



Gezamenlijke inzet voor goed zelfzorgadvies

FTO van apothekersassistenten en doktersassistenten

Ruim vier op de tien huisartsenbezoeken gaat over een zelfzorgklacht. Helaas vindt er over zelfzorg nog weinig afstemming plaats tussen huisartsenpraktijken en apotheken. Apotheker Henri Sikkens heeft het initiatief genomen voor een farmacotherapeutisch overleg (FTO) tussen doktersassistenten en apothekersassistenten. "Dit leidt tot inzicht in elkaars werkwijze en onderling begrip", is de ervaring van de assistenten.

De apotheker, doktersassistente en apothekersassistente aan het woord



Henri Sikkens, apotheker Service Apotheek Nieuwleusen



Isabelle Visscher, doktersassistente huisartsenpraktijken Berg en Van den Brink Nieuwleusen



Janny Kooiker, apothekersassistente Service Apotheek Nieuwleusen

"Als apotheekteam hebben we kritisch naar onze communicatie gekeken, zowel intern als met onze klanten", vertelt apotheker Henri Sikkens van Service Apotheek Nieuwleusen. "Daarbij kwam naar voren dat onze assistenten geen structureel overleg hebben met de doktersassistenten. Terwijl we in hetzelfde gebouw zitten en deels voor dezelfde patiënten werken. Op het gebied van zelfzorg verwijzen de doktersassistenten vaak naar onze apotheek en omgekeerd verwijzen onze apothekersassistenten wanneer nodig eerst naar de huisarts voor nader onderzoek.

"Juist op het gebied van zelfzorg kunnen we elkaar versterken"

Juist op dat gebied kunnen we elkaar versterken. Daarom zijn we gestart met een gestructureerd FTO over zelfzorg, voor dokters- en apothekersassistenten. Het eerste FTO had als thema's 'huid' en 'hoest' en is voorbereid vanuit de apotheek."

Thema's

"Een heel goed initiatief", roemt doktersassistente Isabelle Visscher. "Vanuit mijn beroep had ik geen helder beeld wat apothekersassistenten doen. Zo hebben wij de NHG-TriageWijzer, maar wist ik niet dat de apotheek ServiceWijzer gebruikt bij het adviseren van patiënten. Het is goed om van elkaar de werkwijze te

weten. Daarbij leer je via zo'n FTO ook de collega's beter kennen en dat is nuttig." Ze vervolgt: "Ik vind het wel belangrijk dat het overleg steeds aan een onderwerp is gekoppeld. Dat maakt het heel concreet en je kunt je daar vooraf goed op voorbereiden. De volgende keer organiseren wij het FTO. In het assistentenoverleg maken we een keuze welke thema's wij willen inbrengen." Lachend: "Dat valt nog niet mee, want er zijn zoveel interessante onderwerpen."

Eyeopener

Ook Janny Kooiker is zeer enthousiast over het FTO. "Ik ben al vanaf 1987 werkzaam als apothekersassistente. Nu denk ik: 'gek eigenlijk, dat we zo'n overleg niet eerder hebben ontwikkeld'. En voor zover ik weet gebeurt het in den lande ook niet, terwijl het zeer zinvol is. Je neemt als het ware een kijkje in elkaars keuken en dat is bijzonder leerzaam.

"FTO voor assistenten leidt tot meer onderling begrip"

Je kweekt onderling begrip. Zo was voor mij de NHG-TriageWijzer een eyeopener. Natuurlijk had ik het idee dat doktersassistenten gestructureerd werken met een protocol, maar nu weet ik op welke wijze. Zij vragen bij de patiënt meer uit op medisch gebied dan wij doen met ServiceWijzer. Deze laatste tool gebruiken wij om de klant goed te bevragen en niets

over het hoofd te zien. Het werkt met de WHAM-vragen: voor wie is het advies bedoeld; hoe lang bestaan de klachten; welke actie is ondernomen en welke medicatie

"Wat de NHG-TriageWijzer is voor doktersassistenten, is ServiceWijzer voor apothekersassistenten"

wordt gebruikt? Dat leidt altijd tot een gesprek met relevante zaken om te komen tot het juiste advies, het juiste middel of (terug)verwijzing naar de huisarts. De NHG-TriageWijzer voor doktersassistenten heeft een andere insteek, maar die leidt eveneens op gestructureerde wijze tot een passende uitkomst."

