min

De facilitator vraagt iedereen om zich kort voor te stellen:

Naam, beroep, locatie waar zij werkzaam zijn (voor de professionals) of zorg krijgen (voor de patiënt), graad van bekendheid met de RTA (goed bekend/matig bekend/nog nooit gezien), plus antwoord op de vraag: *Wat is het beste advies dat je ooit hebt gekregen hebt betreffende [onderwerp van de RTA die centraal staat]?* Deze vraag is zowel voor de patiënt als voor de artsen te beantwoorden en laat hen direct over dat specifieke onderwerp nadenken.

### 3.3 Opdracht 1A

15 min

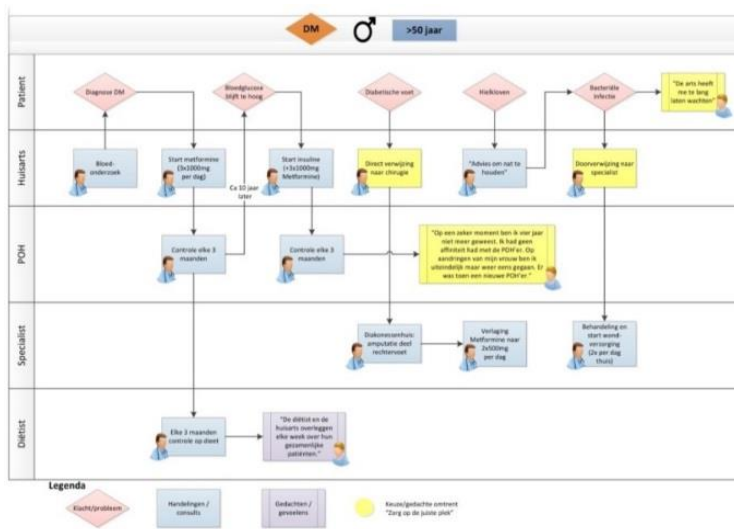
In deze opdracht gaan de artsen in gesprek met elkaar en met de patiënt over zijn of haar 'reis' door het gezondheidszorg systeem (dus ze gaan niet praten over individuele doorverwijzingen).

#### Doel

Het doel van deze opdracht is om de motieven/factoren die meespelen in de afwegingen om patiënten wel of niet door te verwijzen boven tafel te krijgen. De eerste opdracht is vooral bedoeld om de manier waarop een patiënt verhaal gevisualiseerd kan worden te leren kennen: zodat ze weten waar ze naar kijken *en* weten dat niet iedereen er hetzelfde naar kijkt.

#### Werkwijze

De facilitator projecteert(\*) een eerste exemplaar van een *Trajectory of Care (ToC)*, zoals in het figuur hieronder. De facilitator geeft de deelnemers even de tijd om naar het schema te kijken en stelt vragen. In deze ToC zijn de afweegmomenten voor door en terugverwijzen, en de gedachten hierover van de patiënt, duidelijk (in het voorbeeld in geel) zichtbaar. Verder zijn bijvoorbeeld ook andere gedachten van de patiënt (paars) of consulten (blauw) te zien.



\* Als er geen projector aanwezig is, wordt de ToC op papier uitgedeeld.

### **Rol facilitator**

De facilitator legt niet zozeer uit wat ze moeten zien maar helpt de deelnemers, door vragen te stellen, bij het kijken naar dit schema. Ook kan de facilitator soms aangeven wat niet de bedoeling is.

Vragen die je bijvoorbeeld kunt stellen zijn:

- Wat valt op?
- Waarom valt dat op?
- Ziet u/ zie jij dat ook zo?
- Wat zijn de schakelpunten in dit schema?

Opmerkingen om de discussie te sturen die je kunt gebruiken zijn bijvoorbeeld:

- U hoeft de casus niet op te lossen
- Wat zou jij hebben gedaan als je in deze situatie de patiënt/huisarts/specialist zou zijn?

**Behoed** voor een discussie waarin de deelnemers te veel de individuele casus willen 'oplossen'.

**Stimuleer** een discussie over de vraag of ze dit soort situaties herkennen uit hun eigen dagelijkse praktijk, en wat dan, in die situaties, remmend en stimulerend werkt

### **3.4 Opdracht 1B**

**35 min**

In deze opdracht komt de ToC van de aanwezige patiënt ter sprake. Hij of zij vertelt zijn of haar verhaal. Ook hier heeft de opdracht als doel om het gesprek met de patiënt aan te gaan over het langere traject, dus minder over individuele doorverwijzingen.

#### **Doel**

Het doel van deze opdracht is wederom om de motieven/factoren die meespelen in de afwegingen om patiënten wel of niet door te verwijzen boven tafel te krijgen.

#### **Werkwijze**

De facilitator deelt nu een tweede exemplaar van de ToC uit op papier, deze is van de aanwezige patiënt(en). De deelnemers worden in kleinere groepen ingedeeld (1 patiënt per subgroep, huisartsen en specialisten gemengd). Werken in kleine groepen is prettig voor de facilitator omdat hij of zij dan automatisch niet meer als centrale 'leider' van de groep op kan treden, maar vooral kan luisteren bij elk deelgroepje, vragen kan stellen en alvast tussendoor wat opmerkingen op de flap-overs kan opschrijven.

## Rol facilitator

Nadat de facilitator de opdracht gegeven heeft en de groepjes 'uit elkaar heeft gezet', laat hij of zij de groepjes even zelf werken. Als ze op gang zijn, dan luistert de facilitator afwisselend bij de ene of de andere groep. De facilitator kijkt met een schuin oog naar de andere groep zodat hij of zij een open houding uitstraalt voor de leden van die groep om vragen te stellen voor als het toch niet duidelijk is.

**Behoed** voor een discussie waarin de deelnemers teveel de individuele casus willen 'oplossen'.

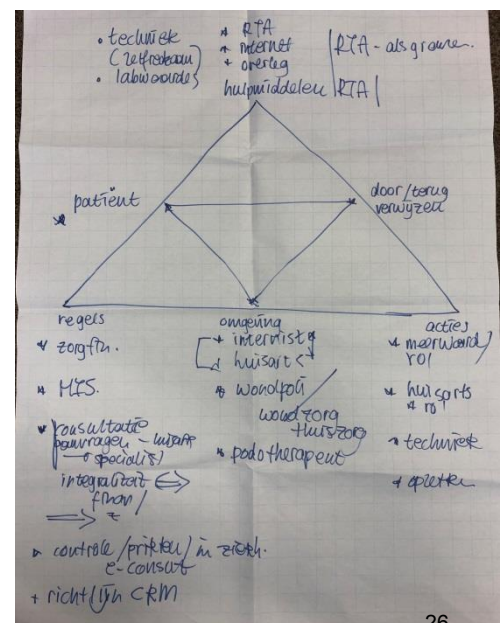
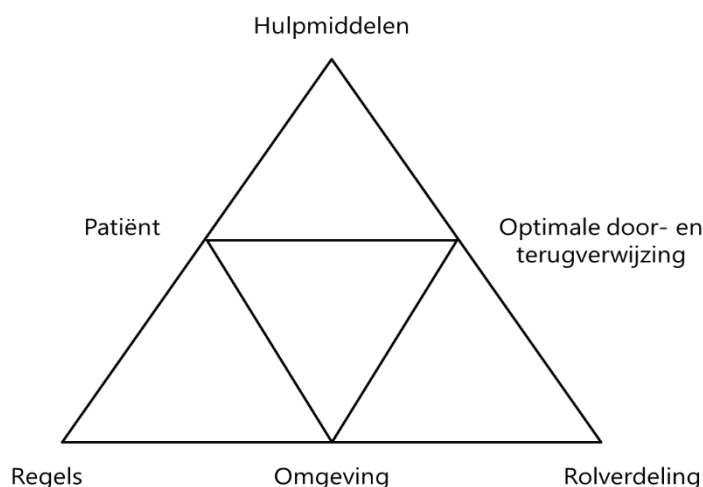
**Stimuleer** een discussie waarin de hindernissen en 'dingen die helpen om het goed te laten gaan' worden besproken, steeds gerelateerd aan:

- de patiënt
- de professional
- de omgeving (het systeem)

## Hulpmiddel voor de facilitator

Tijdens het gesprek begint de facilitator ondertussen met het tekenen van de factoren in het leveren van gezamenlijke zorg die de deelnemers noemen in de driehoek van het activiteitensysteem (eerste digitale 'flap-over'; of eventueel zelf op papier) – zie het stuk 'Leren van Fricities' van Engeström. Die factoren worden onderverdeeld over bijvoorbeeld de hulpmiddelen om tot een afweging te komen en de regels die daarbij meespelen. Het midden van de driehoek gaat over het 'subject' en 'object' van de discussie. De patiënt is hier het 'subject' en de optimale besluitvorming over bijv. door- en terugverwijzing van de patiënt het 'object'.

Zie ter illustratie de figuren hieronder (links het template, rechts een ingevuld voorbeeld).



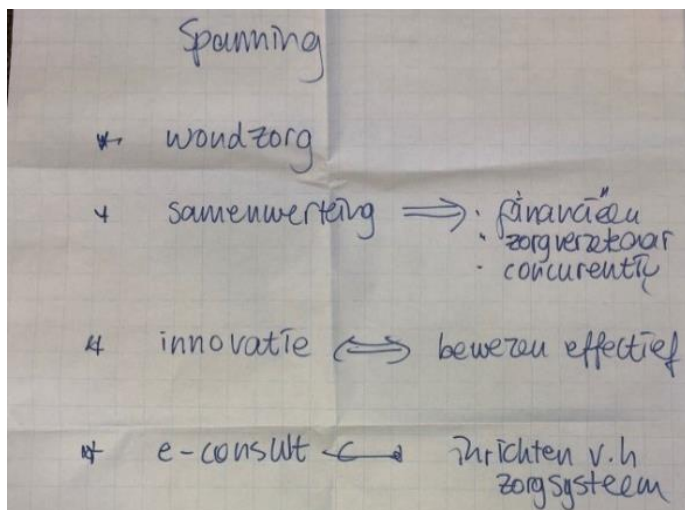
## Hulpmiddel voor de facilitator (vervolg)

Bij het invullen van de driehoek worden deelnemers niet letterlijk geciteerd (want dan krijgt de bijeenkomst een 'aan wie gaat dit allemaal doorgegeven worden'-lading). Dus, in de driehoek komen geen letterlijke citaten maar meer een 'ordening' van de belangrijkste afwegingen, dingen die spelen etc.

Op de tweede digitale 'flap-over' probeert de facilitator de spanningen samen te vatten die volgen uit de discussies, bijvoorbeeld:

- "we willen vernieuwend, innovatief werken" vs. "al ons handelen moet bewezen nuttig, onderbouwd en veilig zijn"
- "de patiënt staat centraal" vs. "de zorg moet in het grotere plaatje haalbaar zijn"
- "we moeten alle medische overwegingen en keuzes goed vastleggen" vs. "we moeten ruimte houden voor nieuwe bevindingen die tussendoor ontstaan"

Zie een ingevuld voorbeeld in het figuur hieronder.



## Formuleren van opdracht richting deelnemers

- {vraag aan de patiënt} Wilt u uw verhaal vertellen?
- {suggestie richting de dokters} Willen jullie, terwijl de patiënt zijn verhaal vertelt, kritieke punten in de ToC omcirkelen?
- Ga daarna wederom met elkaar in gesprek over deze ToC, vanuit de verschillende perspectieven: patiënt, huisarts en specialist. Denk daarbij aan vragen als:

- Hoe doe ik dat zelf meestal? En waarom?
- Worden daar suggesties voor gegeven in de RTA?

### **3.5 Opdracht 2:**

**30 min**

Opdracht 1B loopt als het ware over in opdracht 2. Hier wordt voortgebouwd op de plenaire bespreking van de verhalen rondom de ToC: kwamen in die verhalen specifieke aspecten naar voren? In deze opdracht worden die aspecten samengevat en komen ze bij elkaar in meer algemene factoren. Die algemene factoren hebben uiteindelijk wel een relatie met de RTA maar die komt nog alleen langs de zijlijn aan bod.

#### ***Doel***

Het doel is om te zorgen dat de deelnemers na denken over verschillende factoren in de besluitvorming over door- en terugverwijzen en welke relatie dat heeft met wat daarover wordt aangeraden door richtlijnen en adviezen zoals de RTA.

#### ***Werkwijze***

In een plenaire setting vraagt de facilitator de deelnemers of er nog andere factoren dan genoemd in opdracht 1B zijn die het eigen doorverwijsgedrag beïnvloeden. De facilitator kan hierbij vragen stellen zoals:

- “Wat zijn overige redenen om een patiënt juist wél door/terug te verwijzen?”
- “Wat zijn redenen om een patiënt juist niet door/terug te verwijzen?”
- {vraag aan de patiënt} “Komt dat ook overeen met wat u belangrijk vindt?”
- {vraag aan de professional} “Hoe vindt u dat, dat er regels zijn die zeggen hoe u moet doorverwijzen?”

**Suggestie:** De genoemde factoren kunnen worden onderverdeeld en besproken aan de hand van drie thema's:

- Thema 1: De professional
- Thema 2: De patiënt (welke waarden zij belangrijk vinden maar ook welke symptomen/klachten de patiënt heeft)
- Thema 3: De omgeving (de organisatie waarin de professional werkt, de regels die worden opgelegd aan de professional)

#### ***Rol facilitator***

De facilitator vraagt naar de rol van verschillende factoren als deze in de discussie niet (voldoende) aan bod komen.

### **Formuleren van opdracht richting deelnemers**

In dit onderdeel krijgen de deelnemers geen expliciete opdracht waarmee ze aan het werk gaan, de facilitator leidt een plenaire discussie.

#### **3.6 Afsluiting deel 1**

**15 min**

Als een korte, plenaire afsluiting zorgt de facilitator dat er even stil wordt gestaan bij de ervaringen van de deelnemers door vragen te stellen aan de hele groep. De volgende vragen kunnen hierbij behulpzaam zijn:

- Was het zinvol om in opdracht 2 vanuit een andere rol mee te denken?
- Helpt het wanneer je het hele traject van zo'n patiënt in beeld ziet, in vergelijking met wat, zeker specialisten, doorgaans op het eigen consult zien?

Leverde deze discussie voldoende inzicht op in de redenen die andere professionals hebben om af te wijken van de RTA?

#### **Vooruitblik naar bijeenkomst 2**

De facilitator deelt een kort overzicht uit van de items uit de RTA die tijdens bijeenkomst 2 besproken zullen worden. Het gaat alleen om de items die te maken hebben met door- en terugverwijzen en in bijeenkomst 2 terugkomen in de bespreking van het transmurale dossier. De facilitator vraagt aan de deelnemers om voor ieder item in dit overzicht in te vullen of zij denken dat professionals in de klinische praktijk (zowel zichzelf als anderen) zich daar

- goed aan houden (80 % of meer van de patiënten die voldoen aan dat criterium worden ook doorverwezen zoals aangegeven),
- redelijk aan houden (60-80 % van de patiënten die voldoen aan dat criterium worden ook doorverwezen zoals aangegeven )
- matig aan houden (40-60% van de patiënten die voldoen aan dat criterium worden ook doorverwezen zoals aangegeven)
- nauwelijks aan houden (< 40 % van de patiënten die voldoen aan dat criterium worden ook doorverwezen zoals aangegeven)

Of, wat ook kan:

- Dit advies is mij onbekend.

De facilitator geeft hierbij duidelijk aan dat het om hun *inschatting* gaat en dat het op geen enkele manier een toets van kennis is.

De deelnemers hoeven hun naam hier dus ook niet op te schrijven. De facilitator verzamelt wel de ingevulde overzichten (als input voor bijeenkomst 2).

### ***Opdracht tussen bijeenkomst 1 en 2***

**Deze instructie is optioneel (=alleen doen als er in bijeenkomst 2 genoeg tijd is: zie 'Bijeenkomst 2, Opdracht 1').**

Vervolgens vraagt de facilitator om voor de volgende bijeenkomst een uitdraai uit het eigen systeem mee te nemen (dat geldt zowel voor de huisarts als voor de specialist) van een patiënt waarbij het aspect 'zal ik deze patiënt nu wel of niet door/terugverwijzen' een worsteling was. Dus een patiënt, liefst een actuele casus, waarbij ze er niet zeker van zijn of die wel op de goede plek zit.

- Voor huisartsen: "Neem een medico-visitekaart mee zodat je de gegevens bij de hand hebt. Zorg ook dat jullie daarbij de relevante labwaarden erbij hebben."

## 4. De zorgtafel: bijeenkomst 2

120 min

Tijdens deze tweede bijeenkomst gaan de deelnemers in meer detail met de RTA en de spiegelinformatie aan de gang. Deze spiegelinformatie is gegenereerd op basis van de met elkaar verbonden patiëntendossiers van de huisarts en specialist. Hierin wordt weergegeven in hoeverre beide partijen 'zich houden aan' de afspraken die in de RTA staan.

Zie het figuur hieronder voor een voorbeeld van een visuele weergave van de spiegelinformatie.

