

Uitkomsten van het hanteren van Positieve Gezondheid in de praktijk

Dr. Hans Peter Jung, *huisarts, huisartspraktijk Afferden*, Sil Liebrand, *MSc, psycholoog en adviseur Syntein Integrale Zorg Boxmeer* en drs. Corné van Asten, *directeur Syntein Integrale Zorg Boxmeer*

Samenvatting

In vier huisartsenpraktijken in de Noordelijke Maasvallei en het Land van Cuijk werd in de periode 2016-2018 het werken met het concept van Positieve Gezondheid ingevoerd en geëvalueerd. De praktijken kregen een implementatieprogramma aangeboden dat bestond uit twee onderdelen: (1) Een praktijkverkleining tot 1800 patiënten per normpraktijk en het wegnemen van de productieprikkel. (2) Een inhoudelijk programma begeleid door zorggroep Syntein. Resultaten van het implementatieonderzoek lieten een positief effect zien op ervaren kwaliteit van zorg en werkplezier. Ook het aantal verwijzingen naar de tweede lijn en het aantal medicijnvoorschriften daalde. De verandering in het aantal consulten liet een wisselend beeld zien. Het aantal M&I-verrichtingen steeg. M&I-Verrichtingen staat voor Modernisering & Innovatie Verrichtingen. Dit gaat om kleine verrichtingen die een huisarts doet bij zijn patiënt; veel voorkomende voorbeelden hiervan zijn kleine chirurgische ingrepen, een therapeutische injectie, een longfunctiemeting of een 24-uurs bloeddrukmeting.

Inleiding

Casus vrouw van 73 jaar oud

Vrouw 73 jaar, ook verzekerd in Duitsland, kwam op spreekuur voor een verwijzing naar de internist. Haar internist uit Duitsland adviseerde haar een dure behandeling met ledipasvir en sofosbuvir tegen hepatitis C die zij waarschijnlijk in 1970 had opgelopen na een bloedtransfusie. De behandeling wordt voor haar in Duitsland niet vergoed, maar in Nederland wel. Kosten ruim €50.000. De huisarts gaf aan dat alvorens hij haar de door haar verzochte verwijskaart zou geven, hij eerst graag wilde weten hoe het met haar ging. Hij vroeg haar samen met hem een vragenlijstje in te vullen die haar tevredenheid meet op de 6 dimensies van gezondheid: de gesprekstool 'Positieve

Gezondheid in de huisartspraktijk' (<https://liph.nlltools/>). Na het invullen liet hij haar vertellen over haar scores en wat deze voor haar betekenden. Hij maakte haar gezondheidsdraagvlak visueel door haar scores in het Positieve Gezondheid-spinnenweb te tekenen en vroeg haar bij welke score ze graag verandering zou zien, wat die verandering haar zou opleveren en wat een eerste stap zou kunnen zijn. Ze bleek een (in haar ogen) zeer betekenisvol leven te leiden en was erg tevreden met wat ze kan. Ze bleek zelfs nog te werken in het bedrijf van haar man. Ze had geen lichamelijke klachten en zou eigenlijk niets willen veranderen. Het bleek in dat gesprek dat de internist haar bang had gemaakt voor de consequenties van niet behandelen (levercirrose, leverkanker). Zelf was ze juist bang voor de eventuele bijwerkingen van behandeling. In een uitgebreid gesprek voelde ze zich juist gesteund om de huidige status quo te handhaven en zag daarom van behandeling en dus verwijzing af.

Bij een tweede bezoek aan dezelfde internist gaf deze aan dat zij zichzelf tekort deed. De kans op bijwerkingen van behandeling van hepatitis C was gering (<10%) en de kans op genezing groot (>90%). Dit maakte dat ze van mening veranderde en ze de behandeling toch wenste.

In een tweede contact met de huisarts werd de achterliggende redenen van haar wens en oorzaak van verandering van mening uitvoerig besproken. Het bleek opnieuw dat zij zelf geen beperkingen ervaarde, maar dat slechts het medisch advies van de internist haar deed twijfelen. Om zélf de regie te kunnen voeren en op basis van feiten de verschillende keuzes te overwegen en te beslissen moest de noodzaak van behandeling beter uitgezocht worden.