Interesse

Niet alle assistenten kunnen tegelijk deelnemen aan het FTO. Daarvoor is het aantal te groot. Dus wisselen ze af en de deelnemers koppelen de uitkomst van het overleg terug aan hun eigen collega's. Er is veel interesse. "De volgende dag vragen de andere assistenten direct naar de ervaringen. Iedereen wil weten hoe het is verlopen en wat de leerpunten zijn", melden Janny en Isabelle. Sikkens vult aan: "Wij stellen notulen op en er vindt informatie-uitwisseling plaats, bijvoorbeeld over NHG-standaarden. Zo leidt dit FTO tot nog betere patiëntenzorg." <<

Wat is een regio?

Landelijk is uit, regionaal is in. De decentralisaties in zorg en welzijn hebben een nieuwe trend opgeleverd: het gebeurt in de regio. Maar wat is eigenlijk een regio? De Eerstelijns dook erin en duidt het begrip.

Regio: het is een van de veel gebruikte woorden in de zorg. Regionaal, regio of regio's. Letterlijk betekent het volgens Van Dale 'streek of gebied'. In de zorg heeft 'de regio' een grote impact, omdat deze vaak wordt gebruikt om tot een afbakening te komen. Dat lukt zelden op een eenduidige manier. Een uitgebreidere definitie luidt: 'een regio (ook wel streek, gewest of – meer algemeen – gebied) is een geografisch gebied aaneengesloten met een bepaald taalkundig, cultureel, demografisch en/of institutioneel karakter, al dan niet erkend door de officiële instanties'. Of korter: 'een gebied dat als een eenheid beschouwd wordt'.

Er zijn vaak formele redenen om regio's te gebruiken: het schept duidelijkheid over verantwoordelijkheden. Daarnaast

op het spoor:

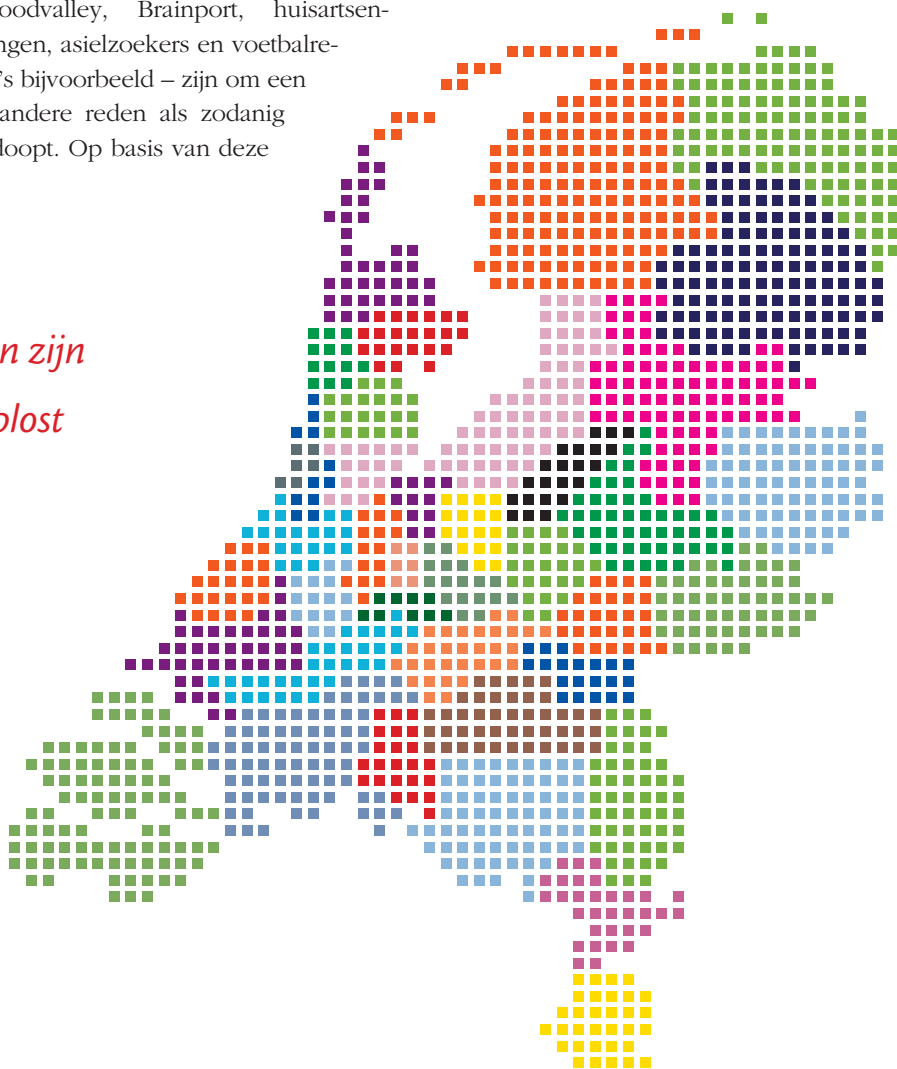
- 32 zorgkantoren
- 42 WMO-regio's
- 24 veiligheidsregio's
- 24 regionale GGD's
- 56 regio's voor de hervorming van langdurige zorg
- 131 ziekenhuisregio's
- 17 regionale ondersteuningsstructuren (ROS)
- 42 jeugdzorgregio's
- 34 arbeidsmarktregio's
- 23 regionale waterschappen

