

Arts bij GVHV

Visietekst



geneeskunde 
voor het volk

1	Inleiding	3
2	Medisch-klinisch handelen	6
2.1	De huisarts als spil in de gezondheidszorg	7
2.2	Welke rol heeft de huisarts in de eerstelijnszorg?	8
2.2.1	Rol in acute zorg	8
2.2.2	Rol in chronische zorg	8
2.2.3	Rol in psychische zorg	10
2.2.4	Rol in technische handelingen	11
2.2.5	Rol in preventie	12
2.2.6	Rol in sociale zorg	13
3	Arts-patiëntrelatie en empowerment	16
3.1	Onze zorg is patiëntgericht	17
3.2	Begrijp de hele patiënt en ken de context	18
3.3	Onze relatie met de patiënt is gelijkwaardig. We delen de informatie	19
3.4	We vinden wederzijdse overeenstemming	22
3.5	Het doel: we versterken de patiënt	23
4	Samenwerken	26
4.1	Samenwerken versterkt de kwaliteit van de zorg. De huisarts bij GVHV is een supersamenwerker	27
4.1.1	Samenwerken in een multidisciplinair team	27
4.1.2	Evolutie naar interprofessioneel samenwerken	30
4.2	De huisarts in relatie met de andere disciplines	32
4.2.1	Samenwerking met het onthaal	32
4.2.2	Samenwerken met de verpleegkundige	33
4.2.3	Samenwerken met de psycholoog	34
4.2.4	Samenwerken met diëtist, maatschappelijk werker of kinesitherapeut	35
4.2.5	Samenwerken met huisartsen-in-opleiding (HAIO's)	35
4.3	Een goed elektronisch medisch dossier (EMD) als basisvoorwaarde	37
5.	Maatschappelijk handelen	38
6.	Wetenschappelijk onderzoek en een kritische basishouding	43
7.	Bijlage: Multidisciplinaire praktijken GVHV: van klein naar groot	46
	Eindnoten	48

1. Inleiding

In 2021 vierden we met Geneeskunde voor het Volk ons vijftigjarig bestaan en daar hoorde ook een vernieuwde visietekst bij: "Omdat gezondheid een recht is". Sinds 1971 nemen de praktijken van Geneeskunde voor het Volk een unieke plaats in in het Belgische huisartsenlandschap. We zijn op vele vlakken pioniers geweest en we willen blijven tonen hoe je een pioniersrol kan opnemen in ons werkveld. Van gratis naar de huisarts, expertise in arbeidsgerelateerde aandoeningen, studiewerk, acties voor betaalbare medicijnen, kwaliteitsvolle multidisciplinaire groepspraktijken opzetten waar jonge artsen opleiding krijgen, groepssessies opzetten met patiënten, en nu ook de eerste stappen in interprofessioneel samenwerken, preventiecentra uitbouwen en strijd voeren voor de erkenning van beroepsziekten.

De maatschappelijke context waarbinnen we als huisarts de zorg moeten leveren, verandert voortdurend. De gezondheidskloof groeit. Niet alleen is de complexiteit van het vak de laatste tien jaar sterk toegenomen, we hebben nu ook te maken met een serieus huisartsentekort. De vergrijzing in onze beroepsgroep en de jarenlange beperking van het aantal artsen dat toegelaten wordt aan de opleiding zijn daar de oorzaak van. Dat heeft een grote impact op de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de invulling van de job als huisarts. We hebben meer dan ooit méér huisartsen nodig. Tegelijkertijd moeten we de werkwijze en de rol van de huisarts in de eerste lijn heroverwegen. We willen met GVHV innovatief blijven en hier een voortrekkersrol in opnemen om zo te streven naar een kwaliteitsvolle en toegankelijke eerstelijnszorg als fundament van onze gezondheidszorg.

Toen we onze algemene visietekst geschreven hadden, merkten we dat er in onze praktijken ook nood was aan een duidelijke, sterk uitgewerkte visie over hoe we als arts bij Geneeskunde voor het Volk willen werken. We willen kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg bieden, die effectief is, empowerend werkt en steunt op een warme vertrouwensband met de patiënt.

Onze GVHV-praktijken zijn nu goed uitgebouwde forfaitaire multidisciplinaire eerstelijnspraktijken. Sinds 2008 werken we samen met verpleegkundigen. Sinds 2015 zijn er in een aantal van onze praktijken ook eerstelijnspsychologen aan de slag. Andere disciplines, zoals diëtisten en kinesisten, werkten in sommige praktijken al langer mee. Tot slot heeft de coronapandemie ook de rol van de onthaalmedewerker als deel van het medisch zorgteam op de voorgrond geplaatst. Zij hebben zich heel snel moeten bijscholen en zijn enorm gegroeid in triage.

De uitdagingen in de gezondheidszorg zijn groot, niet alleen voor de huisartsen, maar voor de hele sector. Net zoals we pioniers zijn in multidisciplinaire samenwerking binnen onze groepspraktijken, willen we nu verder gaan in het interprofessioneel samenwerken, waarbij elke discipline haar eigen verantwoordelijkheden kan opnemen en haar eigen expertise deelt. Op die manier kunnen we de uitdagingen in de eerste lijn aanpakken. De praktijken van Geneeskunde voor het Volk zijn bovendien ook actiecentra waar we willen opkomen voor het recht op gezondheid voor iedereen.

Deze tekst is een visietekst. We zijn er ons van bewust dat we nog niet in alle praktijken op alle competenties en alle punten die we bespreken, het juiste niveau halen. We willen daar wel naar streven. Deze tekst kan ons hierin eenmaken en als leidraad dienen. De tekst moet een raamwerk bieden dat ons dagelijks artsenverk richting geeft, waarbij kwalitatief medisch werk samengaat met empowerment van de patiënt.

We onderscheiden vijf kerncompetenties:

1. **MEDISCH-KLINISCH HANDELEN:** Wat is de inhoud van ons medisch werk? Hoe verandert de rol van de huisarts?
2. **ARTS-PATIËNTRELATIE EN EMPOWERMENT:** Wat zijn volgens ons de basisprincipes waarop een arts-patiëntrelatie steunt?
3. **SAMENWERKEN:** Wat is de positie van de GVVH-arts in de samenwerking met de andere disciplines in onze multidisciplinaire praktijken?
4. **MAATSCHAPPELIJK HANDELEN:** Wat is de specifieke rol van de huisarts in ons project "Omdat gezondheid een recht is"?
5. **WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK EN EEN KRITISCHE BASISHOUDING:** Hoe vertaalt zich dat naar onze dagelijkse praktijk als huisarts?



Deze visietekst is tot stand gekomen na een literatuuronderzoek en focusgroepgesprekken met 37 artsen die in 2021 bij Geneeskunde voor het Volk werkten. In de focusgroepen dachten we samen na over de kerncompetenties die een huisarts nodig heeft, en die specifiek belangrijk zijn voor onze eerstelijnspraktijken van Geneeskunde voor het Volk. De citaten die je in deze tekst terugvindt, zijn afkomstig uit die focusgroepgesprekken.

2. Medisch-klinisch handelen

2.1 De huisarts als spil in de gezondheidszorg.

We staan als huisartsen dicht bij de mensen, zowel vanuit emotioneel oogpunt (we kennen het leven van de patiënten, hun achtergrond, hun waarden en gevoelens) als vanuit geografisch oogpunt (we zijn een arts uit de wijk). Daarom zijn we vaak het eerste aanspreekpunt. We zijn levende voelsprietten van de maatschappij, die voortdurend de vinger aan de pols houden.

We gebruiken onze sociale stethoscoop om de hele context van onze patiënten te kennen: hun geschiedenis, hun familiale situatie, hun werk- en woonomstandigheden, hun leefomgeving en maatschappelijke omstandigheden. We nemen bewust de tijd om actief te luisteren naar het verhaal van de patiënt en gaan daarover samen in gesprek.

CITAAT: *"Ik ben huisarts geworden omdat ik graag met mensen werk. Als huisarts sta je het dichtst bij je patiënten doorheen hun hele leven. In moeilijke periodes, maar ook op de fijne momenten; zowel bij geboortes als bij overlijdens."*

Dat maakt het beroep van huisarts zo boeiend: onze centrale plaats in het landschap van de gezondheidszorg, maar ook in de samenleving als geheel. Om het volledige potentieel van die centrale positie te benutten, maken we als huisarts gebruik van drie onmisbare instrumenten: communicatie, respect en vertrouwen.

De laatste jaren merken we meer en meer dat patiënten niet alleen met allerlei gezondheidsvragen bij ons aankloppen, maar ook met maatschappelijke kwesties rond huisvesting, milieu of energie.

De sociale afbraak leidt ertoe dat mensen aan hun lot worden overgelaten.

Dienstverlening dicht bij de mensen (loketten van banken, postkantoren, etc.) verdwijnt en wordt vervangen door anonieme automaten, online dienstverlening en onbereikbare callcentermedewerkers. Openingsuren worden ingeperkt, alles moet meer en meer op afspraak en snel-snel, efficiëntie is het ordewoord. Een gewone babbel, wat menselijkheid, dat verdwijnt. Gevolg daarvan is vereenzaming, polarisering, psychische problematieken... De huisartsenpraktijk is een van de laatste plaatsen waar mensen nog de kans krijgen om hun verhaal te doen. Eerst in de wachtzaal en daarna bij de hulpverlener. Maar ook dat komt onder druk te staan door het huisartsentekort en de besparingen in de eerste lijn.

Er klinken daardoor steeds meer hulpkreten vanuit de eerste lijn. Huisartsen, verpleegkundigen en andere zorg- en hulpverleners geven aan dat ze de toestroom van zorgvragen van patiënten niet meer kunnen bolwerken. Op zo'n moment zijn er stemmen die zeggen dat we als huisartsen 'te toegankelijk' zijn geworden en dat we die 'toegankelijkheid' moeten verkleinen.¹ Anderen geven de boodschap dat we als huisartsen 'de poortwachters' of 'de controleurs' moeten zijn van de gezondheidszorg. Maar hoe zou 'minder toegankelijkheid' en 'meer controle' de kwaliteit van zorg en de gezondheid van patiënten verbeteren? Wij zien onszelf niet als poortwachter, maar wel als een spil in de gezondheidszorg.

2.2 Welke rol heeft de huisarts in de eerstelijnszorg?

2.2.1 Rol in acute zorg.

Je voet omgeslagen? Een baby met koorts? Opgestaan met hevige hoofdpijn? Vreemde blaasjes op je borstkas? In acute zorg is het voor de huisarts essentieel om de mogelijk ernstige aandoeningen te detecteren tussen de alledaagse klachten. Pluis en niet pluis van elkaar onderscheiden is onze core business. Daarin zijn we als huisarts medisch expert. Is het probleem "pluis" dan kan het behandeld worden door de huisarts. De aanpak is dan vaak geruststellen met aandacht voor een goede patiënteducatie. We vertrekken daarbij vanuit de kennis van de patiënt. Is het probleem mogelijk "niet pluis", dan gebeurt er bijkomend onderzoek of wordt de patiënt (soms dringend) verder doorverwezen.

CITAAT: *"Acute zorg is een leuk én belangrijk deel van huisartsenzorg. We kunnen mensen snel verder helpen en hen eventueel tools geven om de aandoening een volgende keer te voorkomen of er zelf mee aan de slag te gaan. We geven veel uitleg: hoe zijn hun klachten ontstaan en welke evolutie verwachten we. Het is interessant om mensen inzicht te geven in hoe hun lichaam werkt."*

De coronapandemie heeft een aantal zaken veranderd in de organisatie van onze acute zorg. In samenwerking met de verpleging en het onthaalteam stelden we triagerichtlijnen op om zo efficiënt mogelijk te kunnen inspelen op de vragen en noden van onze patiënten.

We moeten actief blijven nadenken over hoe we onze zorg in de praktijk zo effectief mogelijk kunnen organiseren en we sturen bij indien nodig.

2.2.2 Rol in chronische zorg.

De zorg voor patiënten met een chronische aandoening maakt bij veel huisartsen het grootste deel van het werk uit. Hoge bloeddruk en diabetes type 2 zijn de meest voorkomende chronische aandoeningen.² Daarnaast volgt de huisarts ook patiënten op met COPD, astma, chronisch nier- of darmlijden, neurologische aandoeningen, chronische aandoeningen binnen de psychiatrie, chronische musculoskeletale problemen, zorg in de palliatieve fase, enz. Veel patiënten combineren verschillende chronische aandoeningen.

