

Ateliers in de eerstelijns

Henk J. Schers · Minke Nieuwboer

Aanleiding

Het project *Ateliers in de eerstelijns* ontstond vanuit de ambitie om de eerstelijnszorg in de regio Nijmegen te verbeteren. We vonden dat er in de eerste lijn een aantal dingen anders en slimmer georganiseerd moest worden. Twee belangrijke ontwikkelingen dragen daaraan bij. De verwachting was dat er een verschuiving van zorg zou gaan ontstaan van de tweede naar de eerste lijn, de zogenoemde substitutie van zorg. Hierdoor kan de werkdruk in de eerste lijn flink toenemen. Daarnaast verandert de Nederlandse demografie. In de komende decennia is er in Nederland sprake van een dubbele vergrijzing; dat wil zeggen, dat de groep ouderen toeneemt, maar ook dat het aandeel 80-plussers binnen deze groep ouderen relatief stijgt. Een toename van zorgvragen binnen de eerste lijn ligt dus voor de hand. Dat zal gepaard gaan met een toename aan werk, met op termijn minder mensen om al dat werk te verzetten.

Meerdere ontwikkelingen kunnen helpen om deze toenemende druk op de eerste lijn te verzachten. Om te beginnen was er in onze optiek veel behoefte aan het verbeteren van de multidisciplinaire samenwerking in de wijk. Dat begint bij het herstellen van de werkrelatie tussen de wijkverpleegkundige en de huisarts. We merkten dat er in steden en dorpen vaak nauwelijks contact is tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen, terwijl beiden bij bepaalde doelgroepen, zoals kwetsbare ouderen, veelvuldig over de vloer komen. Het herstel van de ‘tandem in de wijk’ noemden we dat. We verwachtten dat een verbeterde samenwerking tussen deze twee hoofdrolspelers in de wijk een vliegwieleffect kan hebben op een bredere samenwerking binnen de eerste lijn.

Op de tweede plaats lag er de uitdaging een verschuiving teweeg te brengen tussen curatie en preventie, met een meer proactieve benadering vanuit de eerste lijn, en niet reactief. Dat gebeurt nog te weinig. De huisarts kan hierin een ac-

Dr. H.J. Schers (✉) · Drs. M. Nieuwboer
Nijmegen, Nederland
e-mail: henk.schers@radboudumc.nl

tieve rol vervullen, zonder dat hij zichzelf verantwoordelijk hoeft te voelen voor de uitvoering ervan. Die uitvoering kan best, en misschien wel beter, door andere professionals gebeuren. In het ideale geval leidt dat tot minder zorgvragen in de huisartsenpraktijk.

Ten slotte zou er een verschuiving in gang moeten worden gezet richting meer zelfmanagement en de inzet van innovatieve ICT, waardoor de belasting voor de eerste lijn nog verder kan afnemen. Ofschoon er veel ontwikkelingen zijn op dit terrein, vinden deze bij huisartsen slechts mondjesmaat aftrek. E-health wordt weinig omarmd, om welke reden dan ook.

Allerlei uitdagingen dus. Tegelijkertijd signaleerden we dat er in de eerste lijn al heel veel goede dingen gebeuren. Er worden op lokaal niveau zorg‘parels’ ontwikkeld, die de wereld nooit te zien krijgt. Er zijn op wijkniveau her en der prima functionerende samenwerkingsverbanden, waarvan de succes- en faalfactoren nooit systematisch in kaart zijn gebracht. Er worden mooie preventieve projecten opgezet, vaak buiten subsidiestromen om, maar die blijven voor altijd op lokaal niveau. Kortom, goede voorbeelden kregen in onze ogen veel te weinig navolging.