In gezamenlijk overleg werd besloten dat de huisarts met de MDL-arts van het academisch ziekenhuis zou overleggen. Deze bevestigde de zienswijze van de Duitse internist, maar gaf aan dat gezien de duur van de besmetting (bijna 50 jaar geleden) er gekeken zou kunnen worden of er sprake was van leverfibrose middels een fibroscan.¹ Als er geen sprake was van leverfibrose, dan is de kans dat er ooit nog cirrose en daarna eventueel leverkanker op gaat treden verwaarloosbaar klein en kon patiënt als zij dat wilde afwachten, zonder dat haar lever risico liep. Huisarts en patiënt besloten deze fibroscan te laten maken en deze liet geen aanwijzingen voor fibrose zien. Dit stelde patiënt, huisarts en MDL-arts dermate gerust dat afgezien werd van de behandeling met ledipasvir/sofosbuvir. Twee consulten met de patiënt met daarin aandacht voor de 6 dimensies van Positieve Gezondheid, 1 keer telefonisch overleg met de MDL arts en 1 fibroscan hebben een dure vervolgbehandeling voorkomen.

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) geeft in haar blad *de Dokter* aan dat praktijkverkleining en meer tijd voor de patiënt dé belangrijkste speerpunten voor de LHV zijn geworden.² De LHV wil dat de normpraktijk wordt verkleind van 2168 naar 1800 patiënten. Deze tijd moet ruimte opleveren voor de reeks taken die de huisarts erbij heeft gekregen en voor de stijging van het gemiddelde aantal contacten per patiënt per jaar.³ Meer tijd per patiënt zou de kwaliteit van zorg ten

goede komen, werkdruk verminderen en uiteindelijk ook kosten kunnen besparen. Wetenschappelijk onderzoek ondersteunt de veronderstelling dat meer tijd voor de patiënt samenhangt met betere kwaliteit van zorg^{4,5} en hogere patiënttevredenheid⁶ en dat hoge werkdruk in de huisartspraktijk samenhangt met minder werkplezier voor de huisarts en een grotere wens om te stoppen met het huisartsen vak.⁷ Dat daarnaast twee derde van alle huisartsen in Nederland de werkdruk te hoog vindt, is verontrustend.⁸

In 2010 besloot huisarts Hans Peter Jung in verband met de toegenomen werkdruk in zijn solopraktijk een extra collega aan te nemen. Tot zijn verbazing nam in het daarop volgende jaar het aantal contacten en verrichtingen in de praktijk toe met 25%. Het verwachte voordeel van de uitbreiding, minder werkdruk, was hiermee snel verdwenen. Wellicht dat deze toename het gevolg was van aanbod creëert vraag? De werkdruk bleef de jaren daarna op hetzelfde niveau en in 2015 concludeerde hij met zijn collega dat de werkdruk zo belastend was dat er iets moest gebeuren. Enkel het verkleinen van de praktijk door het aantrekken van een extra collega verminderde de werkdruk kennelijk niet, integendeel. In de analyse van hun probleem ontstond de hypothese dat de financieringswijze van de huisartsenzorg (voor een groot gedeelte op basis van verrichtingen) een belangrijke oorzaak was. Een tweede hypothese was dat er met meer tijd voor de patiënt een ander gesprek gevoerd kon worden. Meer patiëntgericht, meer gericht op niet-medische oplossingen voor de vraag van de patiënt. Uit wetenschappelijk onderzoek weten we dat er geen of onvoldoende somatische verklaring is voor bijna 40% van alle gepresenteerde klachten van patiënten in de huisartspraktijk.⁹ Als Hans Peter Jung en zijn collega de extra tijd zouden gebruiken om deze klachten beter te herkennen en oplossingen buiten het medische domein te zoeken, dan zouden ze mogelijk wél een positief effect op de werkdruk krijgen. Het concept van Positieve Gezondheid werd hierbij omarmd als een mogelijkheid om in gesprek met de patiënt breder te kijken naar de context van de hulpvraag van die patiënt.