Tegen 'victim blaming'

Chronische aandoeningen zijn, naast de leeftijd, sterk gelinkt aan sociaaleconomische factoren, opleidingsniveau en werkomstandigheden. De levensverwachting voor een

jongen geboren in België in 2020 in een arm gezin is negen jaar korter dan voor dezelfde jongen in een welgesteld gezin. Voor een meisje is dat verschil iets meer dan zes jaar.³ Als het gaat over cardiovasculaire aandoeningen, obesitas en diabetes, spreekt men vaak van welvaartsziektes. Maar die aandoeningen zijn geen teken van welvaart, ze treffen zelfs vaker personen met een lagere sociaaleconomische status. Personen met een laag opleidingsniveau roken vaker, consumeren meer gesuikerde dranken, bewegen minder en eten vaker onvoldoende fruit en groenten. Het is dan ook makkelijk om te zeggen: "Het is hun eigen schuld." Bij Geneeskunde voor het Volk maken we een andere analyse. Gezondheidskeuzes zijn niet alleen maar het gevolg van rationele overwegingen, maar komen voort uit emoties, stress, opvoeding, omgeving, inkomen, etc. Kinderpsychiater Peter Adriaenssens stelde in een interview: "Iemand die in armoede leeft, heeft een andere kop."⁴ Mensen in armoede maken andere gezondheidskeuzes, die bepaald worden door de maatschappelijke context. Je kiest er niet voor om te leven in armoede, en je kiest er niet voor om ongezond te zijn. Bij Geneeskunde voor het Volk veroordelen we patiënten niet op basis van die gezondheidskeuzes, maar proberen we altijd te vertrekken vanuit de eigen sociale en economische context van een patiënt.

Care en Cure

Voor elke aandoening bestaan er richtlijnen. Die zijn opgesteld op basis van onderzoek en consensus en bevatten richtlijnen voor diagnose, behandeling en opvolging. Kwaliteitsvolle, patiëntgerichte zorg betekent dat je zo'n richtlijn vertaalt naar een individueel zorgplan. De inbreng van de patiënt is daarbij essentieel. Zo kom je tot een zorgplan dat aangepast is aan de verwachtingen en de mogelijkheden van de patiënt.⁵ Met een individueel zorgplan proberen we zoveel mogelijk aan proactieve zorg te doen en stimuleren we zelfzorg. Soms is er meer nood aan educatie en proberen we door te luisteren en te praten de motivatie om meer zorg toe te laten te verhogen.

CITAAT: *"Bij de chronische patiënten vraag ik heel veel na. Ik steek veel tijd in een coördinerende rol. Als een patiënt bij de cardioloog is geweest, vraag ik: "Wat heeft die gezegd?" Zo krijg ik zicht op de opvolging. Dat doe ik graag. Wat ik ook doe, is de zorgnoden nagaan. Is er meer omkadering nodig? Zijn er mobiliteitsproblemen? Lukt het nog met de medicatie?"*

Overzicht behouden

De huisarts is bij chronische zorg de spil in de samenwerking tussen verschillende hulpverleners. We werken samen met artsen-specialisten in de tweede of derde lijn, met andere disciplines in onze eigen praktijk en met externe paramedici. Een goede samenwerking met artsen-specialisten is belangrijk. We willen onze patiënt sensibiliseren tegen medische overconsumptie in de tweede lijn. Bepaalde zorg kan in de eerste lijn minstens even goed worden opgenomen. Er is ook steeds meer sprake van hyperspecialisatie, waardoor de patiënt niet meer als geheel wordt bekeken. We nemen als huisarts onze centrale rol op en nemen de regie in handen. We investeren tijd in een goede verwijsbrief met een duidelijke vraagstelling. We mogen als huisarts offensief zijn

naar specialisten toe in het opnemen van de chronische opvolging van onze patiënten. Als huisarts kennen we de patiënten en hun context vaak het beste.

Praktijkprotocollen

In onze eigen praktijken hebben we de meeste ervaring opgebouwd in samenwerken met de praktijkverpleegkundigen rond diabetes type 2. De taakverdeling is vastgelegd in een praktijkprotocol. Onze verpleegkundigen zijn heel goed in die protocollaire zorg. Als arts weten we zeker dat onze patiënt in goede handen is en begeleid wordt zoals afgesproken. Een protocol mag echter niet leiden tot starheid. Ook de verpleging moet het protocol soms durven loslaten om zorg op maat te geven. Als huisarts behouden we ook de expertise en zijn wij verantwoordelijk voor de continuïteit van de zorg. In de chronische zorg streven we naar een vaste stuurarts of een vast zorgteam. Daar gaan we dieper op in bij de derde kerncompetentie, "Samenwerken".

2.2.3 Rol in psychische zorg

Vermoeidheid, malaise, angst en stress zijn klassieke aanmeldingsklachten. Sinds de coronapandemie zien we een stijging in het aantal mensen met burn-out, depressie en angstklachten.⁶

Die aandoeningen vinden hun oorsprong in de maatschappelijke context. We leven in een neoliberale samenleving waar sociale structuren worden afgebroken en plaatsmaken voor individuele verantwoordelijkheid voor succes of falen. Dat geeft stress op het werk, in gezinnen en in onderlinge relaties. Het is een normale reactie op een abnormaal stressvolle omgeving, en dat voelen we in de consultaties. We zien het als onze taak om aan de patiënt uit te leggen dat ze niet individueel verantwoordelijk of schuldig zijn voor hun mentale problemen. De patiënt is niet verantwoordelijk voor het systeem waarin hij of zij leeft, dat hem of haar in een burn-out duwt.

CITAAT: *"Ik doe veel psychische zorg, zowel chronisch als acuut. Meestal is er bij elke consultatie stress. Het is raar, er zijn voormiddagen waarbij ik mijn dokterstas pas rond 11 uur open doe om iemand fysiek te onderzoeken. We besteden veel tijd aan luisteren en praten tijdens ons werk."*

De huisarts is vaak het eerste aanspreekpunt waar patiënten met hun psychische klachten terecht kunnen. Als artsen van GVVH luisteren en kijken we naar hoe de patiënt functioneert in zijn omgeving, gezin en werk. Na die verkenning, stellen we een diagnose en bespreken we de opties van aanpak samen met de patiënt. Soms vergt dit een tijdje ziekteverlof, soms is er medicatie of doorverwijzing naar een psycholoog of psychiater nodig. Is verwijzen nog niet aan de orde, dan kunnen enkele ondersteunende, educatieve en motiverende gesprekken bij de huisarts volgen.

Het wordt steeds moeilijker om patiënten met psychische problemen extern door te verwijzen. Psychiatrie bedden zijn afgebouwd, er zijn lange wachtlijsten bij de Centra

voor Geestelijke Gezondheidszorg en er zijn te weinig psychiaters die ambulante zorg geven. Nazorg na mobiele crisisinterventie is niet toegankelijk of niet betaalbaar. In sommige van onze praktijken kunnen we gelukkig laagdrempelig verwijzen naar een eerstelijnspsycholoog (ELP) die deel uitmaakt van ons team.

CITAAT: *"Ik verwijs nu minder door naar externe psychologen, omdat we in de praktijk een eerstelijnspsycholoog hebben. Vroeger was ik meer psycholoog dan wat anders, en daar zijn we niet voor opgeleid. Al doende leer je dat, het geeft voldoening, maar het is niet echt onze kerntaak. Vertrouwen, dat is onze kerntaak. Mensen vertrouwen geven in zorgverlening en dan gericht doorverwijzen naar andere disciplines, intern of extern."*

Voor een bepaalde groep psychiatrische patiënten ontbreekt een gespecialiseerd aanbod in de regio of zijn er te veel drempels. Sommige patiënten hebben het gespecialiseerde aanbod doorlopen en zijn uitbehandeld. Dan is er alleen nog de huisarts als enige laagdrempelige zorg. Dat is geen gemakkelijke situatie. Huisartsen bespreken die casussen in het team en worden actief ondersteund door de ELP in de omkadering van de patiënt.

2.2.4 Rol in technische handelingen.

Omdat we in onze praktijken nauw samenwerken met verpleegkundigen, zijn er al een heel aantal technische handelingen die zij hebben overgenomen. We kunnen op onze verpleging rekenen om een preoperatief elektrocardiogram af te nemen, voor bloedafnames en om wratjes te bevriezen. Ze geven vaccinaties, nemen een spirometrie af en verwijderen oorstoppen. Technische prestaties maken daarom nog maar een minderheid uit van ons dagelijks werk. Soms leidt dit ook tot discussie in een praktijk: "Welke technische handelingen doen we als huisartsen nog zelf en welke besteden we beter uit?"

Voor een aantal technische prestaties zijn we als huisarts wél nog een grote meerwaarde, op voorwaarde dat je er voldoende routine in behoudt én dat er ruimte voor is in de agenda. Voor een spiraaltje hoeven patiënten geen tien maanden meer te wachten op een afspraak bij de gynaecoloog, en door als huisarts zelf een ingegroeide teennagel te verwijderen, spaar je de patiënt het dure honorarium van een dermatoloog of chirurg uit.

CITAAT: *"Een technische handeling doen, dat geeft mij ruimte in mijn hoofd. Ik vind dat kei plezant. Een infiltratie in een gewricht, een abces insnijden, een hechting... Ik vind het goed dat er ook nog wat van het technische bij ons blijft."*

2.2.5 Rol in preventie

Preventie kan niet zonder een verandering van de maatschappelijke context. Dat beschrijven we uitvoerig in onze algemene visietekst. Met GVHV zien we preventie niet los van de sociale determinanten.⁷ Zo maken we de link met onze visie op maatschappelijk handelen.⁸

Nu gaat slechts 2,2 % van het gezondheidsbudget naar preventie. En dat terwijl er een opmars is van kanker en andere chronische aandoeningen die samengaan met een ongezonde maatschappij en de ongezonde leefstijl, werkomstandigheden en leefomgeving die daarmee gepaard gaan.⁹ Het is daarom evident dat het budget voor preventie sterk verhoogd moet worden.

We zien het aantal mensen met obesitas sterk toenemen. Er wordt over het algemeen dan wel wat minder gerookt dan vroeger, maar we bewegen niet voldoende en eten te weinig groenten en fruit.¹⁰

Als we weten dat gezondheidsrisico's hele populaties treffen, is het logisch dat primaire preventie een gecoördineerde aanpak vergt. De doelpopulatie uitnodigen en sensibiliseren, de voortgang van een preventieproject opvolgen, een planning maken voor volgende stappen... idealiter gebeurt dat op populatieniveau. Daarom is onze visie dat de overheid lokale preventiecentra per 100.000 inwoners moet oprichten die alle preventie op zich nemen voor hun populatie. Om het debat op gang te brengen en te tonen hoe het wel kan, zijn we in april 2024 gestart met onze preventiecaravan in Zelzate en werken we aan een preventiehuis in Molenbeek.

Uiteraard zitten we ondertussen in onze praktijken niet stil. Opportunistische screening bereikt vooral de "worried well". Onderzoek toont dat wie het meest baat zou hebben bij preventie, net ook de doelgroep is die het moeilijkst te bereiken is. In onze praktijken proberen we preventie dan ook planmatig aan te pakken aan de hand van lokale en nationale preventieprojecten. We versturen gerichte uitnodigingen voor griepvaccinatiemomenten, en we proberen mensen, letterlijk en figuurlijk, in beweging te brengen.

Voorbeeld: Baarmoederhalskankerscreening.

Sinds enkele jaren probeert de praktijk van Marcinelle de screeningsgraad voor baarmoederhalskanker te verhogen. Dat wordt gekoppeld aan Internationale Vrouwendag, op 8 maart. Vrouwen die niet in orde zijn met hun uitstrijkje, worden per brief uitgenodigd. Met verschillende andere activiteiten in de periode rond 8 maart, zoals een yoga-initiatie rond chronische pijn, of bloemschikken rond geweld op vrouwen, proberen we medische preventie en maatschappelijke actie aan elkaar te koppelen. Door ook 's avonds en op zaterdag consultaties te voorzien, door kinderopvang in te richten en door na te denken over de inrichting van hun consultatieruimtes, proberen we de drempels voor vrouwen weg te nemen. We rolden dit verder uit naar de andere praktijken van Geneeskunde voor het Volk. We hebben een online vorming, een modelbrief en een handleiding voor de patiëntenselectie in ons elektronisch medisch dossier (EMD) voorzien.

Als arts proberen we individueel de patiënten te motiveren die het meest baat hebben bij preventie. Die patiënten kunnen we doorverwijzen voor persoonlijk advies en begeleiding naar de verpleging of diëtiste in onze praktijken. We gebruiken het EMD om patiënten te identificeren die te laat zijn voor hun opvolging. Vervolgens belt het onthaal die patiënten op om hen uit te nodigen en te motiveren voor een preventieconsult. Ook vrijwilligers kunnen daarbij een rol spelen. Zo draagt het hele team bij aan preventie.

Voorbeeld: Stresscursus.

Volgens Sciensano lijdt één op vier Belgen aan een angst- of depressieve stoornis. Eén op zes Vlamingen kampt met burn-outverschijnselen.

Sinds vijf jaar kunnen zorgverleners bij GVHV Deurne patiënten met stressgerelateerde klachten doorverwijzen naar groepssessies. Die groepssessies worden begeleid door een arts en onze eerstelijnspsycholoog. In vier sessies van 2,5 uur geven we educatie (over psychologische en maatschappelijke factoren) en oefeningen (rond meditatie, ontspanning en ademhaling). Patiënten voelen zich gesterkt en empowered. Ze begrijpen hun eigen lichaam beter en herwinnen de controle over hun leven. Als lotgenoten steunen ze elkaar en leren ze van de ervaringen en het leerproces van anderen. De sociale interactie creëert verbondenheid.