ALS: DM II EN ONDERSTAANDE SITUATIE GEREGEREERD BIJ DE HUISARTS (tussen feb 2016 tm aug 2018)				DAN: GEREGISTREERD MET BEZOEK AAN SPECIALIST IN ... % (tussen feb 2016 en december 2018)									
POPULATIE: DM PATIËNTEN OBV DIAGNOSECODE DM II (ICPC T90.02)				PERCENTAGE VAN "ALS" GEREGISTREERD MET AFSpraak BIJ EEN VAN ONDERSTAANDE SPECIALISMEN									
Situaties ("ALS") geregistreerd bij DM II patiënten:				GOED INGESTELD?	TOTAAL BEZOEK SPECIALIST	Interne	Nefro	Neuro	Uro	Cardio	Chir	Specialist van voorkeur volgens RTA	
Voet/huid probleem	ACUTE voet / huidproblemen obv ICPC <i>537 of subcode hiervan of 576 of 576.01</i>	5,8%	Ja 43%	65%	26%	2%	18%	12%	28%	29%	Consult internist-endocrinoloog		
			Nee 57%	60%	27%	3%	18%	12%	28%	28%	Verwijzing internist-endocrinoloog		
Neuropathie	Diabetische neuropathie obv ICPC <i>N94.02</i>	1,6%	Ja 35%	70%	30%	0%	33%	13%	39%	25%	Pijnpoli <i>(NIET ALS APARTE AFDELING LEVERBAAR)</i>		
			Nee 65%	63%	27%	2%	26%	13%	29%	18%	Internist-endocrinoloog		
Recidiverende hypoglykemie bij insulinegebruik	Insuline gebruik (ATC A10) en recidiverende hypoglycemiën (2 of meer T87 = hypo in studieperiode	0,0%		100%	50%	0%	25%	25%	50%	0%	Internist		
Nierinsufficiëntie en afwijkende metingen	( $\leq$ 65 jaar bij meting EN eGFR $<$ 45 ml/min of $>$ 65 jaar bij meting EN eGFR $<$ 30 ml/min) EN niet goed ingestelde DM	1,0%		84%	61%	17%	19%	18%	50%	31%	Internist-endocrinoloog		
	albumine-creatinineratio (ACR): matig verhoogd: 3-30 mg/mmol	10,9%		57%	20%	2%	15%	13%	29%	20%	*Nefroloog <i>[ALLEEN UMC - DIAK / ANTON, NEFRO BIJ INTERNE]</i>		
	albumine-creatinineratio (ACR): ernstig verhoogd: $>$ 30 mg/mmol	2,2%		66%	45%	7%	13%	15%	32%	22%	*Nefroloog <i>[ALLEEN UMC - DIAK / ANTON, NEFRO BIJ INTERNE]</i>		
	Totaal Cholesterol (TC) $>$ 8 mmol/l	0,1%		67%	27%	0%	20%	20%	33%	7%	Internist		
	Totaal Cholesterol (TC) /HDL ratio $>$ 8	0,3%		52%	19%	0%	13%	19%	29%	6%	Internist		
	LDL $>$ 5 mmol/l	0,3%		43%	9%	0%	11%	6%	23%	17%	Internist		
	Triglyceriden nuchter $>$ 6 mmol/l	0,6%		62%	32%	6%	26%	17%	22%	22%	Internist		
Zwangerschap of wens	ICPC voor Zwangerschap(wens): A97.02 of W78 of W79 of W84	0,3%		43%	31%	0%	10%	2%	7%	10%	Internist		

ALS reden voor verwijzing in periode: februari 2016 tm augustus 2018

DAN afgesproken consequentie in periode: februari 2016 tm december 2018

Deze tabel is een voorbeeld van spiegelinformatie over verwijzing van de huisarts naar het ziekenhuis in het geval van de RTA Diabetes (DM). De tabel is als volgt opgebouwd: aan de linkerkzijde staan de condities voor doorverwijzing ('ALS') en aan de rechterzijde de daadwerkelijke doorverwijzing ('DAN').

- ALS: doorverwijsindicaties zoals opgenomen in de RTA staan in de linkerkzijde benoemd, met daarachter in de groene kolom een frequentie (hoe vaak deze indicatie in de regio voorkwam)
- DAN: in de meest linker (gele) kolom staat een percentage dat aangeeft hoeveel mensen voor de betreffende indicatie uit de linkerkzijde ook daadwerkelijk bij een specialist zijn geweest. In de kolom daarnaast wordt dit bezoek aan de specialist verder gespecificeerd (bij welke specialist zijn ze geweest), en in de meest rechter kolom staat benoemd bij welke specialist ze eigenlijk hadden moeten zijn volgens de RTA.



- Voorbeeld: een acuut voet/huid probleem is een indicatie voor verwijzing en komt bij 5,8% van de patiënten in de regio voor (43% van die patiënten is goed ingesteld en 57% is niet goed ingesteld). Van de niet goed ingestelde patiënten wordt 60% daadwerkelijk verwezen naar het ziekenhuis, waarvan 27% uiteindelijk door de aanbevolen specialist (internist-endocrinoloog) worden gezien.

De deelnemers wordt gevraagd om naar deze data te kijken met de bril van de verschillende factoren die door/terugverwijzen beïnvloeden uit bijeenkomst 1.

Verder goed om te weten:

- Een transmuraal dossier geeft een indruk van de manier waarop professionals werken met de afspraken die in de RTA gemaakt zijn. Het is *geen* tabel uit een wetenschappelijk artikel waarin conclusies worden samengevat.
- Daarbij vraagt het maken van een transmuraal dossier om een werkwijze 'binnen de grenzen van wat mogelijk is'. In een ideale wereld zou een transmuraal dossier een heel accuraat beeld van door- en terugverwijzingen geven, nu moeten we het doen met de data die er is. Immers, niet elke afspraak in de RTA is in kwantitatieve termen uitgedrukt en registraties in systemen zijn nooit 100% accuraat.
- Deze cijfers zijn dus het beste wat mogelijk is om naar voren te krijgen met de huidige manier van registreren, de huidige manier waarop een RTA geformuleerd is, en de huidige technische mogelijkheden (open tekst velden worden bijvoorbeeld niet meegenomen).
- In de RTA wordt ook gesproken over consultatie maar in het transmurale dossier komt dat niet terug. Het transmurale dossier gaat alleen over verwijzingen (want dat is meetbaar in de data).
- In deze bijeenkomst vertellen we NIET hoe dat transmurale dossier tot stand is gekomen, maar presenteren we alleen de resultaten van dat proces.

En goed om op te letten:

- Let op dat deelnemers niet verzanden in een eindeloze serie vragen over de cijfers en ook niet in opmerkingen/vragen die het dossier ontkrachten.
- Het ontkrachten van de cijfers of een theoretische discussie over de mitsen en maren is geen probleem voor ons, maar zorgt er voor de deelnemers voor dat ze geen nuttige bijeenkomst hebben. Immers: het levert geen handvaten op waarmee professionals in de praktijk morgen hun handelen kunnen aanpassen (zij zullen niet een heel ander ICT systeem aan gaan schaffen).

- Het gaat om de het gesprek over de samenwerking *op basis van* de cijfers, niet over de cijfers *op zich*.

#### **4.1 Opening**

**10 min**

Korte introductie, onder andere om af te tasten wie er een casus bij zich heeft (zie 'opdracht tussen bijeenkomst 1 en 2' op pagina 8). Je kunt even kort vragen naar de ervaring van bijeenkomst 1, als de deelnemers grotendeels dezelfde zijn, of snel doorgaan naar opdracht 1.

#### **4.2 Opdracht 1**

**30 min**

**Deze opdracht is optioneel (=alleen doen als er voldoende tijd is).**

In deze opdracht staat de 'eigen' patiënt centraal, dus de casus die de huisartsen en specialisten al dan niet hebben meegenomen.

##### ***Doel***

Het doel van deze opdracht is om, op basis van het gesprek over een eigen patiënt waarbij doorverwijzing dan wel terugverwijzing een probleem was, meer te leren over het perspectief van de ander en over de toepassing van aanwijzingen uit de RTA. Centraal daarbij staat weer: welke motieven/factoren spelen een rol?

##### ***Werkwijze***

De facilitator verdeelt de deelnemers weer over kleinere groepen, deze keer zodat ze samen zitten met de andere deelnemers van de *eigen* professie. De facilitator deelt ook kaartjes uit met daarop een aantal vragen waarop ze in hun gesprek over de meegebrachte casussen een antwoord formuleren:

##### **Inbrenger van casus**

- Geef een korte beschrijving van de patiënt en de situatie waarin deze zich bevindt
- Wat is de reden waarom er bij deze patiënt twijfel was over door/terugverwijzing

##### **Rest van de groep**

- Hoe zou je het dilemma in deze casus samen vatten?

##### **Allen**

- Onder welk 'kopje' van de RTA zou deze patiënt vallen?

##### ***Rol facilitator***

De facilitator geeft de opdracht en luistert bij elk groepje mee. De facilitator schrijft mee op de flap-overs. Na de gesprekken in de kleinere subgroepen brengt de facilitator het gesprek weer

terug naar de plenaire setting en wordt de deelnemers gevraagd om hun uitgekozen casus toe te lichten.

### **Formulieren van opdracht richting deelnemers**

- Wissel met elkaar uit welke casussen een ieder van jullie heeft meegenomen.
- Kies er uiteindelijk 1 uit.
- Beantwoord daarover samen de vragen die op jullie vragenkaartje staan.
- Schrijf de antwoorden op deze vragen op post-its, zodat we die vervolgens plenair kunnen bespreken.

## **4.3 Opdracht 2**

**45 min**

In de subgroepen praten de deelnemers over de cijfers die ze voor zich hebben. Belangrijk daarbij zijn vooral de vragen die ze hebben gekregen. Dus het is niet de opdracht om de cijfers *op zich* te beoordelen, maar meer om te kijken naar de *waarom* en *hoe* van deze cijfers.

### **Doel**

Het doel van deze opdracht is om, op basis van onderdelen van het transmuraal dossier, begrip te ontwikkelen voor overwegingen van de ander en van jezelf. Het idee is dat er een gesprek plaatsvindt over prioritering van wat moeilijk is en mogelijke verklaringen voor 'afwijkingen'.

### **Werkwijze**

De facilitator deelt de groep weer in kleinere groepen op. Vervolgens deelt de facilitator zowel de spiegelinformatie uit als de bijbehorende vragenkaartjes met daarop vragen aan de hand waarvan ze kunnen praten (de eerste twee vragen zijn kort te bespreken, gaat vooral om de vragen "is het erg?", "waar zou het door kunnen komen?", "hoe zou het beter kunnen?"):

- Verbazen deze getallen jullie? Zo ja/ zo nee, waarom wel/niet?
- Herkennen jullie jullie eigen handelen in deze getallen? Zo ja/ zo nee, waarom wel/niet?
- Is deze situatie in jullie ogen problematisch? Oftewel: hoe erg is het wanneer niet naar de voorgeschreven specialist wordt doorverwezen?
- Terugdenkend aan de verschillende factoren die het door/terugverwijzen kunnen beïnvloeden (medische professional, medische situatie van de patiënt, voorkeuren van de patiënt, formulering in de RTA, omstandigheden buiten de medische professional en de patiënt), welke aanbevelingen formuleren jullie richting:
  - jezelf
  - je directe collega's
  - de RTA werkgroep

De facilitator licht de spiegelinformatie kort toe (zie pagina 14-15 van deze handleiding). Het is voldoende om kort de 'opbouw' van de tabellen (ALS-DAN) toe te lichten en te benoemen dat de cijfers een *weerspiegeling* van de werkelijkheid zijn (een discussie over de cijfers is dus niet nodig, veel meer gaat het om het gesprek op basis van de cijfers).

Daarna zijn de deelnemers onderling in gesprek.

### ***Rol facilitator***

De facilitator zorgt dat de deelnemers in de subgroepen weten waarover ze gaan praten en welke vragen daarbij behulpzaam kunnen zijn. De facilitator houdt ook in de gaten of de groepjes niet te veel zwemmen omdat ze toch niet begrepen hebben waar ze naar kijken. Na een discussie in deelgroepen helpt de facilitator de presentatie en de samenvatting van de uitkomsten in de grote groep. Hij of zij helpt de groep om conclusies te trekken en, als dat relevant lijkt, schrijft de facilitator die bevindingen op.

De facilitator komt hierbij terug op de vraag "hoe zij dachten dat het zat" (wat ze aan het einde van de eerste bijeenkomst hebben opgeschreven) en hoe het nu daadwerkelijk in het transmurale dossier te zien is. Dus: de facilitator kijkt van te voren (terwijl de subgroepen onderling in gesprek zijn) nog even naar wat ze hebben ingevuld en haalt per rij de belangrijkste bevindingen naar voren.

### ***Formuleren van opdracht richting deelnemers***

- In deze opdracht gaan jullie praten over de 'cijfers' uit het transmuraal dossier.
- We gaan weer werken in deelgroepen.
- In de deelgroepen gaan jullie in gesprek aan de hand van vragen, die staan op jullie vragenkaartjes.
- Het zijn vragen zoals:
  - Welke beeld komt uit deze cijfers naar voren? {spoiler eventueel er achteraan "het lijkt dat de RTA niet altijd even goed gevolgd wordt"}.
  - "Herkennen we deze getallen die iets zeggen over de manier waarop aanbevelingen uit de RTA worden uitgevoerd?
  - "Vinden jullie het erg als naar een andere specialist wordt doorverwezen dan aanbevolen?" Of veel minder wordt doorverwezen dan aanbevolen?
  - Als het wel erg is, welke ideeën hebben jullie dan om dit te verbeteren?"
- Jullie hoeven niet de cijfers *op zich* te beoordelen, het gaat niet om oordelen of veroordelen. Kijk en bespreek vooral het *waarom* en *hoe* van deze cijfers.

#### **4.4 Opdracht 3**

**25 min**

In deze opdracht wordt plenair gereflecteerd op de geïdentificeerde dilemma's rondom door- en terugverwijzing in bijeenkomst 1 en 2, en de aanbevelingen die op basis daarvan geformuleerd kunnen worden.

#### ***Doel***

Het doel van deze opdracht is om tot een gedeelde probleem beleving en aanbevelingen rond oplossingen komen. Die aanbevelingen, nog even als reminder, hoeven de deelnemers niet als 'vertegenwoordiger van een groep' te doen.

#### ***Werkwijze***

Om tot aanbevelingen te komen stelt de facilitator in een plenaire setting open vragen aan de deelnemers of wordt een stelling gepresenteerd. Deze vragen/stellingen kunnen ingaan op alle aspecten die in bijeenkomst 1 en 2 ter sprake zijn gekomen, bijvoorbeeld de vraag:

- "Is een RTA, met de onuitgesproken verwachting dat professionals zich daaraan houden, wel van deze tijd?"
- En zo niet, "Op welke wijze is de samenwerking tussen huisarts en specialist dan wel vorm te geven? Wat leggen we vast en wat niet?"

Of bijvoorbeeld de stelling:

- "Als iedereen precies volgens de RTA zou werken, dan loopt het systeem helemaal vast (veel te veel doorverwijzingen)."

#### ***Rol facilitator***

De facilitator heeft een actieve rol in het inbrengen van de vragen/stellingen. Tijdens het gesprek hierover noteert de facilitator de aanbevelingen op de flap-over; wat zijn aanbevelingen op basis van hun overwegingen, richting:

- zichzelf
- hun directe collega's
- de RTA werkgroep

#### ***Formulering van opdracht richting deelnemers***

Dit is een plenair stuk waarbij geen expliciete opdracht aan de deelnemers hoeft te worden gegeven omdat de facilitator de discussie leidt.

#### **4.5 Afsluiting/evaluatie**

**10 min**

Net als in bijeenkomst 1 wordt in een korte, plenaire afsluiting even stil gestaan bij de ervaringen van de deelnemers. De volgende vragen kunnen hierbij behulpzaam zijn:

- Wat was zinnig?
- Hoe nu verder met de RTA? Is het nu een meer 'levend' document geworden of schaffen ze het liever af?
- Hebben ze voldoende input gekregen om zelf verder te gaan met de RTA?
- Hoe nu verder met deze 'community of practice'? Is het goed om regelmatig zo, met deze groep, bij elkaar te zitten om over besluiten rond door/terugverwijzen te praten?

# Appendix D

Handleiding facilitators  
*Digitale variant*

# Handleiding Optimale Zorg Tafel

## Digitale variant

---

### Inhoud

Handleiding Optimale Zorg Tafel .....	1
1. Doelstellingen .....	2
2. Ter info vooraf .....	3
3. De zorgtafel (1) 75 min.....	12
3.1 Welkom en intro 5 min .....	12
3.2 Ijsbreker 10 min.....	13
3.3 Presentatie Trajectory of Care 10 min .....	14
3.4 Opdracht 1: 'Het grote plaatje' 25 min .....	14
3.5 Opdracht 2: 'Invloeden en overwegingen' 15 min.....	18
3.6 Afsluiting deel 1 10 min .....	19
4. De zorgtafel (2) 75 min.....	20
4.1 Welkom en intro 5 min .....	20
4.2 Presentatie spiegelinformatie 10 min .....	21
4.3 Opdracht 1: 'Moeilijkheden en afwijkingen' 35 min.....	21
4.4 Opdracht 2: 'Aanbevelingen en oplossingen' 15 min.....	22
4.5 Afsluiting/evaluatie 10 min .....	24



# 1. Doelstellingen

---

## 1.1 Huisartsen

- Is zich bewust van zijn eigen motieven om de aanbevelingen uit de richtlijn wel of niet op te volgen in zijn of haar besluit over gezamenlijke zorg en doorverwijzingen
- Is zich bewust van de motieven van de ander, de specialist en de patiënt, om de aanbevelingen uit de richtlijn wel of niet op te volgen in zijn of haar besluit omtrent gezamenlijke zorg terugverwijzingen
- Heeft praktische tools in handen gekregen om (indien gewenst) de eigen besluitvorming en uiteindelijk doorverwijsgedrag bij te stellen.
- Is zich bewust van factoren buiten de patiënt en buiten de huisarts die de besluitvorming rond gezamenlijke zorg en doorverwijzen beïnvloeden (voorbeeld: verzekeraar, eigen risico), idem voor het terugverwijzen door de specialist.

## 1.2 Specialisten

- Is zich bewust van zijn eigen motieven en die van de patiënt om de aanbevelingen uit de richtlijn wel of niet op te volgen in zijn of haar besluit over gezamenlijke zorg en terugverwijzingen
- Is zich bewust van de motieven van de huisarts en die van de patiënt om te besluiten om de aanbevelingen omtrent gezamenlijke zorg en doorverwijzingen op basis van richtlijn wel of niet op te volgen (vooral in geval van patiënten die, in de perceptie van de specialist, 'te laat' zijn doorverwezen)
- Heeft praktische tools in handen gekregen om (indien gewenst) eigen (besluitvorming over) terugverwijsgedrag bij te stellen
- Is zich bewust van factoren buiten de patiënt en buiten de huisarts die de besluitvorming rondom gezamenlijke zorg en doorverwijzen beïnvloeden (vb: verzekeraar, eigen risico)

## 1.3 Beiden

- Leren elkaar beter kennen waardoor ze elkaar weten te vinden in geval van interprofessioneel samenwerken

## 2. Ter info vooraf

---

### 2.1 Voorbereiding

Doorlezen/bekijken van relevante documenten:

- Deze handleiding
- Het artikel over de activiteitentheorie van Engeström: 'Leren van Fricities' (dit is een centrale onderbouwing voor de optimale zorg tafels)
- De betreffende RTA

### 2.2 Insteek van de bijeenkomsten

- De optimale zorg tafels zijn opgezet vanuit het gedachtegoed van de 'community of practice' (CoP). In een CoP komen vakgenoten bij elkaar om ervaren met elkaar uit te wisselen en relaties op te bouwen, met als doel om van elkaar te leren.
- De nadruk in de optimale zorg tafels ligt op het verhalende aspect waarbij iedereen vanuit zijn eigen rol praat, dus niet vóór en over de ander. De bedoeling is dat ze over zichzelf, hun eigen handelen, en hun eigen afwegingen praten. Ze zitten daar *niet* als 'vertegenwoordiger' van een groep (dus *niet*, bijvoorbeeld, namens alle internisten in een regio).
- In die verhalen ligt de focus op afwegingen die mensen maken, dus centraal staan de vragen: "Welke factoren spelen voor jou een rol bij het door en terugverwijzen?, en "Welke afwegingen maak je in je besluitvorming?".
  - Specifiek voor de huisarts en specialist: hoe doe jij dit in jouw praktijk/afdeling? Het gaat om een reflectie op de *eigen* overwegingen en gedrag, waarbij ze zowel terugkijken (waarom zijn we dat zo gaan doen en hoe doen we dat nu) als vooruitkijken (welke veranderingen zijn wenselijk in de toekomst en waarom).
  - Specifiek voor de patiënt: het gaat om het meedenken vanuit de *eigen* ervaringen in zijn of haar 'reis' door het gezondheidszorg systeem. De patiënt kan daarbij een 'spiegel' zijn voor de artsen (wat *ervaart* de patiënt, wat *wilt* de patiënt, maar ook bijvoorbeeld: verloopt het zorgproces zoals beoogd?)
- De tekst van de RTA zelf is wel beschikbaar tijdens de bijeenkomsten maar is niet eerder naar de deelnemers toegestuurd zodat niet de indruk wordt gewerkt dat het alleen maar om het 'implementeren' van de afspraken gaat.