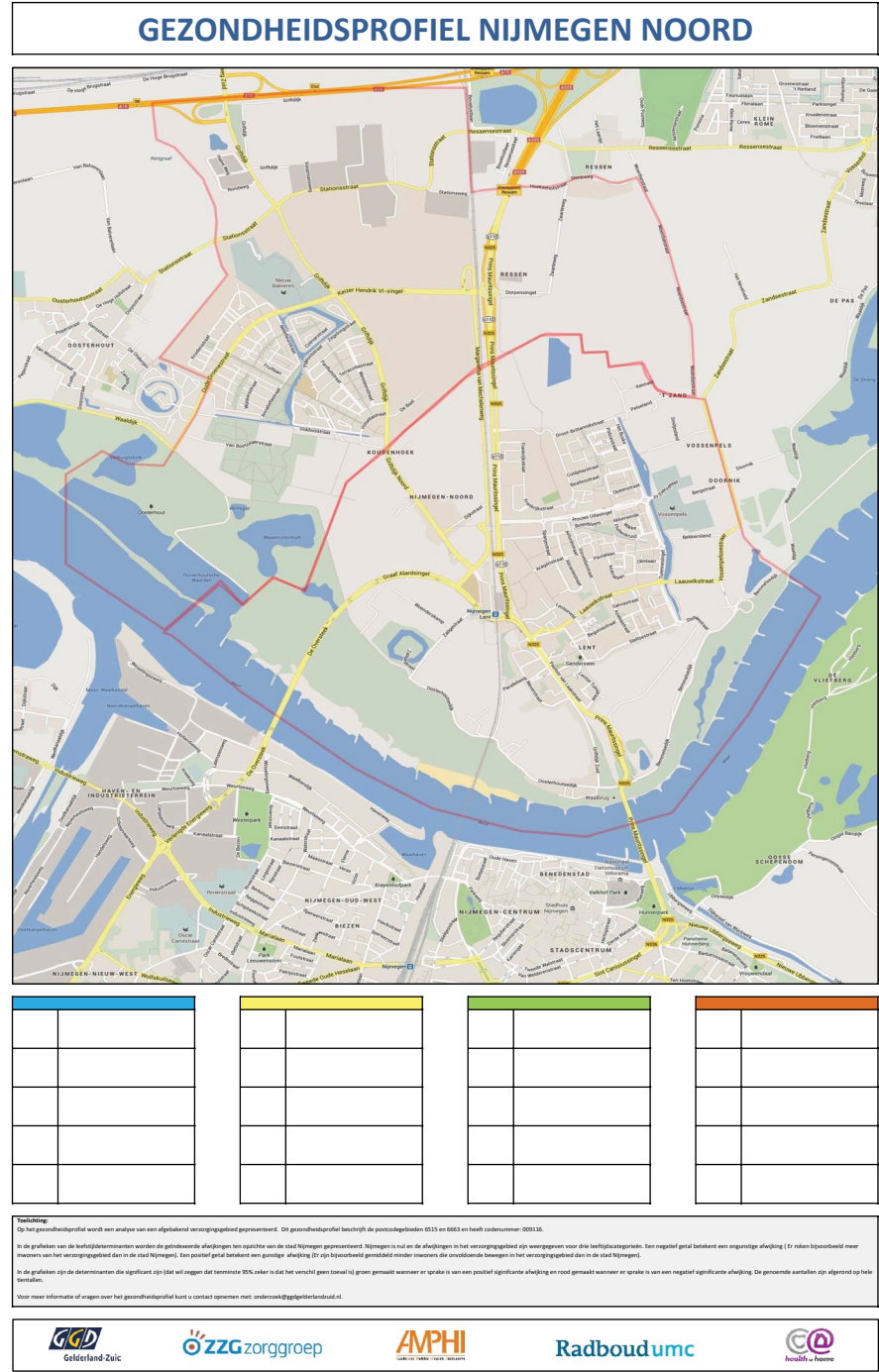
Het project

We ontwikkelden een project om de hiervoor genoemde uitdagingen te kunnen aanpakken. Met het project *Ateliers in de eerstelijnszorg* wilden we een netwerkstructuur opbouwen in de regio. Binnen deze netwerkstructuur konden we dan modellen voor geïntegreerde eerstelijnszorg ontwikkelen, met name voor complexere patiëntengroepen. Het gaat in de praktijk grofweg om vier categorieën: kwetsbare ouderen; mensen met een chronische aandoening; meer ernstige GGZ-problematiek, en complexe jeugdzorg.