Begeleiding door vertrouwde zorgprofessionals bevordert een positieve mindset en gedragsverandering. Patiënten consulteren daarna minder en zijn minder gericht op hun klachten.

Fatima: "Ik heb heel veel steun ervaren van de groep. Het belangrijkste voor mij is dat ik nu geleerd heb om meer adempauzes te nemen tijdens de dag. Ik voel mij 's avonds minder leeg."

Veerle: "Het leven is nog steeds heel druk, maar ik heb ontdekt dat wandelen mij echt deugd doet en sinds de cursus probeer ik dat wekelijks in te plannen."

Luk: "De cursus wordt op een heel fijne, respectvolle manier gebracht, waardoor je echt ruimte krijgt om zelf te zoeken hoe je je leven anders kan aanpakken. Ik raad hem ten zeerste aan iedereen aan."

Als arts bij Geneeskunde voor het Volk kijken we niet alleen naar leefstijl als het gaat over preventie, maar ook naar de werkomstandigheden en de leefomgeving. We zetten daarbij in op collectieve actie. Hoe we onze rol daarin zien, bespreken we in het hoofdstuk "Maatschappelijk handelen".

2.2.6 Rol in sociale zorg

"Dokter, kan je een aanvraag voor een rollator in orde brengen?" "Wil je dit document nog invullen zodat ik een tegemoetkoming krijg voor incontinentiemateriaal?" "Mijn kind heeft autisme en recht op verhoogde kinderbijslag, kunt u de aanvraag daarvoor invullen?"

In onze geïndividualiseerde maatschappij zijn er meer en meer administratieve voorwaarden verbonden aan het verkrijgen van bepaalde rechten. De beoordeling en

handtekening van een arts zijn daarbij van groot belang. Patiënten moeten medische attesten voorleggen van vermindering van verdienvermogen, vermindering van zelfredzaamheid, achteruitgang van de mobiliteit, ernstige chronische aandoeningen, incontinentie, ontwikkelingsstoornissen... Alleen zo kunnen die patiënten financiële ondersteuning verkrijgen.

We zijn sociale artsen, we kijken naar de hele context en kiezen kant. We doen die administratie nauwgezet, omdat we weten dat we op die manier individueel een verschil kunnen maken. We zorgen voor een goed dossier voor de adviserend arts bij langdurig zieken, we schrijven een uitgewerkt verslag bij een arbeidsongeval, we stellen een volledig functioneel bilan op bij een aanvraag voor tegemoetkoming bij de FOD Sociale Zekerheid en we gaan soms mee naar een expertise. Op die manier helpen we de patiënt vooruit. Daarin zijn we echte experts.

Maar we kunnen er niet omheen: jaar na jaar zorgen besparingsrondes voor steeds strengere criteria om recht te hebben op een tegemoetkoming. In sommige gevallen wordt sociale ondersteuning gewoon afgeschaft. De dienstverlening van het ziekenfonds wordt minder toegankelijk, gemeentelijke en OCMW-dienstverlening worden afgebouwd, sociale infopunten verdwijnen...

CITAAT: *"Wat een probleem is, is het wegvallen van de nulde lijn: kantoren van ziekenfondsen, banken, stadsloketten enz. Mensen komen naar ons om papieren te laten invullen, maar eigenlijk is dat werk voor maatschappelijke diensten."*

CITAAT: *"Ik vind dat we momenteel heel veel werk van de ziekenfondsen moeten doen. Het is niet onze taak om mensen te informeren over waar ze recht op hebben. We steken daar veel tijd in. Iemand die steeds naar het bijzonder onderwijs geweest is, nooit van het VAPH heeft gehoord... met een beetje geluk is er verhoogd kindergeld geweest... Op 21 jaar ontstaan er dan problemen. Dan moet je als huisarts plots een FOD-dossier invullen met gegevens van tien jaar geleden. Dat zijn geen werkbare dossiers."*

Sociale problemen verdwijnen niet door elke patiënt individueel goed te begeleiden. Het neoliberale beleid is de echte oorzaak van de toenemende gezondheidskloof. Een betere, individuele hulpverlening lost dat niet op, hoe cultuursensitief en sociaal wij ons ook opstellen. Daarom zijn we naast artsen ook gezondheidsactivisten en pakken we sociale oorzaken collectief aan vanuit onze actiecentra. Daar willen we bewust de nodige tijd voor maken.

CITAAT: *"Met wat we horen van onze patiënten, kunnen we de politieke strijd versterken. Wij leggen de link tussen de realiteit van de mensen en politieke strijdbewegingen. Of het nu gaat om de problemen van de chronisch zieken of de hoge energierekeningen: wij zijn de voelspriet van wat er gebeurt."*

CITAAT: *"Soms denk ik dat het misschien gemakkelijker kan zijn als je als huisarts zegt: 'Ja, dat is mijn taak niet, ik kan daar niets mee doen. Jammer voor u, ik kan er alleen naar luisteren.' Als je bij GVHV werkt, dan wil je de dingen collectief aanpakken. Dat vind ik goed. Van een probleem waar je op botst, kan je collectief een actie maken. Structurele problemen kan je niet alleen aanpakken..."*

Voorbeeld: Energieloket

Begin 2022 schoten de energieprijzen de hoogte in. Mensen worden geconfronteerd met zeer hoge afrekeningsfacturen en nieuwe, hoge voorschotten. Energieleveranciers zijn zeer moeilijk te bereiken en hun afrekeningen zijn allesbehalve transparant. De personen die het meest kwetsbaar zijn, hebben vaak ook minder administratieve vaardigheden.

We organiseren in onze praktijken een energieloket met opgeleide vrijwilligers. Patiënten kunnen met hun vragen bij ons terecht. We kijken hun rekeningen na, we helpen hen om online hun energiepremie of een afbetalingsplan aan te vragen, en we brengen paperassen voor het sociaal tarief in orde. Zo verlagen we de stress bij onze patiënten en ontlasten we de artsen.

Dankzij een patiëntgerichte, gelijkwaardige en empathische relatie tussen arts en patiënt, kunnen we onze patiënten empoweren.¹¹ Wij zien empowerment als een proces dat we hieronder beschrijven, waarbij we rekening houden met de capaciteiten en de motivatie van de patiënt.

3. Arts-patiëntrelatie en empowerment

3.1 Onze zorg is patiëntgericht.

Het uitgangspunt voor een goede zorg is dat de patiënt centraal staat. Door als arts zorgvuldig te luisteren, helder te communiceren en empathie te tonen, zorgen we ervoor dat de patiënt zich veilig voelt en zich durft open te stellen. We tonen oprechte interesse en verplaatsen ons in de leefwereld van de patiënt. We laten ons raken door zijn of haar verhaal en nemen het probleem van de patiënt serieus. Als huisarts kunnen we dan een kader aanreiken waarbinnen patiënten hun eigen doelstellingen kunnen verwezenlijken. Onderzoek toont het belang en het helend effect van een goede arts-patiëntrelatie. Empathie verlaagt de angst en het leed van patiënten, verhoogt de patiënttevredenheid en levert significant betere klinische resultaten op.¹²

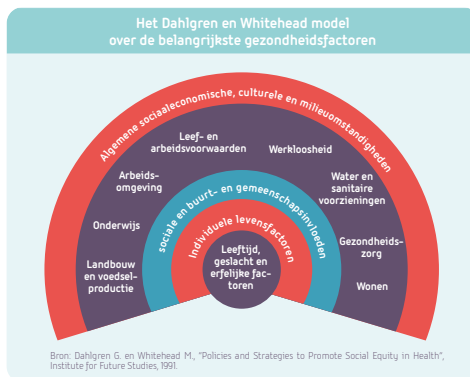
CITAAT: *"De patiënt moet zich veilig voelen om zijn bezorgdheden te uiten. We moeten de patiënt vragen om echt te zeggen wat er aan de hand is, wat hem dwars zit, welke problemen hij zelf heeft vastgesteld en hoe hij die ervaart. Ik denk dat dat het belangrijkste is: dat wij onze manier van kijken niet opdringen, maar dat de patiënten zelf hun probleem aankaarten en daarover met ons komen praten."*

CITAAT: *"Empathie, geen confrontatie opzoeken, luisteren, laten praten en banden smeden. Over het voetbal praten en over andere zaken die in de gemeente zijn gebeurd. Mensen voelen zich daardoor meer op hun gemak onder gelijkwaardige personen. We houden de vinger aan de pols van wat er rondom de praktijk gebeurt, in de wijk, in de stad waar de praktijk ligt."*

In vele van onze praktijken organiseren we activiteiten met onze patiënten buiten de consultaties. Dit helpt enorm om een sterke arts-patiëntenrelatie op te bouwen gebaseerd op vertrouwen en respect. In Hoboken en Marcinelle werken patiënten en zorgverleners samen in de moestuin. In Zelzate richtte men een fietsploeg op met patiënten en artsen. In Hoboken en Deurne koken patiënten en zorgverleners samen tijdens Café Santé. Laat ons zeker de praktijkfeesten niet vergeten die elk jaar georganiseerd worden en waar zorgverleners en patiënten samen achter de tap staan.

3.2 Begrijp de hele patiënt en ken de context.

De meest determinerende factor in gezondheid is de sociaaleconomische. Binnen de visie van GVHV werken we met het holistische model van Dahlgren en Whitehead.¹³ Daarom bevragen we uitgebreid de context van onze patiënten, zodat we hen leren kennen. Op die manier kunnen we beter het verband leggen tussen klachten en maatschappelijke factoren. Zo kunnen we de patiënt daarover informeren.



CITAAT: *“Wij proberen patiënten altijd holistisch te bekijken. We vragen in principe ook altijd naar hun werksituatie. Vroeger vroeg ik daar minder naar, maar ik besef nu hoe belangrijk dat is. Iemand is zoveel uren bezig op het werk, dat heeft zoveel invloed, we moeten er dus wel naar vragen.”*

Om de verwachtingen van de patiënten verder te verduidelijken, wordt de term “ICE” gebruikt: dat staat voor “Ideas, Concerns and Expectations”. Daarmee krijg je een beeld van de ideeën, de bezorgdheden en de verwachtingen die een patiënt heeft rondom zijn of haar klachten. Wat zijn de eigen opvattingen? Hoe staat het met de draagkracht? Wordt de patiënt ondersteund door een sociaal netwerk? Daar een zicht op krijgen, verbetert de accuraatheid van de diagnose én geeft een beter zicht op mogelijke belemmerende of faciliterende factoren in het herstel.

CITAAT: *“In feite gaan we zo veel mogelijk uit van wie de patiënt is en niet alleen van het probleem dat hij of zij presenteert. Is de patiënt een alleenstaande moeder? Is het iemand die in shiften werkt? Je gaat die persoon echt als een individu bekijken, het probleem in zijn context plaatsen en het proberen te analyseren binnen die context.”*

We hebben de reflex om de werkcontext van een patiënt te bevragen. Want enerzijds kan die werkcontext de klacht veroorzaken (en is die dus belangrijk om een goede diagnose te kunnen stellen), anderzijds is die context ook belangrijk om samen met de patiënt de periode van werkongeschiktheid te bepalen. Elke situatie is anders, elke patiënt en elke aandoening is anders.

CITAAT: *“Voor dezelfde sinusitis heeft iemand die zwaar fysiek werk doet in een koelcel langer werkverlet nodig dan iemand met een bureaujob. En het is vanzelfsprekend dat bij een leerkracht zedenleer*

met het carpaletunnelsyndroom de terugkeer naar het werk anders zal verlopen dan bij een kassierster in een supermarkt.”

3.3 Onze relatie met de patiënt is gelijkwaardig. We delen de informatie.

Bij GVHV willen we niet dat de arts op een verhoogje staat. We streven naar een situatie waarin arts en patiënt op dezelfde hoogte staan. In die gelijkwaardige arts-patiëntrelatie heeft de patiënt een zeer actieve rol. Hij is de hoofdrolspeler in zijn eigen verhaal. De rol van de arts bestaat er in zijn of haar deskundigheid, kennis en ervaring te gebruiken zodat de patiënt zijn gezondheidsdoelen kan verwezenlijken.

