

Chapter 10

APPENDICES

TABLE OF CONTENTS

A - Project proposal	3	Q – Semi-structured interview guide for evaluation	166
B - Artificial Intelligence Use Statement	6	R - Validation interviews with GPs	167
C - Financial Structures in Primary and Secondary Care	7	S - Validation interview with person with joint complaints	173
D - Observations made on the Rheumatology department	8		
E - Interview guide	17		
F - Informed consent form	21		
G - Transcription Interviews - patient perspective	22		
H - Transcription interviews - primary care worker	47		
I - Transcription interviews - secondary care worker	79		
J- Transcription Interview - systemic perspective	121		
K - Codes thematic analysis - per target group	124		
L - Thematic analysis - per target group	133		
M - Previous versions of the cause-and-effect diagram	150		
N - Brainstorm session plan	152		
O - Brainstorm session outcomes	155		
P - Brainstorm output per design value	160		

A - PROJECT PROPOSAL

Project Proposal form IDE Master Graduation Project

In this proposal the agreements made between student and supervisory team about the student's IDE Master Graduation Project are set out. This document needs to be prepared for the Kick-off meeting and should be submitted in MyCase.

Name student Student number

Project title

Please state the title of your graduation project (above). Keep the title compact and simple. Do not use abbreviations. The remainder of this document allows you to define and clarify your graduation project.

MSc programme Design for Interaction Integrated Product Design Strategic Product Design
 Other (in case of a double degree outside IDE):

Introduction

Describe the context of your project in the box below; What is the domain in which your project takes place? Who are the main stakeholders and what interests are at stake? Describe the opportunities (and limitations) in this domain to better serve the stakeholder interests. (max 250 words)

The prevalence of osteoarthritis is increasing rapidly in the Netherlands. It is expected that by 2050, approximately three million people will be living with osteoarthritis, which is almost double the number in 2022 (Verdubbeling Artrosepatiënten in 2050 Vraagt Om Andere Keuzes | Nederlandse Zorgautoriteit, 2025). This growing number of patients with joint complaints presents a challenge for rheumatologists and orthopedists.

The care for osteoarthritis is complex system and involves multiple stakeholders at different levels. The main stakeholders in this area are patients with joint complaints, first line care, second line care, healthcare organisations and healthcare insurers, each of which has its own, but interconnected, interests.

To better understand the growing pressure on osteoarthritis care, an in-depth understanding of the system is needed.

A journey of the current osteoarthritis care pathway was mapped out in a previous project (figure 1). This graduation project builds on that work by focusing on the period preceding and on the first three phases of this journey. The ultimate goal is to make a design that contributes to a future-proof regulation of osteoarthritis care, in which demand for care and care capacity are balanced, while human-centered care remains central to the delivery of care.

Reference:
 Verdubbeling artrosepatiënten in 2050 vraagt om andere keuzes | Nederlandse Zorgautoriteit. (2025, 28 augustus). Nederlandse Zorgautoriteit.
<https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2025/08/28/verdubbeling-artrosepatiënten-in-2050-vraagt-om-andere-keuzes>

→ space available for images / figures on next page

Introduction (continued): space for images

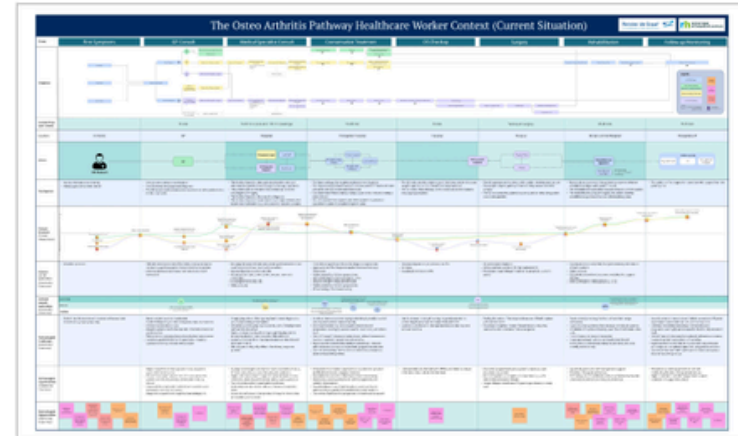


Figure 1: Current journey of an osteoarthritis patient

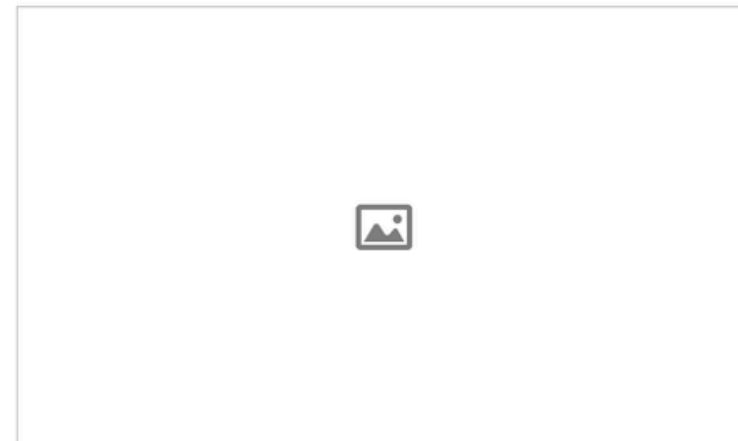


Figure 2:

Problem Definition

What problem do you want to solve in the context described in the introduction, and within the available time frame of 100 working days? (= Master Graduation Project of 30 EC). What opportunities do you see to create added value for the described stakeholders? Substantiate your choice. (max 200 words)

In the context of increasing osteoarthritis care and growing pressure on rheumatology, there is an opportunity to gain deeper insight into the factors that shape the inflow of patients with joint complaints to rheumatology. Understanding how personal, organizational, and environmental factors together influence the balance between care demand and care capacity can support a more future-proof design. My three main research questions will be:

- What is the current system around the influx of patients with joint complaints?
- Which parts of this system are influencing the balance between the demand for care and care capacity?
- Which leverage points within the system offer the greatest opportunities for a positive impact through a design.

I see opportunities to create value by creating a holistic overview of the system and creating a future-proof design that helps manage the increasing patient flow within rheumatology care and contributes to a better patient experience and workability for healthcare professionals.

Assignment

This is the most important part of the project brief because it will give a clear direction of what you are heading for. Formulate an assignment to yourself regarding what you expect to deliver as result at the end of your project (1 sentence. As you graduate as an industrial design engineer, your assignment will start with a verb (Investigate/Design/Validate/Create), and you may use the format: (Investigate/Design/Validate/Create) a (what will be the deliverable → prototype/roadmap/process/ intervention /approach/guideline/strategy/...) to (what should it do → create/understand/evaluate/validate/ improve/execute/ analyse/...) (the objective → experience/value/process/product/...) for (whom → target group/client/...) in (what context).

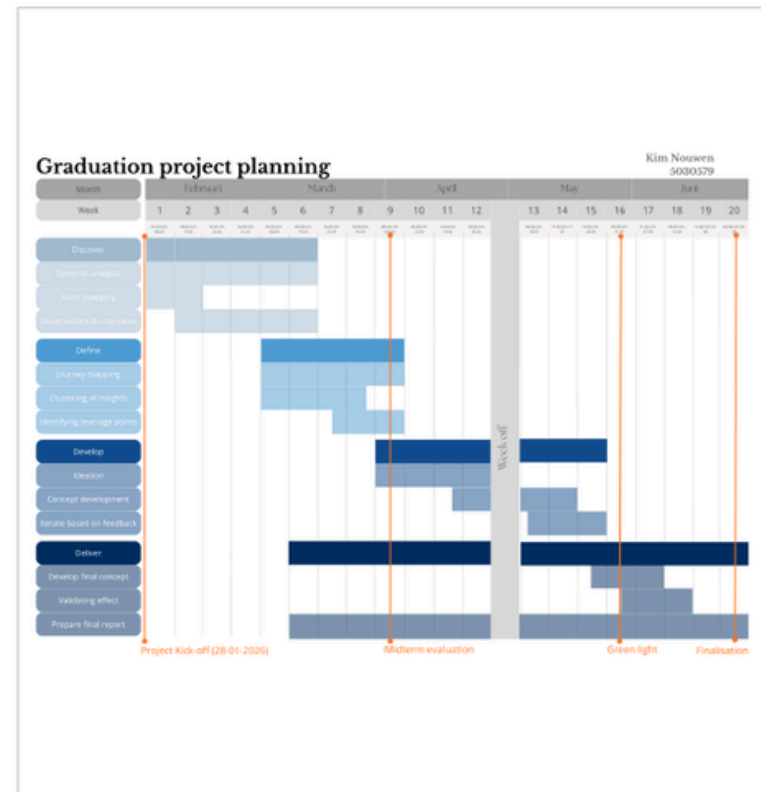
Create a future-proof design to optimize the inflow of patients to the rheumatology department through a system analysis, in order to improve patient experience and support a sustainable workflow for healthcare professionals within osteoarthritis care.

Explain your project approach to carrying out your graduation project and what research and design methods you plan to use to generate your design solution (max 150 words).

In this graduation project, I am working according to the Double Diamond approach, consisting of the phases Discover, Define, Develop, and Deliver. Within this approach I will be using some methods from the systemic design approach, especially for the first two phases. The project starts with a holistic diagnosis of the system gathering qualitative and quantitative data about the social, cultural, economic, productive and environmental context through field research (interviews) and desk research (literature). I will analyse this data develop stakeholder maps/journeys and map out the broader system surrounding the inflow of patients into rheumatology in a comprehensive system map. Based on this, I am planning on identifying patterns, bottlenecks, and leverage points. A design directions will be formed by a leverage point, which will eventually lead to a design. This design will be validated with relevant stakeholders involved in the system.

Project planning

To make visible how you plan to spend your time, you must make a planning for the full project. You are advised to use a Gantt chart format to show the different phases of your project, deliverables you have in mind, meetings and in-between deadlines. Keep in mind that all activities should fit within the given run time of 100 working days. Your planning should include the Kick-off, Midterm Evaluation, Green Light and Finalisation (ceremony). Please indicate periods of part-time activities and/or periods of not spending time on your graduation project, if any (for instance because of holidays or parallel course activities). Add (an image of) the planning in the box below. If it is not readable, you can add the planning as an attachment to My Case along with this Proposal.



Motivation and personal ambitions

Explain why you wish to start this project, what competencies you want to prove or develop (e.g. competencies acquired in your MSc programme, electives, extra-curricular activities or other).

Optionally, describe whether you have some (max 5) personal learning ambitions which you explicitly want to address in this project, on top of the learning objectives of the Graduation Project itself. You might think of e.g. acquiring in depth knowledge on a specific subject, broadening your competencies or experimenting with a specific tool or methodology (200 words max).

Since my bachelor's thesis project at the Reinier de Graaf Gasthuis hospital, I have developed an interest in designing for healthcare. That is why I chose to pursue the MeDesign specialization. During my master's program, I realized that I see great value in systematically analyzing complex issues. Understanding the broader healthcare system helps me make design choices that are more meaningful and sustainable. That is why I consciously choose an approach that combines systems thinking and human-centered design. After my studies, I would like to find a job in healthcare innovation, which is why I am convinced that it is important for me to learn how to deal with the complexity of healthcare in the Netherlands.

During my graduation project, I expect to learn how to collaborate effectively with busy healthcare professionals and how to translate complex insights into clear and applicable output.

My learning objectives for this project are:

- To strengthen my skills in analyzing complex systems through system analysis.
- To learn how to visualize care pathways and system interactions in a clear and communicative way.
- To investigate how system insights can contribute improvements in the care pathway.
- To strengthen my skills in communicating complex system information to healthcare professionals.

