

Een inclusieve cliëntenraad

Samen voor toegankelijke zorg

Gebruikmaken van een cliëntenraad kan grote meerwaarde hebben voor eerstelijnszorgaanbieders. Bijvoorbeeld om te garanderen dat de manier waarop zij communiceren – schriftelijk en (steeds vaker) digitaal – door al hun patiënten begrepen wordt. Een project van het LSR en Pharos toont aan dat dit geen vanzelfsprekendheid is.

TEKST: FRANK VAN WIJCK FOTO: GERD ALTMANN / PIXABAY

Een patiënt belt naar de huisartsenpost en doorloopt daar – zoals dat dan gaat – de triage. Wijst die uit dat voor deze patiënt inderdaad contact met de huisartsenpost aan de orde is, dan volgt de boodschap: ‘Wacht u op de post’. Begrijpt die patiënt dan dat wordt bedoeld: ‘Wacht u even op het contact met een medewerker op de huisartsenpost’? “Nee, helaas is dat niet altijd het geval”, zegt Coryke van Vulpen, senior adviseur/projectleider bij Pharos. “Er zijn ook mensen die zo’n zin heel letterlijk nemen en dus denken dat ze post in de brievenbus krijgen. En dan raakt zo iemand in de war, want die nam tenslotte contact op met de huisartsenpost omdat sprake is van spoed.” Helena Wiersma, beleidsmedewerker/projectleider bij het LSR, landelijk steunpunt (mede)zeggenschap, zegt: “Dit is een signaal waarop een cliëntenraad de organisatie kan wijzen in de samenwerking. Wordt de website veranderd, wordt in belcontact een nieuwe boodschap ingesproken op het antwoordapparaat of worden formulieren aangepast, kijk dan goed naar het begripsniveau van deze boodschappen. Een cliëntenraad kan adviseren of signaleren dat de communicatie op een te hoog niveau is ingezet: *Dit is voor een groot deel van onze achterban niet goed te begrijpen. Laten we met elkaar uitzoeken welke verbeteringen nodig zijn en hoe we gezamenlijk de toegang tot heldere informatie voor iedereen mogelijk maken.*”

Toegankelijke zorg

Het is een actueel thema, gelet op de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) 2018. Die verplicht ook eerstelijnszorgaanbieders vanaf 25 zorgmedewerkers een cliëntenraad te hebben. Een verplichting die deze aanbieders in eerste instantie vaak als een beknelling beschouwden. “Dat snap ik ook wel”, zegt Wiersma, “eerder was dit in andere sectoren van de zorg, zoals ziekenhuizen en revalidatiecentra, net zo. Het was een reactie die alles te maken heeft met het gegeven dat zij nog niet wisten wat een cliëntenraad hen kan opleveren.”

‘Lukt het een patiënt gebruik te maken van een QR-code om bij bepaalde informatie te komen?’

Precies daarom hebben het LSR en Pharos het initiatief genomen tot het project *Samen voor toegankelijke zorg*, dat financieel werd mogelijk gemaakt door ZonMw (zie ook: <https://www.de-eerstelijns.nl/dossier/de-dossiers-bij-de-eerstelijns-6-2021/>). “De titel van het project maakt duidelijk dat we een inhoudelijk thema wilden pakken, iets wat medezeggenschap meteen praktisch maakt voor huisartsen”, vertelt Wiersma. ‘Lage gezondheidsvaardigheden’ bleek dat thema te zijn. Bijna een derde van de volwassenen in Nederland heeft moeite om informatie over gezondheid te vinden, te begrijpen en toe te passen. Het LSR en Pharos zijn beide partner van de Alliantie Gezondheidsvaardigheden, dus lag de koppeling van de twee partijen voor de hand. Voor de uitvoering van het project zochten ze samenwerking met de organisaties en cliëntenraden van Stichting Gezondheidscentrum Amsterdam Zuidoost & Diemen (GAZO), Huisartsenposten Rijnmond en Medrie, de regio-organisatie voor huisartsen in de regio Friesland, Hardenberg en Zwolle.