CITAAT: *“Als een patiënt zegt: ‘U bent de specialist,’ dan antwoord ik vaak: ‘Ik lever de wetenschappelijke kennis maar u kent uw lichaam, u weet wie u bent. Samen gaan we op zoek naar de oorzaak van uw klachten.’ Patiënten verschieten daar soms van.”*

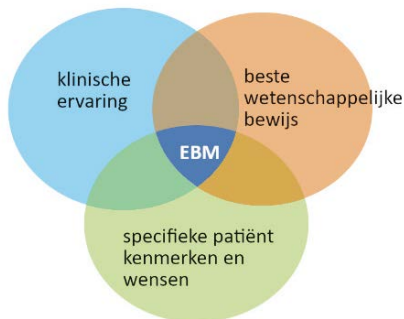
In onze relatie met de patiënt werken we doelgericht. Wat wil én kan deze patiënt die voor ons zit? Soms liggen zijn of haar doelen niet binnen het fysieke of mentale domein waarmee we als arts het meest vertrouwd zijn. We durven op dat moment de regie van de patiënt volgen. We doen dit vanuit de visie dat elke patiënt voldoende kracht heeft om aan zijn of haar herstel of leven te werken. Wij zijn er dan om die kracht mee te zoeken, te ondersteunen of mee vorm te geven.

Door de patiënt de eigen regie te geven, empoweren we hem of haar. Empowerment kan op zo’n moment ook misbruikt worden als excuus om patiënten hun plan te laten trekken. Dat is het geenszins: het mag geen dekmantel worden om verantwoordelijkheid door te schuiven. Het is hier net die gedeelde verantwoordelijkheid die telt.

Onze deskundigheid vertrekt zoveel mogelijk van klinische richtlijnen. Hierbij hanteren we het model van Evidence Based Medicine (EBM) en zoeken we naar de beste evidentie als antwoord op de klinische vraag van de patiënt.



Sinds de jaren negentig heeft de komst van EBM (geneeskunde op basis van bewijs) een enorme verandering in ons consultvoeren teweeggebracht. Wetenschappelijke richtlijnen helpen ons bij diagnostiek en behandeling, maar we mogen daarbij de patiënt niet vergeten. Wij gaan uit van de interpretatie van EBM zoals die oorspronkelijk geformuleerd is door David Sacket: "Evidence-Based Medicine is de integratie van individuele klinische expertise met het beste beschikbare bewijsmateriaal en de waarden en verwachtingen van patiënten."¹⁴



In de gelijkwaardigheid met de patiënt, komt ook onze eigen kwetsbaarheid aan bod. Artsen zijn ook gewoon mensen. Soms stellen we diagnoses te laat of missen we er één. Het is belangrijk om in het team *critical incidents* te bespreken en te analyseren. Zo leren we van onze fouten. We trachten daarover open te communiceren met de patiënt. Dat is een basishouding tegenover de patiënt.



Paternalisme versus dokter als kameraad

Onze visie bij Geneeskunde voor het Volk omarmt het concept van 'dokter als kameraad', waarbij we de relatie tussen arts en patiënt beschouwen als een relatie tussen gelijken. Als huisarts bij GVHV streven we actief naar een gelijkwaardige relatie met onze patiënten, gebaseerd op vertrouwen, respect en overleg. Die relatie gelijkwaardig houden, is niet altijd even makkelijk. Als arts hebben we de kansen gehad om te studeren en hebben we doorgaans een hoger inkomen dan de meeste van onze patiënten. We moeten ons daar bewust van blijven.

Mensen met veel problemen worden in de zorg al wel eens omschreven als "lastig" of "moeilijk". Ze zouden onredelijke vragen stellen en verlangen dat anderen hun problemen oplossen zonder er zelf moeite voor te willen doen. We horen dan dat wij als zorgverleners ons tegen dergelijke patiënten moeten "beschermen" en "sterke grenzen" moeten stellen. Om er zo voor te zorgen dat het voor onszelf niet te zwaar of te veel wordt.

Bij Geneeskunde voor het Volk willen we hier anders naar kijken. We erkennen dat er in de zorgsector nog veel paternalisme heerst. Maar wat bedoelen we juist met paternalisme?

Paternalisme kent diverse vormen. Aan de ene kant hebben we het klassieke "Meneer Dokter"- paternalisme, waarbij de arts veronderstelt het beter te weten dan de patiënt en een belerende aanpak hanteert. Aan de andere kant treffen we artsen en zorgverleners die over patiënten spreken alsof het moeilijke en lastige individuen zijn, veeleisend met onredelijke verwachtingen. Als reactie hierop trekken zorgverleners harde grenzen en sluiten ze zich af, wat de kloof tussen arts en patiënt alleen maar vergroot.

Daarnaast is er het humanitarisme, waarbij artsen alles doen voor hun patiënten, maar vanuit een perspectief waarin ze als zielig, afhankelijk en hulpeloos worden beschouwd. Ook binnen onze praktijken zien we soms artsen pendelen tussen deze uitersten. De kern van de discussie ligt echter vaak verkeerd. Het gaat niet simpelweg om het stellen van grenzen, maar om de manier waarop je naar patiënten kijkt.

Vanuit een gelijkwaardige relatie ga je anders kijken naar patiënten die moeilijk doen.

Patiënten zijn niet moeilijk, ze hebben het moeilijk. Ze worden van het kastje naar de muur gestuurd voor hun arbeidsongeschiktheid of uitkering. Ze botsen op racisme. Ze hebben angst omdat hun kinderen ziek zijn en hebben niet de medische scholing om dat juist te kunnen inschatten. Patiënten zijn geen ambetanteriken tegen wie we ons moeten beschermen. Het zijn mensen van vlees en bloed, uit onze buurt, met hun mooie en minder mooie kantjes.

Sommige mensen komen door hun problemen scherp uit de hoek. Je eigen grenzen stellen als hulpverlener is enorm belangrijk, maar dat doe je vanuit een model dat gemeenschappelijke grond zoekt, niet vanuit een model dat conflict zoekt.

3.4 We vinden wederzijdse overeenstemming.

We gaan de dialoog aan met de patiënt en houden daarin rekening met de kracht en de waarden van de patiënt. Zo komen we tot wederzijdse overeenstemming. "Shared decision making" is een model met intensief overleg, waarbij de uitwisseling van juiste wetenschappelijke informatie tussen arts en patiënt een belangrijke rol speelt. Uiteindelijk willen we dat er een duidelijk plan van aanpak opgesteld kan worden, dat door zowel de arts als de patiënt wordt gedragen. We willen de patiënt helpen om tot een goede beslissing te komen en zich achteraf sterker te voelen.

CITAAT: *"De ideeën van de patiënt over het probleem nemen we mee en we zoeken eigenlijk naar een common ground. Begrijpt de patiënt wat ik zeg en is hij mee, dan kunnen we daarmee verder. Je kunt een behandeling uitleggen, maar als de patiënt het er niet mee eens is... Ik denk bijvoorbeeld aan het prikkelbaredarmsyndroom. Wat voor u als arts duidelijk is, is daarom niet per se duidelijk voor de patiënt. De patiënt kan denken dat het kanker is. Je moet echt zien dat je de patiënt mee hebt in het verhaal en dat je zelf ook mee bent. Hoe ziet de patiënt het, in welke context leeft hij, welke persoonlijke opvattingen heeft hij? Je zoekt hoe je mét de patiënt een oplossing kunt bieden of een antwoord kunt geven op zijn probleem."*

Dat model is voor sommige patiënten erg moeilijk. Ze verwachten een sterkere begeleiding of een hapklaar antwoord. Shared decision making vergt zeker en vast tijdsinvestering.

CITAAT: *"Er zijn ook patiënten die daar helemaal niet mee om kunnen en die na een aantal consultaties zeggen: eigenlijk heb ik het niet graag dat u me vraagt hoe ik er zelf over denk, en of ik denk of ik weer kan werken."*

Gezamenlijke besluitvorming is altijd tweerichtingsverkeer. De arts kan in dit model ook grenzen aangeven. Is er geen indicatie voor antibiotica of (technisch) onderzoek, dan schrijven we die ook niet voor. We gaan in tegen bepaalde foute ideeën die een patiënt heeft over gezondheid en medicatie. We stimuleren patiënten ook om zelf taken op te nemen na overleg. Door bijvoorbeeld contact op te nemen met de vakbond rond een probleem op het werk. Empowerment van de patiënt is prioriteit.

3.5 Het doel: we versterken de patiënt en zijn plaats in de maatschappij

We kunnen als individuele arts allerlei taken opnemen en overnemen van patiënten, bereikbaar zijn via sociale media en eindeloos veel telefoons naar verschillende instanties doen, maar op die manier zien we de kracht van onze patiënten niet meer. Dat is een valkuil die neigt naar liefdadigheid (humanitarisme), een andere vorm van paternalisme, zoals we hierboven reeds beschreven. GVHV-artsen kijken naar wat de patiënt zelf kan opnemen en hoe dat te versterken.

Empowerment kan op vele manieren, maar we kunnen als arts al een heel eind komen door:

- ♥ De patiënt de nodige ruimte te geven om zijn of haar sterke punten te ontdekken en tot een oplossing te komen.
- ♥ Een frisse kijk te bieden op de context en de oorzaken van het probleem.
- ♥ Door die inzichten kan de patiënt soms ook het probleem als een collectief probleem zien, wat ervoor zorgt dat hij of zij de schuld minder bij zichzelf legt. Dat kan op zijn beurt erkenning geven en versterkend werken.



Nicole is 55 jaar en heeft enorm veel last van nekpijn. Ze is poetsvrouw en werkt in het regionale ziekenhuis in Deurne. Ze vertelt dat ze haar werk niet meer gedaan krijgt en altijd maar sneller meer kamers moet poetsen. Haar uurrooster verandert de hele tijd, waardoor ze op onregelmatige uren moet werken. Daardoor heeft ze een conflict met de roosterverantwoordelijke. Ze had al initiatief genomen en was naar de bedrijfsarts gestapt. Die toont geen begrip en zegt dat de pijn geen belemmering is om te blijven werken. Ze is uitgeput en ziet haar werk niet meer zitten.

Ik laat haar even op verhaal komen, geef erkenning en zeg: "Nee, je hebt gelijk, het is niet normaal dat je daar zoveel last van hebt. Het is normaal dat je last hebt van je gewrichten als je meer kamers moet doen en als je onder stress werkt, en dat is niet oké."

Ik vraag haar ook of haar collega's dat op dezelfde manier ervaren. Ze zegt dat het ziekenhuis sinds corona kampt met een personeelstekort. De collega's zijn ook vaker ziek en de dienstverlening is niet meer stabiel. Ze begrijpt haar roosterverantwoordelijke wel enigszins, maar ze vindt haar toch heel kort van stof.

Na dit gesprek kiest Nicole voor een rustpauze. Die periode duurt uiteindelijk enkele weken en wanneer ze het werk hervat, kiest ze voor progressieve werkhervatting. Ze gaat terug naar de bedrijfsarts die ondertussen de situatie op de werkvloer herbekijkt. De roosterverantwoordelijke lijkt met die regeling aanvankelijk wat moeite te hebben, maar er is weer dialoog.

We zijn nu een half jaar verder. Nicole gaat weer graag werken en heeft een goede verstandhouding met de roosterverantwoordelijke. Ze is intussen lid geworden van de vakbond en denkt eraan om zich kandidaat te stellen voor de sociale verkiezingen. Samen met haar collega's kan ze dan meer impact hebben op de arbeidsomstandigheden, vertelt ze fier.

Als huisarts is het onze taak om met de patiënt zijn klachten en hun mogelijke oorzaken te analyseren. Op de vraag "hoe is dit toch mogelijk?" volgt al eens een kritische analyse van de maatschappelijke oorzaken. Op de vraag "wat kunnen we daar nu aan doen?" zoeken we expliciet naar openingen waar de patiënt voor wil en kan gaan. We bekijken met de patiënten de mogelijke pistes, en zij beslissen dan zelf of ze daarmee aan de slag gaan.

Die manier van consultvoeren vraagt in het begin meer inspanning en tijd, maar maakt consultvoeren uiteindelijk lichter. Het versterkt de patiënt en is ook tegengif tegen burn-out.

Patiënten empoweren doen we niet alleen bij arbeidsgerelateerde klachten, maar proberen we ook bij sociale problemen, administratieve problemen, woonproblemen enz.

CITAAT: *"Iemand met een appartement dat vol schimmel staat... Mocht ik niet bij GVHV werken, ik zou zeggen: 'Ah ja, dat is lastig voor u.' En dan gedacht: mijn rol van huisarts zit erop, ik heb de oorzaak gevonden en ik heb het uitgelegd aan de patiënt. Nu zeg ik tegen mensen: 'Dat kunnen we niet aanvaarden, want het is niet normaal. Zie je het zitten om naar Woonhaven te bellen of het samen met je burens aan te pakken?' Ik verhef dan soms mijn stem uit verontwaardiging. En daarna bespreek ik de casus met het team om te zien of andere collega's ook dergelijke ervaringen hebben."*

Empowerment en patiënten versterken in hun kracht, dat is het tegenovergestelde van wat onze maatschappij nu vaak doet als mensen ziek zijn. We blijven weg van medicalisering en kiezen voor het model van positieve gezondheid.