Casus 86-jarige vrouw

Vrouw 86 jaar met pijnklachten aan het been, die door de huisarts zijn geïd als slijmbeursontsteking heup. Hierdoor claimend gedrag naar kinderen, die vaak bij haar moeten gaan kijken. Ze geven aan dat het zo niet langer gaat en dat moeder in het ziekenhuis moet worden opgenomen. Er wordt een gesprek met familie en moeder gepland en in het gesprek wordt een vragenlijstje ingevuld die haar tevredenheid meet op de 6 dimensies van gezondheid: de gesprekstool Positieve Gezondheid in de huisartspraktijk (<https://liph.nl/tools/>). Na het invullen liet hij haar vertellen over haar scores en wat deze voor haar betekenden. Hij maakte haar gezondheidsdraagvlak visueel door haar scores in het Positieve Gezondheid-spinnenweb te tekenen en vroeg haar

bij welke score ze graag verandering zou zien, wat die verandering haar zou opleveren en wat een eerste stap zou kunnen zijn. Ze gaf aan dat ze graag minder pijn in haar been wilde (dimensie lichaamsfuncties). Dit zou haar opleveren dat ze weer op het land zou kunnen werken, als ze dat nu doet heeft ze 's avonds pijn in de heup en gaat het mis. Daarnaast zou ze dan ook weer kunnen fietsen, zodat ze meer onder de mensen kon zijn. Het wordt duidelijk dat er belangrijke zingevingsvragen en eenzaamheid spelen. Het doet haar zichtbaar goed dat dit onderwerp op tafel is gekomen. Uit haarzelf geeft ze nu aan dat ze een panische angst blijkt te hebben voor de maandelijkse injecties in het oog in verband met maculadegeneratie en angst voor de jaarlijkse controle in verband met borstkanker in het verleden. Dat dit haar leven beheerst. Zou ze als eerste stap er niet voor mogen kiezen om met deze controles te stoppen om deze angst kwijt te zijn? Ze neemt het voor lief als ze dan korter zou leven. Dan zou ze ook willen stoppen met tamoxifen omdat ze het idee heeft dat dat haar somber maakt. In onderling overleg wordt ervoor gekozen de behandeling bij de oogarts en de controle bij de chirurg te beëindigen. In overleg met het sociaal team van de gemeente wordt gezocht naar een daginvulling. Er wordt niet meer gesproken over opname en nadat patiënte zich niet meer forceert in de tuin, verdwijnt de pijn van de heup meer naar de achtergrond. Fietsen blijkt toch niet meer te lukken, maar de aanschaf van een scootmobiel zorgt ervoor dat ze hiermee een aantal keren per week naar de dagopvang kan en toch mobiel kan blijven. Dit blijkt een goed alternatief voor werken in de tuin en de fiets. In plaats van een expliciete focus op ziekte en zorg (heup, ogen en borst), verschoof het accent in het familiegesprek naar gezondheid en gedrag (onder de mensen zijn en zich kunnen verplaatsen, zonder afhankelijk te zijn van anderen). Bij het verdwijnen van de pijn in de heup verdween ook het claimend gedrag naar de kinderen en bij de kinderen de behoefte aan een opname en alhoewel ze bij tijd en wijle nog wel eens een sombere periode doormaakte werd de huisarts niet meer geraadpleegd voor deze klachten. Zoals ze zelf aangaf: Ze kon haar ei wel kwijt op de dagopvang waar ze zich ontfermde over een dementerende buurtgenoot, die erger af was dan zij.