Eyeopener

Het bleek niet moeilijk te zijn partijen te interesseren voor de pilot. “Huisartsen beseffen dat het met de toemende digitalisering in de zorg belangrijk is dat al hun patiënten daarin kunnen meekomen”, zegt Van Vulpen. Via het LSR werden de cliëntenraden en de organisaties geworven. En via onder andere de Stichting ABC, vrijwilligersorganisatie van en voor laaggeletterden, werd >>



Aris Prins: ‘Apothekers zijn de meest inclusieve academische beroepsgroep die er is.’

en de wijkverpleegkundige heeft iedereen in de wijk wel een beeld”, zegt Prins, “maar de apotheek zit nogal eens ergens in het winkelcentrum.” En is daar nog steeds bereid alle vragen van patiënten te beantwoorden, ook die waarvoor de openbare apotheek helemaal geen verantwoordelijkheid heeft? “Tot op zekere hoogte nog steeds wel”, geeft Prins toe. “Maar het is aan het veranderen. Zelf heb ik één week balietraining gehad tijdens mijn opleiding, maar aan gesprekstechniek wordt nu veel meer aandacht besteed.”

Toch is er nog steeds winst in te boeken, vult Janson aan. Hij zegt: “De patiënt aan de balie zal nog niet vaak te horen krijgen: ‘U komt met een probleem waarmee wij u niet kunnen helpen’. Terwijl dat best eens mag worden gezegd. Denk bijvoorbeeld aan de zorgverzekeringpolis die mensen hebben gekozen en de gevolgen die die heeft voor vergoedingen. Daarvan moet het team aan de balie durven zeggen: ‘Daar zijn wij niet van’. Iedere partij, de patiënt voorop, heeft zijn eigen verantwoordelijkheid.” <<

patiënten altijd bij dezelfde apotheek trouwens. Als patiënt mag je ook hogere verwachtingen hebben van een ‘eigen’ apotheek, die kan dan immers meer voor je betekenen. Maar dat betekent dan wel dat de zorgverzekeraars die niet alleen op de logistiek moeten blijven betalen.”

‘In overleg met de huisarts of medisch specialist kan de apotheker een deel van de zorg leveren’

Samenwerking

Dat brengt ons terug bij de opmerking van Janson dat de koek niet groter hoeft te worden, maar dat hij anders moet worden verdeeld. Hij is ervan overtuigd dat dit zal lukken, vooropgesteld dat sprake is van goede samenwerking tussen de huisarts, wijkverpleegkundige en openbaar apotheker. “Ik denk dat die drie gezamenlijk heel goed in staat zijn veel zorg uit het ziekenhuis te houden”, zegt hij. “Dat scheelt dus zorgkosten in de tweede lijn. En het betekent bovendien dat deze drie eerstelijnsparthijen niet elkaar hoeven te kannibaliseren.” Prins vult aan: “We rekenen erop dat we op basis van dit uitgangspunt ook de zorgverzekeraars en het ministerie van VWS aan onze zijde zullen vinden. Maar het lukt alleen gezamenlijk.” In het kader van die gezamenlijkheid is de genoemde zichtbaarheids campagne zo belangrijk. “Van de huisarts

de doelgroep gevonden die de schriftelijke en digitale communicatie van de praktijken kon beoordelen. Hoe toegankelijk is de website? Hoe makkelijk of moeilijk is een vragenlijst? Lukt het om gebruik te maken van een QR-code als dit nodig is om bij bepaalde informatie te komen?

“Het samen met de doelgroep beoordelen van deze vragen was echt een eyeopener voor de praktijken”, zegt Wiersma. “Ze werden verrast door wat mensen anders begrijpen dan het was bedoeld. Het werd ze duidelijk dat ze informatie aanboden die ze vanuit hun eigen referentiekader hadden ontwikkeld.”

Het project leidde tot een handreiking en een workshop die cliëntenraden en eerstelijnsorganisaties handvaten biedt om samen vervolgstappen te zetten. Daarnaast helpen de handreiking en workshop om toe te werken naar inclusieve medezeggenschap, waarbij mensen uit de achterban met verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden worden betrokken.

Vervolg

Zowel de praktijken als de cliëntenraden die aan het project meewerkten, zagen duidelijk de meerwaarde van de gekozen aanpak, stelt Wiersma. “De cliëntenraden zagen dat hierdoor hun ruimte voor medezeggenschap toenam”, zegt ze. “Veel praktijken waren al wel bezig met het onderwerp gezondheidsvaardigheden, maar dat wisten cliëntenraden dan niet. Door hierover samen in gesprek te gaan, komen zulke knelpunten aan het licht en kun je met elkaar afspraken maken voor de toekomst.”