## 2.3 Digitale platform

Voor deze digitale variant van de bijeenkomsten zal gebruikt worden gemaakt van software naar keuze, bijvoorbeeld Microsoft Teams.

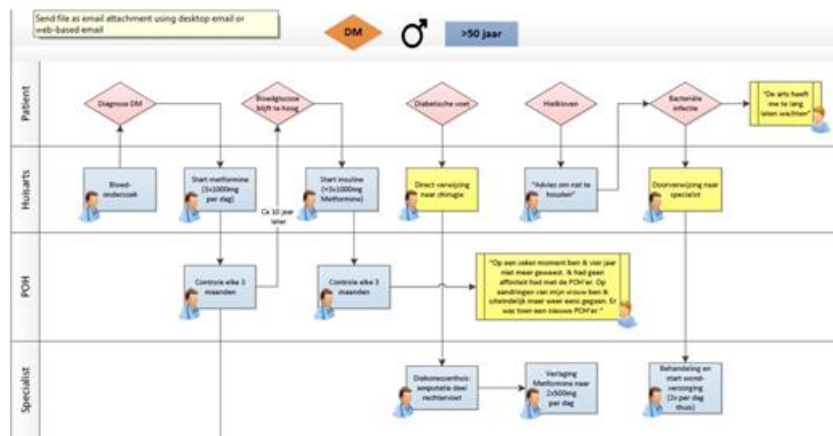
In de fysieke bijeenkomsten werd een en ander aan materiaal uitgedeeld. Dat materiaal zal nu digitaal worden 'geprojecteerd' d.m.v. een presentatie in Mentimeter. In diezelfde presentatie zijn ook vragen aan de deelnemers over dat materiaal opgenomen. Door naar menti.com te surfen en een specifieke code in te voeren kunnen alle deelnemers op die vragen reageren. Hun antwoorden verschijnen dan automatisch in de 'geprojecteerde' presentatie.\*\*

\*\* Dit is afhankelijk van de deelnemers. Als Mentimeter lastig wordt gevonden, kun je er ook voor kiezen om alle vragen gewoon 'live' te stellen en Mentimeter achterwege laten.

Zie de twee afbeeldingen hieronder ter illustratie. In de eerste afbeelding is het materiaal (in dit geval een patiëntreis), met bijbehorende vraag, te zien. Als de deelnemers naar menti.com surfen en de code 68362 invullen, kunnen zij hun antwoorden hierop typen, en die verschijnen dan vervolgens in dezelfde presentatie (als de facilitator op de S knop drukt) in beeld: zie de tweede afbeelding.

Go to [www.menti.com](http://www.menti.com) and use the code 68 36 2

## Wat valt op?



Press S to hide image

Go to [www.menti.com](https://www.menti.com) and use the code 68 36 2

## Wat valt op?

 Mentimeter

Ontevredenheid van patiënt	Rol van POH	Betrokkenheid diëtist
Gat in zorg; gebrek vangnet	Opvatting patiënt	Communicatie huisarts en diëtist
Ontstaan diabetische voet		



Voor de vragen aan de deelnemers zal afwisselend gebruikt gemaakt worden van Mentimeter vragen (in deze handleiding in **groen** weergegeven) en 'live' vragen, die de facilitator dus zelf gewoon stelt (in deze handleiding in **blauw**).

### **Indien kleinere discussies in subgroepen wenselijk zijn:**

Microsoft Teams heeft ook mogelijkheden om op te splitsen in kleinere groepen (geen break-out rooms zoals in ZOOM, maar 'kanalen'). Door de URL's naar die verschillende kanalen in de chat te zetten, kunnen deelnemers opsplitsen in verschillende kanalen. Maar, instrueer de deelnemers om de algemene bijeenkomst niet te beëindigen als ze switchen naar een van de kanalen. De algemene bijeenkomst wordt namelijk automatisch on hold gezet wanneer je naar een ander kanaal gaat. Wanneer de facilitator de break-out in de kanalen dan beëindigt ("End meeting"), keren de deelnemers automatisch terug naar de algemene meeting.

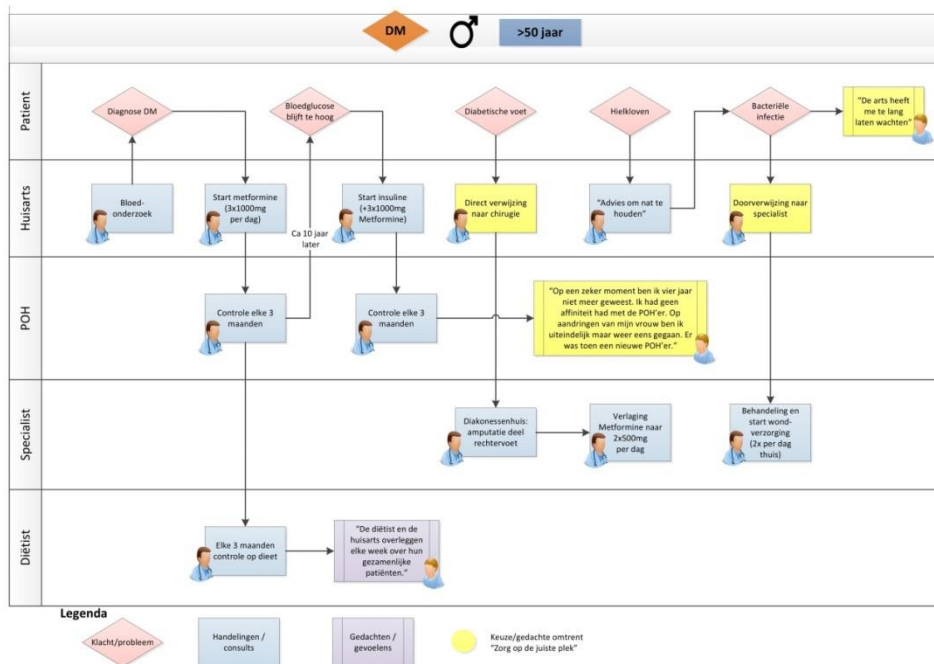
Je kunt tegelijk deelnemen aan 4 kanalen (de andere 3 worden dan on hold gezet), dus de facilitator kan switchen tussen de verschillende groepjes.

## 2.4 Inhoud van de bijeenkomsten

Tijdens de eerste bijeenkomst gaat het vooral over 'de reis van de patiënt door het gezondheidszorg systeem' (*trajectory of care*). Die patiëntreis is gegenereerd op basis van een interview met de betreffende patiënt. Idealiter is die patiënt ook aanwezig in de bijeenkomst zelf (en zo niet: dan een 'vertegenwoordiger' van de patiënt).

Aan de hand van die patiëntreis wordt het gesprek op gang geholpen over hoe de transmurale zorg en samenwerking er momenteel uit ziet: wat vinden we ervan, wat zijn knelpunten, wat gaat goed, wat kan beter, en hoe dan?

Zie het figuur hieronder voor een voorbeeld van een visuele weergave van zo'n patiëntreis.



Door de pijl in het figuur te volgen wordt schematisch weergegeven in welke volgorde de patiënt (voor welke klacht) bij verschillende professionals kwam.

- Roze: klacht/probleem van de patiënt
- Blauw: 'objectieve' handelingen of consulten bij professionals
- Geel: concrete keuzes of gedachten over 'zorg op de juiste plek'

De deelnemers wordt gevraagd om naar deze data te kijken met de bril van de verschillende factoren die door/terugverwijzen beïnvloeden.

Goed om te weten en indien nodig te benadrukken:

- De *trajectory of care* is gebaseerd op hoe het in de praktijk gaat. Het is dus de perceptie van die ene patiënt van wie het de *trajectory of care* is opgesteld. Deelnemers zullen mogelijk zeggen dat andere vormen van overleg gebruikelijk zijn, of andere handelingen vaak worden gedaan, maar dit is zoals deze patiënt het heeft ervaren.

Tijdens de tweede bijeenkomst \*\* gaan de deelnemers in detail met de RTA en de spiegelinformatie aan de gang. Deze spiegelinformatie is gegenereerd op basis van de met elkaar verbonden patiëntendossiers van de huisarts en specialist. Hierin wordt weergegeven in hoeverre beide partijen 'zich houden aan' de afspraken die in de RTA staan.

\*\* De twee bijeenkomsten kunnen ook worden ingekort en samengevoegd tot één bijeenkomst.

Zie het figuur hieronder voor een voorbeeld van een visuele weergave van de spiegelinformatie.

ALS: DM II EN ONDERSTAANDE SITUATIE GEREGEREERD BIJ DE HUISARTS (tussen feb 2016 tm aug 2018)			DAN: GEREGISTREERD MET BEZOEK AAN SPECIALIST IN ... % (tussen feb 2016 en december 2018)								
POPULATIE: DM PATIENTEN OBV DIAGNOSECODE DM II (ICPC T90.02)			PERCENTAGE VAN "ALS" GEREGISTREERD MET AFSPRAAK BIJ EEN VAN ONDERSTAANDE SPECIALISMEN								
Situaties ("ALS") geregistreerd bij DM II patiënten:			GOED INGESTELD?	TOTAAL BEZOEK SPECIALIST	Interne	Nefro	Neuro	Uro	Cardio	Chir	Specialist van voorkeur volgens RTA
Voet/huid problemen	ACUTE voet / huidproblemen obv ICPC S97 of subcode hiervan of 576.01	5,8%	Ja 43%	65%	26%	2%	18%	12%	28%	29%	Consult internist-endocrinoloog
			Nee 57%	60%	27%	3%	18%	12%	28%	28%	Verwijzing internist-endocrinoloog
Neuropathie	Diabetische neuropathie obv ICPC N04.02	1,6%	Ja 35%	70%	30%	0%	33%	13%	39%	25%	Pijnpoli (NIET ALS APARTE AFDELING LEVERBAAR)
			Nee 65%	63%	27%	2%	26%	13%	29%	18%	Internist-endocrinoloog
Recidiverende hypoglykemie bij insulinegebruik	Insuline gebruik (ATC A10) en recidiverende hypoglykemieën (2 of meer T87 = hypo in studieperiode)	0,0%		100%	50%	0%	25%	25%	50%	0%	Internist
Nierinsufficiëntie en afwijkende metingen	< 65 jaar bij meting EN eGFR < 45 ml/min of > 65 jaar bij meting EN eGFR < 30 ml/min EN niet goed ingestelde DM	1,0%		84%	61%	17%	19%	18%	50%	21%	internist-endocrinoloog
	albumine-creatinineratio (ACR): matig verhoogd: 3-30 mg/mmol	10,9%		57%	20%	2%	15%	13%	29%	20%	*Nefroloog (ALLEEN UMC - DIAK / ANTON. NEFRO BIJ INTERNE)
	albumine-creatinineratio (ACR): ernstig verhoogd: > 30 mg/mmol	2,2%		66%	45%	7%	13%	15%	32%	22%	*Nefroloog (ALLEEN UMC - DIAK / ANTON. NEFRO BIJ INTERNE)
	Totaal Cholesterol (TC) > 8 mmol/l	0,1%		67%	27%	0%	20%	20%	33%	7%	internist
	Totaal Cholesterol (TC)/HDL ratio > 8	0,3%		52%	19%	6%	13%	19%	29%	6%	Internist
	LDL > 5 mmol/l	0,3%		43%	9%	0%	11%	6%	23%	17%	Internist
Zwangerschap of wens	ICPC voor Zwangerschap(wens): A97.02 of W78 of W79 of W84	0,3%		43%	31%	0%	10%	2%	7%	10%	Internist

ALS reden voor verwijzing in periode: februari 2016 tm augustus 2018

DAN afgesproken consequentie in periode: februari 2016 tm december 2018

Deze tabel is een voorbeeld van spiegelinformatie over verwijzing van de huisarts naar het ziekenhuis in het geval van de RTA Diabetes (DM). De tabel is als volgt opgebouwd: aan de linkerkzijde staan de condities voor doorverwijzing ('ALS') en aan de rechterzijde de daadwerkelijke doorverwijzing ('DAN').

- ALS: doorverwijsindicaties zoals opgenomen in de RTA staan in de linkerzijde benoemd, met daarachter in de groene kolom een frequentie (hoe vaak deze indicatie in de regio voorkwam)
- DAN: in de meest linker (gele) kolom staat een percentage dat aangeeft hoeveel mensen voor de betreffende indicatie uit de linkerzijde ook daadwerkelijk bij een specialist zijn geweest. In de kolom daarnaast wordt dit bezoek aan de specialist verder gespecificeerd (bij welke specialist zijn ze geweest), en in de meest rechter kolom staat benoemd bij welke specialist ze eigenlijk hadden moeten zijn volgens de RTA.
- Voorbeeld: een acuut voet/huid probleem is een indicatie voor verwijzing en komt bij 5,8% van de patiënten in de regio voor (43% van die patiënten is goed ingesteld en 57% is niet goed ingesteld). Van de niet goed ingestelde patiënten wordt 60% daadwerkelijk verwezen naar het ziekenhuis, waarvan 27% uiteindelijk door de aanbevolen specialist (internist-endocrinoloog) worden gezien.

Het volgende figuur is een visualisatie van de 'andersom-situatie', dus de verwijzing van het ziekenhuis naar de huisarts. Deze tabel is makkelijker te interpreteren: het laat zien hoeveel dagen na bezoek aan de specialist in het ziekenhuis (als gevolg van een verwijzing door de huisarts) patiënten weer terug bij de huisarts komen. In het onderstaande voorbeeld dus: 50% van de patiënten met een stabiele angina pectoris ziet de huisarts terug binnen 74 dagen na hun (eerste) bezoek aan het ziekenhuis.

<b>ZOUT TRANSMURALE SPIEGELINFORMATIE - CVRM RTA</b>	
<b>TERUGVERWIJZING- ZIEKENHUIS NAAR HUISARTS</b> Op basis van "3. Myocarinfarct - Afspraken tussen CARDIOLOGEN en huisartsen" <i>"Elke patiënt die wegens een event behandeld is in de 2e lijn, wordt in principe voor cardiovasculair risicomangement zo snel mogelijk in het eerstelijns programma opgenomen"</i>	
<b>TIJD TUSSEN:</b> Start voor de verschillende DBCs passend bij cardiovasculair "event, <b>EN Bezoek huisarts met een ICPC code passend bij CVRM</b>	
<b>DBC (meest voorkomend)</b>	Na opening DBC ziet 50% vd patiënten de huisarts binnen
<b>Angina pectoris stabiel</b>	74 dagen
<b>Angina pectoris instabiel</b>	27 dagen
<b>CVA</b> (Revalidatie)	34 dagen
<b>TIA</b> (Neurologie)	28 dagen

De deelnemers wordt gevraagd om naar deze data te kijken met de bril van de verschillende factoren die door/terugverwijzen beïnvloeden uit bijeenkomst 1.

Verder goed om te weten:

- Een transmuraal dossier geeft een indruk van de manier waarop professionals werken met de afspraken die in de RTA gemaakt zijn. Het is *geen* tabel uit een wetenschappelijk artikel waarin conclusies worden samengevat.
- Daarbij vraagt het maken van een transmuraal dossier om een werkwijze 'binnen de grenzen van wat mogelijk is'. In een ideale wereld zou een transmuraal dossier een heel accuraat beeld van door- en terugverwijzingen geven, nu moeten we het doen met de data die er is. Immers, niet elke afspraak in de RTA is in kwantitatieve termen uitgedrukt en registraties in systemen zijn nooit 100% accuraat.
- Deze cijfers zijn dus het beste wat mogelijk is om naar voren te krijgen met de huidige manier van registreren, de huidige manier waarop een RTA geformuleerd is, en de huidige technische mogelijkheden (open tekst velden worden bijvoorbeeld niet meegenomen)
- In de RTA wordt ook gesproken over consultatie maar in het transmurale dossier komt dat niet terug. Het transmurale dossier gaat alleen over verwijzingen (want dat is meetbaar in de data).
- In deze bijeenkomst vertellen we NIET hoe dat transmurale dossier tot stand is gekomen, maar presenteren we alleen de resultaten van dat proces.

En goed om op te letten:

- Let op dat deelnemers niet verzanden in een eindeloze serie vragen over de cijfers en ook niet in opmerkingen/vragen die het dossier ontkrachten.
- Het ontkrachten van de cijfers of een theoretische discussie over de mitsen en maren is geen probleem voor ons, maar zorgt er voor de deelnemers voor dat ze geen nuttige bijeenkomst hebben. Immers: het levert geen handvaten op waarmee professionals in de praktijk morgen hun handelen kunnen aanpassen (zij zullen niet een heel ander ICT systeem aan gaan schaffen).
- Het gaat om de het gesprek over de samenwerking *op basis van* de cijfers, niet over de cijfers *op zich*.