B - ARTIFICIAL INTELLIGENCE USE STATEMENT

This thesis was completed with the assistance of several artificial intelligence tools at various stages of the writing and presentation process. In the interest of transparency and academic integrity, this statement outlines which tools were used, for what purposes, and how they were applied responsibly.

Tools Used

Three AI tools were employed during the production of this thesis: Google Gemini, OpenAI ChatGPT, and Anthropic Claude.

Visual Content Generation – Google Gemini

Google Gemini was used to generate visual illustrations that support the narrative and argumentation presented in this thesis. These visuals were created to complement and clarify concepts discussed in the text, making the report more accessible and engaging for the reader. All prompts submitted to Gemini were carefully constructed to describe the desired visual output in abstract and conceptual terms. No sensitive, confidential, or personally identifiable data was included in any prompt. The generated images were then selected and curated based on their relevance and accuracy in representing the intended ideas.

Text Revision and Academic Writing – ChatGPT and Claude
ChatGPT and Claude were used exclusively as writing assistance tools to refine and improve text that I was originally written by the researcher. These tools were not used to generate new content, arguments, or ideas. Their role was limited to restructuring sentences for logical flow, improving academic tone and clarity, and correcting grammatical inconsistencies. All intellectual content, including the research questions, theoretical framework, analysis, and conclusions, was independently developed by the researcher.

Prompts submitted to these tools were designed to share only the specific text requiring revision, without including any sensitive research data, participant information, or confidential material. A typical prompt would take the form of an instruction such as "Please rewrite the following paragraph to improve its academic tone and logical flow, without changing the meaning," followed by the text that was written.

Responsible Use and Author Accountability

The use of AI tools in this thesis was guided by the principles of transparency, responsibility, and academic integrity. The researcher retains full responsibility for all content presented in this thesis. All AI assisted content was critically reviewed, edited, and approved before inclusion. The use of these tools was intended to enhance the quality of communication, not to substitute for original thought or scholarly effort.

C - FINANCIAL STRUCTURES IN PRIMARY AND SECONDARY CARE

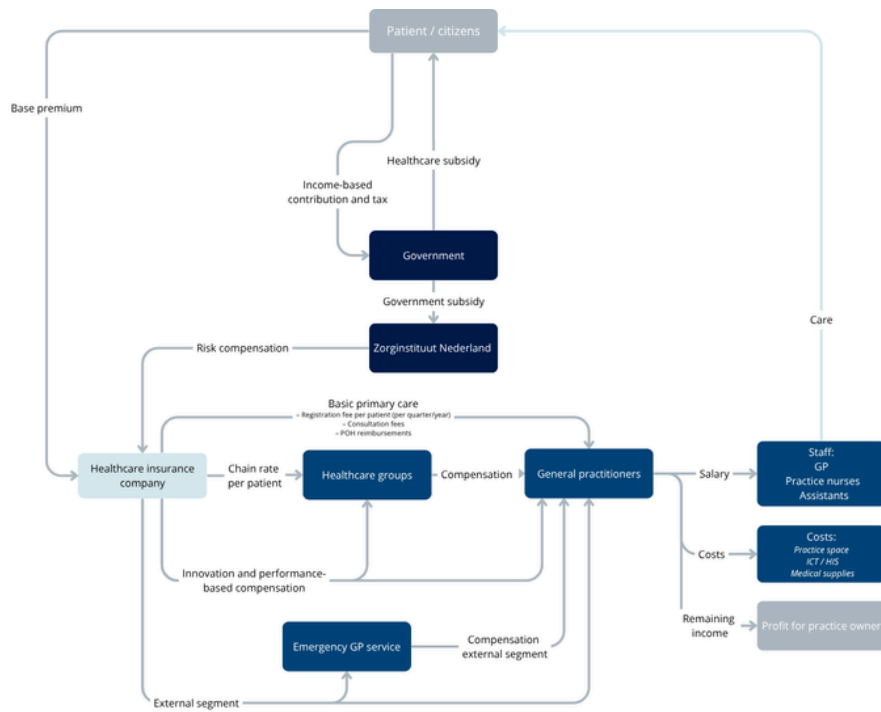


Figure 1: Flowchart of primary care financing

General practitioners are financed through a mixed model, which includes a fixed payment per registered patient and additional consultation fees (Wessels & Van Driesten, 2023). This model is designed to reward accessible and continuous care, ensuring that patients can always turn to their GP as a first point of contact regardless of the frequency of their visits. Figure 1 provides an overview of how this financing structure works in practice.

Specialist and hospital care are financed through diagnosis-treatment combinations, known as DBCs. A DBC covers the activities within a specific care trajectory, from first consultation to treatment and follow-up (Wessels & Van Driesten, 2023). While DBCs structure registration and reimbursement, capacity pressure in rheumatology is mainly driven by increasing patient inflow, chronic care needs and limited outflow back to primary care. Figure 2 provides a simplified overview of the financial structure and care flows within secondary care.

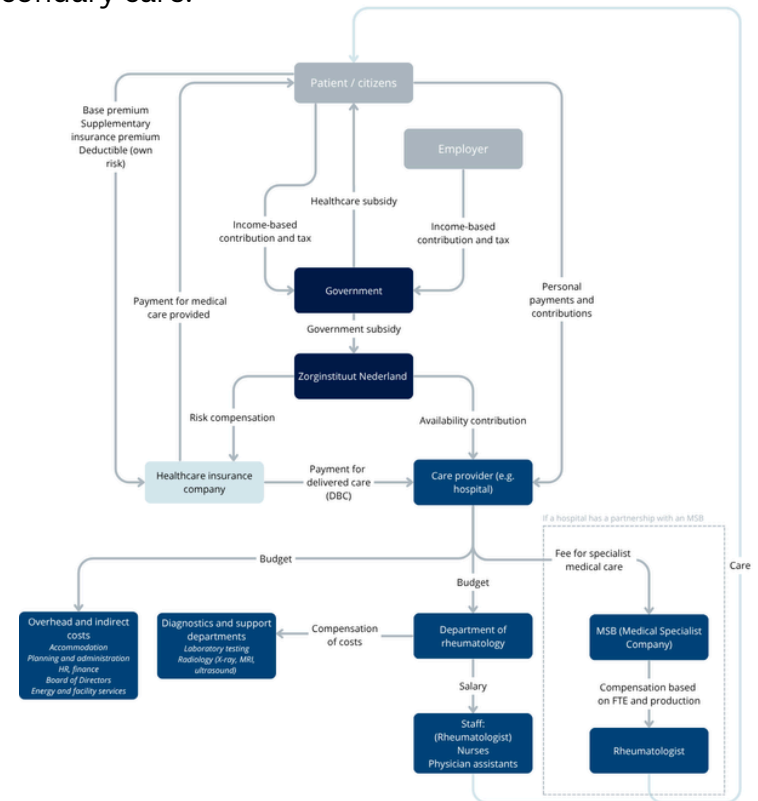


Figure 2: Flowchart of financing in the second line care

D - OBSERVATIONS MADE ON THE RHEUMATOLOGY DEPARTMENT

Hospital 1

A. Context en procesbeschrijving (algemeen)

Doorverwijzing en aanmelding

- NHG-richtlijnen worden gebruikt voor doorverwijzen.
- ZorgDomein (of vergelijkbaar systeem) wordt gebruikt voor informatie en verwijzing door huisarts. Hier staat vaak veel (onnodige) detailinformatie in.

Processtappen:

1. Huisarts maakt brief (via huisartsenomgeving). Brief via ZorgDomein of vergelijkbaar systeem.
2. Brief komt op digitale lijst.
3. Assistent neemt patiënt op (patiënt moet eerst bellen).
4. Assistent maakt afspraak met patiënt voor reumatoloog (AGB-code voor arts).
5. Patiënt vult thuis formulier in:
 - Actuele medicatie
 - Vitale functies
 - Speciale anamnese
 - Sociale anamnese
 - Familieanamnese
 - Allergieën
 - Verwachting van bezoek (dit is fijn voor reumatoloog)

Consultduur

- Eerste consult: 15 minuten
- Vervolgconsult: 10 minuten (medicatie)

Administratie

- Na consult over medicatie moet reumatoloog brief naar huisarts sturen.

Technologie

- “Open evidence”
- Ask Alleta & Copilot
- Spraakgestuurd werken

Testen die kunnen worden uitgevoerd

- Rode en witte bloedcellen
- Nier
- Lever

B. Algemene observaties over druk en proces

Drukfactoren

- Tijd per consult is kort
 - Financieringsmodel
 - Veel administratieve processen
- Patiënten met complexe vragen zonder reumatische aandoening
- Taalbarrière en opleidingsbarrière maken consult soms langer
- Patiënten komen vaker terug omdat uitleg niet goed begrepen is (vocabulaireverschil i.v.m. opleidingsniveau)

Informatiebronnen patiënt

- Familie
- Vrienden / kennissen
- TikTok / Google / ChatGPT
- Patiënten komen met bepaald idee/ziektebeeld/medicatie-ideeën binnen wat niet altijd klopt. Kost veel tijd om dit te bespreken of te corrigeren.

Overtuigingen patiënten

- Willen graag door specialist gezien worden.
- Huisarts wil soms niet per se doorverwijzen, maar patiënt dringt aan.

Spoed

- Spoedindicatie moet door huisarts gebeld worden.
- Reumatoloog geeft akkoord dat patiënt met spoed mag komen.
- Soms zegt huisarts tegen patiënt dat deze met spoed mag komen, maar belt niet. Patiënt heeft dan andere verwachting.

Capaciteit

- In [ziekenhuis] momenteel niet extreem druk, wel wat plekken en op dit moment geen lange wachtlijst
- Spreekuurtijd wordt mede bepaald door bekostigingsmodel.

C. Consultobservaties (chronologisch genummerd)

Consult 1

- Na consult over medicatie moet reumatoloog brief naar huisarts sturen.

Consult 2

- Taalbarrière en opleidingsbarrière → consult duurt soms langer.
- Patiënt moet om het half jaar terugkomen i.v.m. medicatie die hij/zij slikt.

Consult 3

- Patiënt is naar internist en neuroloog geweest. Patiënt geeft korte update over wat hier is gebeurd/gezegd. Reumatoloog leest/kijkt mee in dossier.
- “Schoonmaken” van gewrichten operatief is links gebeurd en patiënt wilt dat ook graag preventief op rechts. Arts moet uitleggen dat dit niet verstandig is ivm risico's die eraan zitten.
- Vraag over medicatie afbouwen (prednison).

Consult 4

- Neemt dochter mee om te vertalen.
- Onderzoeken gedaan om te kijken of afwijkingen op huid of organen zijn.
- Wil graag iets voorgeschreven krijgen voor huidproblemen. Reumatoloog kan dit niet en verwijst door met vragen naar de dermatoloog.

Consult 5

- Patiënt heeft last van longontsteking.
- Huisarts stuurt patiënt naar reumatoloog, longarts en cardioloog.
- Hart, longen en reuma hangen samen. Met name bij veel reumatische ontstekingen kan dit samenhangen.

- Patiënt wil vitamine D/calcium tabletten voorgeschreven krijgen terwijl kruidvat een stuk goedkoper is; wil het via arts omdat een kennis zei dat die beter zijn. Wilt niet aannemen van de arts dat ze dezelfde werking hebben en wilt toch voorgeschreven tabletten.
- Brief maken voor huisarts om op de hoogte te stellen van verandering medicatie.

Consult 6

- Huisarts heeft patiënt doorgestuurd omdat een aantal vragen die niet goed behandeld/besproken zijn en patiënt onduidelijkheden hierdoor heeft. Het is onduidelijk voor de patiënt of hij/zij wel of geen PSA (arthritis psoriatica) heeft.
- Huisarts heeft mevrouw teruggestuurd omdat zij nog onbeantwoorde vragen had.
- Mevrouw gaat ook naar fysio (heeft hier baat bij).
- Geen reumatische aandoening, maar voor patiënt onduidelijk wat dan wel.
- Verpleegkundige gaat met patiënt kijken naar chronische pijn en uitleg & medicijnen.