CITAAT: *"Mensen ervan overtuigen dat ze ziek zijn, is ook een ziekte van het systeem. Mensen die als ziek worden bestempeld, consumeren meer zorg omdat ze denken dat ze het nodig hebben... Mensen moeten het gevoel hebben dat hun medische en sociale problemen hen er niet van weerhouden om hun eigen keuzes te maken en een kwaliteitsvol leven te leiden. Het gaat er eerder om mensen een positieve kijk op gezondheid bij te brengen, hun eigen capaciteiten te benadrukken, in plaats van hen pillen te laten slikken, ze van de ene specialist naar de andere te sturen en het aantal scans op te drijven..."*

Vanuit onze consultaties merken we dat patiënten vaak dezelfde klachten, problemen en vragen hebben. Het helpt om dan aan de patiënten te tonen dat ze niet alleen zijn met

hun verhaal. Daarom zijn er verschillende praktijkprojecten voor gezondheidspromotie die patiënten en 'lotgenoten' samenbrengen. Die groepsaankpak werkt empowerend en verbindend.

We hebben groepssessies rond chronische pijn, stress, gezonde voeding en bewegen.

Voorbeeld van onze rol bij patiënten met chronische pijnklachten:

In onze praktijken zien we veel patiënten met aanhoudende pijnklachten met langdurige werkonbekwaamheid tot gevolg. Ze werken in de bouw, in de haven, in de supermarkt, noem maar op. Ze hebben last van chronische pijn in schouders, nek, knieën, rug... Patiënten lopen vaak van de ene specialist naar de andere en consulteren vaak bij de huisarts, op zoek naar een verklaring en een oplossing voor hun pijn. Maar de pijn gaat niet weg. Ze verliezen de moed.

In onze praktijken organiseren we groepslessen voor die personen. We leggen uit hoe de gewaarwording van pijn in ons lichaam werkt, en dat het niet zinvol is om bij lang aanhoudende klachten met technische onderzoeken te blijven zoeken naar mogelijke letsels. Onderzoek toont aan dat psychosociale factoren zoals gepieker en emoties, stress, maar ook ervaringen uit het verleden, mee het ontstaan en de intensiteit van de pijn beïnvloeden. Door te leren hoe je die factoren zelf positief kunt beïnvloeden, kan je weer grip krijgen op je pijn. Het collectieve van onze groepscursussen helpt daarbij. Samen met anderen aan je gezondheid werken en oplossingen zoeken, dat is heel krachtig. Pijn wordt een gedeeld probleem. Bovendien wordt chronische pijn ook ontmaskerd: wat een persoonlijk issue lijkt, is eigenlijk een maatschappelijk alarmsignaal. De ratrace van onze prestatie maatschappij houdt mensen chronisch ziek en sluit hen uit van een actief leven. Na een vaak jarenlange vergeefse zoektocht naar een wonderbehandeling bij specialisten, vinden patiënten bij elkaar opnieuw moed en vertrouwen. Zo'n groepswerking vertrekt vanuit onze unieke kijk op gezondheidszorg: we gaan uit van de kracht van het collectieve, in plaats van de individualistische en vaak puur medisch-technische zorg in een traditionele arts-patiëntrelatie. Iemand gezond helpen worden is zoveel meer dan alleen maar symptomen proberen weg te nemen met een interventie of medicatie.

Sommige problemen zijn van die aard dat alleen een concrete actie zaken in beweging kan krijgen. Deelnemen aan een actie voor verbetering van arbeidsomstandigheden, woonomgeving, een sterke eerste lijn... maakt mensen sterker.

Dit niveau van empowerment en onze rol als arts daarin, bekijken we in het hoofdstuk "Maatschappelijk handelen".



4. Samenwerken



4.1. Samenwerken versterkt de kwaliteit van de zorg. De huisarts bij GVHV is een supersamenwerker.

De wetenschap duwt ons mensbeeld almaar in de sociale richting. Mensen hebben een aangeboren neiging tot empathie, altruïsme en samenwerking. Omwille van al die nieuwe inzichten hebben evolutionaire wetenschappers de mens uitgeroepen tot de supersamenwerker.”¹⁵

4.1.1 Samenwerken in een multidisciplinair team.

CITAAT: “Samenwerken met verschillende disciplines is een enorme meerwaarde én draagt bij aan de aantrekkingskracht van medische huizen zoals GVHV.”

CITAAT: “Bij mij is het heel duidelijk, over die twintig jaar dat ik hier werk. In het begin vond ik dat ik alles zelf moest doen. Nu vind ik dat ik meer moet kunnen terugvallen op het team, met alle positieve en negatieve kanten die erbij komen. Zorgen voor continuïteit is nu wel moeilijker. Vroeger was dat makkelijker: ik deed alles en de patiënt kon altijd op mij rekenen... Langs de andere kant heeft de patiënt nu wel meer mensen op wie hij kan terugvallen.”

Samenwerken creëert synergie. Je kan zorg delegeren. Elke discipline kijkt met haar eigen invalshoek naar de zorg voor de patiënt. We kunnen de zorg laagdrempelig houden en met meer zorgverleners is er altijd een aanspreekpunt op maat.

Samenwerken als een team kent ook uitdagingen. Tegenover de tijdswinst bij het delen van zorg staat dat er meer tijd moet gaan naar overleg en afstemmen. Met onze briefings proberen we fragmentatie te vermijden. We werken er dagelijks aan om onze samenwerking te verbeteren. Ook een up-to-date elektronisch medisch dossier waarin de zorgafspraken tussen de teams worden bijgehouden is een basisvoorwaarde voor multidisciplinair werken.

We werken aan teamgeest en we staan er niet alleen voor. Als een teamlid met een moeilijke problematiek wordt geconfronteerd, wordt dat een zaak van de hele groep en niet alleen van dat individu. We zorgen voor elkaar, ook omdat we beseffen dat goed in je vel zitten een vereiste is om goed kwalitatief medisch werk te kunnen leveren. Dat houdt in dat we aandachtig zijn voor elkaars competenties en zeker voor elkaars talenten.

Daarom heeft niet iedereen binnen hetzelfde team hetzelfde takenpakket. Net zoals we bij de patiënt krachtgericht werken, doen we dat onder elkaar ook. Soms is het moeilijk om dat uit te zoeken binnen een team. Dan zijn we niet verlegen om een (externe) coach te zoeken die ons daarin kan begeleiden.

Het uurrooster van een GVHV-arts is divers. Uiteraard gaat het grootste deel naar patiëntenwerk. Daarnaast is er tijd voor dossier- en administratief werk. En elke arts heeft in meer of mindere mate projecttijd. Projectwerk biedt, naast betere patiëntenzorg, mogelijkheden in eigen ontwikkeling. En door dat in groep te doen, versterkt het de teamgeest. Allemaal belangrijke zaken om je goed in je vel te voelen.

Voorbeeld. Tijdens de coronapandemie veranderde onze werking ingrijpend.

De lockdown had ook een grote invloed op ons eigen sociaal leven. Onze eerstelijnspsychologen werkten voor de praktijken een methodiek uit voor tijdens een teamvergadering. In kleine groepjes maakten we tijd voor elkaar. We stonden stil bij hoe iedereen die periode beleefde. Hoe gaat het met mij? Hoe kunnen collega's mij steunen en helpen? Wat kikkert mij op? Met algemene preventieve maatregelen probeerden we eenieders veerkracht te versterken.

Waar staan we dan als huisarts in die multidisciplinaire setting? Ongetwijfeld hebben we als huisarts een unieke en langdurige zorgrelatie met onze patiënten. Dat is wat we als huisartsen zo belangrijk en leuk vinden. Patiënten met een vaste arts gaan minder naar het ziekenhuis en leven langer. We willen niet dat de zorg in stukjes wordt gedeeld. Continuïteit in de zorg heeft een belangrijke en helende rol.¹⁶

Een huisarts bekijkt het geheel en houdt het overzicht. De patiënt komt met zijn hulpvraag naar de huisarts. Maar als huisarts ben je niet meer de enige zorgverlener. Samen met de patiënt denken we na over zijn zorg en over wie wat doet, op welk moment en met welke verantwoordelijkheid. We worden een ankerpunt, coach en facilitator. Een goede, warme arts-patiëntrelatie die de patiënt erkent en versterkt, blijft hierbij essentieel.

Voor complexe chronische patiënten kiezen we voor het model van een vaste arts als onderdeel in een vast zorgteam. De vaste arts kent het dossier goed, ziet de patiënt ook het meest en kan bij nieuwe klachten de puzzel makkelijker leggen. Patiënten vinden een vaste arts belangrijk. Sommige praktijken hebben goede ervaringen om een duo in te zetten als vast artsenteam. Met twee weet je meer en kan je overleggen.

CITAAT: *"In de zorg voor de chronische patiënt kan er wel eens iemand inspringen, maar de longitudinale relatie moet er ook nog blijven. Je hebt de ervaring met patiënt in verschillende omstandigheden, want je kan niet alles in een dossier zetten."*

CITAAT: *“Je hebt zo van die patiënten die bij de praktijk zijn, die weinig problemen stellen en die bij eender welke dokter willen komen. ‘Jullie zijn allemaal goede dokters’. Maar je hebt ook patiënten die veel hebben meegemaakt. Ik snap ook wel dat die bij dezelfde dokter willen terugkomen. Ik denk dat dat ook wel nodig is, maar we kunnen er niet altijd zijn. Dus het is echt wel goed dat ze een vaste band kunnen opbouwen met één of twee artsen. Bij ons duoproject werkt dat eigenlijk wel goed.”*

Samenwerken tussen artsen onderling gebeurt ook tijdens episodische zorg. In een acute situatie vangen we elkaars patiënten op. En op het einde van een episode briefen we dan de vaste arts.

4.1.2 Evolutie naar interprofessioneel samenwerken

In al onze praktijken willen we verder evolueren naar een hechte interprofessionele samenwerking.

Interprofessioneel samenwerken gaat verder dan multidisciplinair werken. Van zorg delegeren gaan we naar zorg delen in een team. In een multidisciplinaire samenwerking treden de verschillende actoren per definitie op een sequentiële manier op, dat wil zeggen de een na de ander en dus met weinig interactie tussen de actoren. Bij interprofessioneel samenwerken benadrukt de ‘inter’ de interactie en ‘professioneel’ benadrukt de verschillende betrokken professionele hulpverleners, én ook de patiënt en zijn systeem.

Een interprofessioneel zorgteam wisselt informatie, ideeën en aanbevelingen uit tussen de verschillende disciplines en legt dan de rollen en verantwoordelijkheden vast.¹⁷ Het uitgangspunt voor interprofessionele samenwerking is dat de patiënt daarin participeert: geen hulpverlening vóór de patiënt, maar mét de patiënt. Interprofessioneel samenwerken gebeurt vanuit één visie en zorgplan.

Interprofessioneel samenwerken vergt een goede kennis van elkaars expertise en wederzijds vertrouwen. Er is aandacht nodig voor onderlinge communicatie, want elke discipline heeft haar eigen jargon. Het doel is om samen te zorgen voor continuïteit in de zorg en de werklust, flexibiliteit en verantwoordelijkheden te verdelen. Zo willen we de kwaliteit van de zorg verder optimaliseren.¹⁸

We zetten daarin al heel wat stappen. In een aantal praktijken is er nu al intens overleg als het gaat over chronische zorg met een zorgplan op maat van patiënt. Op dit moment is de arts nog vaak de regiehouder, maar we zien in een aantal praktijken waar er meer en meer expertise komt, dat de regie stilaan meer wordt gedeeld met een verpleegkundige of psycholoog.



Op een ochtendbriefing wordt de casus van Julio besproken. Hij heeft diabetes en wordt daarvoor opgevolgd door de verpleegkundige. Omwille van voortdurende stress op het werk en thuis gaat hij langs bij de huisarts. Zijn suikerwaarden zijn onregelmatig. Hij werkt in shiften en heeft een dochtertje met een chronische aandoening die veel zorg vraagt. Hij gaat er helemaal aan onderdoor en ziet geen uitweg meer.

Op de ochtendbriefing wordt de casus bekeken. We leggen de elementen van de zorg bij elkaar. Misschien kan onze eerstelijnspsycholoog (ELP) samen kijken naar de verschillende factoren van de stress? De vaste diabetesverpleegkundige neemt op een volgend consult meer tijd voor opvolging van medicatie en dieet.

Bij een volgende consultatie bekijkt de arts met Julio wat hij zelf kan aanpakken en wat hij van de zorg verwacht. Julio besluit om een afspraak te maken met onze ELP en een paar actiepunten in het dieet aan te pakken in overleg met de verpleegkundige. Hiermee verschuift de regie naar de verpleegkundige en de ELP. Enkele maanden later komt Julio opnieuw op consultatie. Hij heeft via de arbeidsgeneeskundige dienst en de vakbond kunnen bekomen dat hij niet meer in shiften moet werken. Daardoor kan hij zijn voeding beter regelen en is hij op tijd thuis voor zijn dochter.

Hij is blij dat hij bij de ELP inzicht gekregen heeft in de oorzaken van zijn stress en geen medicatie nodig had voor zijn depressieve gevoelens. Op het werk heeft hij met zijn makkers gesproken over de invloed van het werk in shiften op zijn gezondheid. Hij voelt zich versterkt.