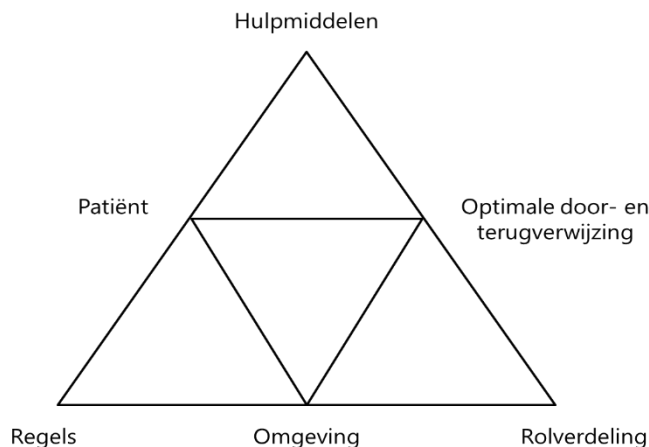
## **2.5 Werkwijze tijdens de bijeenkomsten**

De opzet van de optimale zorg tafels is gebaseerd op de activiteitentheorie van Engeström (zie het artikel 'Leren van fricties' onder par. 2.1 'Vorbereiding'). Centrale ideeën daarin zijn dat leren vooral plaatsvindt door samen met anderen over de verschillende perspectieven op een vraagstuk te praten en daarbij oog te hebben voor beweegredenen vanuit het verleden. Soms botsen de verschillende perspectieven, mensen hebben onderling spanningen, of er zijn



tegenstellingen binnen een persoon. In de activiteitentheorie wordt het expliciet maken van dat soort tegenstellingen gezien als een mogelijkheid om te leren.

Naast het delen van de patiëntreizen en de spiegelinformatie over door- en terugverwijzen via Mentimeter kan optioneel ook de whiteboard functie van Microsoft teams (notitieblok) gebruikt worden als een soort digitale 'flap-over'. Niet om de bijeenkomst samen te vatten, maar meer als hulpmiddel voor de facilitator. De eerste 'flap-over' is gereserveerd voor het activiteitensysteem model. Hierin worden de factoren die deelnemers noemen over het door- en terugverwijzen, en hun afwegingen, samengevat binnen verschillende 'categorieën' (bijvoorbeeld de hulpmiddelen om tot een afweging te komen en de regels die daarbij meespelen). Dit model (gevisualiseerd als een driehoek) is al voorgetekend, zoals in het figuur hieronder, en kan tijdens de bijeenkomsten door de facilitator worden ingevuld – niet als doel op zich maar als leidraad voor het gesprek.



Op de tweede 'flap-over' worden de spanningen, tegenstellingen en dilemma's opgeschreven die uit de discussie naar voren komen. Voorbeelden hiervan zijn:

- "we willen wel samenwerken", vs. "er is competitie"
- "we willen vernieuwend, innovatief werken" vs. "al ons handelen moet bewezen nuttig, onderbouwd en veilig zijn"
- "de patiënt staat centraal" vs. "de zorg moet financieel haalbaar zijn"
- "professionals moeten autonoom kunnen werken" vs. "we moeten wel grip kunnen houden op wat er gebeurt"
- "we moeten alle medische overwegingen en keuzes goed vastleggen" vs. "we moeten ruimte houden voor nieuwe bevindingen die tussendoor ontstaan"
- "er moet ruimte zijn om te leren" vs. "er moeten resultaten/opbrengsten geleverd worden"

- “we willen wel op gelijke wijze werken” vs. “onze regelementen en systemen zijn anders”
- “we willen zelf wel afspraken maken over samenwerking”, vs. “de verzekeraar bepaalt hier hoe het gaat”).

Op de derde ‘flap-over’ kunnen tijdens en aan het einde van de bijeenkomst aanbevelingen worden vastgelegd. Dat kunnen aanbevelingen zijn voor henzelf (wat denken zij zelf anders te doen nadat ze aan deze discussie hebben deelgenomen), of aanbevelingen voor naaste collega’s (wat denken zij dat de naaste collega’s anders kunnen doen).

## 2.6 Rol van de facilitator

Als facilitator doe je *ook* mee vanuit je eigen rol. Je hoeft maar beperkt inhoudelijk mee te doen met de discussies. Als facilitator bewaak en expliciteer je de doelstellingen, leg je de opdrachten uit, deel je de materialen uit, bewaak je de tijd, en vat op hoofdlijnen samen.

Je luistert en je ordent, en hoeft de discussie dus niet tijdens de bijeenkomst aan te jagen of te ‘leiden’. Dat doen de deelnemers, met hulp van de voorgestelde vragen (zie bijvoorbeeld [hier](#)) en de opdracht, zelf wel. Omdat je als facilitator het overzicht hebt over de verschillende uitdagingen die er zijn kun je *wel* af en toe vragen stellen om de discussie in een bepaalde richting te laten bewegen (zie bijvoorbeeld [hier](#)).

## 2.7 Overige tips

Om persoonlijke ervaringen en overwegingen boven tafel te krijgen, kun je formuleringen gebruiken zoals:

- Jij als huisarts?
- Hoe is dat voor jou als patiënt?
- Hoe doet u dat?
- Speelt dat in uw praktijk ook?
- Wat gaat jou dat dan helpen?
- Ja, maar wat is jouw verhaal?

### 3. De zorgtafel (1)

75 min

---

#### 3.1 Welkom en intro

5 min

De facilitator schetst de aanleiding voor de bijeenkomst, en de kern en opbrengst van de bijeenkomst:

- Levend maken van de RTA voor de deelnemers; wat zijn hun afwegingen in het wel/niet volgen van de RTA?
- Antwoord op de vragen: Is de RTA nuttig als tool om beter/anders samen te werken? Passen de afspraken in de RTA bij de dagelijkse praktijk? Of voorzien we een andere manier van met elkaar samenwerken?
- En hoe moeten we dat dan vervolgens doen in die dagelijkse praktijk; zodat de zorg op de juiste plaats komt?

Vervolgens staat de facilitator nog even kort stil bij de volgende punten:

- De bijeenkomst moeten een veilige leeromgeving zijn voor alle deelnemers. Dus alles wat gezegd wordt blijft in principe 'binnen de kamer'.
- De bijeenkomst is opgezet vanuit het gedachtegoed dat vakgenoten van elkaar kunnen leren wanneer zij ervaringen met elkaar uitwisselen en relaties opbouwen.
- Centraal staan de vragen: "Welke factoren spelen voor jou een rol bij door en terugverwijzen?, en "Welke afwegingen maak je in je besluitvorming?".
  - Specifiek voor de huisarts en specialist: hoe doe jij dit in jouw praktijk/afdeling? Het gaat om een reflectie op de *eigen* overwegingen en gedrag, waarbij ze zowel terugkijken (waarom zijn we dat zo gaan doen en hoe doen we dat nu) als vooruitkijken (welke veranderingen zijn wenselijk in de toekomst en waarom).
  - Specifiek voor de patiënt: het gaat om het meedenken vanuit de *eigen* ervaringen in zijn of haar 'reis' door het gezondheidszorg systeem. De patiënt kan daarbij een 'spiegel' zijn voor de artsen (wat *ervaart* de patiënt, wat *wilt* de patiënt, maar ook bijvoorbeeld: verloopt het zorgproces zoals beoogd

Tot slot deelt de facilitator zijn/haar scherm met de Mentimeter presentatie en legt uit wat de bedoeling daarvan is (zie [hier](#)).

### 3.2 Ijsbreker

10 min

Iedereen stelt zich kort voor, eventueel aan de hand van de Mentimeter vraag zoals hieronder geschetst, of gewoon door middel van een korte voorstelronde (naam, beroep, locatie werkzaam).

De facilitator klikt door naar de volgende slide in Mentimeter, waar een eerste vraag aan de deelnemers op staat:

“Wat is het beste advies dat je ooit hebt gekregen hebt betreffende [ziektebeeld dat centraal staat]?”

De facilitator vraagt de deelnemers om naar menti.com te surfen en de code die op het scherm staat in te vullen, zodat ze de vraag kunnen beantwoorden. Zodra iedereen dat gedaan heeft, kan de facilitator de antwoorden laten zien door op de S toets te drukken, en eventueel daar kort even bij stil staan.

### 3.3 Presentatie Trajectory of Care

10 min

In opdracht 1 zal aan de hand van de reis van een patiënt door het gezondheidszorgsysteem (van eerste naar tweede lijn en vice versa) gepraat worden over de afwegingen in zorg en door- en terugverwijzing naar elkaar.

In deze korte introductie wordt kort zo'n patiëntreis getoond (een ander dan die van de aanwezige patiënt, welke in opdracht 1 gebruikt zal worden) om te laten zien hoe zo'n patiëntreis gelezen kan worden, en om kort even stil te staan bij de afwegingen die meespelen in het bieden van zorg, en om patiënten wel/niet naar elkaar door te verwijzen.

De facilitator klikt daarvoor naar de volgende slide in Mentimeter. De facilitator bespreekt de opbouw van een patiëntreis: in de patiëntreis zijn de afweegmomenten voor door en terugverwijzen, en de gedachten hierover van de patiënt, duidelijk (in het voorbeeld in geel) zichtbaar. Verder zijn bijvoorbeeld ook andere gedachten van de patiënt (paars) of afwegingen van professionals in consulten (blauw) te zien – zie [hier](#).

### 3.4 Opdracht 1: 'Het grote plaatje'

25 min

In deze opdracht komt de patiëntreis van de aanwezige patiënt ter sprake. Deze opdracht heeft als doel om het gesprek aan te gaan over het langere zorgtraject van de patiënt of 'het grotere plaatje', dus minder over individuele keuzes of verwijzingen.

*! De deelnemers hebben de betreffende patiëntreis van tevoren ook al ontvangen, want het aflezen op een dia is niet optimaal (te klein en daardoor slecht leesbaar).*

#### **Doel**

Het doel van deze opdracht is om de motieven/factoren die meespelen in de afwegingen in patiëntenzorg, specifiek om patiënten wel of niet naar elkaar door te verwijzen, boven tafel te krijgen.

#### **Werkwijze**

De facilitator klikt door naar de volgende slide in Mentimeter, waarop een tweede exemplaar van de ToC is te zien – deze is van de aanwezige patiënt. De patiënt vertelt zijn/haar verhaal, en de deelnemers stellen vragen. Daarna zijn zij in onderling gesprek – ondersteund aan de hand van [Mentimeter vragen](#) en ['live' vragen](#) van de facilitator.

## **Rol facilitator**

Nadat de facilitator de patiënt heeft gevraagd om zijn/haar verhaal te delen en het gesprek op gang is gekomen kan de facilitator het gesprek verder ondersteunen/sturen door een eerste vraag over de ToC te introduceren via Mentimeter: \*\*

\*\* Nogmaals: dit is afhankelijk van de deelnemers. Als Mentimeter lastig wordt gevonden, kun je er ook voor kiezen om alle vragen gewoon 'live' te stellen en Mentimeter achterwege laten.

*"Wat valt als eerst op/wat is je eerste gedachte?"*

De facilitator vraagt de deelnemers hiervoor terug te gaan naar menti.com. Zodra zij daar hun antwoorden hebben gegeven kan de facilitator die antwoorden weer zichtbaar maken op de slide door op de S toets te drukken.

Door middel van die antwoorden kan weer een verder gesprek plaatsvinden. Vragen die de facilitator daarbij aanvullend kan stellen zijn bijvoorbeeld:

*"Waarom valt dat op/denk je dat?", OF "Zie jij dat ook zo?"*

Vervolgens kan de facilitator een tweede vraag introduceren door verder te klikken naar de volgende slide in Mentimeter:

*"Wat zijn de schakelpunten in dit schema?"*

Verdere opmerkingen/vragen die je kunt gebruiken om de discussie te sturen zijn bijvoorbeeld:

*"Wat zou jij hebben gedaan als je in deze situatie de patiënt/huisarts/specialist zou zijn?"*

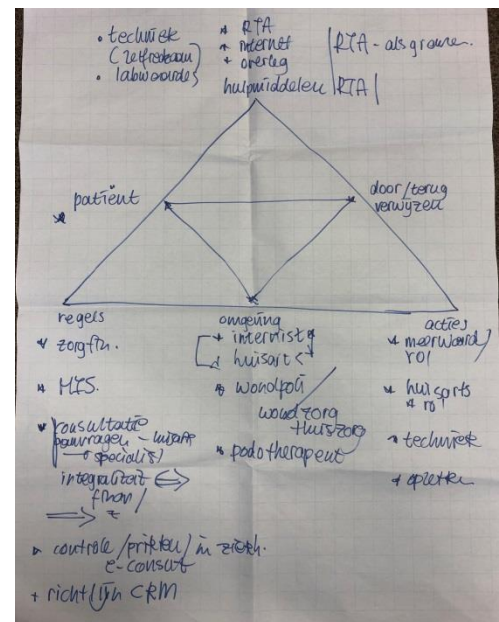
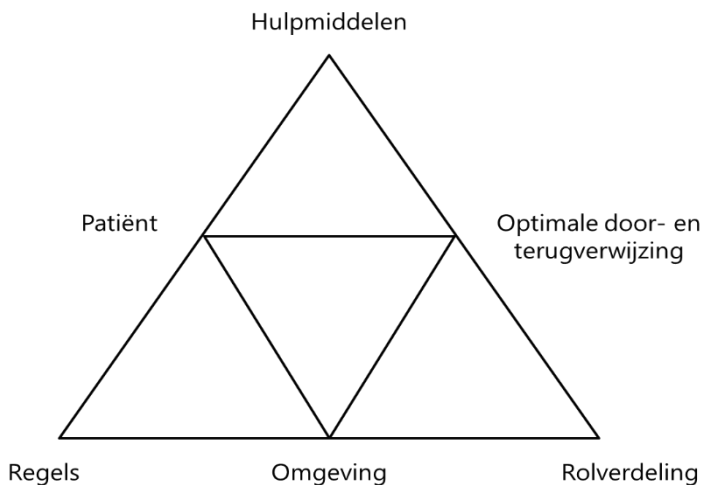
**! Behoed** voor een discussie waarin de deelnemers te veel een individuele casus willen 'oplossen'.

**! Stimuleer** een discussie over de vraag of ze dit soort situaties herkennen uit hun eigen dagelijkse praktijk, en wat dan, in die situaties, remmend en stimulerend werkt of zou werken.

## Hulpmiddel voor de facilitator

Tijdens het gesprek begint de facilitator ondertussen met het tekenen van de factoren in het leveren van gezamenlijke zorg die de deelnemers noemen in de driehoek van het activiteitensysteem (eerste digitale 'flap-over'; of eventueel zelf op papier) – zie het stuk 'Leren van Fricities' van Engeström. Die factoren worden onderverdeeld over bijvoorbeeld de hulpmiddelen om tot een afweging te komen en de regels die daarbij meespelen. Het midden van de driehoek gaat over het 'subject' en 'object' van de discussie. De patiënt is hier het 'subject' en de optimale besluitvorming over bijv. door- en terugverwijzing van de patiënt het 'object'.

Zie ter illustratie de figuren hieronder (links het template, rechts een ingevuld voorbeeld).



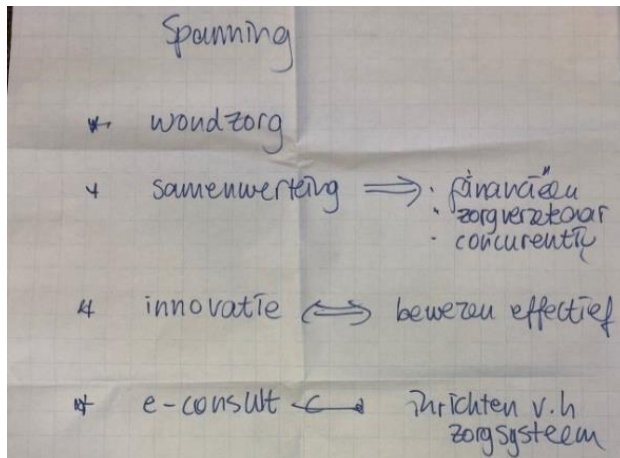
## Hulpmiddel voor de facilitator (vervolg)

Bij het invullen van de driehoek worden deelnemers niet letterlijk geciteerd (want dan krijgt de bijeenkomst een 'aan wie gaat dit allemaal doorgegeven worden'-lading). Dus, in de driehoek komen geen letterlijke citaten maar meer een 'ordening' van de belangrijkste afwegingen, dingen die spelen etc..

Op de tweede digitale 'flap-over' probeert de facilitator de spanningen samen te vatten die volgen uit de discussies, bijvoorbeeld:

- "we willen vernieuwend, innovatief werken" vs. "al ons handelen moet bewezen nuttig, onderbouwd en veilig zijn"
- "de patiënt staat centraal" vs. "de zorg moet in het grotere plaatje haalbaar zijn"
- "we moeten alle medische overwegingen en keuzes goed vastleggen" vs. "we moeten ruimte houden voor nieuwe bevindingen die tussendoor ontstaan"

Zie een ingevuld voorbeeld in het figuur hieronder.



Na onderlinge discussie vat de facilitator het gesprek kort samen (aan de hand van de ingevulde twee 'flap-overs') en vraagt hij of zij aan de deelnemers of ze de genoteerde factoren en spanningen ontdekken.



### 3.5 Opdracht 2: 'Invloeden en overwegingen'

15 min

Opdracht 1 loopt als het ware over in opdracht 2: kwamen in de verhalen specifieke aspecten naar voren? In deze opdracht worden die aspecten samengevat en komen ze bij elkaar in meer algemene factoren. Die algemene factoren hebben uiteindelijk wel een relatie met de RTA maar die komt nog alleen langs de zijlijn aan bod.

#### **Doel**

Het doel is om te zorgen dat de deelnemers na denken over verschillende factoren in de besluitvorming over door- en terugverwijzen en welke relatie dat heeft met wat daarover wordt aangeraden door richtlijnen en adviezen zoals de RTA.

#### **Werkwijze**

De facilitator vraagt de deelnemers of er nog andere factoren dan genoemd in opdracht 2 zijn die het eigen doorverwijsgedrag beïnvloeden. Er worden eerst weer een tweetal vragen gesteld via Mentimeter:

*"Wat zijn overige redenen om een patiënt juist wél door/terug te verwijzen?"*

Zodra deelnemers hier hun antwoord(en) op hebben gegeven via Menti.com worden die besproken (druk op de S toets). Daarna klikt de facilitator weer door naar de volgende slide en verschijnt een tweede vraag:

*"Wat zijn redenen om een patiënt juist niet door/terug te verwijzen?"*

Ook die antwoorden kunnen vervolgens helpen als input voor het gesprek. Andere vragen die de facilitator op kan werpen om het gesprek te sturen zijn bijvoorbeeld:

*{vraag aan de patiënt} "Komt dat ook overeen met wat jij belangrijk vindt?"*  
*{vraag aan de professional} "Welke aanvullende afspraken zijn hiervoor nodig tussen de verschillende lijnen?"*

**Suggestie:**

De genoemde factoren kunnen worden onderverdeeld en besproken aan de hand van drie thema's:

- Thema 1: De professional
- Thema 2: De patiënt (welke waarden zij belangrijk vinden maar ook welke symptomen/klachten de patiënt heeft)
- Thema 3: De omgeving (de organisatie waarin de professional werkt, de regels die worden opgelegd aan de professional)

**Rol facilitator**

De facilitator vraagt naar de rol van verschillende factoren als deze in de discussie niet (voldoende) aan bod komen.