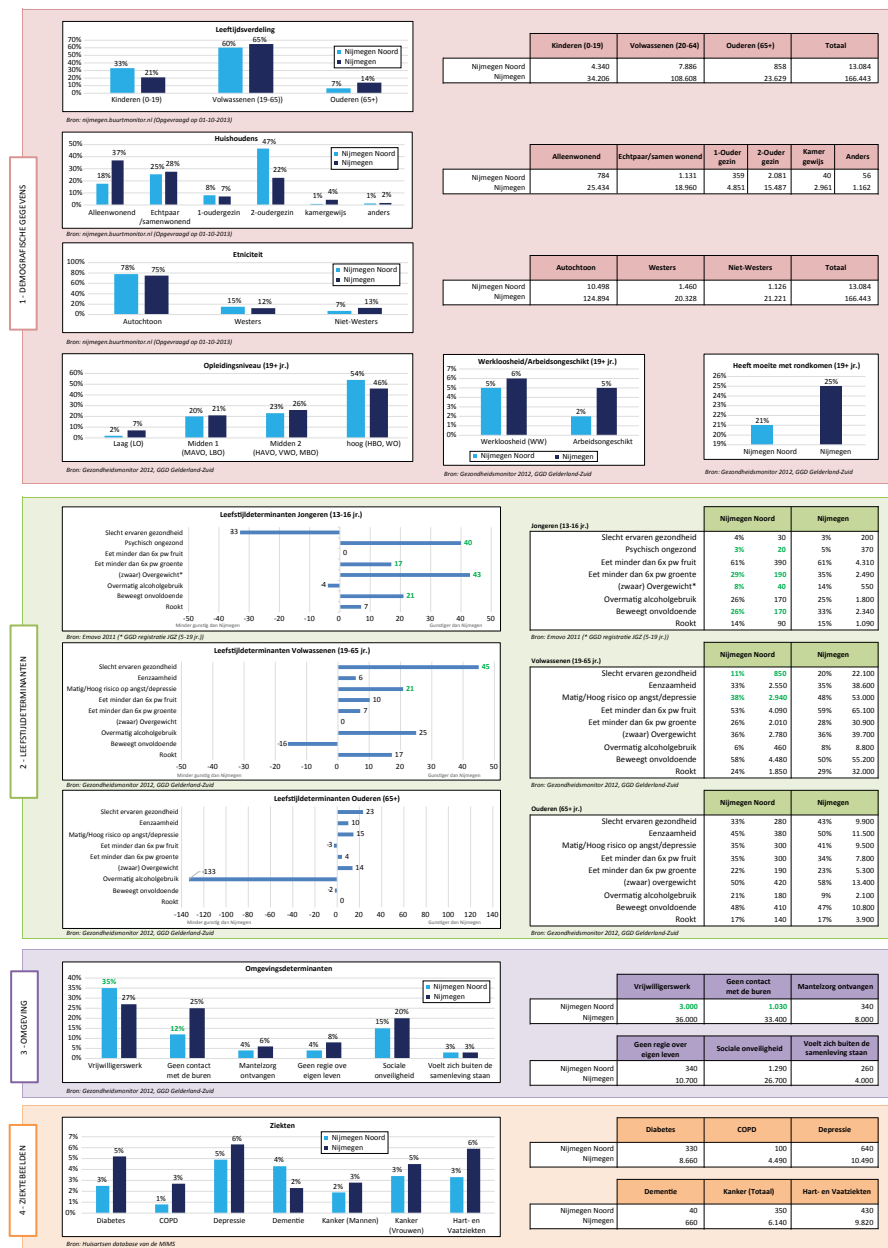
Twee belangrijke pijlers

Samenwerking in de wijken

De vraag was natuurlijk hoe je de samenwerking lokaal op gang krijgt. Vertrouwen in elkaar en een gedeelde ambitie zijn noodzakelijk. We probeerden dat te bewerkstelligen door het delen en spiegelen van informatie door middel van de zogenoemde wijkgezondheidsprofielen. Wijkgezondheidsprofielen geven een beeld hoe de wijk ervoor staat op diverse domeinen: gezondheid, preventie, huisvesting, financiën etc. Zo bevat het profiel gegevens over leeftijd, opleidingsniveau, etniciteit en werk. Daarnaast worden gegevens verzameld over veiligheid, burenhulp, eenzaamheid, en sociale cohesie. Bovendien wordt de ziektebelasting van een wijk vastgelegd door veelvoorkomende chronische aandoeningen zichtbaar te maken zoals diabetes, hart- en vaatziekten, depressie en angst, en dementie (zie fig. 1 en 2). Ten slotte komen leefstijldeterminanten aan de orde zoals lichaamsbeweging, roken en alcoholgebruik. Daartoe moeten op wijkniveau allerlei data bij elkaar gebracht worden. We deden dit in samenwerking met de GGD. Daarvoor gebruikten we de

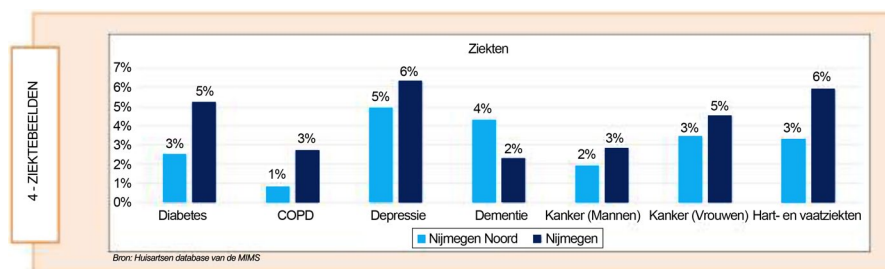


Figuur 1 Wijkgezondheidsprofiel.



Figuur 1 (vervolg)

gegevens vanuit de huisartsenpraktijken (HIS: hoe vaak komen ziekten voor), GGD (gezondheidsgedrag van burgers), gemeente (kenmerken populatie wijk) en VAAM (De Vraag Aanbod Analyse Monitor eerstelijnszorg met geëxtrapoleerde landelijke



Figuur 2 Detail wijkgezondheidsprofiel. Voorkomen van ziektebeelden in wijk Nijmegen Noord in vergelijking tot Nijmegen.