In 2015 is vanuit dit perspectief in samenwerking met zorgverzekeraar VGZ en zorggroep Syntein een programmavoorstel uitgewerkt waarin de praktijkgrootte van huisartspraktijk Afferden opnieuw werd verkleind, naar 1800 patiënten per fte huisarts. Ook werd een derde huisarts aangetrokken om zo weer meer tijd voor patiënten te creëren. Daarnaast kreeg de praktijk toestemming voor een andere financieringsvorm. Op basis van de omzetcijfers van 2015 werd een vast bedrag per patiënt voor het jaar 2016 en 2017 afgesproken. Vanaf 1 januari 2016 werden er geen verrichtingen meer gedeclareerd. Dit scheelde in de administratieve belasting (geen maandelijkse declaraties van verrichtingen meer en geen onterechte afwijzingen meer van dubbele verrichtingen op 1 dag). Het aantal contacten in

de praktijk nam in 2016 en 2017 af. De contacten duurden wel langer. Daarnaast nam het aantal verwijzingen naar de tweede lijn met 25% af.¹⁰

Op basis van deze resultaten werd in overleg met zorgverzekeraar VGZ en zorggroep Syntein besloten een implementatieprogramma *Positieve Gezondheid in de huisartspraktijk* op te stellen en te implementeren bij vier huisartspraktijken in de regio Noordelijke Maasvallei. De doelstelling van het implementatieprogramma was dat de deelnemende huisartspraktijken (Afferden, Maasoever, Op 't Zand en Gennep) door het werken volgens het concept Positieve Gezondheid en het hanteren van deze definitie van gezondheid, een gezondere praktijkpopulatie zouden krijgen. Er werd besloten een implementatieonderzoek te doen.

Onderzoekshypothesen

Door te werken met Positieve Gezondheid

- verbetert de ervaren (Positieve) Gezondheid van de populatie in de gemeente;
- stijgt de ervaren kwaliteit van zorg;
- stijgt het werkplezier van de medewerkers op de praktijk;
- verminderen de zorgkosten door: minder verwijzingen naar de tweede lijn en minder medicatievoorschriften;
- treedt er een verandering op in het aantal en soorten contacten.

Om deze hypothesen te testen werd er in elke praktijk een 0-meting gedaan voorafgaande aan de implementatie. Deze 0-meting was afhankelijk van het moment van instappen van de praktijken. Daarnaast werden als benchmark data verzameld van de overige 21 huisartspraktijken in de Noordelijke Maasvallei die niet volgens het concept Positieve Gezondheid werkten of werden waar mogelijk de data van de vier praktijken vergeleken met landelijke cijfers.

Dit artikel beschrijft het implementatietraject en de resultaten op (a.) ervaren kwaliteit van zorg, (b.) werkplezier van medewerkers van de huisartspraktijken, (c.) verwijzingen naar de tweede lijn, (d.) medicatievoorschriften, (e.) het aantal contacten in de praktijk en (f.) het aantal M&I-verrichtingen. De hypothese over de ervaren (Positieve) gezondheid van de populatie gaat getoetst worden aan de GGD-gezondheidsmonitor.¹¹ De nulmeting uit 2016 wordt vergeleken met de meting van 2020 en is daardoor nog niet beschikbaar.

Onderzoeksmethoden

Om de doelstelling van een gezondere praktijkpopulatie voor de vier betrokken praktijken te kunnen realiseren zijn er een aantal implementatiestappen gezet.

Implementatiestappen

1. *Denken en werken vanuit Positieve Gezondheid*

Huisartsen en patiënten zijn opgeleid om een medische oorzaak te zoeken voor klachten. Het denken en werken vanuit Positieve Gezondheid vergt een cultuurverandering. Een omslag die tijd kost en waar ze alert op moeten blijven. Het betekent dat huisartsen en patiënten zich meer richten op gezondheid en gedrag

in plaats van ziekte en zorg. De medewerkers in de huisartspraktijk gingen het gesprek met de patiënt aan de hand van het concept Positieve Gezondheid en gebruikten daarbij gesprekstechnieken die ervoor zorgden dat de patiënt de regie behoudt. Het intensief samenwerken met het sociaal team en welzijndomein als mede-poortwachters van de zorg, was hierbij van belang. Contact, signalering, verwijzing en overdracht tussen beide partijen was essentieel in het kader van Positieve Gezondheid en substitutie. Het spinnenwebmodel Positieve Gezondheid, motiverende gespreksvoering¹² en oplossingsgericht werken¹³ waren gesprekstechnieken die werden ingezet. De doktersassistentes kregen een triage-training aan de hand van Positieve Gezondheid ontwikkeld in samenwerking met de Nederlandse Vereniging van Doktersassistentes.