**3.6 Afsluiting deel 1****10 min**

Als een korte afsluiting zorgt de facilitator dat er even stil wordt gestaan bij de ervaringen van de deelnemers door vragen te stellen aan de hele groep. De volgende vragen kunnen hierbij behulpzaam zijn:

*“Was het zinvol om vanuit een andere rol mee te denken?”*

*“Helpt het wanneer je het hele traject van zo'n patiënt in beeld ziet, in vergelijking met wat, zeker specialisten, doorgaans op het eigen consult zien?”*

*“Leverde deze discussie voldoende inzicht op in de redenen die andere professionals hebben om af te wijken van de RTA?”*

Daarnaast een korte vooruitblik naar bijeenkomst 2 (zie [hier](#)).

## 4. De zorgtafel (2)

75 min

---

### 4.1 Welkom en intro

5 min

De facilitator herhaalt kort de aanleiding voor de bijeenkomst, en de kern en opbrengst van de bijeenkomst:

- Levend maken van de RTA voor de deelnemers; wat zijn hun afwegingen in het wel/niet volgen van de RTA?
- Antwoord op de vragen: Is de RTA nuttig als tool om beter/anders samen te werken? Passen de afspraken in de RTA bij de dagelijkse praktijk?
- En hoe moeten we hier dan vervolgens mee werken in die dagelijkse praktijk; zodat de zorg op de juiste plaats komt?

Vervolgens staat de facilitator nog even kort stil bij de volgende punten:

- De bijeenkomst moeten een veilige leeromgeving zijn voor alle deelnemers. Dus alles wat gezegd wordt blijft in principe 'binnen de kamer'.
- De bijeenkomst is opgezet vanuit het gedachtegoed dat vakgenoten van elkaar kunnen leren wanneer zij ervaringen met elkaar uitwisselen en relaties opbouwen..
- Centraal staan de vragen: "Welke factoren spelen voor jou een rol bij door en terugverwijzen?", en "Welke afwegingen maak je in de besluitvorming?".
  - Specifiek voor de huisarts en specialist: hoe doe jij dit in jouw praktijk/afdeling? Het gaat om een reflectie op de *eigen* overwegingen en gedrag, waarbij ze zowel terugkijken (waarom zijn we dat zo gaan doen en hoe doen we dat nu) als vooruitkijken (welke veranderingen zijn wenselijk in de toekomst en waarom).
  - Specifiek voor de patiënt: het gaat om het meedenken vanuit de *eigen* ervaringen in zijn of haar 'reis' door het gezondheidszorg systeem. De patiënt kan daarbij een 'spiegel' zijn voor de artsen (wat *ervaart* de patiënt, wat *wilt* de patiënt, maar ook bijvoorbeeld: verloopt het zorgproces zoals beoogd

Check of er nieuwe gezichten zijn: opnieuw een korte voorstelronde.

En tot slot: open de presentatie in Mentimeter (net als in bijeenkomst 1) en deel je scherm.

## 4.2 Presentatie spiegelinformatie

10 min

In opdracht 1 zal aan de hand van de spiegelinformatie (gekoppelde data van eerste en tweede lijn) gepraat worden over de afwegingen in zorg en door- en terugverwijzing naar elkaar.

*! De deelnemers hebben de betreffende spiegelinformatie van tevoren ook al ontvangen, want het aflezen op een dia is niet optimaal (te klein en daardoor slecht leesbaar).*

Aan de hand van de slides in Mentimeter licht de facilitator de opbouw van spiegelinformatie daarom kort toe (zie [hier](#)). Het is voldoende om kort de 'opbouw' van de tabel (ALS-DAN) toe te lichten. Benoem verder, in zijn algemeenheid, dat de cijfers een *weerspiegeling* van de werkelijkheid zijn (een discussie over de cijfers is dus niet nodig, veel meer gaat het om het gesprek op basis van de cijfers). Vervolgens klikt de facilitator door naar de volgende slide, daarin is een tabel met spiegelinformatie over de verwijzing van tweede naar eerste lijn opgenomen. Ook hier is het voldoende om even kort de opbouw van de tabel toe te lichten (zie wederom [hier](#)).

## 4.3 Opdracht 1: 'Moeilijkheden en afwijkingen'

35 min

(In subgroepen) praten de deelnemers over de cijfers uit het transmuraal dossier. Belangrijk daarbij zijn vooral de vragen die ze via Mentimeter dan wel van de facilitator krijgen. Dus het is niet de opdracht om de cijfers *op zich* te beoordelen, maar meer om te kijken naar de *waarom* en *hoe* van deze cijfers.

### **Doel**

Het doel van deze opdracht is om, op basis van onderdelen van het transmuraal dossier, begrip te ontwikkelen voor overwegingen van de ander en van jezelf. Het idee is dat er een gesprek plaatsvindt over prioritering van wat moeilijk is en mogelijke verklaringen voor 'afwijkingen'.

### **Werkwijze**

De facilitator klikt door naar de volgende slide in Mentimeter, en introduceert een aantal vragen die op deze slide staan aan de hand waarvan ze kunnen praten; antwoorden hoeven hier niet via menti.com te worden gegeven:

*"Verbazen deze getallen jullie? Zo ja/ zo nee, waarom wel/niet?"*

*"Herkennen jullie jullie eigen handelen in deze getallen? Zo ja/ zo nee, waarom wel/niet?"*

*“Is deze situatie in jullie ogen problematisch? Oftewel: hoe erg is het wanneer niet naar de voorgeschreven specialist wordt doorverwezen, of wanneer niet naar de huisarts wordt terugverwezen?”*

Daarna zijn de deelnemers onderling in gesprek.

### **Rol facilitator**

De facilitator zorgt dat de deelnemers weten waarover ze gaan praten en welke vragen daarbij behulpzaam kunnen zijn. De facilitator houdt ook in de gaten of ze niet te veel zwemmen omdat ze toch niet begrepen hebben waar ze naar kijken.

Nadat de facilitator de opdracht gegeven heeft laat hij of zij de deelnemers onderling in gesprek gaan. Tijdens deze gesprekken schrijft de facilitator wederom weer mee op het digitale whiteboard om de factoren in door en terugverwijzen die de deelnemers noemen op te schrijven in de driehoek van het activiteitensysteem (zoals [hier](#) uitgelegd). De facilitator probeert wederom de spanningen samen te vatten die volgen uit de discussies.

## **4.4 Opdracht 2: ‘Aanbevelingen en oplossingen’**

**15 min**

In deze opdracht wordt gereflecteerd op de geïdentificeerde dilemma's rondom door- en terugverwijzing uit opdracht 1 en bijeenkomst 1, en de aanbevelingen die op basis daarvan geformuleerd kunnen worden.

### **Doel**

Het doel van deze opdracht is om tot een gedeelde probleem beleving en aanbevelingen rond oplossingen komen. Die aanbevelingen, nog even als reminder, hoeven de deelnemers niet als 'vertegenwoordiger van een groep' te doen.

### **Werkwijze**

Om tot aanbevelingen te komen stelt de facilitator open vragen aan de deelnemers of wordt een stelling gepresenteerd. Deze vragen/stellingen kunnen ingaan op alle aspecten die in bijeenkomst 1 en 2 ter sprake zijn gekomen, bijvoorbeeld de vraag:

*“Is een RTA, met de onuitgesproken verwachting dat professionals zich daaraan houden, wel van deze tijd?”*

*“En zo niet, “Op welke wijze is de samenwerking tussen huisarts en specialist dan wel vorm te geven? Wat leggen we vast en wat niet?”*

Of bijvoorbeeld de stelling:

*“Als iedereen precies volgens de RTA zou werken, dan loopt het systeem helemaal vast (veel te veel doorverwijzingen).”*

Zo mogelijk wordt weer geswitcht naar het digitale notitieblok om zichtbaar mee te schrijven.

Ter afsluiting van deze opdracht klikt de facilitator door naar de laatste slide in Mentimeter en wordt onderstaande vraag geïntroduceerd. Geef deelnemers hier voldoende tijd voor beantwoording!

*“Denkend aan de verschillende factoren die keuzes in gezamenlijke zorg en verwijzen kunnen beïnvloeden (medische situatie van patiënt, voorkeuren van de patiënt, formulering in de RTA, omstandigheden buiten de medische professional en de patiënt), welke aanbevelingen formuleren jullie richting...”*

- *jezelf*
- *je directe collega's*
- *de regio (de RTA werkgroep)*

### ***Rol facilitator***

De facilitator heeft een actieve rol in het inbrengen van de vragen/stellingen. Tijdens het gesprek hierover noteert de facilitator de aanbevelingen op de derde 'flap-over'; wat zijn aanbevelingen op basis van hun overwegingen, richting:

- zichzelf
- hun directe collega's
- de regio (de RTA werkgroep)

#### 4.5 Afsluiting/evaluatie

10 min

In een korte afsluiting wordt even stil gestaan bij de ervaringen van de deelnemers. De volgende vragen kunnen hierbij behulpzaam zijn:

*"Wat was zinnig?"*

*"Hebben ze voldoende input gekregen om zelf verder te gaan met de RTA of om gezamenlijk tot andere afspraken te komen?"*

*"Hoe nu verder met deze 'community of practice'? Is het goed om regelmatig zo, met deze groep, bij elkaar te zitten om over besluiten rondom gezamenlijke zorg te praten?"*

# Appendix E

Informatiebrieven en toestemming



## Appendix E

### Inhoud

1. Informatiebrief professionals Optimale Zorg Tafel
2. Informatiebrief patiënten Optimale Zorg Tafel
3. Toestemmingsformulier professionals Optimale Zorg Tafel
4. Toestemmingsformulier patiënten Optimale Zorg Tafel

## Deelnemersinformatie voor deelname aan onderzoek naar medisch onderwijs (leerbijeenkomsten ZOUT)

---

### Inleiding

Wij vragen u om mee te doen aan een actie-onderzoek omtrent medisch onderwijs in de vorm van interprofessionele leerbijeenkomsten. Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is uw schriftelijke toestemming nodig. Voordat u beslist of u wilt meedoen aan dit onderzoek, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt.

Dit project is opgezet door het UMCU en Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra, in samenwerking met het Diakonessenhuis, het St. Antonius Ziekenhuis, de HUS en Unicum. In het kader van dit project zullen (medisch-onderwijskundig) onderzoekers binnen het UMC-Utrecht onderzoek doen naar de wijze waarop routinezorgdata en patiëntervaringen dienst kunnen doen als ‘spiegelinformatie’ in leerbijeenkomsten. Met dit onderzoek willen we meer zicht krijgen op de manier waarop dergelijke bijeenkomsten verlopen, hoe de deelnemers leren tijdens deze bijeenkomsten en welke verbeteringen in de opzet van de bijeenkomsten noodzakelijk zijn. Het is de bedoeling om de resultaten uiteindelijk te publiceren.

Wij vragen u de onderstaande punten goed door te lezen en als u besluit om deel te nemen aan het onderzoek het toestemmingsformulier van datum te voorzien en te ondertekenen.

### De achtergrond en het doel van het onderzoek

Huisarts en specialist moeten nog meer samenwerken om de stijgende zorgkosten in de hand te houden. In 2015 hebben ziekenhuizen en huisartsen in de regio Utrecht daarom de overeenkomst “Zorg op de juiste plek” afgesloten. In dit kader zijn regionale transmurale samenwerkingsafspraken (RTA) gemaakt, gericht op de overdracht van zorg van het ziekenhuis naar de huisarts – ofwel op substitutie van zorg.

De implementatie van de inmiddels geaccordeerde RTA’s voor patiënten met COPD, hart- en vaatziekten en diabetes blijft echter achter. Daarom is ZOUT (ZOrg op de juiste plek UTrecht) geïnitieerd: een onderzoek omtrent de ontwikkeling van een implementatiestrategie, leunend op twee pijlers: samenwerkend leren en feedback door middel van spiegelinformatie. Ingezet wordt op de realisatie van praktijkleerbijeenkomsten voor huisartsen en specialisten, gericht op de samenwerking rond de RTA, op basis van patiëntfeedback en terugkoppeling van spiegelinformatie over het gebruik van de RTA’s. Deze spiegelinformatie wordt opgehaald door koppeling van de dossiers van de huisartsen en specialisten. Het idee is dat de bijeenkomsten bijdragen aan een betere samenwerking tussen huisartsen en specialisten in de regio, opdat de patiënt zoveel mogelijk op de juiste plaats zorg te kunnen bieden.

In het algemeen is er wel kennis beschikbaar over het leren in groepen, maar veel minder is bekend over professionals die leren om de informatie en afspraken die zijn vastgelegd in de RTA te vertalen naar de eigen medische praktijk – en zeker niet voor bijeenkomsten waarbij een patiënt aanwezig is.

In ZOUT worden deze elementen onderzocht. Het onderzoek ZOUT vindt plaats door middel van actieonderzoek. Dat betekent dat de deelnemers aan de leerbijeenkomsten nadrukkelijk om hun mening wordt gevraagd en dat de focus van het onderzoek in de loop van de tijd kan verschuiven naar die aspecten die het meest relevant blijken voor het doel van het onderzoek.

## **2. De uitvoering van het onderzoek**

Tijdens de bijeenkomsten zal een onderzoeker aanwezig zijn die observaties uitvoert. De observaties zullen zich enerzijds richten op de begeleider van de groepsbijeenkomsten omdat ZOUT een handleiding voor begeleiders zal opleveren, en anderzijds zullen de dokters en patiënten worden geobserveerd om hun leerproces te analyseren. Daarnaast zullen van de discussies tijdens de bijeenkomsten geluidsopnames worden gemaakt. Er zal tevens een camera aanwezig zijn, maar deze is enkel gericht op de begeleider van de bijeenkomst.

De verwerkingsverantwoordelijke voor het onderzoek is Debbie Vermond. Zij zorgt dat gegevens en informatie niet naar een persoon te herleiden zijn. De observaties en opnames zullen worden geanalyseerd en uitgewerkt door onderzoekers bij het UMC Utrecht. Alle gegevens worden opgeslagen op beveiligde servers.

## **3. Wat we van u verwachten**

Er wordt niets bijzonders van u verwacht voor de observaties en opnames.

## **4. Mogelijke risico's**

Dit onderzoek brengt minimale kans op schade voor u als deelnemer.

## **5. De mogelijke voor- en nadelen van deelname**

Voor- en nadelen voor u persoonlijk heeft dit onderzoek niet. De verwachting is dat de uitkomst van het onderzoek wel bij zal dragen aan de verdere vormgeving van leerbijeenkomsten op basis van spiegelinformatie in de toekomst.

## **6. Indien u niet (meer) wenst deel te nemen**

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen en hoeft u geen reden te geven. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. In de geluidsopnames kunnen wij er niet voor zorgen dat uw uitspraken niet opgenomen worden. Wel kunnen wij in de transcripten van de opnames uw uitspraken weglaten.

Indien u wilt dat wij uw uitspraken uit de transcriptie halen, dan kunt u dit aangeven tot 31 oktober 2019 door contact op te nemen met Debbie Vermond [D.Vermond@umcutrecht.nl]. Daarna is de analyse van de gegevens begonnen en is het niet langer mogelijk om onderdelen weg te laten.

## 7. Tussentijds relevante informatie

Als er tussentijds informatie bekend wordt die van invloed kan zijn op uw toestemming, dan zullen wij u daarvan op de hoogte brengen. Ook als de studie afgebroken zal worden, dan krijgt u daarvan bericht.

## 8. Gebruik en bewaren van gegevens

### Verzamelde persoonsgegevens

Voor dit onderzoek worden geen persoonsgegevens bewaard. De volgende (algemene) persoonsgegevens (naam, e-mail adres en telefoonnummer) worden tijdens de looptijd van de bijeenkomsten gebruikt om u voor de bijeenkomsten uit te nodigen of wijzigingen door te geven, na de bijeenkomsten worden deze gegevens vernietigd. Om de privacy risico's maximaal te beperken neemt de verantwoordelijk onderzoeker en de onderwijsinstelling de eisen van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) in acht.

### Gegevensopslag

Alle verzamelde gegevens zullen zorgvuldig worden behandeld en opgeslagen in een beveiligde omgeving.

### Vertrouwelijkheid van de gegevens

Uw naam en de organisatie waar u werkzaam bent zijn toegankelijk voor bepaalde personen. De volgende personen hebben toegang tot uw identificerende gegevens: Dorien Zwart, Esther de Groot en Debbie Vermond. De overige onderzoekers hebben enkel toegang tot de niet identificeerbare gegevens (transcripties van bijeenkomsten). Alle gegevens die naar een derde (transcriptie bureau) worden verzonden, bevatten alleen de inhoudelijke informatie, maar niet uw naam of andere gegevens. Alle medewerkers aan het onderzoek hebben een geheimhoudingsplicht. Ook in rapporten en publicaties over het onderzoek zijn de gegevens niet tot u te herleiden.

Sommige personen in het UMC Utrecht kunnen toegang krijgen tot de transcripten. Dit is nodig om te kunnen controleren of het onderzoek goed en betrouwbaar is uitgevoerd. Personen die ter controle inzage kunnen krijgen in uw gegevens is een controleur/monitor die voor het UMC Utrecht in het algemeen werkt. Zij hebben ook een geheimhoudingsplicht. Indien u dit niet wilt, kunt u niet deelnemen aan dit onderzoek. De kans dat een dergelijke controle plaats zal vinden is voor dit type medisch onderwijskundig onderzoek zeer klein.

### Bewaren van gegevens

De onderzoeksgegevens (opnames, transcripties en 'field notes' van de observaties) worden gedurende een termijn van 10 jaar bewaard en daarna vernietigd. Dit heeft te maken met richtlijnen ter controle van de wetenschappelijke integriteit van het onderzoek. Wetenschappelijke instellingen zijn verplicht om gegevens gedurende deze periode te bewaren.

## 9. Informatie over uw rechten bij verwerking van de gegevens

Als deelnemer aan dit onderzoek heeft u bepaalde rechten, zoals het recht op informatie, recht op inzage en recht op vergetelheid. Voor algemene informatie kunt u de [website](#) van de Autoriteit Persoonsgegevens raadplegen. Voor vragen over uw rechten die gelden voor dit specifieke onderzoek kunt u contact opnemen met de verantwoordelijke voor de verwerking van uw

persoonsgegevens. Dit is: [d.vermond@umcutrecht.nl](mailto:d.vermond@umcutrecht.nl). Bij vragen of klachten over de verwerking van uw persoonsgegevens raden we u aan eerst contact op te nemen met de onderzoeker. U kunt ook contact opnemen met de Functionaris voor de Gegevensbescherming van het UMC Utrecht [Bart van Rijn, [privacy@umcutrecht.nl](mailto:privacy@umcutrecht.nl)] of de [Autoriteit Persoonsgegevens](#).