gegevens). In het profiel wordt bovendien aangegeven hoe het zich verhoudt tot de omgevende wijken en dorpen. In de diverse wijken die deelnamen aan het project zetten we de professionals aan tafel met een profiel en probeerden het gesprek daarover te voeren met een gespreksleider en een epidemioloog die de gezondheidsprofielen kon duiden. Tijdens de gesprekken konden professionals prioriteiten stellen voor een gezamenlijke aanpak. Dat wil zeggen, dat ze ambities formuleerden en concrete acties uitzetten om zorg en welzijn in de wijk te verbeteren.

Inhoudelijke uitwisseling bevorderen tussen wijken

Om ervoor te zorgen dat wijken van elkaar konden leren en elkaars goede voorbeelden konden benutten, waren kruisbestuiving en interactie tussen de wijken onderling noodzakelijk. Daartoe zetten we een website (www.eerstelijnszorgateliers.nl) op, waar de goede voorbeelden werden beschreven en konden worden uitgewisseld. Langzamerhand was er een toenemend aantal ‘producten’ beschikbaar, zoals de beschrijving van de multidisciplinaire samenwerking in een gezondheidscentrum en een *home team*. Daarnaast was de aanpak van eenzaamheid en alcoholproblematiek beschikbaar via de website.

Ook organiseerden we met de ateliers een aantal halfjaarlijkse bijeenkomsten, waarin de wijksamenwerkingsverbanden elkaar multidisciplinair konden treffen. Het was nog een hele uitdaging om de thematiek interessant genoeg te maken voor alle professionals uit zorg en welzijn. Interprofessioneel leren is nog zeker geen gemeengoed en soms is het zoeken naar onderwerpen en thema’s die voor alle betrokkenen interessant zijn. Toch lukte het om goed bezochte en goed geëvalueerde bijeenkomsten te organiseren.