2. Meer tijd voor de patiënt door praktijkverkleining en een flexibele consultduur

Het hebben en nemen van meer tijd voor de patiënt werd, in samenwerking met zorgverzekeraar VGZ, bewerkstelligd door het wegnemen van de productieprikkels uit de vergoedingensystematiek van de huisartspraktijk door een abonnementssysteem (Afferden en Maasoever) of het bevriezen van het aantal consulten op jaarbasis. Dat laatste wil zeggen dat een stijging van het aantal contacten niet meer uitbetaald zou worden en dat een daling zou worden gecompenseerd (Op 't Zand, Genep). In alle vier de praktijken werd de normpraktijk verkleind naar 1800 patiënten door inzet van extra huisartsen (door waarneming of uitbreiding van uren van gevestigde huisartsen). Alle andere zorgverzekeraars volgden deze afspraken. Door het aanpassen van de spreekuurtijden, door meer tijd te nemen voor de patiënt kon de huisarts ook echt vragen: “Hoe gaat het met u?” De bedoeling van deze vraag was dat er een gesprek op gang kwam waarmee de zorgverleners tot de kern van de hulpvraag konden komen. Door de extra tijd hadden ze ook de ruimte om samen op zoek te gaan naar de meest passende hulp voor de hulpvraag.

3. Overige initiatieven passend bij Positieve Gezondheid

Posters en folders in de wachtkamer maakten patiënten attent op Positieve Gezondheid. Daarnaast werd door de huisartsen wekelijks de verwijzingen naar de tweede lijn doorgenomen. Doel hiervan was te kijken of deze verwijzingen zinvol waren en of dat er ook voor andere oplossingen gekozen had kunnen worden. Waar mogelijk werden in de gemeenschap van de vier praktijken burgerinitiatieven gestimuleerd, zoals het oprichten van een dorps- of zorgcoöperatie, wandelgroepen en huiskamerprojecten voor bejaarden. Netwerkbijeenkomsten Positieve Gezondheid voor de nulde, eerste en tweede lijn werden in de verschillende gemeentes georganiseerd.

De implementatieperiode van het werken met het concept Positieve Gezondheid bestreek 2 jaar. Praktijk Afferden startte hiermee in 2015, praktijk Maasoever in 2017. Deze 2 praktijken samen vormen pilot 1. Praktijken Genep en Op 't Zand startten in 2018 en zitten dus nog in het implementatietraject, deze 2 praktijken samen zijn pilot 2. In tabel 1 staan de kenmerken van de deelnemende praktijken.

Tabel 1. Kenmerken deelnemende huisartspraktijken								
Huisartspraktijk	Afferden		Maasoever		Gennepe		Op 't Zand	
Aantal ingeschreven patiënten bij start interventie	2741		10.728		9311		2898	
FTE huisarts Voor Na start interventie	1,2	1,6	4,4	5,7	4,4	5,2	1,3	1,6
Samenwerking sociaal wijkteam gemeente	Sociaal team, gemeente Bergen		Sociaal team, gemeente Bergen		Team Toegang, gemeente Gennepe		Dorpsteam, gemeente Sint Anthonis	

In elke praktijk werd een serie van minimaal 6 werksessies gepland en werden actieteams en een implementatieteam geformeerd. De actieteams richtten zich vooral op de invulling in de dagelijkse praktijk en het implementatieteam monitorde de voortgang in de praktijk. In de werksessies kregen de deelnemers nieuwe kennis, tools en technieken aangereikt, werden vaardigheden getraind en werden resultaten van de actieteams gepresenteerd en besproken. De adviseurs van Syntein begeleidde dit traject (gemiddeld 1 uur per week per praktijk). Iedere praktijk had een vast contactpersoon bij Syntein.