Er komt een vervolg, vertelt Van Vulpen: “Twee proeftuinen gaan verder met toegankelijkheid van communicatie. Op de website, maar ook bijvoorbeeld in de spreekkamer. Ook twee proeftuinen gaan verder met achterbancontact. De vraag ligt voor hoe de cliëntenraden het best de diverse groep cliënten kunnen bereiken die zij vertegenwoordigen, rekening houdend met beperkte gezondheidsvaardigheden. Medrie gaat daarbij focussen op mensen met beperkte digitale vaardigheden. Pharos



EENVOUDIG NEDERLANDS

Gerard Niens is voorzitter van de cliëntenraad van Medrie. “In die functie hebben we slechts indirect contact met patiënten, want Medrie werkt voor de huisartsen, als ondersteunende organisatie. Cliënttevredenheidsonderzoeken en klachtenafhandeling geven ons wel informatie over de patiënten, maar hoe kunnen wij rechtstreeks in contact met hen komen om niet alleen informatie over ze te ontvangen, maar ook zelf te kunnen aanbieden? Die vraag wilden wij beantwoorden. Voor ons een goede reden dus om een rol te willen spelen in het project van het LSR en Pharos. We zien dat enerzijds laaggeletterdheid toeneemt en anderzijds dat steeds meer digitaal wordt gecommuniceerd. Dat leidt tot een kloof tussen mensen die hierin wel of niet kunnen meekomen.”

De bestuurders van Medrie en de huisartsen die door deze organisatie worden ondersteund, zagen meteen het belang van het project, stelt Niens. “De gedachte was: we denken dat we het aardig goed doen in onze communicatie”, vertelt hij. “Dat wilden wij controleren bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. We deden dat door te kijken naar de schriftelijke uitingen in de wachtkamers en de informatie die de praktijken via hun websites bieden. Daaruit bleek dat die communicatie niet aansloot op het B1-niveau (eenvoudig Nederlands, red.). Het was dus duidelijk dat het waarde had om meer aandacht te besteden aan de patiënten die tussen wal en schip dreigen te vallen.”

Medrie had het plan om meer in te zetten op digitalisering. “Door ons werk werden ze zich bewust van het feit dat ze onvoldoende stilstonden bij hoe dit aankomt bij de patiënten. Dit leidde tot een beleidsbeslissing van het bestuur van Medrie dat voortaan alle uitingen aan de eisen van het B1-niveau moeten voldoen. Dat is de winst van dit traject: het heeft niet alleen geleid tot bewustwording bij professionals en cliëntenraad, maar ook daadwerkelijk tot aanpassing van het beleid. Dus is het gevolg dat nu alle communicatie-uitingen in de wachtkamers en op de websites onder handen worden genomen.”

Toch blijft er nog een uitdaging, erkent Niens. “In de cliëntenraad zitten over het algemeen mensen die hoogopgeleid zijn en in de zorg hebben gewerkt”, zegt hij. “In onze cliëntenraad zitten twee mensen zonder die achtergrond, maar ook zij zijn geen patiënten. We hebben nu een vacature en het is de bedoeling die in te vullen door iemand met patiëntervaring. We willen immers komen tot een inclusieve cliëntenraad. Maar we verwachten van die persoon wel dat die met enige distantie kan kijken naar de materie en in staat is beleidsstukken te lezen en interpreteren. Dat is een dilemma. Ik ben daar niet te somber over, maar het is wel een uitdaging de mensen te vinden die tot de doelgroep behoren.”

en het LSR willen samen verder onderzoeken hoe mensen met beperkte taalvaardigheden beter bij het werk van de cliëntenraad kunnen worden betrokken.”

Wiersma: “De wens is natuurlijk dat nu veel meer eerstelijnszorgaanbieders gemotiveerd raken om tot actieve medezeggenschap van de cliëntenraden te komen. Betrokkenheid van cliëntenraden gaat over collectieve belangenbehartiging. Een zorgaanbieder heeft heel veel

belangen om rekening mee te houden, een cliëntenraad kijkt specifiek vanuit het cliëntenperspectief. Dat kan een praktijk een enorme meerwaarde bieden.” <<