Medische projectwerking helpt het interprofessioneel werken mee vorm te geven. Artsen zetten zich samen met de collega's van de andere discipline in om de zorg voor een groep patiënten met eenzelfde aandoening te verbeteren en te vernieuwen. We stellen samen een visie op over de inhoud en de organisatie van die specifieke zorg en brengen het zorgproces in kaart. Elke discipline brengt eigen expertise mee, en dat resulteert in optimalere zorg. Op zijn beurt verhoogt zo de expertise van de individuen in het team. Het is een voortdurende wisselwerking.¹⁹

Voorbeelden zijn de diabetesopvolging, acute infectieconsultaties, preventieconsultaties en de griepvaccinatiecampagne.



Op nationaal niveau wordt voor diabetes een wetenschappelijk protocol opgesteld op basis van de literatuur. Artsen en verpleegkundigen vertalen het protocol naar een lokale taakverdeling en maken duidelijke afspraken rond hun onderlinge communicatie. De verpleegkundige neemt de regie rond de opvolging van de diabetespatiënt over. Rond de patiënt ontstaat daardoor een vast zorgteam van een arts en een verpleegkundige. Bij de arts komt tijd vrij om de patiënt op andere aspecten van de zorg beter op te volgen.



De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) beveelt aan dat 75% van de 65-plussers gevaccineerd wordt tegen de griep. Zo'n hoog cijfer halen we in België niet spontaan, daar moeten we heel wat moeite voor doen. We nodigen onze risicopatiënten gericht uit met een brief en organiseren aparte vaccinatiemomenten. Met callcenters door vrijwilligers proberen we ook onze moeilijk te bereiken patiënten te sensibiliseren rond het belang van griepvaccinatie. Het is echt een project van het hele team. Onthaal, verpleging, artsen en vrijwilligers dragen elk hun steentje bij. Jaarlijks maken we een evaluatie en sturen we bij voor het volgende jaar. Jaar na jaar verhogen we zo onze vaccinatiegraad, en komen we dichterbij die 75%.

4.2. De huisarts in relatie met de andere disciplines

4.2.1. Samenwerking met het onthaal

Het onthaal is een belangrijk deel van het medisch team. De onthaalmedewerkers zijn het eerste aanspreekpunt voor de patiënt, ze luisteren naar de hulpvraag en boeken een afspraak in op maat van patiënt en hulpverlener. Ze zijn expert in triage en zorgen zo voor rust in een complexe agenda met verschillende disciplines en verschillende typeconsulten (fysieke raadplegingen, telefonische raadplegingen en huisbezoeken). Daarnaast nemen ze administratieve taken op, zoals afspraken maken bij een specialist als dat nodig is. Bij de medisch-geschoolde onthaalmedewerkers is er ook een taak weggelegd in het in orde maken/houden van de medische dossiers.

Het onthaal houdt overzicht over de agenda en vervult zo een cockpitfunctie. Als arts geef je ook een zekere autonomie af aan het onthaal. Dat vereist vertrouwen en een goede communicatie, zeker als het eens moeilijker loopt. Via wederzijdse open en positieve communicatie, feedback en ervaring "on the job" hebben we als arts een ondersteunende rol.

In de wachtzaal horen de onthaalmedewerkers wat er leeft bij de mensen. Op die manier hebben ze een sterke signaalfunctie en spelen ze een grote rol in de campagnes die in de praktijk lopen.

CITAAT: *"Tijdens covid hebben we een evolutie doorgemaakt met de triage. De triage zorgt ervoor dat de patiënt bij de juiste verzorgende terecht komt, op het juiste moment. Dat is de centrale rol van het onthaal. Het onthaal heeft soms een heel moeilijke opdracht."*

CITAAT: *"In Marcinelle maakten we een resolute keuze om het onthaal te beschouwen als draaischijf van onze werking. Tijdens de coronapandemie kregen we er als artsen nog veel meer administratie bij. Dat was niet houdbaar. We hebben dan alles bekeken: wie doet wat? We hebben dan hervormd en hervormd en we zijn zo gekomen tot een veel betere taakverdeling. Het onthaal, dat is echt de draaischijf van onze praktijk!"*

CITAAT: *"De buffer die het onthaal voor ons maakt, mag niet onderschat worden. Het gebeurt dat een patiënt een lastig probleem heeft en onmiddellijk zorg eist. Daar goed mee omgaan vereist heel wat expertise."*

4.2.2. Samenwerken met de verpleegkundige

Sinds 2008 werken we in de praktijken van GVHV met eigen verpleegkundigen binnen het forfaitsysteem. Verpleegkundigen hebben een uitgebreid takenpakket. Ze doen zowel consultaties op de praktijk als thuisverpleging. Verpleegkundigen nemen heel wat technische handelingen over en nemen taken op in chronische, acute en preventieve zorg.

In de meeste praktijken volgen verpleegkundigen zelfstandig patiënten op met diabetes type 2. Chronische complexe patiënten delen ze met de artsen in een vaste zorgplanning. Sommige verpleegkundigen met uitgebreide expertise houden de regie van die zorg zelf in handen en overleggen alleen met een arts als er problemen zijn.

CITAAT: *"Ik vind dat de verpleging perfect in staat is om continuïteit te waarborgen en om aan de alarmbel te trekken als er problemen zijn. Ik merk dat er patiënten zijn die vroeger elke drie maanden bij mij kwamen en die ik nu nog maar één keer per jaar zie. Die patiënten hebben nu een band met de verpleegkundige. De verpleegkundige voelt zich ook verantwoordelijk voor de patiënt als er iets is. De patiënt heeft daar veel vertrouwen in."*

Je bent als arts betrokken bij het dossier van de patiënt en laagdrempelig aanspreekbaar als de zorg moeilijk loopt of als de zorgdoelen of zorgplannen aangepast moeten worden. Als arts blijf je een rol behouden in het diagnosticeren, het bepalen van de behandeling en de opvolging ervan. Je blijft actief betrokken en je houdt je medische kennis up-to-date, ook als het gaat over zorg die je niet meer zelf doet.

De samenwerking met de verpleging verhoogt de zorgkwaliteit. Dit hebben heel wat studies reeds aangetoond. We moeten als artsen actief gaan nadenken: welk deel van de zorg kan beter door een andere discipline opgenomen worden? Als we dat niet doen, blijft de zorg bij ons, neemt de werkdruk toe en daalt de kwaliteit.

Zorgdelen met de verpleging daagt ons verder uit om na te denken over onze kerntaak.

CITAAT: *"Onze verpleging staat hier heel ver in. Ze werken proactief. Als iemand een aantal keren een verhoogde bloeddruk heeft, dan spreken ze zelf een thuismeting af en volgen ze dat op. De ene verpleegkundige stuurt een patiënt daarna onmiddellijk door naar ons. De andere verpleegkundige berekent dan zelf het gemiddelde en komt dan naar ons om te overleggen. Dan bespreken we samen het therapeutisch beleid. Dat is wel tof."*

CITAAT: *"Wij hebben een verpleegkundige die gespecialiseerd is in wondzorg. Als zij de deskundigheid heeft verworven, is ze de eindverantwoordelijke. In het diabetesproject ziet de verpleegkundige de patiënt drie keer, de vierde keer komt de patiënt bij de arts. De patiënt wordt nu beter opgevolgd, veel beter dan ik het ooit gedaan heb. We moeten ook durven loslaten."*

CITAAT: *"De implementatie van een doorgedreven samenwerking tussen huisarts en verpleging verschilt sterk van praktijk tot praktijk. Maar we leren van elkaar. Ik heb een tijdje een vervanging gedaan in Lommel. De verpleging regelt daar grotendeels de zorg voor de diabetespatiënten en zij signaleren wanneer er een probleem is. Daaruit leer ik dan voor Schaarbeek."*

4.2.3. Samenwerken met de psycholoog

Als huisarts bij GVHV kijken we naar het mentale welzijn van de patiënten. Patiënten voelen zich veilig bij de huisarts en kunnen daar met hun psychische problemen terecht. Als arts maak je een inschatting: kan de patiënt geholpen worden door een eerstelijnspsycholoog (ELP) of is er meer gespecialiseerde hulp nodig?

Een psycholoog in huis verlaagt de drempel om de patiënt door te verwijzen. Het is immers binnen de muren van de praktijk. Dat bevordert het vertrouwen, doorbreekt het taboe en verlaagt de financiële drempel. Tijdens de briefing is het mogelijk om een casus te overleggen met de psycholoog, ook bij patiënten die nog niet zijn doorverwezen. Een ELP neemt meer tijd dan een arts, is goed opgeleid in psychotherapeutisch begeleiden en heeft bovendien ook een actueel zicht op andere doorverwijsmogelijkheden via de sociale kaart. Ook de groepssessies (rond bijvoorbeeld stress of chronische pijn) zijn een grote meerwaarde.

Is een patiënt in opvolging bij de ELP, dan is het belangrijk om als arts bij een volgende consultatie te vragen hoe de sessies bij de psycholoog verlopen, zonder zelf diep in te gaan op die sessies. De arts schrijft zo nodig medicatie voor en attesteert zo nodig een tijdje ziekteverlof. Terugkoppeling met de psycholoog is belangrijk voor de samenwerking. Tijdens het therapeutisch proces kan een deel van de regie naar de ELP verlegd worden. Het blijft echter de taak van de arts om het proces van de patiënt te volgen en te monitoren.

CITAAT: *"Ik vind het een grote hulp dat er een psycholoog is. Als huisarts doe je je best en heb je een aantal handvatten, maar wij zijn niet opgeleid om psychologische begeleidingen te doen."*

Sommige praktijken hebben geen psycholoog onder hetzelfde dak. Zij gaan dan aan de slag met een ELP uit de regio.

4.2.4. Samenwerken met diëtist, maatschappelijk werker of kinesitherapeut

In sommige van onze praktijken zijn ook diëtisten, maatschappelijk werkers en kinesitherapeuten actief.

We werken steeds samen met respect voor elkaars expertise en stellen het welzijn van de patiënt centraal. Alle disciplines zijn complementair, waarbij elk haar eigen expertise inbrengt in de behandeling en deelverantwoordelijkheid opneemt. We werken samen met dezelfde visie waarin empowerment van de patiënt cruciaal is en waarin de link wordt gelegd naar arbeidsomstandigheden en beleidskeuzes.

We hebben de voorbije jaren reeds hard ingezet op de samenwerking met verpleegkundigen. Veel meer dan met andere disciplines zoals de diëtiste, kinesitherapeut en maatschappelijk werker. We willen hier in de toekomst zeker op inzetten en samen projecten uitwerken om zowel de acute als chronische zorg voor patiënten met verschillende disciplines interprofessioneel op te nemen.

4.2.5. Samenwerken met huisartsen-in-opleiding (HAIO'S)

Geneeskunde voor het Volk heeft al een lange traditie in huisartsen opleiden. Dat is bij ons een engagement van het hele team, en niet alleen van de praktijkopleider.

HAIO's brengen nieuwe inzichten mee en voeden medische discussies. Ze zijn de motor van verandering en vernieuwing. Ze stellen oude gewoonten in vraag. Op hun beurt leren zij de visie van GVHV kennen en laten we hen kennismaken met een andere manier van (samen)werken. "Leren van elkaar" staat centraal en we tonen dat dat ook doorgaat ná de opleiding. Bij GVHV komen de HAIO's terecht in een respectvolle en aangename werkomgeving waar de regels rond werkuren en recup gerespecteerd worden.

We letten erop dat HAIO's voldoende ervaring opdoen met alle aspecten van het huisartsenwerk, ook met taken die nu al vaak gedelegeerd worden naar andere disciplines. Zo worden bijvoorbeeld heel wat bloedafnames bij ons overgenomen door de verpleging, maar blijft het uiteraard belangrijk dat een arts zelf ook vlot moeilijke bloedafnames kan uitvoeren. Een HAIO leert bij ons samenwerken met andere disciplines. Door als HAIO mee te volgen met de verpleegkundige, de diëtist en de psycholoog, leer je het werk van de ander kennen. Dat bevordert de samenwerking en de taakdelegatie. Een HAIO krijgt ook verantwoordelijkheid in de projectwerking of neemt een taak op in de organisatie van de zorg (bijvoorbeeld: beheer van medisch materiaal, urgentietrouse...).

CITAAT: "Jonge artsen opleiden vergt veel energie, maar je krijgt er ook veel van terug. Het is goed dat we ons project van Geneeskunde voor het Volk overbrengen aan jonge mensen."



Getuigenis van HAIO's over praktijkopleider Erik Vanobbergen uit Hoboken, die in oktober 2022 overleed:

Van Erik heb ik geleerd hoe je zo'n dokter voor het volk echt kunt zijn. Ten eerste, met zijn sociale stethoscoop. Bij elke patiëntenbespreking opnieuw. Waar woont die mens, waar werkt die mens, waar komt die vandaan? En weet je hoe het komt dat die woningen daar zo slecht onderhouden zijn? Weet je hoe het komt dat ze daar zo hard moeten werken op die fabriek? Van een medisch probleem tot een maatschappelijk probleem, zo simpel en logisch uitgelegd. Of je als HAIO nu politiek geïnteresseerd was of niet, iedereen leerde dat stukje wel echt bij van Erik.