### **10. Vergoeding/beloning voor deelname**

U wordt niet betaald voor deelname aan dit onderzoek.

### **11. Goedkeuring**

Dit onderzoek is niet ter goedkeuring voorgelegd aan de Ethische toetsingscommissie van de NVMO. Dit is niet verplicht in Nederland. Wel is gebruik gemaakt van alle voorschriften die door de commissie worden gegeven over omgang met onderzoek data.

[http://www.nvmo.nl/ethische\\_toetsing Onderzoek/voorbeelddocumenten\\_erb](http://www.nvmo.nl/ethische_toetsing Onderzoek/voorbeelddocumenten_erb)

### **12. Als u verder nog iets wilt weten of klachten heeft**

Bij vragen of klachten kunt u contact opnemen met Debbie Vermond [[D.Vermond@umcutrecht.nl](mailto:D.Vermond@umcutrecht.nl)]. Wilt u dit niet, dan kunt u zich wenden tot de Functionaris voor de Gegevensbescherming [Bart van Rijn, [privacy@umcutrecht.nl](mailto:privacy@umcutrecht.nl)] of de klachtcommissie van het UMC Utrecht.

### **13. Ondertekening informed consent/ toestemmingsformulier**

Wanneer u voldoende informatie en bedenktijd heeft gehad en u besluit deel te nemen aan het onderzoek, vragen wij u op de bijbehorende toestemmingsformulier schriftelijk te bevestigen dat u de informatie heeft begrepen en instemt met deelname aan het onderzoek.

Zowel uzelf als de onderzoeker ontvangen een getekende versie van deze toestemmingsformulier.

# Deelnemersinformatie voor deelname aan onderzoek naar medisch onderwijs (leerbijeenkomsten ZOUT)

---

## Inleiding

Wij vragen u om mee te doen aan een actie-onderzoek betreffende medisch onderwijs in de vorm van interprofessionele leerbijeenkomsten. Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is uw schriftelijke toestemming nodig. Voordat u beslist of u wilt meedoen aan dit onderzoek, krijgt u uitleg over wat het onderzoek inhoudt.

Dit project is opgezet door het UMCU en Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra, in samenwerking met het Diakonessenhuis, het St. Antonius Ziekenhuis, de HUS en Unicum. In het kader van dit project zullen (medisch-onderwijskundig) onderzoekers binnen het UMC-Utrecht onderzoek doen naar de wijze waarop routinezorgdata en patiëntervaringen dienst kunnen doen als ‘spiegelinformatie’ in leerbijeenkomsten. Met dit onderzoek willen we meer zicht krijgen op de manier waarop dergelijke bijeenkomsten verlopen, hoe de deelnemers leren tijdens deze bijeenkomsten en welke verbeteringen in de opzet van de bijeenkomsten noodzakelijk zijn. Het is de bedoeling om de resultaten uiteindelijk te publiceren.

Wij vragen u de onderstaande punten goed door te lezen en als u besluit om deel te nemen aan het onderzoek het toestemmingsformulier van datum te voorzien en te ondertekenen.

## De achtergrond en het doel van het onderzoek

Huisarts en specialist moeten nog meer samenwerken om de stijgende zorgkosten in de hand te houden. In 2015 hebben ziekenhuizen en huisartsen in de regio Utrecht daarom de overeenkomst “Zorg op de juiste plek” afgesloten. In dit kader zijn regionale transmurale samenwerkingsafspraken (RTA) gemaakt, gericht op de overdracht van zorg van het ziekenhuis naar de huisarts – ofwel op substitutie van zorg.

De implementatie van de inmiddels geaccordeerde RTA’s, voor patiënten met COPD, hart- en vaatziekten en diabetes, blijft echter achter. Daarom is ZOUT (ZOrg op de juiste plek Utrecht) geïnitieerd: een onderzoek omtrent de ontwikkeling van een implementatiestrategie, leunend op twee pijlers: samenwerkend leren en feedback door middel van spiegelinformatie. Ingezet wordt op de realisatie van praktijkleerbijeenkomsten voor huisartsen en specialisten, gericht op de samenwerking rond de RTA, op basis van patiëntfeedback en terugkoppeling van spiegelinformatie over het gebruik van de RTA’s. Deze spiegelinformatie wordt opgehaald door koppeling van de dossiers van de huisartsen en specialisten. Het idee is dat de bijeenkomsten bijdragen aan een betere samenwerking tussen huisartsen en specialisten in de regio, opdat de patiënt zoveel mogelijk op de juiste plaats zorg te kunnen bieden.

In het algemeen is er wel kennis beschikbaar over het leren in groepen, maar veel minder is bekend over professionals die leren om de informatie en afspraken die zijn vastgelegd in de RTA te vertalen naar de eigen medische praktijk – en zeker niet voor bijeenkomsten waarbij een patiënt aanwezig is.

In ZOUT worden deze elementen onderzocht. Het onderzoek ZOUT vindt plaats door middel van actieonderzoek. Dat betekent dat de deelnemers aan de leerbijeenkomsten nadrukkelijk om hun mening wordt gevraagd en dat de focus van het onderzoek in de loop van de tijd kan verschuiven naar die aspecten die het meest relevant blijken voor het doel van het onderzoek.

## **2. De uitvoering van het onderzoek**

Tijdens de bijeenkomsten zal een onderzoeker aanwezig zijn die observaties uitvoert. De observaties zullen zich enerzijds richten op de begeleider van de groepsbijeenkomsten omdat ZOUT een handleiding voor begeleiders zal opleveren, en anderzijds zullen de dokters en patiënten worden geobserveerd om hun leerproces te analyseren. Daarnaast zullen van de discussies tijdens de bijeenkomsten geluidsopnames worden gemaakt. Er zal ook een camera aanwezig zijn, maar deze is enkel gericht op de begeleider van de bijeenkomst.

De verwerkingsverantwoordelijke voor het onderzoek is Debbie Vermond. Zij zorgt dat gegevens en informatie niet naar een persoon te herleiden zijn. De observaties en opnames zullen worden geanalyseerd en uitgewerkt door onderzoekers bij het UMC Utrecht. Alle gegevens worden opgeslagen op beveiligde servers.

## **3. Wat we van u verwachten**

Er wordt niets bijzonders van u verwacht voor de observaties en opnames.

## **4. Mogelijke risico's**

Dit onderzoek brengt minimale kans op schade voor u als deelnemer.

## **5. De mogelijke voor- en nadelen van deelname**

Voor- en nadelen voor u persoonlijk heeft dit onderzoek niet. De verwachting is dat de uitkomst van het onderzoek wel bij zal dragen aan de verdere vormgeving van leerbijeenkomsten op basis van spiegelinformatie in de toekomst.

## **6. Indien u niet (meer) wenst deel te nemen**

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen en hoeft u geen reden te geven. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. In de geluidsopnames kunnen wij er niet voor zorgen dat uw uitspraken niet opgenomen worden. Wel kunnen wij in de transcripten van de opnames uw uitspraken weglaten.

Indien u wilt dat wij uw uitspraken uit de transcriptie halen, dan kunt u dit aangeven tot 31 oktober 2019 door contact op te nemen met Debbie Vermond [D.Vermond@umcutrecht.nl]. Daarna is de analyse van de gegevens begonnen en is het niet langer mogelijk om onderdelen weg te laten.

## **7. Tussentijds relevante informatie**

Als er tussentijds informatie bekend wordt die van invloed kan zijn op uw toestemming, dan zullen wij u daarvan op de hoogte brengen. Ook als de studie afgebroken zal worden, dan krijgt u daarvan bericht.

## **8. Gebruik en bewaren van gegevens**

### Verzamelde persoonsgegevens

Voor dit onderzoek worden geen persoonsgegevens bewaard. De volgende (algemene) persoonsgegevens (naam, e-mail adres en telefoonnummer) worden tijdens de looptijd van de bijeenkomsten gebruikt om u voor de bijeenkomsten uit te nodigen of wijzigingen door te geven, na de bijeenkomsten worden deze gegevens vernietigd. Om de privacy risico's maximaal te beperken neemt de verantwoordelijk onderzoeker en de onderwijsinstelling de eisen van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) in acht.

### Gegevensopslag

Alle verzamelde gegevens zullen zorgvuldig worden behandeld en opgeslagen in een beveiligde omgeving.

### Vertrouwelijkheid van de gegevens

Uw naam en andere gegevens zijn toegankelijk voor bepaalde personen. De volgende personen hebben toegang tot uw identificerende gegevens: Dorien Zwart, Esther de Groot en Debbie Vermond. De overige onderzoekers hebben enkel toegang tot de niet identificeerbare gegevens (transcripten van de bijeenkomsten). Alle gegevens die naar een derde (transcriptie bureau) worden verzonden, bevatten alleen de inhoudelijke informatie, maar niet uw naam of andere gegevens. Alle medewerkers aan het onderzoek hebben een geheimhoudingsplicht. Ook in rapporten en publicaties over het onderzoek zijn de gegevens niet tot u te herleiden.

Sommige personen in het UMC Utrecht kunnen toegang krijgen tot de transcripten. Dit is nodig om te kunnen controleren of het onderzoek goed en betrouwbaar is uitgevoerd. Personen die ter controle inzage kunnen krijgen in uw gegevens is een controleur/monitor die voor het UMC Utrecht in het algemeen werkt. Zij hebben ook een geheimhoudingsplicht. Indien u dit niet wilt, kunt u niet deelnemen aan dit onderzoek. De kans dat een dergelijke controle plaats zal vinden is voor dit type medisch onderwijskundig onderzoek zeer klein.

### Bewaren van gegevens

De onderzoeksgegevens (opnames, transcripties en 'field notes' van de observaties) worden gedurende een termijn van 10 jaar bewaard en daarna vernietigd. Dit heeft te maken met richtlijnen ter controle van de wetenschappelijke integriteit van het onderzoek. Wetenschappelijke instellingen zijn verplicht om gegevens gedurende deze periode te bewaren.

## **9. Informatie over uw rechten bij verwerking van de gegevens**

Als deelnemer aan dit onderzoek heeft u bepaalde rechten, zoals het recht op informatie, recht op inzage en recht op vergetelheid. Voor algemene informatie kunt u de [website](#) van de Autoriteit Persoonsgegevens raadplegen. Voor vragen over uw rechten die gelden voor dit specifieke onderzoek kunt u contact opnemen met de verantwoordelijke voor de verwerking van uw persoonsgegevens. Dit is: [d.vermond@umcutrecht.nl](mailto:d.vermond@umcutrecht.nl). Bij vragen of klachten over de verwerking van uw persoonsgegevens raden we u aan eerst contact op te nemen met de onderzoeker. U kunt ook contact opnemen met de Functionaris voor de Gegevensbescherming van het UMC Utrecht [Bart van Rijn, [privacy@umcutrecht.nl](mailto:privacy@umcutrecht.nl)] of de [Autoriteit Persoonsgegevens](#).



#### **10. Vergoeding/beloning voor deelname**

U krijgt een vergoeding voor deelname aan dit onderzoek. Voor het meedoen aan dit onderzoek krijgt u een onkostenvergoeding (exclusief reiskosten) van €40.

#### **11. Goedkeuring**

Dit onderzoek is niet ter goedkeuring voorgelegd aan de Ethische toetsingscommissie van de NVMO. Dit is niet verplicht in Nederland. Wel is gebruik gemaakt van alle voorschriften die door de commissie worden gegeven over omgang met onderzoek data.

[http://www.nvmo.nl/ethische\\_toetsing\\_onderzoek/voorbeelddocumenten\\_erb](http://www.nvmo.nl/ethische_toetsing_onderzoek/voorbeelddocumenten_erb)

#### **12. Als u verder nog iets wilt weten of klachten heeft**

Bij vragen of klachten kunt u contact opnemen met Debbie Vermond [D.Vermond@umcutrecht.nl]. Wilt u dit niet, dan kunt u zich wenden tot de Functionaris voor de Gegevensbescherming [Bart van Rijn, [privacy@umcutrecht.nl](mailto:privacy@umcutrecht.nl)] of de klachtcommissie van het UMC Utrecht.

#### **13. Ondertekening informed consent/ toestemmingsformulier**

Wanneer u voldoende informatie en bedenktijd heeft gehad en u besluit deel te nemen aan het onderzoek, vragen wij u op de bijbehorende toestemmingsformulier schriftelijk te bevestigen dat u de informatie heeft begrepen en instemt met deelname aan het onderzoek.

Zowel uzelf als de onderzoeker ontvangen een getekende versie van deze toestemmingsformulier.

## Toestemmingsformulier

---

### Onderzoek naar leerbijeenkomsten ZOUT

- Ik heb voldoende informatie gekregen. Ik kon vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om over deelname te beslissen.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is en dat ik mijn toestemming kan intrekken op ieder moment van het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik weet dat als ik mij terugtrek, mijn gegevens tot dat moment gebruikt kunnen worden tenzij ik (voor een bepaalde datum) verzoek om mijn bijdrage uit de transcripten te verwijderen.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen, bewaren en gebruiken van mijn gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvraag in dit onderzoek.
- Ik weet dat uitsluitend ter controle van de wetenschappelijk integriteit van het onderzoek sommige mensen toegang tot mijn verzamelde gegevens kunnen krijgen.
- Ik kan mijn gegevens inzien en volledige inzage krijgen in de wijze waarop mijn gegevens worden verwerkt en bewaard.
- Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum : \_\_ / \_\_ / \_\_

-----  
Ik, de onderzoeker, verklaar dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Functie en instelling:

Handtekening:

Datum: \_\_ / \_\_ / \_\_

## Toestemmingsformulier

---

### Onderzoek naar leerbijeenkomsten ZOUT

- Ik heb voldoende informatie gekregen. Ik kon vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om over deelname te beslissen.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is en dat ik mijn toestemming kan intrekken op ieder moment van het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik weet dat als ik mij terugtrek, mijn gegevens tot dat moment gebruikt kunnen worden tenzij ik (voor een bepaalde datum) verzoek om mijn bijdrage uit de transcripten te verwijderen.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen, bewaren en gebruiken van mijn gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvraag in dit onderzoek.
- Ik weet dat uitsluitend ter controle van de wetenschappelijk integriteit van het onderzoek sommige mensen toegang tot mijn verzamelde gegevens kunnen krijgen.
- Ik kan mijn gegevens inzien en volledige inzage krijgen in de wijze waarop mijn gegevens worden verwerkt en bewaard.
- Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam deelnemer:

Handtekening:

Datum : \_\_ / \_\_ / \_\_

-----  
Ik, de onderzoeker, verklaar dat ik deze deelnemer volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Functie en instelling:

Handtekening:

Datum: \_\_ / \_\_ / \_\_

# Appendix F

Uitnodiging Optimale Zorg – Dappere Dokters

UITNODIGING



---

# DAPPERE DOKTERS IN CORONATIJD ACCEPTEREN - NORMALISEREN - INNOVEREN

---

OPTIMALE ZORG-DAPPERE DOKTERS  
ONLINE WERKCONFERENTIE

DINSDAG 8 DECEMBER OF (NAAR KEUZE)  
WOENSDAG 13 JANUARI 19:00 - 21:00 UUR

---

**Beste collega's,**

**Wij nodigen jullie van harte uit voor een online werkconferentie. Het zijn bijzondere tijden, allereerst voor onze patiënten maar ook voor ons persoonlijk en onze samenwerking. Meer dan ooit zijn de kernwaarden van de beweging Optimale Zorg – Dappere Dokters van essentieel belang.**

Optimale zorg draait om de gunstigste zorg voor de patiënt waarbij de persoon van de patiënt belangrijker is dan de ziekte. Dappere dokters zorgen voor intensieve samenwerking om dit te bereiken. En kijken hierbij naar hun persoonlijk functioneren, handelwijze van de beroepsgroep en maatschappelijke verantwoordelijkheid. En laten zich hierop aanspreken en durven ook anderen aan te spreken op hun professionaliteit. Dapperheid is een deugd!



---

**19.00 uur Plenair: Welkom en inleiding**

Toosje Valkenburg, huisarts

**19.10 uur Sessies in kleine groepen**

Thema's:

- 1 - Inhoud van werken,  
professionele nabijheid
- 2 - Organisatie van de  
dagelijkse praktijk
- 3 - Samenwerken, coördinatie  
en regie in de regio

**20.30 uur Plenair: Positieve  
aanbevelingen delen met**

**korte toelichting door  
iedere groep**

Niek de Wit, huisarts

Karin Kaasjager, internist

**20.45 uur Afsluiting**

---

**Accreditatie**

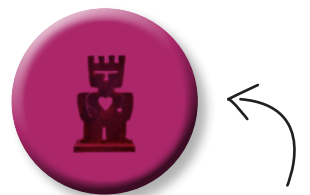
2 uur accreditatie (ABAN / GAIA,  
inclusief 15 minuten voorbereiding)  
voor huisarts, SOG, medisch  
specialist en GGD arts M&G

**Kosten**

Deze scholing wordt u aangeboden  
door het KNMG District Utrecht  
i.s.m. UNICUM, HUS , ZorgNu, LRJG,  
UMC Utrecht, Diaconessenhuis en  
St. Antonius Ziekenhuis.

**Aanmelding**

Er is plaats voor 50 deelnemers  
per werkconferentie.



*Direct inschrijven!*

Na inschrijving ontvangt u per email  
een bevestiging van deelname en  
informatie ter voorbereiding.

Kijk voor meer informatie op **www.**

**optimalezorg-dapperedokters.nl**

---

Deze werkconferentie is vóór en dóór dokters: GGD-artsen infectieziektenbestrijding, huisartsen, medisch specialisten van het Diaconessenhuis, St. Antonius Ziekenhuis en het UMC Utrecht en specialisten Ouderengeneeskunde die werkzaam zijn in de regio Utrecht.

Het is aan dokters om zich als eersten uit te spreken over hoe in deze pandemie de brede patiëntenzorg in totaliteit overeind te houden. Hoe zorgen we er samen voor dat iedereen zijn werk zo goed mogelijk en met voldoening kan blijven doen? Echter, dokters moeten in deze tijden óók de moed hebben om stappen vooruit te zetten. Waar liggen de prioriteiten in de zorg, wat doen we niet meer, welke positieve ervaringen vanuit de crisis houden we vast, welke innovaties moeten versneld ingevoerd worden? Het is van groot belang dat regionaal samenwerkende artsen in gesprek gaan. En de huidige aanpak en dilemma's in de regionale medische zorg kritisch tegen het licht houden en op zoek gaan naar concrete mogelijkheden om de zorg in de eigen directe werkomgeving te optimaliseren.