Consult 7

- Controle na een jaar.
- Patiënt moet bloed prikken voor controle.
- Over 4 maanden nieuwe afspraak omdat er geen bloed is geprikt (zorgmijdende patiënt).
- Gezonde levensstijl helpt veel mensen; huisarts kan hierbij helpen.

Consult 8

- Geen reuma, wel spierkrampen.

- Is bij huisarts geweest en heeft doorverwezen omdat zus en ouders hier ook last van hebben.
- Patiënt wil graag reden van spierkrampen weten.
- Huisarts heeft magnesium getest.
- Bloedonderzoek gedaan; over 2 weken belafsprak.
- Reumaverpleegkundige kijkt mee naar niet-medicamenteuze oplossingen zoals fysio.
- Patiënt heeft online gelezen dat bijwerkingen misschien via medicijnen kwamen.

Consult 9

- Patiënt heeft vragen over reuma.
- Besteedt tijd in Zuid-Afrika; andere eet- en leefstijl daar wat invloed heeft op de pijn klachten.

D. Quotes

"Ik ga niet zomaar een emotionele patiënt wegsturen omdat de consult tijd voorbij is."

"De patiënt en ik hebben soms een ander woordenboek, waardoor we elkaar niet altijd begrijpen."

Hospital 2

A. Organisatie en capaciteit

De reumatologen werken als georganiseerde maatschap binnen het ziekenhuis. Er zijn productieafspraken over het aantal patiënten dat per FTE gezien en behandeld moet worden. Wanneer deze productieafspraken worden behaald, ontvangen zij daarvoor vergoeding. Binnen deze kaders hebben zij autonomie in de inrichting van hun spreekuren en zorgorganisatie.

Huidige bezetting: 3,2 FTE verdeeld over 4 reumatologen.

Verzorgingsgebied: circa 200.000 inwoners.

Instream: ongeveer 20 verwijzingen per week.

Er is bewust gekozen om geen extra reumatoloog aan te nemen. De huidige omvang wordt ervaren als een klein en hecht team dat efficiënt samenwerkt.

Volgens de arts zou het aannemen van een extra FTE de wachtlijst verkorten. Tegelijk verwacht hij dat dit meer patiënten uit de regio zou aantrekken vanwege de kortere wachttijd, waardoor de productie weer stijgt. Voor de maatschap zelf maakt dit financieel weinig verschil, omdat behandelingen worden vergoed en daarmee de loonkosten van een extra reumatoloog worden gedekt.

Hij plaatst dit in een breder maatschappelijk perspectief: hogere productie betekent hogere totale zorguitgaven, die uiteindelijk collectief worden betaald. Het niet verder opschalen ziet hij mede als een manier om bij te dragen aan beheersing van zorgkosten.

Hij acht dit dus niet nodig, tenzij zorgverzekeraars de wachtlijst te lang vinden worden en eisen dat hier iets aan gedaan moet worden. Maar tot nu toe is dit nog niet het geval geweest.

B. Patiëntreis

Eerste stap – Huisarts

De patiënt meldt zich bij de huisarts (HA) met gewrichtsklachten. De huisarts beoordeelt de klachten en verwijst indien nodig door naar de reumatoloog.

De huisarts stelt een digitale verwijsbrief op via ZorgDomein.

Triage

De verwijsbrief komt bij de reumatoloog in de triage. Op basis van de inhoud van de brief beoordeelt de reumatoloog:

- Of de patiënt met spoed gezien moet worden (bijvoorbeeld binnen 2 weken of andere verkorte termijn), of
- Of de patiënt op de reguliere wachtlijst wordt geplaatst.

De huidige wachttijd voor niet-spoedpatiënten bedraagt circa 9 maanden.

De triagebeslissing wordt met name gebaseerd op tekenen die wijzen op ontstekingsactiviteit. Wanneer klachten vooral passen bij slijtage of chronische pijn zonder duidelijke ontstekingskenmerken, wordt de patiënt doorgaans op de reguliere wachtlijst geplaatst.

Vorbereidende diagnostiek

Wanneer een patiënt versneld wordt ingepland, vraagt de reumatoloog vooraf aanvullend onderzoek aan, waaronder:

- Bloedonderzoek
- Röntgenfoto's van handen en voeten
- Bij verdenking op jicht: urinezuur

Deze uitslagen zijn beschikbaar bij het eerste consult.

Eerste consult

Tijdens het eerste consult bespreekt de reumatoloog:

- De klachten
- De verwijsinformatie
- De laboratoriumuitslagen
- De röntgenuitslagen
- Verwachting van de patiënt

Op basis hiervan wordt een diagnose gesteld of aanvullend onderzoek ingezet.

C. Diagnostiek en verwijzingen

Er zijn grote verschillen in detailniveau tussen huisartsen in verwijsbrieven. Bij klassieke reumaziekten is herkenning in de eerste lijn niet altijd eenduidig.

Niet-reumatologische klachten die worden verwezen betreffen vaak:

- Chronische pijn
- Slijtage

Bij twijfel kan aanvullend laboratoriumonderzoek of beeldvorming worden uitgebreid.

D. Wachtlijst en patiëntgedrag

Een aanzienlijk deel van de patiënten op de wachtlijst heeft klachten die niet primair inflammatoir-reumatologisch van aard zijn. Het betreft vaak chronische pijn of degeneratieve klachten.

Volgens de arts kunnen deze patiënten in veel gevallen geholpen worden met:

- Acceptatie van chronische pijn
- Advies over leefstijl
- Aanpassing naar een gezondere levensstijl ter vermindering van klachten.

Specialistische reumatologische zorg is in deze gevallen niet altijd noodzakelijk.

Bij lange wachttijden wijken patiënten soms uit naar andere ziekenhuizen met kortere wachttijden. De arts beschouwt dit als verschuiving van het probleem binnen het systeem, niet als oplossing van de onderliggende zorgvraag.

E. Maatschappelijke duiding

De reumatoloog ziet een deel van de zorgvraag als maatschappelijk bepaald. Zorg is breed toegankelijk en wordt ervaren als recht. Patiënten dringen soms aan op specialistische beoordeling of aanvullend onderzoek, ook wanneer klachten mogelijk samenhangen met leefstijl of het ouder worden.

De reumatoloog benoemt dat:

- Niet iedere klacht een medisch behandelbare oorzaak heeft binnen de specialistische zorg.
- Acceptatie van chronische pijn of leeftijdsgerelateerde veranderingen voor veel patiënten moeilijk is.
- Er sprake is van toenemende medicalisering van de samenleving.

Volgens de reumatoloog vraagt dit om bredere maatschappelijke verandering:

- Meer aandacht voor gezonde leefstijl.
- Bewustzijn van gevolgen van leefstijlkeuzes.
- Acceptatie dat bepaalde lichamelijke klachten onderdeel kunnen zijn van het leven en van ouder worden.

Hospital 3

A. Context en algemene indruk

Tijdens deze ochtendobservatie is meegelopen met een reumatoloog op de poli Reumatologie. In de notities komt naar voren dat er veel verschillende kanalen zijn waarlangs informatie binnenkomt. Binnenkort zullen ze switchen naar een nieuw systeem.

B. Tijdindeling en consulttypes

- Nieuw consult: 30 minuten.
- Controle: 15 minuten (eventueel 30 minuten bij taalbarriere).
- Echo: 20 minuten.
- Scopie: 20 minuten.

C. Standaard consultopbouw (zoals geobserveerd)

- Arts stelt vragen en vult informatie direct in op de computer.
- Vragen gaan o.a. over roken en drinken, medicatie en/of allergien, lengte en gewicht, werk (uren per week), gezinssituatie (gehuwd/kinderen), sport en/of hobby's.
- Inventarisatie van specifieke klachten en andere lichamelijke klachten.
- Vragen rond zon/huiduitslag en koude of verkleurende handen.
- Lichamelijk onderzoek door de reumatoloog: bewegen, voelen, kijken, draaien.

D. Observaties over organisatie, verwijzing, medicatie en financiering

Verwijzing/uitvoering handelingen:

- Advies naar huisarts voor prikken -> gebeurt niet? nu moet reumatoloog dit.

Medicatie en voorschrijfbevoegdheid/monitoring:

- Bijwerkingen van prednison worden besproken; alternatieven worden uitgelegd.
- Sommige medicijnen mogen alleen door een specialist worden voorgeschreven (genoteerd: '... is een duur medicijn & mag alleen door specialist' – exacte naam onduidelijk in notities).
- Andere medicijnen moeten gemonitord worden.
- Specialist moet soms een 'stoprecept' invoeren zodat medicatie die niet meer gebruikt wordt kan worden stopgezet/teruggebracht (zoals genoteerd).

Controlefrequentie en instroom:

- Stabiele patienten moeten 1 of 2 keer per jaar op controle.
- Veel patienten gebruiken medicatie die alleen door de reumatoloog voorgeschreven mag worden.
- Of: patienten willen niet op controle bij de huisarts.
- Reumatoloog hier krijgt weinig nieuwe patienten omdat hij helemaal vol zit met controlepatienten; dit is geen 'maximum' maar wordt gemeten op basis van vastlopen van agenda's.

Wachttijden, capaciteit en triage:

- Redelijk korte wachttijden hier en in de regio: nu 2-3 weken.
- Bezetting (genoteerd): 2,5 FTE.
- Er is een nieuwe reumatoloog; zij heeft nog niet veel eigen patiënten die op herhaling komen en krijgt daardoor veel eenmalige patiënten met niet-inflammatoir beeld.
- Verzekeraars willen dat hier een triage wordt gedaan; dit is moeilijk door wisselende verwijfsbrieven.

Administratie en registratie:

- Reumatoloog vindt administratie 'wel meevallen' totdat hij dit ziet: secretaressevragen (eigen initiatieven/...) en recepten.
- Bij telefoontjes staat 15 minuten; er moet administratie worden ingediend en diagnose worden geschreven. Anders wordt het beschouwd als geen contact en keurt de verzekeraar dit af.
- Er wordt gewerkt om dit 'eraf te krijgen' (zoals genoteerd), omdat telefonisch contact vaak prima is voor stabiele patiënten waarbij niets verandert en geen pijn etc.

Financiering (genoteerde opmerking):

- Niet meer per verrichting betaald worden want het ziekenhuis wordt hierop afgerekend.

E. Consult-/casusnotities per patient (geanonimiseerd)

P1 Heeft spierreuma gehad; prednison afgebouwd en nu weer last. Huisarts heeft opnieuw prednison voorgeschreven; huisarts weer afbouwen; terug naar prednison; huisarts weer langzaam afbouwen. Patient heeft al veel geprobeerd met huisarts en is nu doorverwezen om te kijken of de reumatoloog nog iets kan met medicatie.

P2

Patient krijgt geen vergoeding voor vaccinatie omdat ze geen 'zware reuma medicijnen' gebruikt en/of chemo; genoteerd in relatie tot vaccinatie voor gordelroos.

P3

"We moeten patiënten behandelen en niet alleen gevallen." Lange prednisongebruik komt met veel bijwerkingen. Als patiënten boven de 85 zijn, dan weegt dit niet meer op tegen levensduur. Als patiënten jonger zijn, dan moet er naar alternatieven gekeken worden. Patiënt heeft spierreuma en prednison-alternatieven (genoteerd): methotrexaat (tabletjes of prikken) en biologicals (prikken of infusen). Specialist moet een stoprecept invoeren zodat patient medicatie die ze niet meer gebruikt terug kan brengen en stop kan zetten.

P4

Patient heeft hemopathie.