We vonden in de loop van het project tien samenwerkingsverbanden (wijken en dorpen in de regio Nijmegen) bereid om deel te nemen aan het project. Huisartsen en wijkverpleegkundigen moesten bereid zijn ermee te starten. We gingen ervan uit dat de andere professionals dan vanzelf zouden aanhaken. In alle wijken werden in de loop van het project de wijkgezondheidsprofielen geïntroduceerd en besproken. Dit gebeurde steeds plenair met zoveel mogelijk geïnteresseerde zorgprofessionals uit de eerste lijn. Het wijkgezondheidsprofiel wordt weergegeven op een poster met tabellen en staafdiagrammen (zie fig. 1). De cijfers uit de wijk worden afgezet tegen de gemiddelden van Nijmegen en omgeving. Een medewerker van de GGD

Tabel 1 Speerpunten in de tien wijken.

<i>onderwerp</i>	<i>aantal proeftuinen</i>	<i>uitwisseling</i>
eenzaamheid	5	ja
proactieve ouderenzorg	5	ja
valpreventie	2	ja
alcoholgebruik	3	ja
signalering depressie	1	nee
multidisciplinaire aanpak overgewicht	1	nee
samenwerking wondzorg m.b.v. beeldbellen	4	ja
nieuwe samenwerkingsvormen (MDO, werkerslunch)	6	ja
palliatieve zorg	1	nee
tediabetes	1	nee
Stoppen met Roken programma	3	ja

was steeds aanwezig om de cijfers te duiden en verduidelijken. De eerste stap was het bespreken van de uitkomsten met elkaar. Wat valt op? Zijn er bijzonderheden die specifieke aandacht vragen en waarvoor interventies mogelijk zijn? Is er een gezamenlijke ambitie om iets op te pakken? Nadat ieder voor zich zijn mening had gevormd, werden de resultaten plenair besproken. Het bleek belangrijk dat iedereen zich kon herkennen in de juistheid van de cijfers. Als daarover twijfel bestond, ging het gesprek meer daarover dan over hetgeen ze vertegenwoordigden. Dat speelde vooral bij geëxtrapoleerde cijfers, die worden vastgesteld op basis van onder andere leeftijd, SES (sociaaleconomische status) en stedelijkheid. Soms vertrouwde men dat niet, omdat het in de eigen wijk anders ervaren werd.

Ten slotte koos men na de bespreking in iedere wijk één tot drie thema's en werd bekeken of een gezamenlijke inspanning nodig was om het thema aan te pakken (tab. 1). De resultaten werden bij wijze van proef ook besproken met de vertegenwoordigers van patiënten, soms met de wijkraad, soms met een aantal uitgenodigde patiënten. In een van de wijken bleek bijvoorbeeld het alcoholgebruik hoog. De zorgprofessionals besloten daarop samen een nascholing te organiseren met betrekking tot vroegdiagnostiek en spraken met elkaar af hoe ze de taken konden verdelen wanneer er een vermoeden was van overmatig alcoholgebruik (kader 1). Een tweede voorbeeld is te vinden in kader 2.

Kader 1 Problematisch alcoholgebruik

In een van de wijken bleek bij bestudering van het wijkgezondheidsprofiel dat het percentage ouderen met problematisch alcoholgebruik hoog lag, zeker in vergelijking met andere stadswijken. De professionals dachten dat het mogelijk te maken had met het feit dat er veel hoogopgeleiden waren in de wijk. De professionals hadden dit niet verwacht. Zij realiseerden zich dat het onderwerp te weinig met hun patiënten en cliënten besproken werd, en ze er ook

(te) weinig naar informeerden. In ieder geval waren er geen goede onderlinge afspraken, er was geen afstemming over de samenwerking en het aanbod bij problematisch alcoholgebruik. De wijkprofessionals besloten daarop dat ze dat het beste konden verbeteren door het organiseren van een interprofessionele nascholing, waarbij de signalering en onderlinge doorverwijzing centraal stonden. Aanvankelijk was er ook scepsis. Het kennisniveau en de interesses van huisarts, psycholoog, maatschappelijk werker en wijkverpleegkundige zijn immers niet per definitie hetzelfde. Na de training vond vrijwel iedereen het echter een zinnige scholing en interessant om een blik te kunnen werpen op elkaars dagelijkse werk. Het creëerde begrip voor elkaars werkwijze en onzekerheden, en bood openingen voor onderlinge verwijsafspraken. De wijkverpleegkundige was bijvoorbeeld onzeker of ze bij het signaleren wel kon adviseren om naar de huisarts te gaan en de huisarts had niet het gevoel dat de wijkverpleegkundige een signalerende functie kon hebben.