Persoonlijk bewonderde ik heel erg de band die Erik had met zijn patiënten. Als Erik met patiënten praatte, dan was dat echt naturel. Bij geen enkele andere dokter of hulpverlener tout court heb ik dat zo sterk gezien. Als patiënt had je gewoon niet het gevoel nog dat je bij een dokter zat, maar echt bij een vriend, een kameraad, je buurman. En dikwijls was het ook zo. Die familie woonde in zijn straat, die jongen had nog bij Nina in de klas gezeten, die man had nog met Lino bij Umicore gewerkt... Een dokter tussen de mensen, sterk verbonden met die werkende klasse. Blij om je te zien als je hem tegenkwam, altijd oprecht geïnteresseerd in hoe het met je ging. Op de schoolbanken werd er je toch nog altijd zowat wijsgemaakt dat je om professioneel te blijven toch best wat afstand behield tegenover de patiënten. Maar van Erik heb ik in het echt gezien dat professionalisme en de dokter als kameraad perfect, maar dan ook helemaal perfect, samen kunnen gaan.

Hij genoot ervan om jongeren op te leiden, medisch en politiek. In de zomer van 2021, toen hij al ziek was, vroeg ik hem of hij nog één keer een paar van onze nieuwe medewerkers en HAIO's een rondleiding door Hoboken wou geven. Zijn specialiteit. Naar de fabriek van Lemmerz en Crown. Naar Hoge Beuken. Naar de Draaiboom. Naar zijn wijk aan Don Bosco. Naar Moretusburg. En overal vertellen over de strijd die de praktijk en de partij er gevoerd hebben. Als hij dat kon doen, dan fonkelden zijn ogen. Maar ook de jongeren vonden het fantastisch. Ik beschrijf even wat onze HAIO van toen, Tao, mij deze week nog eens vertelde over die namiddag: "Ik zal die namiddag altijd onthouden. We waren allemaal enorm onder de indruk. En de hele tijd was Erik zo bescheiden – 'ja, het is misschien niet zo interessant wat ik allemaal vertel' – maar wij waren echt onder de indruk." En ik vroeg aan Tao wat hij eruit geleerd had, wat hij eruit zou meedragen. En hij zei: "De kracht van echt betrokken zijn in een buurt. De kracht van de dingen met de mensen samen meebeleven. Dan kun je echt iets veranderen. (...) Die toren aan de Zwaantjes, die is er dus effectief niet gekomen, hé."

4.3. Een goed elektronisch medisch dossier (EMD) als basisvoorwaarde

In onze praktijken gebruiken we momenteel het EMD CareConnect. Dankzij goede afspraken is dat EMD nu een onmisbaar werkinstrument voor onze dagelijkse samenwerking. Het individuele zorgplan, genoteerd in de planning van CareConnect, is een rode draad voor de verschillende disciplines die bij de zorg voor deze patiënt betrokken zijn. Zorg wordt gedeeld, terwijl het overzicht behouden blijft.

Ook de rest van het dossier (nieuwe diagnoses, journaal, nieuwe behandelingen) houden we up-to-date zodat er een snel overzicht is voor een zorgverlener die inspringt voor het vaste zorgteam. Binnen de administratieve tijd is dossierbeheer dus een aparte en belangrijke taak. We moeten regelmatig tijd maken om diagnoses aan te vullen, de planning aan te passen en medicatiewijzigingen in te voeren. Ook daarin bekijken we hoe we met andere disciplines kunnen samenwerken. Het onthaal let erop dat de contactgegevens aangevuld worden, verpleegkundigen kunnen helpen om de postberichten te verwerken, en als arts vul je het journaal zo in dat ook de volgende arts met het verhaal verder kan als je zelf afwezig bent.

Bovendien helpt een bijgewerkt dossier bij samenwerkingen buiten de praktijk: een volledige verwijsbrief opstellen voor een collega-specialist kost dan weinig moeite. En collega's in het ziekenhuis of op de wachtpost zijn tevreden met een Sumehr (een samenvatting van het medisch dossier) die op punt staat.

Een goed EMD helpt ons ook om ons werk kwalitatief te verbeteren. We meten via audits onze kwaliteit en organiseren preventie op praktijkpopulatie-niveau. Het voorbeeld van de baarmoederhalskankerscreening haalden we eerder al aan. En een goede registratie van sociale gegevens helpt dan weer om een zicht te houden op de maatschappelijke context.

Met een nationale EMD-werkgroep wisselen we best practices uit en kijken we naar de toekomst. Kan artificial intelligence ons werk efficiënter maken, terwijl we er ook voor waken dat de zorg mensenwerk blijft?

CITAAT: *"Een goed EMD of een goede registratie is belangrijk voor een aantal collectieve projecten. We zijn altijd met van alles en nog wat bezig waarvoor we mensen willen uitnodigen. Voor veel van die dingen kunnen we gewoon een lijst uit het medisch dossier extraheren. Bijvoorbeeld: welke patiënten nodigen we uit voor een workshop rond bewegen? Je kan dan bijvoorbeeld alle diabetesen ouder dan vijftig jaar opzoeken in het EMD en hen een mail of een sms sturen met ons aanbod. Een goede registratie in het EMD is belangrijk om bij een collectief initiatief zoveel mogelijk mensen te kunnen bereiken die daarvoor in aanmerking komen."*

5. Maatschappelijk handelen



"Voor het recht op gezondheid hebben we goede en sociale gezondheidswerkers nodig (health professionals) maar ook en vooral geëngageerde gezondheidsactivisten (health activists). Bij GVHV combineren we de twee."²²

"Hoe langer je als huisarts werkt, hoe meer je de invloed van politieke beslissingen op de gezondheid van mensen ziet," zegt Stéphanie De Maesschalck, huisarts en onderzoeker aan de vakgroep Eerstelijnszorg van de Universiteit Gent.²⁰

Een vervuilde woonomgeving, lange wachtlijsten voor sociale woningen en moeilijk toegankelijke dienstverlening, maken het leven niet eenvoudiger. Als arts bots je zo al snel op tekortkomingen in de individuele hulpverlening. Wanneer je merkt dat financiële problemen en de stijgende energieprijzen de werkelijke oorzaken zijn van bijvoorbeeld een angststoornis bij een alleenstaande vader, of dat een poetsvrouw steeds hervalt met polsproblemen door haar werkomstandigheden, dan kan je alleen maar een luisterend oor bieden. Als arts bij GVHV heb je echter het voordeel dat je werkt in een omgeving met oog voor die maatschappelijke context. We zien mensen in hun sterkte en we kiezen kant.

CITAAT: *"Als arts bij GVHV kijken we verder dan het individuele aspect van ziekte. We zien hoe de maatschappij een impact heeft op ieders gezondheid."*

We zijn als arts belangrijke signaalgevers. We verzamelen de verhalen die we horen in de consultruimte. We bespreken die signalen in de teamvergadering, en als we meerdere patiënten zien met eenzelfde probleem dan bekijken we of een collectieve aanpak mogelijk is. We proberen met de patiënten en het team te zoeken naar oplossingen of voorstellen tot actie en veranderen zo pessimisme in actie.

CITAAT: *"Als huisarts hebben we een signaalfunctie. We zitten dicht bij de maatschappij, iedereen komt bij ons over de vloer. Het is een sterk punt dat we een nationale organisatie zijn en zo ook breder met die signalen aan de slag kunnen."*

Bij GVHV werken artsen die een locomotiefunctie vervullen in die verandering. We onderhouden daarvoor contacten met middenveldorganisaties, vakbonden, ziekenfondsen, academici enz. En we overleggen, discussiëren en voeren samen actie met de lokale werkingen van PVDA en met de verkozenen van PVDA in de raden en parlementen.

CITAAT: *"Als arts bij GVHV weet je dat er actief rond sociale determinanten wordt gewerkt of op een bepaald beleidsniveau wordt aangekaart zodat dat impact heeft. Dat geeft voor mezelf een geruststelling, een gevoel van: oké, ik kan het hier nu zelf niet oplossen voor deze patiënt, maar ik ben blij dat iemand binnen onze organisatie daar mee bezig is. Dat vermindert het machteloze gevoel dat je soms als hulpverlener kan hebben."*

In onze consultatieruimte empoweren we de patiënt. We doen er aan shared decision making en maken de patiënt bewust van de maatschappelijke oorzaken van ziekte en ongelijkheid. We laten een patiënt in zijn sterkte. Een patiënt mag niet afhankelijk worden van een hulpverlener. Ons maatschappelijk handelen is het verlengstuk van dat werk in de consultatieruimte. We maken empowerment collectief, we brengen mensen samen en proberen verandering af te dwingen. Deelnemen aan een beweging maakt mensen sterker. Empowerment is goed voor de gezondheid. Dat geldt ook voor jezelf als arts en bij GVHV krijgt wie dat wil daar veel mogelijkheden voor.

Voorbeeld: pensioenstudie

Doordat de regering de wettelijke pensioenleeftijd verhoogt, de mogelijkheden voor vervroegd pensioen en brugpensioen verstrengt en de landingsbanen afbouwt, moeten steeds meer mensen langer blijven werken. Maar in hoeverre is het voor iedereen haalbaar om tot het einde van hun carrière te blijven doorwerken? Met Geneeskunde voor het Volk wilden we daar een wetenschappelijk antwoord op formuleren omdat we in onze consultaties merkten dat het voor veel patiënten onhaalbaar is om te blijven werken tot aan de pensioengerechtigde leeftijd. In juni 2021 deden we hierover een studie in al onze praktijken. Onze onderzoeksvraag was: 'In hoeverre laat de gezondheid van onze 55- tot 60-jarige patiënten het toe om nog te werken, en dat zowel op fysiek als mentaal vlak?' We stuurden alle ingeschreven patiënten in de leeftijdsgroep 55 tot en met 65 jaar van onze elf forfaitpraktijken een enquête op en kregen 952 ingevulde enquêtes terug. We brachten de resultaten in de pers in augustus 2021, net op het moment toen de regering haar plannen rond de pensioenen op tafel legde. Achteraf werd de studie ook nog gepubliceerd in HuisartsNu.²¹ *We konden met onze studie echt wegen op het maatschappelijke en politieke debat. Dát is GVHV. We steunen de sociale strijd vanuit ons hart, maar ook met ons hoofd. We onderbouwen onze verontwaardiging over sociaal onrecht met deskundige analyses en inzichten.*

Voorbeeld: Tegen fijn stof en geluidsoverlast in Zelzate.

Zelzate ligt geprangd tussen de R4, de ring rond Gent, en de E34; het wordt doorkliefd door het zeekanaal Gent-Terneuzen en omringd door verschillende industrieën, met een chemische fabriek vlak tegen het centrum.

Vlaanderen wil de R4 ombouwen, maar in Zelzate vrezen de bewoners voor meer vrachtverkeer en dus meer fijn stof en meer geluidsoverlast. We organiseren een infoavond met de vooraanstaande cardioloog dokter Marc Goethals over de invloed van lawaai op de gezondheid. We helpen de wijkcomités en halen mee bezwaarschriften op. Uiteindelijk worden er in 2021 tweeduizend bezwaarschriften ingediend tegen de plannen.

Ook de voltallige gemeenteraad – unaniem, oppositie en meerderheid – stemt tegen de plannen. Het project kreeg uiteindelijk geen vergunning van het Departement Omgeving.

Iedereen beseft dat de omvorming van de R4 belangrijk is voor de verkeersveiligheid, maar er is meer inspraak van de Zelzatenaren nodig om de leefbaarheid in Zelzate te waarborgen.

Bij GVHV kiezen we op die manier bewust kant en willen we de wereld niet alleen interpreteren, maar ook veranderen.

We begrijpen dat mensen andere keuzes maken qua gezondheidsgedrag als ze geen volwaardig inkomen hebben, dat langer werken niet mogelijk is als je in een zware job zit en dat identiteitsvorming een pak moeilijker verloopt wanneer je als jongere met discriminatie te maken krijgt. Daarnaast wordt sociale dienstverlening schaarser en wordt de samenleving steeds ongelijker. De maatschappij duwt naar individualisering en victim blaming. Er is veel schuldgevoel bij mensen. Ondertussen zijn we met minder huisartsen voor meer patiënten en krijgen we te maken met meer complexere problemen. We vinden dat niet normaal, we zijn verontwaardigd en willen dat het verandert.

We organiseren groepsessies en infomomenten, we schakelen patiënten en zorgverleners in tijdens activiteiten en acties en halen petitie of enquêtes op om oorzaken van ziekten aan te kaarten op een hoger niveau. Door als arts samen te werken met de verschillende disciplines in onze praktijken én met de patiënten, kunnen we tot collectieve oplossingen komen. In plaats van individuele zorgverleners, zijn wij zo gezondheidsactivisten die samenwerken en strijd voeren voor het recht op gezondheid voor iedereen.