En er zijn er nog veel meer. Want ook talloze andere zelfverklaarde regio's – Foodvalley, Brainport, huisartsenkringen, asielzoekers en voetbalregio's bijvoorbeeld – zijn om een of andere reden als zodanig gedoopt. Op basis van deze

willekeurige inventarisatie bestaat Nederland uit gemiddeld 44 regio's met ruim 700.000 inwoners. Sommige gezondheidszorgregio's zijn gevormd op basis van wettelijke bepalingen, zoals bereikbaarheid van specifieke zorg binnen 45 minuten of de aanrijtiden van ambulances bij spoedzorg. Sommige regio's zijn groot omdat er een bepaalde schaal nodig is om de kwaliteit te kunnen borgen of om iets adequaat te kunnen exploiteren. Een andere oplossing daarvoor is dat regio's voor bepaalde functies supra- of bovenregionaal samenwerken.

Een regio is daar waar negentig procent van de patiënten zijn zorg- en welzijnsvraagstukken oplost

zijn er functionele redenen. Die zijn bruikbaar, omdat het daarbij gaat om een gebied dat wordt afgebakend op basis van samenhang van relaties en interacties. Toch hebben regio's vaak een historische en niet altijd een logische indeling. Er zijn grote verschillen qua afmeting en wat betreft bevolkingsdichtheid is er geen peil op te trekken. Bij de zoektocht naar regionale indelingen, kwamen we de volgende in omvang en aantal variërende voorbeelden



Verkiezingskoorts



President Trump, omdat veel Amerikanen zich afzetten tegen het establishment. Kan dat ook in Nederland gebeuren? Ja die kans is groot. Echter door het tweepartijensysteem in de VS is de tegenstelling veel groter en de keuze kleiner. Er is ook een getrapte democratie met kiesmannen. Dat beïnvloedt de uitkomst en tot slot 'the winner takes it all' in Amerika, je wint of verliest. Er bestaan geen regeringscoalities.

In Nederland zijn er populistische partijen, sociale partijen, liberale partijen, middenpartijen en seculiere of juist religieuze partijen. Kortom het pallet om uit te kiezen is veel groter. Voor Nederland bestaat de kans dat er een nog grotere fragmentatie ontstaat in de Tweede Kamer. Dat zal leiden tot een coalitie met meerdere partijen en dat maakt toekomstbestendig regeren en het doorvoeren van grootse veranderingen een stuk lastiger.