Kader 2 Actinische keratosen

Een van de huisartsen, met een oudere praktijk, viel het bij het bestuderen van het profiel op hoe vergrijsd zijn praktijk was. Hij bracht in dat hij veel ouderen zag met huidproblemen, die ook zeer regelmatig bij de huisarts kwamen voor premaligne aandoeningen zoals actinische keratosen. Hier lag een mooie gelegenheid voor substitutie van zorg. Er werd contact gelegd met een dermatoloog uit het academisch ziekenhuis, die zich bezighield met zorg op afstand via een smartphone met voorzetlens. Een wijkverpleegkundige kreeg een korte training en vervolgens bezocht zij ouderen bij verdenking op actinische keratosen thuis. Zij kon *realtime* verbinding leggen met de dermatoloog in het ziekenhuis, gezamenlijk diagnostiek doen, en ten slotte kon ze op indicatie een veldbehandeling thuis uitvoeren. In de loop van het project bleek consultatie van de dermatoloog steeds minder vaak nodig. Het kennis- en competentieniveau bij verpleegkundige en huisarts nam langzamerhand toe, waardoor ze steeds vaker zelf diagnostiek en behandeling konden instellen zonder dermatoloog.

Stappen die nodig zijn geweest om het project op gang te krijgen

Draagvlak

In dit project verwachtten we van organisaties, instellingen en professionals dat ze een deel van hun tijd zouden besteden aan extra activiteiten. We veronderstellen nu dat dit op langere termijn niet hoeft te leiden tot alsmear meer werk, maar het is

duidelijk dat het project tijd kostte. We moesten in het begin vooral de huisartsen overtuigen van het potentiële nut van het project. Een deel van de huisartsen heeft via cofinanciering ook extra middelen ter beschikking gekregen om zich in te zetten voor de integrale zorg in de wijk. Desondanks hadden sommigen nog steeds het gevoel dat de activiteiten alleen maar zouden leiden tot extra werk, terwijl ze zich al overbelast voelden. Men vond dat de tijd die aan het project besteed moest worden in de vorm van overleg en samenwerking, beter besteed kon worden aan directe patiëntenzorg. De meeste verpleegkundigen waren enthousiast en werden daarin gesteund door hun leidinggevenden. Voor de wijkverpleegkundigen sloot het project mooi aan bij het streven om minder op indicatie en meer op beschikbaarheidsfunctie in te zetten.

Sturing

We installeerden een stuurgroep. Hierin hadden naast de projectorganisatie een aantal huisartsen uit de wijken zitting, en verder bestuurders van de GGD en de grote regionale thuiszorgorganisatie. Hiermee creëerden we draagvlak en konden we knelpunten doortastend aanpakken. De meeste professionals moesten het project immers binnen hun gewone werktijd uitvoeren. Dat betekende dat ze soms keuzes moesten maken, maar vooral dat ze van hun leidinggevenden ruimte en stimulans moesten krijgen om mee te doen.

Projectcoördinator

Het was cruciaal dat we een enthousiaste en competente projectcoördinator konden aanstellen, die met veel energie mensen kon verbinden en ook nog kon verleiden een gedeeltelijk andere werkwijze te introduceren.