Meneer heeft ook prostaatkanker. Is geopereerd om zenuw bloot te leggen; dit geeft nog steeds pijn en probleem is niet verholpen. Reumatoloog en patient hebben een gemeenschappelijke hobby en bespreken dit ook; genoteerd als 'zorg met compassie'. Patient wil PSA terwijl dit 2x per jaar geprikt wordt i.v.m. kanker en dit tot nu toe goed is geweest; wil dit toch ter bevestiging van geen kanker als hij nu toch gaat prikken.

P5

Meneer heeft jicht en heeft nu veel pijn. Geen jichtaanvallen, maar wel pijn aan enkels. Er moet een foto gemaakt worden van de enkels; hierna belafsprak; secretaresse plant met patient een nieuwe afspraak in bij de balie.

P6

Patiënt heeft spierreuma en gebruikt een alternatief voor prednison. Is er erg blij mee; het werkt goed voor patiënt. Dit zijn afweer onderdrukkende medicijnen; grotere kans op ziek worden. Patiënt wil zelf experimenteren met interval; dit mag; reumatoloog geeft advies; wordt gedocumenteerd dat patient zelf interval mag bepalen. Patiënt gaat dit zelf bijhouden zodat ze er samen naar kunnen kijken.

P7

Patiënt op controle; af en toe last van vingers en knien. Even gevoeld en gekeken, maar geen verandering. "Gaat het niet, dan doe ik het niet".

P8

Patiënt heeft hernia in rug en pijn in knie en schouder; krijgt fysio en pijnstillers en maagbeschermers. Patiënt is zelf prednison aan het afbouwen. Patiënt krijgt van medicatie bijwerkingen en heeft weinig effect; vindt prikken (zelf) eng. Patiënt heeft niet zo veel behandelingen van de zorgverzekering en heeft gewacht met fysio omdat patiënt misschien fysio voor hernia moest hebben; wilde kijken welke ze dan harder nodig had.

P9

Patiënt heeft knieprothese; last van beide knien. Andere knie heeft artroseslijtage. Slechte gezondheid en flink op gewicht. Pijn in knie komt hoogstwaarschijnlijk van gewicht. Geen verdenking van inflammatoir. Heeft wel jicht gehad en is behandeld en onder controle met medicatie.

P10

Patiënt zoekt dingen uit (over welke artsen waar het beste zijn) door te googlen. Komt op controle voor spierreuma; bloed geprikt; is in orde en rustig; verder geen klachten. Patiënt loopt al 15 jaar bij deze reumatoloog; quote: "Dat wekt vertrouwen".

F. Uitspraken en thematische observaties

Quote: "over het algemeen krijgen wij allemaal dezelfde oudere mensen die niet meer gezien willen worden door de huisarts".

Genoteerde redenering rond groei van patientengroep: omdat stabiele mensen maar 1x per jaar of 1x per half jaar gezien hoeven te worden, wordt de groep patienten waar je voor zorgt groter. Dit levert meer plek op voor nieuwe patienten, met dezelfde kosten voor de verzekeraar, en resulteert in meer patienten per reumatoloog.

Hierdoor soms een heel consult vol met ingewikkelde en complexe zorgvragen; genoteerd als zwaar, een hele ochtend met complexe vragen.

Genoteerde wens/idee: reumatoloog zou wat hebben aan een bloedtest met markers en een automatische diagnose en medicatie die eruit komt.

Preventie kunnen we een hele hoop voorkomen. Genoteerde uitspraak over verzekeraars: "ja daar ben ik niet voor, ik moet dit jaar mijn budgetten halen"; dit zou over 5 jaar veel kosten schelen, maar dat willen ze niet inzien.

Genoteerde opvatting: er moet budget van ziekenhuiszorg weg en naar de huisarts, zodat huisartsen meer aandacht en tijd hebben voor patienten; nu hebben zij hier geen tijd voor door korte tijden etc.

Observatie: verpleegkundigen volgen meer de richtlijnen dan specialisten soms. Specialisten kijken meer naar hoe het met de patient gaat en of alles stabiel is. Om een goede relatie te behouden wordt vaak samen beslist. Als bijvoorbeeld 'extra pil' wordt voorgesteld, kan een patient vragen: waarom? Het gaat toch goed? Om de arts-patientrelatie te behouden wordt soms afgeweken als dat kan; bijvoorbeeld geen extra medicatie als de patient al veel slikt en het niet echt nodig is.

Vraag/antwoord: merk je vaak dat patienten verwachten dat zorg perfect is? Antwoord: nee, mensen snappen meestal dat niet ieder pilletje altijd werkt of aanslaat en dat je soms moet uittesten. Waar mensen meer moeite mee hebben zijn wachttijden; bij een MRI-scan kan het soms oplopen tot 4 weken. Patient moet dan 4 weken met pijn en onzekerheid overbruggen; het duurt soms erg lang tot een goede diagnose.

E - INTERVIEW GUIDE

Eerste lijns zorgmedewerkers

1. Rol binnen het zorgproces

- Kunt u uw rol beschrijven in de zorg voor patiënten met gewrichtsklachten?
- Hoe vaak ziet u patiënten met dit soort klachten in uw praktijk?
- Welke stappen doorloopt een patiënt meestal vanaf het moment dat hij of zij zich met gewrichtsklachten meldt?

2. Eerste beoordeling en diagnostische onzekerheid

- Hoe beoordeelt u of gewrichtsklachten mogelijk wijzen op een reumatische aandoening?
- Welke factoren maken het soms lastig om in de eerste lijn een duidelijke diagnose te stellen?
- In hoeverre speelt diagnostische onzekerheid een rol in uw besluitvorming?

3. Verwachtingen en gedrag van patiënten

- Hoe zou u de verwachtingen van patiënten met gewrichtsklachten beschrijven?
- Komen patiënten vaak al met een idee van wat er aan de hand zou kunnen zijn, bijvoorbeeld door online informatie?
- In hoeverre beïnvloeden deze verwachtingen het consult of uw besluitvorming?

4. Besluitvorming rondom verwijzing

- Op basis van welke factoren besluit u om een patiënt wel of niet door te verwijzen naar een reumatoloog?
- In hoeverre speelt de wens of druk van de patiënt een rol bij dit besluit?
- Komt het voor dat u verwijst om diagnostische zekerheid te krijgen of om de patiënt gerust te stellen?

5. Ervaringen met het verwijzingsproces

- Hoe ervaart u het verwijzingsproces naar de reumatologie?
- Zijn er volgens u situaties waarin patiënten worden verwezen terwijl de klachten mogelijk ook in de eerste lijn behandeld hadden kunnen worden?

Tweede lijns zorgmedewerkers

1. Rol binnen de afdeling reumatologie

- Kunt u uw rol binnen de afdeling reumatologie beschrijven?
- Welke stappen doorloopt een patiënt meestal vanaf het moment dat hij of zij wordt doorverwezen naar de reumatologie?

2. Instroom van patiënten en aard van verwijzingen

- Wat voor type patiënten wordt meestal naar de reumatologie verwezen met gewrichtsklachten?
- Ziet u regelmatig patiënten bij wie uiteindelijk geen inflammatoire reumatische aandoening wordt vastgesteld?
- Kunt u mogelijke oorzaken benoemen waardoor dit gebeurt?

3. Werkdruk en organisatie van zorg

- Hoe ervaart u de druk op de poli of afdeling?
- Welke factoren dragen volgens u bij aan deze werkdruk?

4. Positionering van zorgvragen in het zorgsysteem

- Denkt u dat alle patiënten die bij de reumatoloog terechtkomen ook daadwerkelijk specialistische zorg nodig hebben?
- In hoeverre zouden sommige patiënten ook in de eerste lijn geholpen kunnen worden?
- Welke rol spelen aandoeningen zoals artrose of chronische pijn hierin?

5. Verwachtingen van patiënten

- Hoe zou u de verwachtingen van patiënten beschrijven wanneer zij op consult komen bij de reumatoloog?
- Komen deze verwachtingen meestal overeen met wat er tijdens het consult gebeurt of wat jullie kunnen bieden?
- Hoe gaat u om met patiënten die een duidelijke diagnose of behandeling verwachten terwijl dit niet altijd mogelijk is?

Systemische stakeholders

1. Rol en perspectief op het zorgsysteem

- Kunt u uw rol binnen de organisatie en binnen de contractering van medisch specialistische zorg toelichten?
- Hoe kijkt u vanuit deze rol naar de organisatie van specialistische zorg in Nederland?

2. Zorgcontractering en organisatie van specialistische zorg

- Hoe verloopt het proces van zorgcontractering met ziekenhuizen?
- Welke soorten afspraken worden er gemaakt met ziekenhuizen en andere zorginstellingen?
- Op basis van welke factoren bepalen jullie hoeveel zorg er wordt gecontracteerd?

3. Ontwikkelingen in vraag naar specialistische zorg

- Welke ontwikkelingen ziet u momenteel in de vraag naar medisch specialistische zorg?
- Welke factoren dragen volgens u bij aan de groeiende zorgvraag?
- Welke uitdagingen brengt dit met zich mee voor de organisatie en financiering van zorg?

4. Toegankelijkheid en wachttijden

- Hoe kijken zorgverzekeraars naar wachttijden binnen specialistische zorg?
- Worden wachttijden of toegankelijkheid meegenomen in contractafspraken met ziekenhuizen?
- Op welke manieren proberen zorgverzekeraars bij te dragen aan het verbeteren van toegankelijkheid van zorg?

5. Verdeling van zorg tussen eerste en tweede lijn

- Hoe wordt er vanuit systeemniveau gekeken naar de verdeling van zorg tussen eerste en tweede lijn?
- Ziet u mogelijkheden om bepaalde zorgvragen vaker buiten het ziekenhuis op te vangen?

6. Reflectie op toekomstige ontwikkelingen in de zorg

- Hoe kijkt u naar de toekomst van de organisatie van zorg, gezien de groeiende zorgvraag en personeelstekorten?
- Welke veranderingen of innovaties acht u belangrijk om het zorgsysteem toekomstbestendig te houden?

7. Breder perspectief op zorgvraag

- In hoeverre spelen maatschappelijke factoren volgens u een rol in de toenemende zorgvraag?
- Waar ligt volgens u de grens tussen een zorgprobleem en een breder maatschappelijk probleem?

Patiënten

1 Begin van klachten

- Kunt u vertellen wanneer uw klachten begonnen en wat er toen gebeurde?
- Wat dacht u zelf dat er aan de hand was?

Doorvragen

- Waar baseerde u dat idee op?
- Had u online informatie gezocht?

2 Eerste contact met huisarts

- Hoe verliep het eerste gesprek met uw huisarts over deze klachten?
- Wat verwachtte u op dat moment van de huisarts?
- Heeft uw huisarts nog aanvullend onderzoek gedaan, zoals bloed testen of foto's maken?

3 Besluit tot verwijzing

- Hoe werd besloten dat u naar een reumatoloog zou gaan?
- Was dit vooral een advies van de huisarts of wilde u dit zelf?

4 Verwachtingen vóór het consult

- Wat verwachtte u dat de reumatoloog zou doen of onderzoeken?
- Wat hoopte u dat er uit het consult zou komen?
- Hoe lang heeft u moeten wachten op de afspraak en hoe voelde u zich in deze periode?

5 Eerste consult bij de reumatoloog

- Hoe heeft u het eerste consult ervaren?
- Wat gebeurde er tijdens dat consult?

6 Verschil tussen verwachting en uitkomst

- In hoeverre kwam het consult overeen met wat u had verwacht?
- Was er iets dat u verraste?

7 Reflectie op het zorgproces

- Als u terugkijkt op het traject van huisarts tot specialist, wat ging goed?
- Wat vond u lastig of frustrerend?

8 Verbeteringen

- Wat zou er volgens u anders moeten in dit traject?
- Wat zou patiënten helpen voordat ze bij de specialist terechtkomen?