De resultaten van dit implementatieprogramma werden gemonitord op de volgende gebieden:

- Ervaren gezondheid van de praktijkpopulatie, door middel van de GGD Gezondheidsmonitor;
- De ervaren kwaliteit van zorg door middel van een gevalideerde vraag patiënttevredenheid, de Net Promotor Score (NPS)¹⁴ De antwoorden op de NPS worden ingedeeld in drie categorieën; 0-6 (criticasters), 7 & 8 (neutralen) en 9 & 10 (promotors). De NPS wordt als volgt berekend: % promotors - % criticasters;
- Het werkplezier van de medewerkers van de huisartspraktijken door middel van een tevredenheidsmeting aan de hand van zes vragen. De antwoorden op de zes vragen met een schaal van 1 tot 5, worden gemiddeld en gerapporteerd;
- De zorgkosten, voortkomend uit het aantal verwijzingen, het aantal medicatievoorschriften en het aantal verrichtingen.

Onderzoeksresultaten

De resultaten van het implementatieonderzoek worden weergegeven in tabel 2. De tabel laat zien dat de antwoorden op de onderzoekshypothesen merendeels positief waren: de door de patiënten ervaren kwaliteit van zorg verbeterde; het werkplezier van de medewerkers steeg; het aantal verwijzingen verminderde, met uitzondering van één praktijk; het aantal medicatievoorschriften verminderden; het aantal contacten nam af en het aantal M&I-verrichtingen nam toe.

Tabel 2. Onderzoeksresultaten

Resultaat		Toelichting
Ervaren kwaliteit van zorg	Er was een stijging van de ervaren kwaliteit van zorg.	De door de patiënten ervaren kwaliteit van zorg liet in 2019 ten opzichte van 2017 een stijging zien van 19% in pilot 1. Voor pilot 2 was er in 2019 ten opzichte van 2018 een stijging van 18%.
Werkplezier medewerkers	Er werd meer werkplezier door de medewerkers ervaren.	In pilot 1 werd in 2019 ten opzichte van 2017 11% meer werkplezier ervaren door de medewerkers van de huisartspraktijken. In pilot 2 werd in 2019 5% meer werkplezier ervaren ten opzichte van 2018.
Verwijzingen	Het aantal verwijzingen daalde.	Het aantal verwijzingen naar het streekziekenhuis in Boxmeer in pilot 1 was 21% lager in 2018 ten opzichte van 2015. Het aantal verwijzingen bij de 21 controle praktijken nam in dezelfde periode af met 9%. Het aantal verwijzingen in pilot 2 was 8% lager in 2018 ten opzichte van 2017. Het aantal verwijzingen bij de 21 controle praktijken nam in dezelfde periode met 2% toe.
Medicatievoorschrift	Het aantal medicatievoorschriften daalde.	Het aantal medicatievoorschriften was in pilot 1 met 11% gedaald in 2017 kwartaal 2 tot en met kwartaal 1 2018, ten opzichte van 2015 kwartaal 2 tot en met 2016 kwartaal 1. Het aantal medicatievoorschriften nam bij de 21 controle praktijken ook met 11% af. Het aantal medicatievoorschriften was in pilot 2 met 14% gedaald in 2017 kwartaal 2 tot en met kwartaal 1 2018. Het aantal medicatie voorschriften nam bij de 21 controle praktijken in dezelfde periode af met 8%.
Contacten	Het aantal contacten nam in 3 van de 4 praktijken af.	Het aantal contacten nam af in drie praktijken, maar toe in 1 huisartspraktijk (Maasoever), zie tabel 3.
M&I-verrichtingen	Het aantal M&I-verrichtingen nam toe.	Het aantal M&I-verrichtingen nam in pilot 1 met 9% toe in 2018 ten opzichte van 2015. Landelijk nam in dezelfde periode het aantal M&I-verrichtingen af met 1%. In pilot 2 nam het aantal M&I-verrichtingen met 3% toe in 2018 ten opzichte van 2016. In dezelfde periode nam landelijk het aantal M&I-verrichtingen met 3% af.