# Appendix G

Training voorzitters Optimale Zorg – Dappere Dokters

## Format training (dag)voorzitters & notulisten digitale werkconferenties Optimale Zorg – Dappere Dokters in tijden van corona

### Wie is wie?

**Dagvoorzitter:** schetst de aanleiding voor de bijeenkomst, de kern en de gewenste opbrengst van de bijeenkomst.

**Voorzitter:** begeleidt een eigen subgroep.

**Notulist:** maakt aantekeningen van de inhoudelijke opbrengst binnen de eigen subgroep.

**Moderator:** operator online platform (techniek)

### Doel

Naar aanleiding van ervaringen tijdens de Covid-19 crisis, formuleren samenwerkende huisartsen, medisch specialisten, specialisten ouderenzorg en GGD-artsen concrete en structurele aanbevelingen op het gebied van medische hulp en samenwerking. Zo wordt regionaal een constructieve bijdrage geleverd aan het behouden en tegelijk optimaliseren en innoveren van de medische zorg tijdens én na de huidige crisis. Waarbij de zorg voor Covid-19 patiënten wordt beschouwd als een normaal onderdeel van de 1e en 2e lijns-zorg. En de noodzakelijke reguliere zorg -zeker voor kwetsbare personen- niet opnieuw in de verdrukking komt, met behoud van passende maatregelen om veilige zorg te kunnen bieden.

### Achtergrond

De Covid-19 pandemie heeft grote effecten gehad op de wijze waarop er medische zorg is verleend in een groot deel van dit jaar. Er zijn versneld belangrijke lessen geleerd, professionals namen het voortouw, regie, samenwerking en zorginnovaties leken als vanzelf te ontstaan. Maar ook veel (pijnlijke) medisch-ethische dilemma's drongen zich op, die dringend om een antwoord van zorgprofessionals vragen. Het is dan ook van groot belang dat dokters die dagelijks samenwerken, kritisch reflecteren op de huidige aanpak en de ervaren dilemma's in de eigen regio. En samen op zoek gaan naar concrete mogelijkheden om de zorg in de eigen werkomgeving verder te optimaliseren. Want de realiteit van blijvende aanwezigheid van het sars-cov-2 virus (en toekomstige epidemieën met andere ziekteverwekkers) leidt tot de conclusie dat risico's en bijbehorende onzekerheid tot op zekere hoogte geaccepteerd moeten worden. En óók tot de conclusie dat er juist nu ruimte ontstaat voor het aanbrengen van hoognodige verbeteringen en aanpassingen in de medische zorg.

### Dilemma's voor de dokter

Huisartsen, medisch specialisten, specialisten ouderengeneeskunde en vaak ook GGD-artsen hebben individuele relaties met hun patiënten en diens naasten. Dit verhoudt zich moeizaam met de collectieve infectieziektebestrijding, waarbij het volksgezondheidsbelang, epidemiologische uitgangspunten en populatiegerichtheid centraal staan. De gezondheidsschade als gevolg van het fors afschalen van non-Covid zorg is toenemend zichtbaar in de spreekkamers. Dáár zijn de individuele arts-patiënt relatie en de artseneed leidend.

*Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen.....en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving. Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen.*

## **Format training (dag)voorzitters & notulisten digitale werkconferenties Optimale Zorg – Dappere Dokters in tijden van corona**

### **Dokters zijn aan zet**

Het is aan dokters om zich als eersten uit te spreken over hoe in deze pandemie de brede patiëntenzorg in totaliteit overeind te houden, hoe zorgen we er samen voor dat iedereen zijn werk zo goed mogelijk en met voldoening kan blijven doen? Echter, dokters moeten in deze tijden ook de moed hebben om stappen vooruit te zetten. Waar liggen de prioriteiten in de zorg, wat doen we niet meer, welke positieve ervaringen vanuit de crisis houden we vast, welke innovaties moeten versneld ingevoerd worden? Het is van groot belang dat regionaal samenwerkende artsen in gesprek gaan. En de huidige aanpak en dilemma's in de regionale medische zorg kritisch tegen het licht houden en op zoek gaan naar concrete mogelijkheden om de zorg in de eigen directe werkomgeving te optimaliseren.

### **(Online) werkconferenties als motor voor verandering**

Ook online blijft het doel van de multidisciplinaire gespreksgroepen elkaar te ontmoeten en de samenwerking te bevorderen. De conferenties leveren in korte tijd veel op, zoals over- en weer begrip en enthousiasme om gezamenlijk tot aanbevelingen en afspraken te komen. Steeds volgens één concept met dezelfde gespreksthema's op verschillende domeinen, met veel ruimte voor specifieke regionale invulling. Van de conferenties worden de uitkomsten vastgelegd in een regionaal verslag en samengevoegd in een landelijk document. Het Julius Centrum van het UMCU heeft een opzet voor een kwalitatief onderzoek gereed.

### **Leidraad**

Voor iedere subgroep hebben we dezelfde drie tafelthema's geformuleerd, die als rode draad kunnen worden gebruikt. Niet ieder thema hoeft behandeld te worden:

#### **1: Inhoud van werken, professionele nabijheid**

De (gedeeltelijke) lockdown dwingt iedereen tot een kritische kijk op zijn werkzaamheden: zijn fysieke controles nodig of kan het via telefoon, is beeldbellen een optie? Hoe zit het dan met de belangrijke professionele nabijheid? Wat heb ik nodig om mijn werk kwaliteit te laten behouden? Wat vind ik zelf van de morele dilemma's om patiënten zonder een naaste te zien op de poli, vind ik dat ik voldoe aan mijn eigen standaard? Bij wie en wanneer heeft zorg op afstand positieve effecten en wat voor afspraken horen hierbij?

Kan bron- en contactonderzoek verkort uitgevoerd worden? Wat doet dit met mijn kwaliteit van werken? Wat heb ik minimaal nodig om acceptabele kwaliteit te behouden?

#### **2: Organisatie van de dagelijkse praktijk**

Welke verandering maken we voor meer efficiënte, passende en doelmatige zorg in de toekomst? Een vanzelfsprekende manier van werken is onder externe druk veranderd. Dit is deels ook een gewenste verandering. Maar wat gaan we duurzaam integreren en waar moeten we kritisch op blijven? Het anders organiseren van de werkdag verrijkt met digitale hulpmiddelen en het overslaan van mogelijk weinig bijdragende controlebezoeken lijken makkelijk behouden te kunnen blijven. Maar wat zijn de keerzijden? Is zorg op afstand ook afstandelijke zorg? Kan ik erop vertrouwen dat patiënten of collega's op tijd aan de bel trekken als ik minder zelf controleer? Wat durven we los te laten?

#### **3: Samenwerken, coördinatie en regie in de regio.**

Samenwerken was het devies, met name toen het echt spannend werd hebben de zorgorganisaties in 0<sup>e</sup>, 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn elkaar snel gevonden en effectief samengewerkt. Niet alleen rond COVID zorg werd samengewerkt, er werden ook afspraken gemaakt over het continueren van noodzakelijke andere zorg en hoe deze zorg zou worden overgenomen bij uitval. Er was begrip voor de schaarste

## Format training (dag)voorzitters & notulisten digitale werkconferenties Optimale Zorg – Dappere Dokters in tijden van corona

aan personeel. De ‘eilandjes’ met hun eigen problemen leken verdwenen. Kennis over elkaars kunde en organisatie is noodzakelijk voor samenwerken in vertrouwen, is dat voldoende aanwezig in de eigen regio? Welke bijdrage wil en kan iedereen leveren als er wederom capaciteitsproblemen ontstaan? En welke categorieën patiënten of vormen van diagnostiek zijn eigenlijk beter af met substitutie van zorg? Welke afspraken zijn nodig om substitutie een kwalitatieve vooruitgang te laten zijn? En wat wordt ervaren als belangrijkste belemmering om te komen tot samenhangende zorg? Hoe zorgen we goed en nauw contact te houden met huisartsen, specialisten enz.?

### Werkwijze

Om de virtuele werkconferenties effectief te kunnen organiseren, worden per regio sessies gepland met maximaal 50-80 personen met gebruikmaking van het platform Zoom. Deze Zoom-sessies starten plenair, waarna de groep wordt opgedeeld in subgroepjes van 10-15 deelnemers (break out rooms) en sluiten weer plenair af. De whiteboard functie wordt gebruikt als een soort digitale ‘flip-over’. De techniek wordt verzorgd en bediend door een moderator van SCEM. De subgroepjes moeten van tevoren worden ingedeeld, zodat een evenwichtige mix ontstaat van de aanwezige disciplines. De verdeling wordt gemaakt door de coördinator van OZ-DD, in samenwerking met het KNMG district. De deelnemers krijgen enkele dagen tevoren achtergrond-informatie en de groepsindeling toegestuurd, ook wordt toestemming gevraagd om een beveiligde opname te maken voor de analyse van de groepsgesprekken.

Iedere subgroep wordt begeleid door een voorzitter en een notulist. De sessies duren 1,5 uur tot 1 uur en 3 kwartier, volgens onderstaand draaiboek:

Begin	Onderdeel	Wie	Wat
18.45u*	Dry run oefenen techniek	Moderator, (dag)voorzitters, notulisten	
18.45u	Instream deelnemers	Allen	
19.00u	Welkom	Dagvoorzitter	Titeldia
19.02u	Introductie	3x inleiding (moderator)	3 filmpjes
	Uitleg techniek	Moderator	
19.08u	Benoemen regionale speerpunten	Dagvoorzitter	
19.10u	Opdelen in kleine groepen	Deelnemers, voorzitters en notulisten	Break out rooms, PPT, whiteboard
20.30u	Terug naar plenaire meeting Positieve aanbevelingen delen met korte toelichting	Voorzitters	Whiteboard
20.45u	Afsluiting	Dagvoorzitter	Einddia
* de starttijd is variabel; te bepalen door de regio zelf			

### Taken, tips en suggesties

#### Dagvoorzitter

De dagvoorzitter schetst de aanleiding voor de bijeenkomst, en de kern en opbrengst van de bijeenkomst. Hij/zij houdt daarbij een belangrijke DD- slogan in gedachten: wat kan ik zelf doen om de zorg van morgen te verbeteren. Vervolgens staat hij/zij nog even kort stil bij de volgende punten:

- De bijeenkomst moeten een veilige leeromgeving zijn voor alle deelnemers. Dus alles wat gezegd wordt blijft in principe ‘binnen de kamer’.
- De bijeenkomst is opgezet vanuit het gedachtegoed dat vakgenoten van elkaar kunnen leren wanneer zij ervaringen met elkaar uit wisselen en relaties opbouwen.
- Centraal staan de vragen: “Welke factoren spelen voor jou een rol in het bieden van medische hulp/vormgeven van gezamenlijke zorg? “Wat heb jij van de ander(en) nodig om je

## Format training (dag)voorzitters & notulisten digitale werkconferenties Optimale Zorg – Dappere Dokters in tijden van corona

eigen werk goed te kunnen doen?”, en “Welke afwegingen maak je in je besluitvorming?”, “Hoe doe jij dit in jouw praktijk/afdeling?” Het gaat om een reflectie op de eigen overwegingen en gedrag, waarbij de deelnemers zowel terugkijken (waarom zijn we dat zo gaan doen en hoe doen we dat nu) als vooruitkijken (welke veranderingen zijn wenselijk in de toekomst en waarom).

- Leg kort de tafelthema's uit en doe een voorstel voor een start. Niet alle thema's hoeven aan bod te komen. Het gaat om samenspraak en ontmoeten met een positieve concrete aanbeveling. De dagvoorzitter sluit de conferentie af en bedankt iedereen voor zijn/haar bijdrage.

---

### Voorzitters

Iedere subgroep krijgt een eigen voorzitter. Start in je groepje met een korte voorstelronde, ook om beeld en geluid te testen, communicatie'regels' af te spreken en het ijs te breken. Bijvoorbeeld: wie ben je en wat is je beroep? En inventariseer welk thema het meest tot de verbeelding spreekt in deze ronde. ? Het is belangrijk dat iedereen het videobeeld aan heeft staan en de microfoons blijven *gemute*. Als een deelnemer iets wil zeggen kan hij/zij de spatiebalk ingedrukt houden als een soort *Walkie Talkie*.

**Start met het onderwerp dat het meest wordt genoemd. Het gaat primair om de samenspraak en ontmoeting en oog hebben voor het beroepsperspectief van de ander. Hoe heb je elkaar nodig in de samenwerking of wat wil je delen. En houd het concreet en probeer te komen tot een positieve aanbeveling. Niet alle thema's hoeven behandeld te worden, het zijn richtinggevende tafelthema's om te weten vanuit welke context het eerst wordt gesproken: persoonlijk, dagelijkse praktijk of de onderlinge samenwerking**

### Toelichting bij de tafelthema's

**Inhoud 1:** professionele nabijheid:

Vraag aan iedereen wat de afgelopen periode tegen de eigen norm van goede zorg indruist. In hoeverre heeft deze manier van werken je ook positief verrast? En wat is er nodig om de eigen zorg wel overeind te houden, wat kan er duurzaam af en wie of wat heb je daarvoor nodig? Grootste frustratie en grootste verrassing?

**Inhoud 2:** organisatie dagelijkse praktijk:

Hoe is ieders werk veranderd? Wat betekende het afschalen voor de dagelijkse organisatie, weten we van elkaar welke inspanning is gepleegd? Wat heb je concreet anders gedaan en beviel het? Wat moet behouden blijven en wat zeker niet? Wie heeft baat bij deze vorm van zorg en welke afspraken moeten worden gemaakt?

**Inhoud 3:** samenwerken in de regio.

De indruk bestaat dat de bestuurders elkaar snel hebben weten te vinden en dat er goed is samengewerkt. Hebben jullie dat gemerkt? Zo ja, graag met voorbeeld. Hoe ging dat op de werkvloer? Was er makkelijk toegang tot bijvoorbeeld specialisten? Tot diagnostiek? Tot overplaatsing? Of is er niet zo'n positief beeld, graag met voorbeelden? Moeten er nieuwe werkafspraken gemaakt worden? Door wie?

**Elk thema wordt afgesloten met een positieve aanbeveling.** De maximaal 3 aanbevelingen worden op het whiteboard opgeschreven door de notulist en gepitcht in de plenaire afsluiting. Beoordeel *best practices* op hun waarde om met iedereen te delen.

## Format training (dag)voorzitters & notulisten digitale werkconferenties

### Optimale Zorg – Dappere Dokters in tijden van corona

#### Tips

- Vraag door tot het concreet is en ga ongemakkelijkheid niet uit de weg.
- Probeer individuele casuïstiek te vermijden en het terug te brengen naar wat die casus dan voor de inbrenger betekent.
- Vermijd wijzen naar anderen maar laat de deelnemers met aanbevelingen komen die zij zelf kunnen bewerkstelligen.
- Vat samen en probeert de dilemma's te benoemen die dan opnieuw worden voorgelegd om te komen tot die ene concrete aanbeveling.
- Stuur op verdieping; er mogen verschillen zijn, let op dingen die schuren en breng eventuele spanningsvelden boven tafel.
- Let erop dat iedereen betrokken wordt in de discussie, spreek deelnemers actief aan.

Als voorzitter doe je ook mee vanuit je eigen rol. Je hoeft maar beperkt inhoudelijk mee te doen met de discussies. Als voorzitter bewaak en expliciteer je de doelstellingen, leg je de opdrachten uit, beheer je de slides, bewaak je de tijd, en vat je op hoofdlijnen samen. Je luistert en ordent, je hoeft dus niet de groepsdiscussie aan te jagen of te 'leiden'. Dat doen de deelnemers zelf wel. Omdat je als voorzitter het overzicht hebt over de verschillende uitdagingen die er zijn, kun je wel af en toe vragen stellen om de discussie in een bepaalde richting te laten bewegen. Om persoonlijke ervaringen en overwegingen boven tafel te krijgen, kun je formuleringen gebruiken zoals:

- Jij als huisarts, GGD- arts, medisch specialist?
- Hoe doe jij dat?
- Speelt dat in jouw praktijk / op jouw afdeling ook?
- Wat gaat jou dat dan helpen?
- Ja, maar wat is nu jouw verhaal?

---

#### Notulist

De notulist maakt aantekeningen waarin de inhoudelijke opbrengst komt te staan, niet herleidbaar tot een persoon, wel tot een specialisme. Hij/zij schrijft mee met de argumenten die gegeven worden en formuleert mede de dilemma's . Hij/zij bewaakt de tijd ter ondersteuning van de voorzitter. Notuleert zo concreet en precies mogelijk, breekt ook in als het niet helder is.

---

#### Volgend blad: voorbeeldvragen

"De Dappere Dokter"

## Format training (dag)voorzitters & notulisten digitale werkconferenties Optimale Zorg – Dappere Dokters in tijden van corona

### BIJLAGE - Voorbeeldvragen als hulpmiddel

#### Dilemma's

- "We willen vernieuwend, innovatief werken" vs. "al ons handelen moet bewezen nuttig, onderbouwd en veilig zijn"
- "De patiënt staat centraal" vs. "de zorg moet in het grotere plaatje haalbaar zijn"
- "We moeten alle medische overwegingen en keuzes goed vastleggen" vs. "we moeten ruimte houden voor nieuwe bevindingen die tussendoor ontstaan"

#### Andere factoren zijn die de eigen besluitvorming beïnvloeden

- "Wat zijn overige redenen om een patiënt juist wél door/terug te verwijzen?"
- "Wat zijn redenen om een patiënt juist niet door/terug te verwijzen?"
- "Komt dat ook overeen met wat jij belangrijk vindt?"
- "Voor welke categorie patiënten zou snelle door- cq terug-verwijzing een kwalitatieve vooruitgang zijn?"
- "Welke aanvullende afspraken zijn hiervoor nodig tussen of binnen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn

#### Moeilijkheden en afwijkingen

- "Waar zitten de pijnpunten en moeilijkheden?"
- "Herkennen jullie jullie eigen handelen hierin? Zo ja/ zo nee, waarom wel/niet?" Is deze situatie in jullie ogen problematisch?

#### Aanbevelingen en oplossingen

- "Is een richtlijn, met de onuitgesproken verwachting dat professionals zich daaraan houden, wel van deze tijd?"
- "En zo niet, "Op welke wijze is de samenwerking tussen huisarts en specialist dan wel vorm te geven? Wat leggen we vast en wat niet?"
- "Zorg op afstand: bij wie en wanneer heeft het positieve effecten? Wat voor soort afspraken moeten erover gemaakt worden?"
- "Tijdens de Covid-19 crisis is aangetoond dat er rigoureuze maatregelen genomen kunnen worden ten behoeve van de volksgezondheid. Voor welk ander risicogedrag zou u rigoureuze maatregelen willen om de gezondheid van de bevolking te beschermen?"
- "Als iedereen precies volgens de richtlijn zou werken, dan loopt het systeem helemaal vast."