Uitdagingen tijdens het project

Huisartsen

In vrijwel alle wijken bleek de huisarts een onmisbare schakel in de multidisciplinaire samenwerking. Bij afwezigheid van een huisarts kwam de samenwerking moeizaam van de grond en de andere professionals hadden vaak het idee dat ze zonder huisarts geen afspraken konden maken. De huisarts speelt als hoogstopgeleide professional in de eerste lijn een belangrijke rol, vaak belangrijker dan hij of zij zelf vermoedt. De andere professionals voelen zich dikwijls in een hiërarchische positie geplaatst en gedragen zich daarnaar. Het kwam nogal eens voor dat de verpleegkundige de huisarts nauwelijks durfde aan te spreken en terughoudend was in het maken van afspraken.

Verpleegkundigen

Verpleegkundigen moesten in het project groeien. Er werd initiatief verwacht en de ambitie om ook anderen op sleeptouw te nemen. Een aantal wijkverpleegkundigen had dat van nature in zich, maar voor anderen was dit moeilijker. Hierdoor kon de wijkverpleegkundige niet altijd vanaf het begin de sleutelrol in de wijk vervullen. Dat vergt training en ook aanpassing van de opleiding; het vereiste niveau van deze wijkverpleegkundige nieuwe stijl is in onze ogen feitelijk een hbo-niveau.

Andere werkzaamheden

Zoals vermeld, was het project soms strijdig met het alledaagse werk. Veel professionals worden nog afgerekend op productie. Overleg met anderen, het afstemmen van taken en het werken aan preventieve taken zijn voor de meesten geen betaalde taken. Ook zagen we dat bij toenemende werkdruk het primaire proces (patiënten-zorg) op de eerste plaats kwam, en dat is goed. Soms bleek het echter lastig om dan toch voldoende tijd te reserveren voor het project.

Projectleiderschap

Er lagen op twee niveaus belangrijke coördinerende en initiërende taken. Lokaal op wijkniveau en centraal op het overkoepelende niveau. Het eerste richtte zich vooral op het in elkaar zetten van een draaiend lokaal wijknetwerk, het tweede was met name gericht op uitwisseling en het van elkaar leren. Op beide niveaus bleek projectleiderschap zeer noodzakelijk. Bij aanvang verwachtten we dat dit in de loop van het project lokaal zou worden opgepakt door trekkers in de wijk. Inderdaad hebben we daarvan in het project een aantal goede voorbeelden gezien. Maar vaak ging dat niet vanzelf. Ook het regionaal uitwisselen en verbinden van wijknetwerken was, ondanks de website, geen vanzelfsprekendheid. Aan het eind van het project was het de verwachting dat het project alleen verder zou kunnen komen met regionale aansturing. Eigenaarschap is cruciaal, betrokkenheid van enthousiaste professionals is niet genoeg. Bovenop hun gewone werk hebben professionals vaak niet de expertise en energie om overkoepelende activiteiten duurzaam te ondersteunen. Zeker niet wanneer structurele ondersteuning ontbreekt.

Onverwachte resultaten

We verwachtten bij aanvang dat de wijkgezondheidsprofielen een belangrijke rol zouden spelen in het richting geven aan de initiatieven in de wijk. Onverwacht was dat de profielen ook een sterk verbindende functie hadden. Juist omdat het over echte mensen in hun eigen wijk ging, waren de professionals dikwijls enthousiast om hierover met elkaar in gesprek te gaan. Vaak kwam men uit bij preventieve

thema's. Overigens is wel gebleken dat het bespreken van een profiel maar af en toe iets nieuws kan brengen. Een modulaire opbouw waar afhankelijk van de animo en ambitie op specifieke problematiek kan worden ingestoken, lijkt voor de toekomst kansrijk om de continuïteit in het proces te garanderen.

Ook huisartsen waren vaak enthousiast om eens op een andere manier naar hun populatie te kijken. Ze zien dan ook hoe allerlei medische diagnoses in hun praktijk zich verhouden tot lifestyle en demografie.

Lessons learned

Samenwerking in de wijk en het opstellen van een gezamenlijke agenda zijn geen vanzelfsprekendheid in de eerstelijnsgezondheidszorg. Eerstelijnsprofessionals zijn niet gewend aan samenwerken, anders dan op het niveau van de patiëntenzorg. Het is soms best lastig om goede ideeën uit te wisselen en tot concrete afspraken te komen. Men zit vaak op een eilandje en het maken van gezamenlijke plannen en die daadwerkelijk uitvoeren vergt veel ambitie van iedereen. De kleine bedrijfjes die zorgverleners vaak nog zijn hebben weinig aansturende macht, en de praktijk van alledag vergt dikwijls alle aandacht.