Personalisering in de politiek is ook in ons land een opkomende trend. De partijleider wordt meer het pronkstuk en de partij verdwijnt meer naar de achtergrond. Om zich te onderscheiden zal de partijleider in een gefragmenteerd landschap boutespraken moeten doen om de aandacht te trekken. Daarmee zal het populisme in Nederland toenemen.

Tot slot: onze welvaartstaat is zich aan het transformeren, ofwel wordt afgebouwd. Daar zijn burgers nooit blij mee. Regeren is nu lastiger dan ooit. Opbouwen is fijn, afbouwen vervelend. Bijvoorbeeld in de ziekenhuissector, die nu vanuit welbegrepen eigen belang oproept tot een rustperiode, maar waar een budgetverschuiving naar de huisartsen en wijkverpleegkundigen onontkoombaar is. Een dergelijke verschuiving heeft ook effecten voor de bevolking. Maar door burgers eerlijk te informeren, mee te nemen in de keuzes en te staan voor je zaak, wordt ook respect afgedwongen. We zullen zien in maart 2017!

Jan Erik de Wildt,
directeur De Eerstelijns

Reageren? Mail naar je.dewildt@de-eerstelijns.nl

Organisatie & infrastructuur

In de vorige Eerstelijns heeft de commissie onder leiding van Edwin Velzel voor de organisatie & infrastructuur van de eerstelijnszorg een regio van 100.000 – 200.000 inwoners voorgesteld, al is dat aantal 'niet in beton gegoten'. Als dat afgezet wordt ten opzichte van het gemiddeld aantal Nederlanders zijn er circa 113 regio's nodig. Al zal de standaarddeviatie groot zijn, bijvoorbeeld in de rurale gebieden of grote steden. Er zijn enkele formele gezondheidszorgregio's, maar het is nauwelijks voor te stellen dat de patiënt/inwoner daar als uitgangspunt is genomen. Toch is de patiënt/inwoner wellicht het enige zinvolle uitgangspunt: een regio is daar waar negentig procent van de patiënten zijn zorg- en welzijnsvraagstukken op probeert te lossen. Immers vooral bij complexe zorg, welzijnsvraagstukken of multimorbiditeit is het gewenst dat zorg en welzijn op elkaar zijn afgestemd. De overige tien procent heeft wel eens een incidentele zorg- of welzijnsvraag, maar voor dergelijke vragen is het geen probleem om een enkelvoudige, op zichzelf staande oplossing of de beste kwaliteit te zoeken. Bijvoorbeeld een borstkankeroperatie in de Monro kliniek of de behandeling van een kind met kanker in het Maxima kindziekenhuis. Maar ouderen met meervoudige zorg- en welzijnsproblemen en chronisch zieken zoeken samenhangende oplossingen en verwachten dat die worden geregeld: transfer van huis naar ziekenhuis en vervolgens naar een revalidatiecentrum of weer naar huis met nazorg door wijkverpleegkundige of huisarts. Dit soort 'patiënt journeys' zijn bij deze groep aan de orde van de dag en kunnen het beste regionaal worden opgelost. Ofwel daar waar de patiënt normaal gesproken zijn zorg- en welzijnsvraagstukken oplost.

Maatschappelijke verantwoordelijkheid

Vooral voor de gefragmenteerde eerstelijnszorg is het strategisch noodzakelijk en maatschappelijk gewenst om de regio effectief in te richten. De uitvoering liefst zo kleinschalig en persoonlijk mogelijk, maar de organisatie effectief en groot-schalig op regionaal niveau. Op deze manier kan de samenwerking met andere, grotere stakeholders als ziekenhuizen, GGZ, VVT, gemeenten, GGD en dergelijke efficiënt worden georganiseerd. Een aanspreekpunt voor andere partijen. Zonder opgelegde definitie van wat onder de regio moet worden verstaan, maar uitgaand van de behoefte van het grootste volume complexe patiënten en het geografische gebied waarin zij negentig procent van hun zorg- en welzijnsvraagstukken normaal gesproken oplossen. Dat zegt nog niets over de wijze van mono- of multidisciplinair organiseren. Dat zal de praktijk uitwijzen, als het maar geregeld wordt. <<

Tekst: Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

Foto: Thinkstock