F - INFORMED CONSENT FORM

Proefpersoneninformatie zorgverleners
Optimalisatie van het verwijfsproces voor patiënten met gewrichtsklachten en
zorgverleners door een systeemontwerp

Reinier de Graaf  

Bijlage B: Toestemmingsformulier proefpersoon

Optimalisatie van het verwijfsproces voor patiënten met gewrichtsklachten en zorgverleners
door een systeemontwerp

- Ik heb de informatiebrief gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn goed genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen met het onderzoek. Of om ermee te stoppen. Ik hoef dan niet te zeggen waarom ik wil stoppen.
- Ik geef de onderzoekers toestemming om mijn gegevens te verzamelen en gebruiken. De onderzoekers doen dit alleen om de onderzoeksvraag van dit onderzoek te beantwoorden.
- Ik weet dat voor de controle van het onderzoek sommige mensen al mijn gegevens kunnen inzien. Die mensen staan in deze informatiebrief. Ik geef deze mensen toestemming om mijn gegevens in te zien voor deze controle.

• Wilt u in de tabel hieronder ja of nee aankruisen?

Ik geef toestemming om mijn gegevens te bewaren om dit te gebruiken voor ander onderzoek, zoals in de informatiebrief staat.	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ik geef toestemming om mijn gegevens tot 15 jaar te bewaren op de onderzoekslocatie (het RdGG).	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ik geef toestemming om mij eventueel na dit onderzoek te vragen of ik wil meedoen met een vervolgonderzoek.	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>
Ik geef toestemming voor het opnemen van het interview. De opname wordt direct na het onderzoek vernietigd.	Ja <input type="checkbox"/>	Nee <input type="checkbox"/>

• Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Mijn naam is (proefpersoon):

Handtekening:..... Datum : __/__/__

Ik verklaar dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Wordt er tijdens het onderzoek informatie bekend die die de toestemming van de proefpersoon kan beïnvloeden? Dan laat ik dit op tijd weten aan deze proefpersoon.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):.....

Handtekening:..... Datum: __/__/__

G - TRANSCRIPTION INTERVIEWS

- PATIENT PERSPECTIVE

Interview 1:

[Interviewer]

Kunt u vertellen wanneer uw eerste klachten begonnen?

[Interviewee 14]

Eind vorig jaar. Tussen kerst, oud en nieuw.

[Interviewer]

Wat maakte wanneer heeft u voor het eerst de huisarts bezocht?

[Interviewee 14]

Dat was pas bijna drie weken. Ja, twee weken. Aanstaaende maandag wordt het drie weken.

[Interviewer]

Wat maakte dat u zo'n lange tijd heeft gewacht tot u de huisarts heeft benaderd?

[Interviewee 14]

Eerst dacht ik: misschien kan ik het zelf? Onder druk is het niet. Natuurlijk gaat het wel door je heen, die artritis. Ik ben niet gelijk zo'n renner naar de huisarts. Dan ga je zelf van: misschien met die dingen gaat die ontsteking wel weg. Nee, op een gegeven moment werd het te erg en heb ik gewoon een afspraak gemaakt en kon ik gelijk terecht.

[Interviewer]

Wat maakte dat het voor u te erg werd?

[Interviewee 14]

Pijn.

[Interviewer]

De pijn en dat het echt uw dagelijks leven beïnvloedde. Had u zelf al ideeën over wat het zou kunnen zijn? En hoe zijn die ideeën gevormd? Heeft u online gelezen? Met mensen gesproken?

[Interviewee 14]

Nee, online. Ik wist wel de symptomen. Ik denk: dat kan niet.

[Interviewer]

Precies. Hoe voelde u zich daarbij toen u dat las?

[Interviewee 14]

Ik ging daardoor heel erg malen. Ik sliep slechter, dacht er veel over na en maakte me zorgen. De onzekerheid en onwetendheid wat het was maakte mij onrustig in mijn hoofd.

[Interviewer]

Hoe verliep het eerste gesprek bij de huisarts?

[Interviewee 14]

Ik vertelde de klachten. Ze deed globaal naar de gewrichten kijken en ze had ook wel een vermoeden. Toen ben ik gelijk bloed gaan prikken en twee dagen later kreeg ik de uitslag. Werd ik gebeld door de huisarts.

[Interviewer]

De huisarts heeft u bloed laten prikken. Waar heeft ze toen naar gekeken en wat waren de verdere stappen?

[Interviewee 14]

Ze gaf aan dat de ontstekingswaardes in mijn bloed niet goed waren. Ze belde mij op om dit te vertellen. Toen vertelde ze mij telefonisch dat ze me ging doorverwijzen naar de reumatoloog en kreeg ik binnen een paar dagen daarna gelijk bericht van hier, van het ziekenhuis. Dat ging helemaal goed. De afspraak was ingepland, dus ik hoefde zelf niks meer te doen dan te lezen en te wachten.

[Interviewer]

Fijn! Dus de afspraakbevestiging kwam per post bij u thuis?

[Interviewee 14]

Ja digitaal en per post.

[Interviewer]

Wat verwacht u van het consult voordat u hier kwam?

[Interviewee 14]

Nog meer onderzoek om uitsluitsel te geven wat het is. Ik ga zo weer bloed prikken. Er worden foto's gemaakt en dan naar aanleiding daarvan wordt er een behandelplan opgesteld.

[Interviewer]

Wat hoopt u dat er uiteindelijk uit zou komen van het consult? Nu zit u hier natuurlijk. Wat dan de vervolgstappen zouden zijn of wat ze voor u kunnen betekenen.

[Interviewee 14]

Je hebt helemaal geen verwachtingen. Je wil gewoon van de pijn af en that's it.

[[Interviewer]

Dus een stukje pijnverlichting en dat ze u verder helpen. Hoe lang heeft u uiteindelijk moeten wachten vanaf de verwijzing totdat u hier de afspraak had?

[Interviewee 14]

Gelukkig heel snel, want in de eerste verwijsbrief stond hou rekening met een wachttijd van 47 dagen. Dat zijn dus werkdagen. Dacht ik: dang! Dat duurt lang. Ik was blij dat ik vandaag terecht kon. Dat ik binnen twee weken terecht kon.

[Interviewer]

Hoe voelde u zich toen u dat las?

[Interviewee 14]

Ik maakte me toen echt wel zorgen over dat ik nog zo lang moest lopen met deze pijn en niet zeker wetende wat het was. Gelukkig hoorde ik al snel dat ik eerder terecht kon en dat was een hele opluchting.

[Interviewer]

Hoe heeft u zo uw eerste consult nu hier ervaren?

[Interviewee 14]

Top! Eigenlijk heel fijn. Er werd goed naar mij geluisterd en ik werd goed onderzocht. Ik voelde me serieus genomen en ik ben blij dat we snel verdere stappen kunnen ondernemen.

[Interviewer]

Wat zijn de stappen? Wat is er besproken, gedaan of afgestemd?

[Interviewee 14]

Ze heeft me onderzocht. Alle gewrichten. Vervolgonderzoeken. Inderdaad het bloed prikken en foto's maken. Daar wordt het duidelijker, denk ik. Dit is een eerste onderzoek.

[Interviewer]

Precies. En dan moet u straks komende weken foto's maken.

[Interviewee 14]

Ik denk ook, hij wil natuurlijk gewoon bevestigd zien door middel van uitslagen dat het inderdaad is wat het is.

[Interviewer]

Wat verwacht u van het consult voordat u hier kwam?

[Interviewee 14]

Nog meer onderzoek om uitsluitsel te geven wat het is. Ik ga zo weer bloed prikken. Er worden foto's gemaakt en dan naar aanleiding daarvan wordt er een behandelplan opgesteld.

[Interviewer]

Krijgt u nu ook al medicatie of nog niet?

[Interviewee 14]

Ja. Dat is dan nu al wel besproken en afgesproken. Dat is voor verlichting voor nu. Als de diagnose duidelijk is dan stopt deze medicatie die ik nu heb gekregen voorgeschreven. En dan ga je het behandelplan, het traject in voor specifieke reuma.

[Interviewer]

Zat er nog een verschil in uw verwachtingen van het consult en hoe het uiteindelijk is gegaan?

Empowered to Care

[Interviewee 14]

Nee, ik had helemaal geen verwachtingen. Wat je niet weet, weet je niet.

[Interviewer]

Is er een reden dat u geen verwachtingen had gemaakt voor uzelf?

[Interviewee 14]

Nee, dat heeft geen zin. Zo sta ik helemaal in het leven. Waarom moet je je zorgen maken over iets wat je niet weet? Je kan wel films gaan maken in je hoofd, maar nee, zo ben ik niet.

[Interviewer]

Is er nog iets wat u heeft verrast of wat u dacht van: dat had ik niet verwacht of niet aan zien komen?

[Interviewee 14]

Nee.

[Interviewer]

Als u terugkijkt op het traject van de doorverwijzing van de huisarts totdat u hier bent gekomen, zijn er nog dingen waarvan u zegt: dat was echt fijn, dat ging goed.

[Interviewee 14]

Nee, dat ik gebeld werd door de huisarts met de uitslagen, want ik had ze wel gezien in je online dossier. Maar ja, die cijfers zeggen mij niks. Maar toen werd ik later op de middag gelijk gebeld, dus dat ging helemaal goed.

[Interviewer]

En dat u dan die dingen online kan zien. Maar daar staat dan verder niks bij.

[Interviewee 14]

Nee.

[Interviewer]

Hoe voelde u er zich bij toen u dat zag verschijnen in uw dossier?

[Interviewee 14]

Ik was vooral nieuwsgierig en ik wilde wel gelijk weten wat dit dan betekende. Je kan een bericht achterlaten voor de huisarts. Ik had inderdaad gezegd van: hoe moet ik deze cijfers interpreteren? Toen werd ik later op de dag gebeld.

[Interviewer]

Is er nog iets in het hele proces wat minder goed ging?

[Interviewee 14]

Ik ben nog nergens negatief tegenaan gelopen.

[Interviewer]

Fijn. En is er nog iets waarvan u zegt: dat zou anders kunnen?

[Interviewee 14]

Nee eigenlijk ook niet. Ik ben erg tevreden dat ik zo snel geholpen kon worden en we nu duidelijkheid gaan krijgen over wat er precies met mij aan de hand is.

[Interviewer]

Ik denk dat ik zo wel alle vragen heb kunnen stellen. Heel erg bedankt in ieder geval dat u tijd voor mij vrij kon maken. En dan ga ik dit verwerken.

[Interviewee 14]

Geen probleem. Succes met je onderzoek!

Interview 2:

[Interviewer]

Dan zou ik graag willen starten met: wanneer begonnen uw eerste klachten en waar had u toen last van?

[Interviewee 15]

Mijn eerste klachten waren een jaar terug, rond 14 maart. De allereerste klacht die ik net ook beschreef is dat ik door het hele lichaam overal pijnlijke voelde rondom de gewrichten. Dat ging door het hele lichaam en daarna was het weg. Ik denk: wat is dit nu weer? Maar goed, rond mijn verjaardag begon het met lichte verhoging en ontsteking. Een aantal dingetjes tegelijk. Die trok de arts direct uit elkaar. Ik had mijn ribben gestoten en ik had een verkoudheid of een griep, maar dat bleek niet zo te zijn. Nu is nog steeds niet zeker wat het is. In ieder geval kreeg ik toen medicijnen en is het maar begonnen.

[Interviewer]

Toen was u al meerdere malen bij de huisarts geweest?

[Interviewee 15]

In die tussentijd ben ik twee keer bij de huisarts geweest.

[Interviewer]

Was dat voor uw eerste klacht of toen u de verhoging kreeg?

[Interviewee 15]

Toen ik de verhoging kreeg.

[Interviewer]

Wat maakte dat u de keuze maakte om de huisarts te bezoeken? Wat was dat moment?