Sommige artsen voelen zich als activist als een vis in het water, anderen beperken zich tot de signaalfunctie. Afhankelijk van je eigen temperament, en je draagkracht van het moment, bepaalt een arts zelf hoe ver dat engagement kan gaan, en dat is helemaal ok.

CITAAT: *"Ik denk dat het toch iets typisch van GVHV is, dat we niet alleen een medische praktijk maar ook een actiecentrum zijn. Op het einde van een consultatie vragen we patiënten vaak om een petitie te ondertekenen of mee te doen met een actie als dat hen past. Wanneer we een patroon zien in de problemen die zich aandienen, dan proberen we die aan te pakken en ons de vraag te stellen: is dit een maatschappelijk probleem? Als GVHV kijken we dan collectief wat we gaan doen en hoe we daar met de patiënten actie rond kunnen voeren."*

Om echt tot duurzame oplossingen te komen, zijn we ervan overtuigd dat we naar een ander soort maatschappij moeten evolueren als alternatief voor het huidige kapitalistische systeem dat de natuur kapot maakt en mensen ziek maakt.

6. Wetenschappelijk onderzoek en een kritische basishouding

GVHV-artsen vertrekken vanuit een kritische, wetenschappelijk basishouding. Op onze medische vergaderingen discussiëren we over nieuwe richtlijnen en de toepassing ervan in de praktijken. We ontvangen geen artsenbezoekers van farmaceutische firma's omdat we ons voorschrijven willen baseren op onafhankelijk onderzoek. We willen experts zijn en blijven in ons huisartsenvak.

Dat vertaalt zich ook in de medische projectwerking van onze praktijken. Die projectwerking is een stimulans om onze medische zorg in de praktijken te vernieuwen en te verbeteren.

Voorbeeld: In Hoboken starten de artsen een project rond cardiovasculair risicomanagement. Ze stellen vast dat de nieuwe streefwaarden voor cholesterol opnieuw strenger zijn dan de vorige. Vanuit die vaststelling doen ze verder onderzoek: welke primaire bronnen ondersteunen die richtlijnen? De strengere streefwaarden blijken niet wetenschappelijk onderbouwd, maar ze worden wel aangestuurd vanuit de farma-industrie. Uiteindelijk leidt dat tot een opiniestuk in HuisartsNu en gaat huisarts Tim Joye in debat met een professor in de cardiologie op een symposium van de Universiteit Antwerpen.

Voorbeeld: De praktijk van Deurne wil verder groeien in interprofessioneel samenwerken en onderzoekt welke rol de verpleegkundige kan opnemen in consultaties rond kortdurende, infectieuze klachten. Artsen en verpleegkundigen vormen een projectgroep, werken een protocol uit en implementeren de raadplegingen. We doen ook onderzoek naar de kwaliteit van die verpleegconsulten. De praktijk van Hoboken doet een gelijkaardig project en zoekt steun bij professoren en decanen om het wettelijk kader hiervoor aan te passen.

CITAAT: *"Ik wil gewoon goede geneeskunde bieden, en daar hoort wetenschap bij. Niet gewoon overnemen wat de specialisten voorschrijven. Daarom maken we ook bewust de keuze om in onze praktijken geen artsenbezoekers van farmaceutische firma's te ontvangen en gaan we niet naar gesponsorde bijscholingen. Ik bouw liever medicatie af dan een extra medicament op te starten."*

Bij Geneeskunde voor het Volk hebben we een lange traditie in kritisch wetenschappelijk onderzoek rond maatschappelijke thema's. Denk bijvoorbeeld aan het boek "De cholesterooloorlog – waarom geneesmiddelen zo duur zijn" van GVHV-huisarts Dirk van Duppen uit 2004. In het boek toonde hij aan dat de prijs van geneesmiddelen kunstmatig wordt opgedreven door de farma-industrie. Als alternatief schoof hij het kiwimodel naar voor, waarbij prijzen van medicatie gedrukt worden via openbare aanbesteding. Dit leidde tot heel wat maatschappelijk debat en, ondanks een ongeziene lobbycampagne van de farma-industrie, de invoering van een kiwimodel "light" in 2005.

We onderzoeken de relatie tussen ziekte en werkomstandigheden, ziekte en milieu, ziekte en stress. Vaak starten we daarbij vanuit een gezondheidsprobleem dat we vaststellen

in de consultatie. We stellen ons de vraag: "Waarom zien we deze problematiek nu vaker dan voorheen?" We onderzoeken de oorzaken ervan op maatschappelijk vlak, bekijken de medische literatuur en formuleren alternatieven. Onze rol als artsen is te kijken naar welke problemen bij de patiënten spelen, die samen te bespreken en dan onderzoek op te zetten.

Voorbeeld: We merken in onze praktijken dat beroepsziekten bij poetspersoneel uit de dienstenchequesector zelden tot nooit erkend worden door Fedris. We brengen het probleem onder de aandacht, doen studiewerk, organiseren een enquête bij patiënten en dienen daarna tegelijkertijd een heel aantal aanvragen tot erkenning van beroepsziekte in. Zo zetten we druk om een automatische erkenning van beroepsziekten af te dwingen in de dienstenchequesector.

We vinden het belangrijk om onze expertise rond de relatie tussen arbeid en gezondheid steeds verder uit te bouwen. In het voorjaar van 2023 organiseerden we een colloquium "Als het werk je ziek maakt". We bouwen aan een breed front samen met de vakbonden en ondersteunen hen in hun strijd voor betere arbeidsvoorwaarden.

We stimuleren onze HAIO's om voor hun masterproef een onderzoeksvraag te kiezen die te maken heeft met de thema's waar we bij Geneeskunde voor het Volk op willen inzetten (bijvoorbeeld arbeid en gezondheid, medicatie, ziekenhuisfinanciering, huisartsentekort en oplossingen voor de eerste lijn). In de datacollectie kan de HAIO gebruik maken van een schat aan informatie uit de EMD's van alle elf GVHV-praktijken.

We hebben een sterke studiedienst waarin verschillende artsen actief zijn. We werken momenteel rond geneesmiddelenbeleid, organisatie van de eerste lijn en de gezondheidszorg in België. Rond al die thema's doen we onderzoek en stellen we alternatieven voor. Want gezondheid is een recht. Zo stellen we voor om een Europees Salk instituut op te richten om de prijzen van medicijnen sterk te verlagen. Als zo'n publiek onderzoeksfonds de ontwikkeling van nieuwe medicijnen zou financieren, vermijden we dure patenten. En door in elke regio een gezondheidshuis op te richten dat echt inzet op gezondheidspromotie en een gezonde buurt, krijgt preventie eindelijk de aandacht die het verdient. Benieuwd geworden? Je komt er alles over te weten op <https://rechtopgezondheid.be/> en op <https://geneeskunde-voor-het-volk.be/>.

Praktijk	Samenstelling team
Deurne	10 HA (8,1 FTE) + 4 VP + 1 PSY (1FTE) + 1 diëtiste (0,4 FTE)
Hoboken	11 HA (6,7 FTE) +5 VP (4 FTE) + 1 PSY (1 FTE) + 1 diëtiste (0,4 FTE)
Molenbeek	4 HA (3,2 FTE) + 2 VP
Schaarbeek	5 HA (3,7 FTE) + 2 VP (1,5 FTE)
Zelzate	7 HA (5,2 FTE) + 6 VP (5,3 FTE) + 1 PSY (0,8 FTE) + 1 ZK + 1 MaWe (0,5 FTE) + 1 diëtiste (0.25 FTE)
Genk	4 HA (3,4 FTE) + 3 VP (2,8 FTE) + 1 PSY (0,5 FTE) + 1MaWe (0,5 FTE)
Lommel	4 HA (2,4 FTE) + 4 VP (3,1 FTE) + 1 Diëtist (0,1 FTE)
Seraing	4 HA (3,4 FTE) + 2 VP (1,6 FTE) + 2 kiné (1,3 FTE)
Herstal	3 HA (2,8 FTE) + 2 VP (1,6 FTE) + 3 kiné (2,3 FTE)
Marcinelle	3 HA + 2 BABYDOC (3,6 FTE) + 1 VP (0,8 FTE) + 1 PSY (0,8 FTE)
La Louvière	3 HA (2,1 FTE) + 1 VP + 1 PSY (0,2 FTE)

Legende

- ♥ HA: Huisarts
- ♥ VP: Verpleegkundige
- ♥ ZK: Zorgkundige
- ♥ PSY: Klinisch psycholoog
- ♥ Kiné: Kinesitherapeut
- ♥ Diëtiste: Diëtiste of voedingsdeskundige
- ♥ MaWe: Maatschappelijk Werker
- ♥ FTE: Fulltime equivalent



Eindnoten

- 1 Kontichse huisarts Sofie Lemmens bij het programma van Gert Verhulst: "We zijn overbevraagd en té toegankelijk. Dat is de frustratie van een hoop collega's die achter mij staan." Een waarschuwing die overigens ook al eerder de wereld werd ingestuurd door Bvas. Vandenbroucke clasht met huisarts over derdebetaler – De Specialist
- 2 Hek, K., Dijk, L. van. Zorg bij de huisarts – aard, omvang en kwaliteit. Uit: www.nivel.nl [Laatst gewijzigd op 12-02-2023; geraadpleegd op 22-03-2023]. URL: <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/cijfers-zorg-huisarts-huisartsenpost-paramedici/cijfers-zorg-huisartsen>
- 3 Sciensano. Health Status Report. Ongelijkheden in levensverwachting en levenskwaliteit – Naar een gezond België (gezondbelgie.be) (geraadpleegd op 22-03-2023)
- 4 Peter Adriaenssens: "Iemand die in armoede leeft, heeft een andere kop" | VRT NWS: nieuws (geraadpleegd op 17/04/2023)
- 5 Boeckxstaens, P., Vandenbroeck, P., Boeykens, D., Macq, J., Goal-oriented care. A shared language and co-creative practice for health and social care. Goal-oriented care. A shared language and co-creative practice for health and social care. | Koning Boudewijnstichting (kbs-frb.be) (geraadpleegd op 22-03-2023)
- 6 Onafhankelijke Ziekenfondsen. Forse stijging in het aantal personen in arbeidsongeschiktheid omwille van psychische aandoeningen tussen 2018 en 2021 Nood aan een daadkrachtig beleid met betrokkenheid en sensibilisering van alle actoren. 2022. Forse stijging in het aantal personen in arbeidsongeschiktheid omwille van psychische aandoeningen tussen 2018 en 2021 (mloz.be) (geraadpleegd op 22-03-2023)
- 7 Preventieplatform. Opiniestuk: De nood om te investeren in gezondheidsbevordering en ziektepreventie is nog nooit zo groot geweest. [de83c2_830e62b9db444bd2836f94a94c33b66d.pdf](https://preventieplatform.org/de83c2_830e62b9db444bd2836f94a94c33b66d.pdf) (preventieplatform.org) (geraadpleegd op 22-03-2023)
- 8 Geneeskunde voor het Volk. Visietekst. 2022. p 9-38
- 9 Preventieplatform. Oproep aan het beleid door het Preventieplatform. 2021 [de83c2_6395548725db4f269a3cea79361af63d.pdf](https://preventieplatform.org/de83c2_6395548725db4f269a3cea79361af63d.pdf) (preventieplatform.org) (geraadpleegd op 22-03-2023)
- 10 Cijfers | sciensano.be (geraadpleegd op 17/04/2023)
- 11 Geneeskunde voor het Volk. Visietekst. 2022.
- 12 Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. The British Journal of General Practice. 2013.
- 13 Geneeskunde voor het Volk. Visietekst. 2022. Pagina 12: Model Dahlgren en Whithead.
- 14 Sackett D, Rosenberg W et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't? British Medical Journal. 1996
- 15 Van Duppen D., Hoebeke J. De Supersamenwerker. EPO, 2016
- 16 Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. British Journal of General Practice. 201.
- 17 Tzadikidis G, Kool E. Van multidisciplinaire naar interprofessionele samenwerking: vijf bouwstenen voor zorgteams. Huisarts Nu. 2022.
- 18 Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg, G.Tsakitzidis, P. Van Royen, 2022
- 19 Duijn S. Nieuw onderzoek naar interprofessioneel samenwerken op de werkplek. Huisarts & Wetenschap. 2019.
- 20 Humo. 'Ik zie steeds meer de invloed van politieke beslissingen op de gezondheid van de mensen, ook in de coronacrisis' Interview met Stéphanie De Maesschalck. 2021.
- 21 Ostyn B, Feyaerts G, Mariën K. Hoelang kunnen 55-plussers blijven werken? Onderzoek naar het huidige en toekomstige werkvermogen. Huisarts Nu. 2022.
- 22 Geneeskunde voor het Volk. Visietekst, pagina 119. 2022.