In tabel 3 is effect van de normpraktijkverkleining op het aantal contacten inzichtelijk gemaakt door per praktijk het aantal contacten van 2015, 2017 en 2018 af te zetten tegen het aantal ingeschreven patiënten.

Tabel 3. Verloop aantal contacten per normpraktijk*

	2015			2017			2018		
	N patiënten	Norm praktijk	N contacten per normpraktijk	N patiënten	Norm praktijk	N contacten per normpraktijk	N patiënten	Norm praktijk	N contacten per normpraktijk
Afferden	2741	2168	13999	2747	1800	8316	2799	1800	8127
Maasoever	10728	2168	8291	10515	1800	8360	10348	1800	8620
Gennep				9311	2168	8776	9355	1800	7153
Op 't Zand				2898	2168	8635	2971	1800	7130

* Bij de 0-meting werd als normpraktijk 2168 patiënten gehanteerd, na de inzet van extra huisartsen werd de normpraktijk verkleind naar 1800 patiënten, voor praktijken Afferden en Maasoever in tabel 2017, voor Op 't Zand en Gennep in tabel 2018.

Conclusie en beschouwing

Implementatie van Positieve Gezondheid op de manier zoals uitgevoerd in dit project, met extra tijd voor de patiënt en een abonnementstarief of bevrozing van de financiering van het aantal contacten bleek te leiden tot een toename van de ervaren kwaliteit van zorg en een toename van het werkplezier van de praktijkmedewerker. Ook leidde de implementatie van Positieve Gezondheid tot een aantal veranderingen in werkwijze.

Het valt op dat het werkplezier van praktijkmedewerkers in pilot 1 sterker is gestegen dan in pilot 2. Pilot 1 is eerder gestart. Mogelijk dat de omschakeling naar de nieuwe werkwijze in het begin niet alleen maar voordelen oplevert maar ook onzekerheid, omdat er uit de comfortzone van de bekende werkwijze gestapt moet worden. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor het verschil tussen de praktijken die al langer ervaring hebben met deze werkwijze.

Het aantal verwijzingen naar de tweede lijn nam in alle vier de praktijken af met meer dan 10% in vergelijking met de controlepraktijken. Het aantal medicijnvoorschriften nam met meer dan 10% af in alle vier de praktijken, maar bij pilot 1 niet meer dan bij de controlepraktijken. Het totaal aantal contacten in de vier pilotpraktijken nam (behalve in huisartsenpraktijk Maasoever) niet toe, ondanks de uitbreiding van het aantal fte huisartsen. Het aantal M&I-verrichtingen nam in de vier pilotpraktijken wel toe, terwijl deze landelijk afnam.

Het aantal verwijzingen bleek in alle praktijken af te nemen. Een bevestiging van de hypothese. De implementatie opzet geeft geen inzicht in wat hiervoor verantwoordelijk is. Het bespreken van andere dimensies van gezondheid in het consult kan hierbij een rol hebben gespeeld (zie casus). Meer tijd voor de patiënt geeft ook meer ruimte om het gesprek aan te gaan over de (on)nodigheid van een verwijzing. Ook de bespreking van de verwijzingen in het huisartsenoverleg zullen een positieve rol hebben gespeeld.

Het aantal medicijnvoorschriften nam af, voor pilot 2 en wel meer dan in de controlegroep. Voor pilot groep 1 was de afname gelijk aan de afname in de controlegroep.

Met deze gegevens is het moeilijk aan te geven of en hoe de zorgkosten hiermee veranderen. Duidelijk is dat er minder verwezen wordt, onduidelijk is of dit voldoende oplevert om de extra investeringen in de toegenomen kosten van de huisartsen (extra fte) te compenseren.