[Interviewee 15]

Mijn bewegingen waren niet meer mogelijk. Ik kon mezelf niet meer optrekken. In de stoel moest ik me laten vallen. Op het toilet moest je je gewoon laten ploffen, je hebt geen spierkracht meer. Dat was van onder tot boven. De trap op en af ging haast niet.

[Interviewer]

Een hele hoop belemmeringen voor uw dagelijkse praktijken. Hoe verliep het eerste consult met uw huisarts? Wat heeft u toen besproken?

[Interviewee 15]

De eerste keer heeft zij het uit elkaar getrokken en gezegd: je hebt dit en je hebt dat. Je hebt je ribben gestoten, maar dat kon ik me niet herinneren. Een paar dagen later denk ik: dat klopt niet. Ik ben weer teruggegaan en toen is dat besproken van: misschien heb je spierreuma, omdat alles synchroon aan problemen overeenkomt met spierreuma. Oké, prima. Als dat zo is, dan is het zo. Medicijnen gekregen.

[Interviewer]

Heeft ze daar toen aanvullende testen voor gedaan om dat vast te kunnen leggen?

[Interviewee 15]

Ze doen testen om te kijken wat er aan de hand is. Spierkracht, noem alles maar op, even bekijken. Vervolgens naar het ziekenhuis, foto's maken, botdichtheid bekijken, van alles en nog wat. Bloedonderzoek. Alles heeft wel plaatsgevonden. Daarna medicijnen gekregen van de huisarts wat niet direct hielp. Daarna prednison van de huisarts. Dat hielp fantastisch.

[Interviewer]

Had u een bepaalde verwachting van uw consult bij de huisarts?

[Interviewee 15]

Dat heb je altijd. Er is maar één verwachting: dat ze me helpt. Afhankelijk van het onderzoek of de uitkomst.

[Interviewer]

Wat was voor u op dat moment uw behoefte. Hoe was u goed geholpen?

[Interviewee 15]

Het verminderen van de pijn en herstellen. Dus zorgen dat ik weer meer dingen kan doen.

[Interviewer]

Uiteindelijk besloten ze u naar naar de reumatoloog te verwijzen. Wat was dat moment?

[Interviewee 15]

Ik ben eerst nog twee keer bij de huisarts geweest omdat ik met de afbouw van prednison toch weer last kreeg en nu nog heb. Op een gegeven moment zei ik: nou wil ik wel geholpen worden, want ik heb te veel last. Toen zei ze: weet je wat, dan moet je toch maar kijken bij een reumatoloog, want die kan dat misschien beter beoordelen.

[Interviewer]

Wilde het niet goed lukken dat u het twee keer opnieuw hebt moeten proberen?

[Interviewee 15]

Dat is afgebouwd en drie maanden later, dat is nu of een paar weken terug, heb ik gezegd: ik wil eens weten wat er aan de hand is en is dit normaal? Daat kon mijn huisarts niet goed antwoord op geven, dus nu zit ik hier.

[Interviewer]

Wat was de reden dat u toch graag wilde weten wat er aan de hand was?

[Interviewee 15]

Mijn klachten bleven, wel sterk verminderd, maar plotselinge bewegingen zijn pijnlijk. Alles wat je doet word je achteraf gestraft. De volgende dag of 's avonds heb je overal weer pijn. Dan denk ik: dit schiet niet op.

[Interviewer]

Heeft u hier wel een duidelijk antwoord gekregen?

[Interviewee 15]

Nee nog niet. Het onderzoek moet het nu blijken, want hij twijfelt nu aan spierreuma. Hij twijfelt aan gewoon reuma. Hij zegt: de onderzoeken moeten gaan uitwijzen. Waarschijnlijk, denkt hij, is er iets van ontstekingswaarde in je lichaam dat de boel nog tegenhoudt.

[Interviewer]

Wat was uw verwachting voordat u hier kwam van het consult?

[Interviewee 15]

Dat ik misschien een middel zou krijgen tegen de pijn. Want dat is weer je gevoel. Je wil ervan af en je wilt weten wat het is.

[Interviewer]

Als ik u zo hoor misschien een stukje duidelijkheid over wat er precies aan de hand is.

[Interviewee 15]

Het is nu heel onduidelijk geworden, maar toch heel duidelijk. Hij gaat verder en nu blijkt dat het misschien artrose is. Laten we maar uitzoeken wat het is. Ik wil graag duidelijkheid en andere dingen uitsluiten.

[Interviewer]

Hoe lang heeft u uiteindelijk moeten wachten voordat u hier kon komen vanaf de verwijzing tot huisarts? Heeft u een lange wachttijd gehad?

[Interviewee 15]

Ja, twee maanden ongeveer.

[Interviewer]

Hoe voelde u zich in die tijd? Wat vond u ervan dat u zo lang moest wachten?

[Interviewee 15]

Ik heb niet zo erg last ervan dat ik alle dagen ontzettend veel pijn heb. Dus op zich was het niet super erg. Wat vooral vervelend is, is dat je in onzekerheid leeft. Je wilt gewoon graag weten wat er met je aan de hand is zodat je verder kan met het leven.

[Interviewer]

U kreeg de verwijzing en daarna een brief thuis met de afspraak. Hoe ging dat?

[Interviewee 15]

Tegenwoordig krijg je gewoon een afspraak. Die komt volgens het systeem binnen en vervolgens krijg je een oproep om je aan te melden. Dat is het. Het is allemaal heel simpel en makkelijk geworden.

[Interviewer]

Precies. Hoe ging het eerste consult hier? Wat heeft de reumatoloog allemaal gedaan?

[Interviewee 15]

Ik vond dat hij goed uitgebreid aandacht gaf aan alles. Dat vond ik fijn.

[Interviewer]

Hoe voelt goed uitgebreid voor u? Wat is daarin belangrijk?

[Interviewee 15]

Wat belangrijk is: dat hij heel goed kan constateren waar ik last heb, omdat hij alles meepakt. Dan krijgt hij een beeld. Dat vind ik slim. Dat had Mart zo moeten doen. Daar heb je het weer. Hij pakt vanaf je nek tot aan je enkels, gaat hij kijken hoe of wat. Dan kan ik precies zeggen wat er gebeurt. Het zijn vaak de plotselinge bewegingen die je kan doen. Dat kan zijn omdat je een deken over je heen trekt. Het klinkt raar, maar zelfs als ik het nu doe, denk ik: goed. Hij kijkt naar die bewegingen. Het is niet alleen maar even knijpen en klaar. Nee, kijken wat de beweging doet. Hij was volledig in mijn ogen.

[Interviewer]

Is dat dat net wat anders dan hoe de huisarts u heeft onderzocht?

[Interviewee 15]

Ja. De reumatoloog luisterde echt beter naar mij en heeft op basis van die klachten echt goed doorgevraagd en gekeken en gevoeld aan mijn gewrichten.

[Interviewer]

Nee, de huisarts heeft niet met u bewogen, gevoeld?

[Interviewee 15]

Nee. Beide huisartsen. Het zijn er twee in dit geval die ik heb gehad. Er zit verschil in artsen, dat is nou eenmaal. De één is in opleiding. Dan denk ik: dat is moeilijker voor jou. Dat zal wel. Maar niet echt.

[Interviewer]

Wat voor onderzoeken moet u nu gaan doen?

[Interviewee 15]

Er komt bloedonderzoek bij. Er komen foto's van zowel handen, alle bewegende stukjes, schouders en van alles en nog wat om te kijken.

[Interviewer]

Wanneer is dan uw volgende afspraak bij de reumatoloog?

[Interviewee 15]

Over iets meer dan een maand ongeveer. Of eventueel eerder als de reumatoloog iets gekk ziet op de uitslagen. Of als de pijn erger wordt, maar dat heb ik niet. Ik heb niet het gevoel dat het erger wordt gelukkig. Het is wel heel lastig.

[Interviewer]

Dat snap ik. Heeft de reumatoloog u nog tips of advies meegegeven wat u op de kortere termijn kan doen?

[Interviewee 15]

Omdat ik met mijn zoon naar Schotland ga, is het wandelen in die bergen altijd wat moeilijker. Daar heeft hij een middeltje voor gegeven om dat te overbruggen in die tijd, dat ik minder last heb. Voor de rest is het wel te doen. Maar als je dingen doet. Gisteren ben ik thuis bezig geweest met allerlei kleine klusjes. Dingen van de muur halen die vastgeschroefd zaten, zware dingen. Dan word je gestraft. Dat is heel raar.

[Interviewer]

Was er een verschil in de verwachting die u had van het consult en hoe het uiteindelijk is gegaan?

[Interviewee 15]

Nee, want ik was in afwachting. Ik was benieuwd, meer niet. Nu heb ik een goed gevoel bij dit onderzoek, hoe hij beredeneert en wat hij ermee gedaan heeft. Dan denk ik: daar ben ik blij mee. Er wordt goed gekeken.

[Interviewer]

Fijn. Is er nog iets wat u verraste of wat nieuw was?

[Interviewee 15]

Wat mij verrast is dat het waarschijnlijk geen spierreuma is. De huisarts heeft tot twee keer toe alle punten nog een keer bekeken. Via het scherm van het skelet: daar doet het zeer. Hier, kijk zelf mee. Dat heb ik ook gedaan, meegekeken. Ze zegt: dat is gewoon spierreuma. Nu twijfelt de reumatoloog eraan.

[Interviewer]

Toen u daar dat te horen kreeg, wat deed dat met u?

[Interviewee 15]

Je schrikt wel. Ik ben een beetje nuchter. Erg nuchter. Ik heb niet zo gauw... Ik vind het vervelend dat ik niet kan bewegen. Voor de rest wil je weer opknappen. Kom op met die medicijnen, dan gaan we weer verder. Ik heb niet zo snel angst.

[Interviewer]

Spreekt u er nog met mensen in uw omgeving om? Hoe reageren die?

[Interviewee 15]

Spreek je wel mee. Maar daar heb je het weer. Als je bespreekt dat je spierreuma hebt, die mensen lezen ook niet en horen je aan. Een week later zeggen ze: blijft dat de rest van je leven? Dan denk ik: ik heb het toch verteld dat dat waarschijnlijk tussen de twee en drie jaar weggaat. Het is altijd moeilijker om mensen goed te vertellen. Je vertelt het ze wel goed. Ze doen er niet echt veel mee. Dat is logisch. Vind ik niet zo gek trouwens.

[Interviewer]

Als u terugkijkt op het hele proces vanaf uw eerste bezoek bij de huisarts tot aan dat u nu hier zit. Wat ging daarin goed? Wat was fijn voor u?

[Interviewee 15]

Waar ik spijt van heb, is dat ik niet direct had moeten zeggen: stuur maar een reumatoloog. Maar dan heb je weer te weinig kennis.

Maar het gekke is, als je dan afgebouwd hebt met prednison en je geeft aan dat je nog veel last hebt, duurt het bij elkaar nog iets van vier maanden voordat hij uiteindelijk zegt van: toch maar even naar een reumatoloog. Dan denk ik: ook jij luistert niet goed. Dat moet eerder in mijn ogen.

[Interviewer]

Zijn er ook dingen waarvan u zegt: dit heb ik als fijn ervaren of dit ging goed.

[Interviewee 15]

Het ging allemaal wel goed, want netjes op het scherm alles laten zien. Je hebt er ook geen kennis van. Je gaat dan lezen. Dan denk ik: dit heb ik. Dat is jammer en dat moet opgelost worden. Maar na zo'n afbouw ga je twijfelen van: is dit normaal? Dat kon je in het hele Google-verhaal. Als je daar gaat lezen, kan je niet terugzien dat na het afbouwen van jouw prednison, dat je dan met spierreuma nog last hebt en pijn hebt. Dat is heel gek. Ik heb gezocht.