Het slagen van het project is grotendeels te danken aan flexibele mensen. Ook op stuurgroepniveau was gezamenlijke ambitie noodzakelijk om het project verder te brengen. Dat is goed gelukt, ook omdat de betrokken veldspelers er allemaal van overtuigd waren dat er een aantal dingen moest veranderen. Zonder ambitie, en vooral zonder betrokkenheid van huisartsen, zal de integrale samenwerking in de wijk op het gebied van zorg niet van de grond komen.

Borging en verdere implementatie

Inmiddels zijn we vijf jaar verder. Het project is afgesloten en het projectcoördinatorschap is grotendeels verdwenen.

In de regio is inmiddels het netwerk regio Nijmegen op 1 lijn actief (www.nijmegenopeenlijn.nl). In dit netwerk zijn belangrijke eerstelijnspartijen in de regio actief: de huisartsenkring, de huisartsencoöperatie (voor avond-, nacht- en weekendzorg en chronische zorg bij diabetes mellitus, COPD, cardiovasculair risicomanagement), een grote thuiszorgorganisatie ZZG Zorggroep, de GGD Gelderland Zuid, de grote welzijnspartijen, en de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc. De betrokken partners in het netwerk hebben de Ateliers 'geadopteerd', en hebben aangegeven dat ze de werkwijze graag breed regionaal implementeren. Men ziet de noodzaak van geïntegreerde samenwerking in de wijk. Tegelijkertijd constateert men dat het lang niet overal goed van de grond komt. Ateliers worden gezien als de mogelijke dragers van het geïntegreerd samenwerken. Liefst wil men de Ateliers zienswijze implementeren in de hele regio. Zeker voor aankomende zorgprogramma's als ouderenzorg en complexe jeugdzorg, ziet iedereen dat de huisartsgeneeskundige insteek alleen ontoereikend is. Er is bereidheid om menskracht in te

zetten en soms ook wat middelen. Maar dat alles gaat schoorvoetend, omdat er geen directe opbrengsten tegenover staan. Mogelijk dat contractering van bijvoorbeeld een zorgprogramma kwetsbare ouderen hier al veel kan betekenen.

Een andere uitdaging voor de toekomst is hoe het cyclische karakter verder vorm kan krijgen. Het lijkt niet zinvol om jaarlijks gezamenlijk naar vrijwel hetzelfde wijkgezondheidsprofiel te kijken. Er zal immers weinig aan veranderen. Hoewel we dit niet onderzocht hebben, verwachten we dat het meer kan bijdragen als er steeds op andere onderdelen kan worden ingezoomd. Als in de wijk bijvoorbeeld GGZ-problematiek sterk prevalent is, dan kan een GGZ-gericht wijkgezondheidsprofiel veel toevoegen. Datzelfde geldt voor wijken waar veel kindproblematiek is. Daar zal juist het inzoomen op de kindspecifieke problemen zinnig zijn en interesse wekken bij professionals. We denken voor de toekomst dus meer aan een modulaire opbouw van het wijkgezondheidsprofiel dan aan een uniforme weergave.

Tijdens de projectfase hebben we gezien hoezeer stadswijken verschillen. Tienvoudige verschillen in het voorkomen van problemen zoals cardiovasculaire morbiditeit of dementie zijn niet zeldzaam. Dat heeft betekenis voor het team, voor de bezetting en voor de focus van de professionals in de wijk. Integraal samenwerken dwingt tot intensievere oriëntatie op de populatie in de wijk. *Ateliers* is een werkwijze om daar te komen.

Dr. H.J. Schers, huisarts; senior onderzoeker afdeling Eerstelijngeneeskunde, Radboudumc Nijmegen.

Drs. M. Nieuwboer, junior onderzoeker en projectcoördinator, afdeling DementieNet, Radboudumc Nijmegen.