De verandering in aantal contacten laat een wisselend beeld zien. In drie praktijken leidde de inzet van extra fte huisartsen tot een afname van het gemiddelde aantal contacten per patiënt in de praktijk. Er was dus daadwerkelijk meer tijd per patiëntcontact, wat ook de opzet van het project was. Bij praktijk Maasoever leidde de inzet van extra fte huisarts juist tot een toename van het gemiddeld aantal contacten per patiënt, waardoor er minder extra tijd per patiëntcontact was dan in de andere drie praktijken. De vraag is waar dat mee samen zou kunnen hangen. Het implementatie traject bleek in praktijk Maasoever moeilijker van de grond te komen door wisselingen van de waarnemers, waarbij de nieuwe waarnemers niet getraind werden in de nieuwe werkwijze. Mogelijk dat extra inzet van huisartsen,

zonder verandering in werkwijze leidt tot toename van het aantal contacten, zoals dat ook in huisartspraktijk Afferden in 2010 gebeurde (zie inleiding). In de andere drie praktijken was of sprake van vaste waarnemers (Afferden, Gennep), of namen de zittende huisartsen de extra ingezette fte voor hun rekening (Op 't Zand), waarbij de continuïteit van de zorg en de implementatie van de nieuwe werkwijze beter geborgd was.

Er blijkt een verandering in het aantal M&I-verrichtingen. Er is mogelijk een relatie tussen het lagere aantal verwijzingen en meer kleine verrichtingen zelf uitvoeren.

Al met al is het verheugend om te constateren dat meer tijd voor de patiënt leidt tot een hogere ervaren kwaliteit van zorg en meer werkplezier bij praktijkmedewerkers (een bevestiging van eerder onderzoek⁴⁻⁷ en een ondersteuning van het beleid van de LHV). In drie van de vier praktijken was er ook een afname van het aantal patiëntcontacten. Positieve Gezondheid is een manier om invulling te geven aan extra tijd voor de patiënt, wat leidt tot minder verwijzingen en mogelijk ook tot minder voorschriften en minder contacten. Extra onderzoek is nodig om te bepalen welke besparingen dit nu werkelijk oplevert. Met deze implementatie en binnen deze onderzoeksopzet is bovendien niet gemeten wat de consequenties van deze manier van werken zijn voor de kosten en maatschappelijke opbrengsten in het sociale domein. Ook daar verwachten we verschuivingen.

Literatuur

1. Grintjes-Huisman KJT, Tjwa E. Elastografie van de lever met de Fibroscan. *Bijblijven* (2018) 34:541–545, <https://doi.org/10.1007/s12414-018-0338-y>.
2. Lambregtse C. Meer tijd voor de patiënt. *LHV de Dokter* 2017;8 (4):8-11.
3. <https://www.nivel.nl/nl/zorgregistraties-eerste-lijn/contacten-huisartsenpraktijk> (mei 2019).
4. Campbell SM, Hann M, Hacker J, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ* 2001;323(7316):784-787.
5. Hombergh P van den, Künzi B, Elwyn G, Akkermans R, Doremalen J van, Grol R, Wensing M. High workload and job stress are associated with lower practice performance in general practice; an observational study in 239 general practices in the Netherlands. *BMC Health Ser Res* 2009;9:118.
6. Hombergh P van den, Wensing M. Biedt de huisartspraktijk met meer tijd per patiënt beter zorg? *Ned Tijdschr v Geneesk* 2010;154:A1226.
7. Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *BMJ* 2003(326):22-6
8. <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/werkdruk-huisarts-bedreigt-kwaliteit-zorg> (mei 2019).
9. Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Horst HE van der, Arnold IA, Burgers JS, Wiersma Tj, Woutersen-Koch H. NHG-Standaard Somatisch Onvolgende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). *Huisarts Wet* 2013;56(5):222-30.
10. Jung HP, Jung T, Liebrand S, Huber M, Stupar-Rutenfrans S, Wensing M. Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen? *Huisarts Wet* 2018;61(3):DOI: 10.1007/s12445-018-0062-y.
11. <https://www.monitorgezondheid.nl/> (mei 2019).
12. Miller WR, Rollnick S. *Motiverende gespreksvoering. Mensen helpen veranderen*. Derde editie. Houten, Ekklesia 2014.
13. Bannink F, Jansen P. *Positieve Gezondheidszorg. Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk*. Amsterdam, Pearson 2017.
14. https://nl.wikipedia.org/wiki/Net_promoter_score (mei 2019).