[Interviewer]

U heeft prednison gekregen voor de spierreuma en nu twijfelen ze daaraan of dat het misschien wel is. Hoe voelt u zich daarbij?

[Interviewee 15]

Goed, want we gaan verder onderzoeken. Dus dan denk ik: we gaan verder zoeken, dan komt het wel goed. Als je op een gegeven moment hoort wat je hebt, zal je daarmee moeten dealen. Dat kan reuma zijn. Dat kan ook gewoon de botstructuur in het lijf zijn. Dat is dan maar zo.

[Interviewer]

Is er nog iets waarvan u zegt: dat zou ik fijn vinden als het anders zou gaan in het traject.

[Interviewee 15]

Dat sneller verwijzen. Maar dan moeten ze ook weer begrijpen. Als je al drie keer bij de arts bent geweest dat je toch veel pijn hebt, dan denk ik: had ik zielig moeten doen of zo? Best moeilijk.

[Interviewer]

Toen u nog bij de huisarts was en voordat u verwezen werd. Hoe had u in dat geval het beste geholpen kunnen worden?

[Interviewee 15]

Ze hebben de spierreuma als leidraad. Houdt ook in dat en dat gaat gebeuren. Dit overkomt je en het beste is dit dan te gebruiken. Dat wilde ik eerst niet. Er is goed overlegd. Het is geen klacht. Eigenlijk loopt het goed omdat je weet dat je spierreuma hebt. Maar nu is dat weer in twijfel getrokken. Dus dan ben ik benieuwd. Nou ben ik heel erg benieuwd, want ik heb het tenslotte toen plotseling gekregen. Is plotseling artrose in alle botten? In mijn ogen niet, maar goed, dat kan hij dadelijk wel vertellen. Dat is op zich vreemd. In mijn ogen. Daarvoor had ik het niet. [lacht] Ik heb geen kennis daarvan. Maar dat in een lichaam plotseling alles artrose is, ineens in mijn polsen, ineens in mijn benen. That's me.

[Interviewer]

Als ik u zo hoor, is het belangrijkste voor u uiteindelijk duidelijkheid wat er precies aan de hand is en een stukje vervolgstap: hoe gaan we dit verhelpen om de pijn te verminderen?

[Interviewee 15]

Ja dat inderdaad en daar sneller op reageren. De reumatoloog hier trapt in één keer af en zegt: dan gaan we dat, dan gaan we zus, we gaan zo. Ik wil dit weten. Ik wil dat weten. Prima, dan voel ik mij gerust gesteld als we direct actie gaan ondernemen.

[Interviewer]

Ik heb zo wel al mijn vragen kunnen stellen. Heel erg bedankt voor uw tijd.

[Interviewee 15]

Graag gedaan, veel succes met je onderzoek!

Interview 3:

[Interviewer]

Dan zou ik graag willen beginnen met: wanneer begonnen uw klachten?

[Interviewee 16]

Ik denk een half jaar geleden. Zoiets. Misschien iets langer. Er heeft ook een tijd tussen gezeten voordat we hier terechtkonden. Ik denk ruim een half jaar geleden.

[Interviewer]

Wat was het punt dat u besloot om een afspraak bij de huisarts te maken?

[Interviewee 16]

Op het moment dat ik een beetje vergroeiing zag, de plek dikker leek te worden en pijnlijker werd, ben ik naar de huisarts gegaan. Ik begon me toen wel zorgen te maken over wat het kon zijn.

[Interviewer]

Had u een bepaald beeld of een idee bij wat er aan de hand zou kunnen zijn?

[Interviewee 16]

Ik dacht in eerste instantie aan artrose, omdat ik vijf à zeven jaar geleden mijn heup en schouder heb laten controleren. Daar zijn toen röntgenfoto's van gemaakt en daar bleek een lichte vorm van artrose te zitten. Dat heb ik toen onder controle weten te krijgen met wat supplementen. Dus ik dacht: dan zal het waarschijnlijk zoiets zijn.

[Interviewer]

Had u toen nog wat online gelezen of bent u naar de huisarts gegaan?

[Interviewee 16]

Nee, toen ben ik naar de huisarts gegaan.

[Interviewer]

Hoe ging dat eerste gesprek bij de huisarts? Wat heeft de huisarts gevraagd, gedaan, besproken?

[Interviewee 16]

Hij heeft het onderzocht en vragen gesteld wanneer ik er last van had. Dat soort vragen. Hij dacht in eerste instantie aan artrose en heeft me doorgestuurd naar de handfysiotherapeut.

[Interviewer]

Toen heeft u daar een tijdje gelopen?

[Interviewee 16]

Nee, ik ben daar één keer geweest voor het intakegesprek. Toen heeft ze mijn handen onderzocht en twijfelde zij aan de diagnose artrose, omdat er wat ontstekingsplekjes zaten waar het meer opgezwollen was. Ze zei: er zit een groot verschil qua temperatuur tussen je handen en je armen. Mijn handen waren een stuk warmer dan mijn armen. Zij zei: dat zijn meer ontstekingsklachten. Zij dacht meer aan een reuma-gelinkte vorm. Vandaar dat zij zei: ik wil dat je dat eerst laat onderzoeken in het ziekenhuis voordat ik verderga met behandelen.

[Interviewer]

Toen bent u teruggegaan naar de huisarts?

[Interviewee 16]

Volgens mij heb ik het meteen bij de assistente aangegeven en om een verwijzing voor het ziekenhuis gevraagd. Dat is meteen geregeld.

[Interviewer]

Hoe voelde u zich daarbij dat het in één keer wat anders kon zijn?

[Interviewee 16]

Ik geloof dat ik dat gewoon geaccepteerd heb. Ik had niet zoiets van: oh god, help. Plus dat ik toen vrij snel wist dat die afspraak in november, december geweest is. De afspraak was nu pas, in maart. Ik dacht: eerst maar wachten tot die eerste afspraak in het ziekenhuis is geweest, dan zien we wel verder.

[Interviewer]

Hoe voelde u zich tijdens deze wachttijd, wat deed dat met u?

[Interviewee 16]

Op het moment dat er iets speelt, wil je zo snel mogelijk geholpen worden. Volgens mij zijn de wachttijden inmiddels overal zo. Ik ben ook wel van: dat is niet anders. Plus dat ik niet zoveel last had dat ik dacht: het moet met spoed. Ik ben daar vrij bewust in geweest.

[Interviewer]

Wat verwacht u dat de reumatoloog hier voor u zou kunnen betekenen?

[Interviewee 16]

Dat hij uitzoekt wat er aan de hand is. Dat gaat hij ook doen. Hij heeft me net onderzocht. Er komen nog extra röntgenfoto's en bloedonderzoek. Ik verwacht dat hij daaruit meer informatie kan gaan halen.

[Interviewer]

Hoe bent u dan het beste geholpen? Wat zou u graag willen?

[Interviewee 16]

Dat ik zo goed mogelijk geholpen word. Of het artrose is of reuma, het is niet iets dat over kan gaan. Daar heb ik me al op ingesteld. Het zou fijn zijn als ik, wat voor diagnose er ook uit komt, zo lang mogelijk klachtenvrij of zo weinig mogelijk klachten kan hebben. Of dat met supplementen moet of met medicatie of iets dergelijks, dat zullen we moeten bespreken. Je hoopt dat je zo prettig mogelijk verder kunt leven. Dat is afhankelijk van de diagnose. Als je een klassieke vorm van reuma hebt, weet je dat dat niet helemaal gaat lukken. Maar dat er alles aan gedaan wordt om dat zoveel mogelijk, wat binnen de mogelijkheden ligt, te bewerkstelligen.

[Interviewer]

Hoe heeft u hier het eerste consult ervaren? Wat hebben ze gedaan, gevraagd?

[Interviewee 16]

Prima. Hij heeft eerst uitgebreid vragen gesteld of mij eerst laten vertellen: waar loop ik tegenaan? Wat zijn mijn klachten? Op basis daarvan heeft hij extra vragen gesteld om voor zichzelf meer duidelijkheid te krijgen waar hij aan zou moeten denken.

Daarna heeft hij een lichamelijk onderzoek gedaan om te kijken waar pijnklachten zitten of hier iets kon voelen. Of er al vergroeiingen of dingetjes zaten. Ik moest aangeven waar ik eventueel pijn ervaarde. Dat was prima.

[Interviewer]

Wat zijn de vervolgspraken of vervolgstappen die ze gaan zetten?

[Interviewee 16]

Over drie weken heb ik een tweede afspraak met de reumatoloog. Daarvoor röntgenfoto's van handen, voeten en heupen en bloedonderzoek. Dan gaan we kijken. Mocht ik extra klachten krijgen, iets wat op ontsteking lijkt, dan kan ik foto's sturen of contact opnemen voor een e-consult.

[Interviewer]

U zei: u heeft eerder artrose-achtige klachten gehad. Doet u daar nu bepaalde dingen mee? Let u bewust op bepaalde leefstijlfactoren?

[Interviewee 16]

Te weinig denk ik. Wij leven heel gezond: roken niet, drinken niet, eten erg gezond. Ik heb een aantal supplementen die ik destijds van de huisarts heb gekregen, wat zou kunnen helpen bij artrose. Dat is glucosamine en chondroïtine. Qua bewegen zouden er verbeteringen kunnen zijn.

[Interviewer]

Qua kennis over wat je daarin zou kunnen doen, is dat voor u voldoende? Dat u denkt: ik weet wat ik zou moeten doen?

[Interviewee 16]

Dat kan je tegenwoordig allemaal googlen. Een heleboel dingen zijn heel logisch. Dat weet ik wel.

[Interviewer]

Wat houdt je tegen om het niet te doen?

[Interviewee 16]

Veel dingen zijn makkelijk in te passen. Ik werk vier dagen. Mijn dochter heeft een huis gekocht. Je kan het bijna geen huis meer noemen, daar moet veel in geklust worden. We zijn over het algemeen een dag per weekend daar. Dat is al vijf van de zeven dagen. We zijn de laatste tijd aan het dokteren geweest, ook mijn partner. Daar ging tijd in zitten. Het komt er te weinig van. Ik ben laatst een paar keer naar de sportschool gegaan en denk: dat moet ik weer gaan doen. Ik weet als ik 's avonds sport, dat ik daarna slecht slaap. Dat betekent dat alles zich concentreert op die paar dagen die ik vrij heb. Dan heb je je sociale afspraken, dingen in huis die moeten gebeuren. Het komt er vaak niet van.

Het weer gaat beter worden, dus ik heb bedacht dat ik vaker met de fiets naar mijn werk ga. Om meer in beweging te zijn. Ik probeer vooral te passen en meten wat er binnen mijn leven en planning gaat.

[Interviewer]

U had een bepaalde verwachting toen u hier kwam. Komt dat overeen met wat er is gedaan en besproken?

[Interviewee 16]

Ja. Ik had verwacht dat er bloedonderzoek zou plaatsvinden. Die röntgenfoto vind ik logisch.

Dat als je met gewrichten te maken krijgt, dat je goed wil zien of daar vergroeiingen of dingetjes zitten. Niet dat ik andere dingen te horen heb gekregen.

[Interviewer]

Heeft de huisarts verder onderzoek buiten het consult om?

[Interviewee 16]

Nee. Volgens mij niet. Ja, hij heeft me gelijk doorverwezen. Dat durf ik niet met 100% zekerheid te zeggen. Ik ben eerst naar de fysio gegaan en vanuit daar direct doorverwezen.

[Interviewer]

Als u terugkijkt op het gehele traject, zijn er dingen waarvan u zegt: dat ging goed, dat vond ik fijn of dat heb ik als fijn ervaren?