#### Afsluiting/evaluatie

- "Was het zinvol om vanuit een andere rol mee te denken?"
- "Helpt het wanneer je gezamenlijk het grotere plaatje schetst, in vergelijking met wat, zeker specialisten, doorgaans op de eigen afdeling / poli zien?"
- "Hebben ze voldoende input gekregen om zelf verder te gaan of om gezamenlijk tot andere afspraken te komen?"

"De Dappere Dokter"

# Appendix H

Hoofdstuk 14 'Cardiometabool Zorgnetwerk: de juiste zorg op de juiste plaats met behandeling op maat'

*NFU boek: Gepersonaliseerde medische zorg*



# Cardiometabool Zorgnetwerk: de juiste zorg op de juiste plaats met behandeling op maat

Karin Kaasjager  
Monique Prinssen  
Dorien Zwart

14



Illustratie  
Cardiometabool

Meer dan 1,9 miljoen patiënten in Nederland hebben te maken met cardiometabole aandoeningen, zoals (een hoog risico op) hart- en vaatziekten, diabetes, hypertensie, chronische nierschade, obesitas en dyslipidemie. Mede door de vergrijzing zal dit aantal in de toekomst alleen maar toenemen. Een klein deel van deze patiënten wordt in het ziekenhuis behandeld – vaak door verschillende disciplines – maar voor de meerderheid van de patiënten vindt cardiometabole zorg plaats in de huisartsenpraktijk.

Cardiometabole aandoeningen komen vaak gezamenlijk voor en hebben gemeenschappelijke risicofactoren. Dit resulteert in dikwijls complexe en gefragmenteerde zorg, gebaseerd op veel verschillende richtlijnen en zorgstandaarden. Dit gaat ten koste van individualisatie en leidt onder meer tot onnodig medicatiegebruik, met bijwerkingen en verminderde therapietrouw tot gevolg. Ook patiënten geven aan dat ‘de’ diabetespatiënt of ‘de’ hypertensiepatiënt niet bestaat en wensen persoonsgerichte zorg.

### **Netwerkgeneeskunde: Project Zorgnetwerk**

In de ideale situatie is zorg voor patiënten met cardiometabole aandoeningen georganiseerd in netwerkverband: met en rondom de patiënt, dicht bij huis. In onze visie werken zorgverleners transmuraal samen en stemmen ze optimale zorg af op de wens van de patiënt. De lijnen tussen de huisarts, het perifere ziekenhuis en de academie verdwijnen. Zo is de zorg niet meer gefragmenteerd, worden aandoeningen in samenhang behandeld en wordt continu gekeken waar en door wie de zorg voor de individuele patiënt het beste verleend kan worden. Door het omarmen van technologische innovaties zal steeds meer zorg

op afstand geleverd kunnen worden. De zorg komt zo veel mogelijk naar de patiënt in plaats van andersom. De huisarts borgt integrale, persoonsgerichte medische aanpak en de specialist krijgt een meer superviserende rol bij complexe medische problematiek. Binnen het netwerk leren de zorgverleners van elkaar over de optimale zorg voor de patiënt. Vanuit die visie hebben wij, in eerste instantie gesteund door de Stichting Kwaliteitsgelden Medische Specialisten (SKMS) van de Federatie Medisch Specialisten (FMS), in de regio een project uitgerold om met elkaar een transmuraal zorgnetwerk te ontwikkelen rondom de patiënt met cardiometabole aandoeningen. Dat patiënten nauw zijn betrokken bij zowel de aanvraag als de uitwerking van dit project is van grote waarde gebleken.

14

Om de kwaliteit en defragmentatie van cardiometabole zorg te waarborgen, met de juiste én geïndividualiseerde zorg op de juiste plaats, wilden wij voorzien in een zorgnetwerk met onder meer een platform voor laagdrempelige teleconsultatie van een medisch-specialistisch team op het gebied van cardiometabole aandoeningen in de gehele breedte (en nog breder op afroep), een webtool (gesteund door diverse patiëntenorganisaties), waarin de bestaande richtlijnen samenkomen als een digitale overkoepelende Regionale Transmurale Afspraak (RTA) cardiometabool, een met Pharos afgestemde eModule voor de patiënt, en tot slot tools voor in de spreekkamer zoals U-Prevent om tot een persoonsgericht behandeladvies op maat te komen. Het doel was om in de spreekkamer waardegedreven zorg te bieden vanuit een netwerk.

Om netwerkzorg te stimuleren is interprofessionele en transmurale samenwerking onontbeerlijk waarbij gezamenlijk leren en verbeteren van zorg de basis is opdat je tot een lerend zorgnetwerk komt. Deze manier van werken start in de opleiding van onze artsen van morgen. Ondersteund door het Bewustzijnsproject (doelmatigheid van zorg in de opleiding) is interprofessioneel opleiden van verschillende AIOS uit ziekenhuis en huisartsenpraktijk steeds een belangrijk aandachtspunt geweest in netwerkgeneskunde. Inmiddels staat netwerkgeneskunde

---

Het geeft me vertrouwen  
dat mijn huisarts zo  
makkelijk met de specialist  
overlegt; het gaat speciaal  
over mij

---

## Huisartsen geven aan dat ze door teleconsulting acht van de tien patiënten niet hoeven verwijzen

prominent op de kaart van de Medische Vervolgopleidingen als Modernisering (MMV) in het kader van het Nieuwe Opleiden 2025.

### Optimale Zorg Tafels

14

Maar ook het gezamenlijk leren tussen specialisten en huisartsen wordt gestimuleerd, waarbij we onzes inziens een stap verder moeten gaan dan in de huidige gezamenlijke nascholingen van huisartsen en specialisten, die zich hoofdzakelijk richten op kennisuitwisseling. Voor een effectief lerend zorgnetwerk is actiegericht leren en verbeteren noodzakelijk, waarbij de zorgverleners gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor het leveren van optimale zorg in het netwerk. Het door ZonMw gefinancierde project ‘ZOrg op de juiste plaats in Utrecht’ (ZOUT) ontwikkelt hiervoor het format van ‘Optimale Zorg Tafels’. Aan deze Optimale Zorg Tafels bespreken de huisartsen en specialisten *en* hun patiënten de werkelijkheid in het zorgnetwerk, aan de hand van patiëntervaringen en informatie uit gekoppelde patiëntendossiers van de deelnemende huisartsen en specialisten. Behalve dat ze uitwisseling van kennis en praktijkervaringen mogelijk maken zijn de Optimale Zorg Tafels expliciet actiegericht, wat wil zeggen dat de deelnemers elke Optimale Zorg Tafel afsluiten met het afspreken van activiteiten die ze gaan uitvoeren om geleerde lessen toe te passen en gesignaleerde verbetermogelijkheden te realiseren. Er wordt stilgestaan bij vragen als ‘wordt de patiënt op de juiste plek gezien?’, ‘voeren we uit wat we volgens de richtlijnen en regionale afspraken bedacht hadden en waarom wel of

niet?’ en ‘weten we van elkaar wat we nodig hebben om de juiste keuzes te maken?’. Met input van patiënten beantwoorden de professionals deze vragen. De eventueel overeengekomen actie voeren ze uit in hun eigen praktijk of zorgorganisaties, waarbij ze moeten kunnen rekenen op de nodige ondersteuning. De bedoeling is dat aan de Optimale Zorg Tafels het échte gesprek gevoerd wordt en dit vraagt ‘dapperheid’ (<https://www.optimalezorg-dapperedokters.nl>) van zowel professionals als patiënten.

### Eén loket

Ons eerste doel in het opzetten van een zorgnetwerk was om de onderlinge samenwerking en de vertaling van de richtlijnen in de spreekkamer laagdrempeliger te maken. Voor de medisch-inhoudelijke communicatie hebben we gekozen voor een cardiometabool platform, te bereiken via teleconsulting. Teleconsulting is niet nieuw, maar was makkelijk voorhanden. Het werd tot nu toe vooral ingezet voor enkelvoudige aandoeningen – denk aan telenefrologie. Om juist die fragmentatie en meerdere loketten te voorkomen hebben we gekozen voor een eenduidig platform. Samen met de kaderhuisartsen en de patiënten hebben we deze vorm van consultatie met actieonderzoek telkens verbeterd.

Via dit cardiometabool platform kunnen zorgverleners uit de eerste lijn laagdrempelig medisch-specialistisch advies inwinnen op het gebied van cardiometabole aandoeningen over de gehele breedte. De huisarts kan met vragen terecht bij één en hetzelfde loket. Met het teleconsult van de specialisten krijgt de patiënt een op maat gesneden behandeladvies, zonder dat dit ten koste gaat van zijn eigen risico. De patiënt kan zo laagdrempelig profiteren van specialistisch advies zonder dat zij daarvoor moet worden verwezen. Zo kunnen problemen eerder worden ondervangen. De huisarts kan, in goede samenwerking en in afstemming met de specialisten, vaker de regievoerder blijven. Zo versterken we elkaar en vormen we een zorgend en lerend netwerk.

Daarnaast is er, gesteund door diverse patiëntenverenigingen, een cardiometabole webtool ontwikkeld waar de diverse geüpdatete richtlijnen samenkomen. Doel ervan is om de samenhang van de diverse richtlijnen met bijpassende behandeling beter te ondersteunen, en individualisatie in de spreekkamer mogelijk te maken. Deze cardiometabole webtool kan gebruikt worden door artsen en praktijkondersteuners in de spreekkamer (bijvoorbeeld bij de jaarcontrole) maar kan ook worden ingezet voor nascholing, individueel of in groepsverband. Aan de Optimale Zorg Tafel zal steeds aan de orde komen of de webtool brengt wat de bedoeling is en of verbetering noodzakelijk is.

---

## U-Prevent

14

Veel Nederlanders hebben een chronische hart- en vaatziekte. Daarnaast is er nog een groep die preventieve medicatie gebruikt om deze aandoeningen te voorkomen. De kans op hart- en vaatziekten en de effectiviteit van de behandelingen verschillen bij eenieder en zijn afhankelijk van persoonlijke kenmerken. Om het risico voor de individuele patiënt te berekenen en zorgadvies op maat te bieden, ontwikkelde het UMC Utrecht de website [U-Prevent.nl](http://U-Prevent.nl).

U-Prevent kan voorspellen hoeveel hart- en vaatziekte-vrije jaren iemand kan verwachten door bijvoorbeeld cholesterolverlaging, bloeddrukverlaging of stoppen met roken. Deze informatie geeft patiënten de mogelijkheid om betrokken te zijn bij beslissingen over het starten of stoppen van cardiovasculaire medicatie, en maakt het voor de arts mogelijk om hierbij een coachende en adviserende rol aan te nemen. Zo kan de patiënt deelnemen aan de besluitvorming. Daar zinspeelt de naam U-Prevent op: 'U bent in controle'.

Samen met de patiënt, en ondersteund door Pharos, is een eModule ontwikkeld waarmee de patiënt nog eens kan nalezen wat er in de spreekkamer aan bod is gekomen. Deze eModule kan dienen als naslagwerk, maar biedt daarnaast verdere verdieping en aanvullende informatie. Deze eModule probeert de samenhang tussen de verschillende risicofactoren en aandoeningen duidelijk te maken. Het behoeft geen verdere uitleg dat ondersteuning van Pharos van groot belang is om deze informatie ook inzichtelijk te krijgen voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid.

Dit is belangrijk, want een beter geïnformeerde patiënt beschikt over het algemeen over meer vermogen tot zelfmanagement. De patiënten die dat willen en kunnen, krijgen hiermee handvatten aangereikt waarmee ze zelf de regie kunnen nemen in het opstellen van het behandelplan. Een patiënt hóéft het niet te gebruiken, het mag. Ook de oudere patiënten blijken na goede uitleg prima in staat hiermee om te gaan.

Daarnaast leren we in het netwerk gebruik te maken van andere tools om het individualiseren en de waardegedreven zorg in de spreekkamer te maximaliseren. U-Prevent is hier een voorbeeld van (zie kader).

### Samen beslissen en samen leren

De structuur van het lerend en zorgend netwerk, versterkt (*empowered*) niet alleen de zorgprofessional in het netwerk, maar ook de patiënt. Dit leidt tot een verbeterde gezamenlijke besluitvorming (*shared decision making*). Immers, het defragmenteren van de zorg en het laten zien aan de patiënt dat er wordt samengewerkt, geeft vertrouwen. Ook het bieden van een centrale plek waar patiënten eenduidige informatie en educatie kunnen vinden over hun aandoeningen zorgt voor een beter geïnformeerde patiënt, die onderdeel uitmaakt van het netwerk. Voor de patiënt betekent netwerkgeneeskunde dat de zorgprofessionals beter in staat zijn om de juiste zorg te leveren op de juiste plaats, met oog voor individualisatie.

Patiënten krijgen inzicht in de samenhang van de aandoeningen en



## Grote meerwaarde voor arts en patiënt

“Het cardiometabool netwerk geeft mij als huisarts de mogelijkheid om laagdrempelig een advies aan de specialist te vragen”, zegt Monique Prinssen, huisarts in Utrecht. “Omdat er één loket is hoef ik bovendien niet meer na te denken waar en aan wie ik mijn vraag kan stellen. Hierdoor kan ik zorg op de juiste plek geven. Ik merk ook dat patiënten het erg prettig vinden dat er zo makkelijk wordt overlegd, en dat ze mee kunnen denken en lezen. Bij complexe problematiek kan ik altijd verwijzen, en anders kan de zorg met advies op maat in de 1e lijn worden gegeven – dicht bij huis dus. Veel patiënten hebben een combinatie van meerdere cardiometabole ziekten. De mogelijkheid om vragen te stellen aan een multidisciplinair team heeft dan grote meerwaarde voor zowel de patiënt als de huisarts.”

14

invloed van leefstijl en medicatie op het verloop van hun ziekte(n). Verder leren ze waarom er bij sommige ziektebeelden een verhoogde kans is op het ontwikkelen van andere cardiometabole ziekten, en waarom het belangrijk is om deze te voorkomen. Naast het verkrijgen van beter inzicht in de medicijnen die zij gebruiken, wordt onder andere uitgelegd dat ‘meer’ medicatie niet altijd betekent dat ze zeker zijn, maar juist dat de kans op zeker worden hierdoor wordt verkleind. Ook leren wij als zorgprofessionals met elkaar dat er keuzes gemaakt kunnen worden, afhankelijk van wat de goed geïnformeerde patiënt wil. Niet alles hoeft en kan.

Door deze informatie op één centrale plek aan te bieden, afgestemd vanuit het netwerk, wordt voorkomen dat patiënten tegenstrijdige

adviezen krijgen. Ook hierdoor hopen we bijvoorbeeld therapietrouw te verbeteren.

Het lerende netwerk is er juist ook voor de AIOS die de zorg van morgen en óvermorgen gaan organiseren. Het interprofessioneel opleiden is een duidelijk element in het netwerk. Dat kan bijvoorbeeld in de vorm van teleconsultatie, of door in de keuken van elkaars praktijk mee te kijken. De AIOS leren dat netwerkgeneeskunde de juiste zorg op de juiste plaats bevordert en doelmatige zorg oplevert. De Optimale Zorg Tafels zijn daarbij een belangrijk hulpmiddel. Ook zal deze generatie veel meer, en meer vanzelfsprekend, gebruik gaan maken van eHealth. Het is niet voor niets dat de FMS het Project Opleiden 2025 is gestart op het gebied van ontwikkeling van de medisch-specialistische vervolgopleiding. Interprofessioneel opleiden en de nieuwe thema's (netwerkgeneeskunde, de juiste zorg op de juiste plek, samen beslissen, eHealth) staan daarbij hoog in het vaandel.

### Hoopgevende resultaten

Teleconsultatie heeft veel voordelen boven het telefonisch consulteren van een specialist. De specialist kan het consult beantwoorden op het moment dat het hem het beste uitkomt, hij kan langer over het antwoord nadenken, en krijgt de specialist vaak meer achtergrondinformatie over de patiënt. Daarbij vindt via ons platform nogal eens overleg in teamverband plaats. Bovendien is het gedocumenteerde zorg. Mogelijk werkt teleconsultatie kosteneffectief: uit eerder onderzoek blijkt dat de mogelijkheid van teleconsultatie verwijzingen kan voorkomen én problemen eerder kan ondervangen. Bovendien hoeft een patiënt minder te reizen en afwezig te zijn van het werk, wat de duurzaamheid van de zorg bevordert en de maatschappelijke impact vermindert. Zowel de specialist als de huisarts bepaalt samen met de patiënt of ook het fysieke consult vervangen kan worden door een virtueel consult, zoals mogelijk is met Beeldbellen.

De resultaten van netwerkgeneskunde voor cardiometabole patiënten in het algemeen zijn hoopgevend. Huisartsen geven aan dat ze acht van de tien patiënten niet verwijzen door teleconsulting. Ook blijkt inmiddels dat op de langere termijn (na één jaar) de patiënt nog steeds niet is verwezen en door de huisarts wordt gezien. Vanuit een lerend en zorgend netwerk kun je dus heel goed zorg dicht bij huis leveren. Patiënten hebben het gevoel dat er betere kwaliteit wordt geleverd en vinden het prettig dat de huisarts makkelijk contact heeft met de specialist in het ziekenhuis. Ze zijn meer tevreden omdat ze meer begrijpen van hun eigen situatie, onder andere door de eModule, maar ook door het mee-opstellen en lezen van de teleconsulting. Wij krijgen reacties als: *“Eindelijk werken alle zorgverleners samen”, “Ik mag van mijn huisarts de regie nemen, maar het hoeft niet”, “Ik vind het fijn dat ik mee kan lezen wat de specialist adviseert”, “Ik heb langer de tijd om na te denken over de vragen die ik wil stellen”* en *“Het geeft me vertrouwen dat mijn huisarts zo makkelijk met de specialist overlegt; het gaat speciaal over mij”*.

- 14 Netwerkgeneskunde kan een blauwdruk zijn voor Chronisch Disease Management. Het e-technisch beter ondersteunen daarvan is één van de uitdagingen voor de directe toekomst. Daarnaast zullen ook VWS en zorgverzekeraars erover moeten nadenken hoe dit financieel kan worden geborgd. Voorkomen moet worden dat we door het huidige financiële ketensysteem geremd worden om de zorg anders in te richten. Om een beweging in gang te zetten waardoor de juiste zorg zo kostenefficiënt mogelijk op de juiste plaats kan worden geboden, is smeerolie nodig. Netwerkgeneskunde kan die smeerolie zijn.

Referenties

???