[Interviewee 16]

De stap naar de fysio leek mij een logische. Ik was blij dat zij snel in de gaten had: dit is iets meer dan artrose. Dat zij daarin duidelijk was. Wat ik prettig bij haar vond was dat ze zei: als je duidelijkheid hebt, laat het me weten. Ook als je niet met mij verder kunt. Dat vind ik prettig. Een menselijke benadering. Het gesprek met de reumatoloog, dat was ook een prettige man. Nam er de tijd voor. Eigenlijk wel.

[Interviewer]

Wat vindt u belangrijk in zo'n consult? In het algemeen bij de huisarts of bij de reumatoloog?

[Interviewee 16]

Ten eerste dat er de tijd voor genomen wordt, dat je je verhaal kan doen.

Dat er rust is. Ik vind het altijd belangrijk dat mensen vertellen wat ze doen. Ik ga nu lichamelijk onderzoek doen. Ik ga eerst dit checken, nu ga ik dat doen. Dat je voorbereid wordt op wat er gaat komen. Dat geeft een stukje veiligheid en zodat ik weet waar ik aan toe ben.

[Interviewer]

Zijn er dingen waarvan u denkt: dat zou beter kunnen of dat ging minder goed, frustreerde me?

[Interviewee 16]

De wachttijd is jammer. In mijn geval was het niet heel vervelend. Ik heb ervaren met andere dingen die belangrijker waren, dat er wel spoed achter gezet werd. Ik denk dat de zorg lichtelijk overbelast is, daar doe je niet veel aan. Het is jammer dat je zo'n tijd moet wachten. Ik heb er niet ontzettend veel last van, maar het is ook niet zo dat je daar zeker van wordt. In die zin: hoe korter de wachttijd, hoe fijner. Maar ik snap dat dat niet altijd kan. Ik snap ook dat spoedgevallen voorgaan.

[Interviewer]

Moet ik dat zien als een stukje onzekerheid wat onbewust onrust geeft?

[Interviewee 16]

Nee, dat denk ik niet. Geen onrust, maar wel de behoefte aan duidelijkheid. Het is niet zo dat ik daar dagelijks mee bezig ben geweest. Maar overall gezien, als er iets met je speelt lichamelijk, wil je zo snel mogelijk geholpen worden. Het was in dit geval niet heel heftig. Dat zou ik met andere dingen wellicht meer hebben.

[Interviewer]

Het staat in balans met hoe erg het je belemmert in het dagelijks leven.

[Interviewee 16]

Jazeker.

[Interviewer]

Als u specifiek ergens een verbetering zou willen toepassen, zou dat de wachttijd zijn? Zou het wat anders zijn?

[Interviewee 16]

Dan staat de wachttijd voorop. Maar ik ben ook realistisch om te realiseren dat dat niet altijd kan. Ik kan me voorstellen, ik slikte nog andere dingetjes erbij. Daar ben ik mee gestopt omdat ze op waren. Ik dacht: laat ik eens kijken hoe dat gaat. Ik merk dat ik de laatste twee weken meer last heb. Ik kan me voorstellen als je meer last hebt, dat zo'n wachtlijst vervelend is. Dan loop je er de hele dag tegenaan. Dat heb ik niet, dat maakt het voor mij makkelijker. Ik denk als je meer last ervaart, dat een langere wachttijd vervelend kan zijn.

[Interviewer]

Ik heb zo al mijn vragen kunnen stellen. Ik weet niet of u nog wat toe te voegen heeft?

[Interviewee 16]

Nee, denk het niet.

Interview 4:

[Interviewer]

Kunt u vertellen wanneer uw klachten begonnen en wat er toen gebeurde?

[Interviewee 17]

Ik heb best lang klachten gehad, maar ik dacht steeds: het gaat wel weer over. Ik was nog jong, dus ik dacht dat er niet zoveel mis kon zijn. Toch begonnen de klachten vanaf de puberteit echt op te vallen. Ik merkte dat mijn doorbloeding niet goed was en dat ik ook gewrichtspijn kreeg. Daar heb ik heel lang niets aan gedaan, totdat ik op een gegeven moment zoveel pijn had dat ik mijn handen en voeten bijna niet meer kon bewegen. Soms straalde het zelfs uit naar mijn gezicht. Alles deed dan veel pijn in mijn gewrichten. Toen dacht ik: misschien moet ik toch maar eens naar de huisarts.

[Interviewer]

Kunt u een indicatie geven van hoe lang die periode was voordat u naar de huisarts ging?

[Interviewee 17]

Ja, echt wel jaren, denk ik.

[Interviewer]

Heeft u in die tussentijd nog andere stappen ondernomen om erachter te komen wat er aan de hand was?

[Interviewee 17]

Nee, eigenlijk niet. Je kunt best lang met klachten rondlopen totdat je er niet meer omheen kunt. Dat is vaak ook het punt waarop ik er iets aan ga doen.

Eerst denk ik meestal dat het vanzelf wel overgaat, maar op een gegeven moment merk je dat dat niet zo is en dat het soms alleen maar erger wordt. Bij mij verschilt het ook heel erg per periode van het jaar. In de winter heb ik veel sneller en veel meer gewrichtspijn dan in de zomer. In de zomer ben je warmer en gaat het allemaal wat soepeler. In de winter is het koud, dan is mijn doorbloeding slechter en merk ik de pijn eerder in mijn vingers, voeten en gewrichten. Ik weet nog dat we een keer een hele heftige, vochtige en ijzige winter hadden. Toen had ik er het meeste last van. Ik denk dat het wel een paar winters heeft geduurd voordat ik naar de huisarts ging.

[Interviewer]

Wat dacht u zelf dat er aan de hand was?

[Interviewee 17]

Je komt er op een gegeven moment wel achter dat het reumatische klachten of in ieder geval gewrichtsklachten zijn. Je weet dan gewoon wat voor soort pijn het is. Het voelde niet meer als normale pijn of zenuwpijn, maar echt als pijn in de gewrichten. Dus daar kwam ik wel snel op uit.

[Interviewer]

Waar baseerde u dat idee op?

[Interviewee 17]

Er zit wel reuma in mijn familie en ook veel gewrichtsklachten. Daarom zeiden mijn ouders, vooral mijn moeder, dat ik er beter een keer mee naar de huisarts kon gaan. Als het echt zoiets is, kun je er beter op tijd bij zijn dan er heel lang mee blijven rondlopen.

[Interviewer]

Had u online informatie gezocht?

[Interviewee 17]

Niet echt. Ik heb er niet veel over gegoogeld. Voor mij voelde het eigenlijk al vrij snel duidelijk.

[Interviewer]

Wat maakte dat u uiteindelijk toch naar de huisarts ging?

[Interviewee 17]

Ik kon er gewoon niet meer omheen. Ik hoopte vooral dat er iets aan te doen was en dat ik er niet voor altijd mee zou blijven zitten. Het is gewoon heel vervelend als je dagen of zelfs weken achter elkaar zoveel last hebt. Je merkt aan je lichaam dat alles stroef gaat. Dan denk je: ik ben nog jong, ik zou dit gewoon moeten kunnen. Maar het ging niet meer, dus toen ben ik uiteindelijk naar de huisarts gegaan.

[Interviewer]

Hoe verliep het eerste gesprek met uw huisarts over deze klachten?

[Interviewee 17]

Ik heb eerst de assistente gebeld. Ik zat gelukkig bij een fijne huisarts, want ik was daarvoor gewisseld. Mijn oude huisarts hielp ons echt slecht. We moesten altijd lang wachten voordat we terechtkonden, of ze vonden het niet ernstig genoeg. Daarna kwam ik bij een andere huisarts terecht en daar had ik het gevoel: als ik bel, dan is er ook echt iets aan de hand en dan moet ik langskomen. Ik kreeg toen best snel een afspraak. Het was geen spoed, dus niet dezelfde dag, maar volgens mij wel binnen een week.

Empowered to Care

[Interviewer]

Hoe ging dat consult? Wat vertelde u en welke vragen stelde de huisarts?

[Interviewee 17]

De huisarts vroeg vooral waar ik last van had, hoe dat voelde en wat voor klachten ik precies ervaarde. Ik heb toen uitgelegd dat kou invloed had, maar ook heftige emoties, zoals verdriet of stress. Dan vernauwen mijn bloedvaten ook en krijg ik meer klachten. Ik vertelde ook dat je vingers bij [aandoening] verschillende kleuren kunnen krijgen. Ik weet niet meer precies welke volgorde dat was, maar iets van blauw, rood en wit. Dat is best kenmerkend. Nadat ik had verteld waar ik last van had en wanneer, kwam de huisarts eigenlijk best snel tot een diagnose. Ze legde ook duidelijk uit wat het was en hoe ik er het beste mee om kon gaan. Ze heeft me toen wel goed geholpen.

[Interviewer]

Heeft de huisarts nog onderzoek gedaan of testen laten doen?

[Interviewee 17]

Ik herinner me niet precies meer welke testen er zijn gedaan. Volgens mij hebben we wel bloedtesten gedaan. Ze noemde het volgens mij eerst een voorlopige diagnose. Er is in ieder geval ook gekeken naar ontstekingen, om ontstekingsreuma uit te sluiten. We hebben dus wel bloedwaarden laten controleren.

[Interviewer]

Hoe werd besloten dat u naar een reumatoloog zou gaan?

[Interviewee 17]

In eerste instantie ben ik het gewoon weer een tijd gaan proberen. Dat was ongeveer aan het einde van de winter. Het jaar daarop ben ik weer teruggegaan naar de huisarts, omdat ik merkte dat het toch niet goed ging. Toen heb ik lange tijd medicijnen geslikt die de bloedvaten verwijden, zodat je een betere doorbloeding hebt en minder last van je handen en voeten. Die heb ik best een tijd gebruikt.

[Interviewer]

Waren die medicijnen voorgeschreven door de huisarts?

[Interviewee 17]

Ja, die kreeg ik via de huisarts. Op een gegeven moment kreeg ik ook speciale handschoenen voorgeschreven voor als ik thuis of binnen veel last had van mijn handen. Dat waren van die handschoenen met zilvergaren.

[Interviewer]

En hoe kwam daarna de verwijzing naar de reumatoloog tot stand?

[Interviewee 17]

Op een gegeven moment ben ik weer teruggegaan, omdat ik me afvroeg of die medicijnen nog wel goed werkten of dat de dosis misschien verhoogd moest worden. Toen ben ik doorgestuurd naar de reumatoloog.

[Interviewer]

Was dat vooral op advies van de huisarts of wilde u dat zelf ook?

[Interviewee 17]

Ik verwacht wel dat als je al dingen hebt geprobeerd en het helpt niet genoeg, je op een gegeven moment wordt doorverwezen. Ik vind het belangrijk dat je klachten serieus worden genomen en dat de huisarts samen met je zoekt naar een oplossing.

[Interviewer]

Wat verwachtte u dat de reumatoloog zou doen of onderzoeken?

[Interviewee 17]

Ik verwachtte dat er gekeken zou worden of er al verdere reuma was ontwikkeld. Dat hebben ze daar ook onderzocht. Ik kreeg een druppeltje slaolie op mijn vinger en daarna keken ze met een soort cameraatje naar de bloedvaatjes in mijn vingertoppen. Toen zeiden ze dat het voor nu nog goed was, maar dat ze niet konden uitsluiten dat het in de toekomst reuma zou worden. Dat was natuurlijk geen fijne boodschap, zeker omdat het al in de familie zit.

[Interviewer]

Wat hoopte u dat er uit het consult zou komen?

[Interviewee 17]

Ik hoopte vooral dat er gekeken zou worden of alles nog goed was en of die medicatie aangepast moest worden.

[Interviewer]

Hoe lang heeft u moeten wachten op de afspraak?

[Interviewee 17]

De huisarts deed eigenlijk alles. Die maakte de verwijzing voor mij en stuurde die op. Daarna was het vooral wachten op een afspraak. Uiteindelijk kreeg ik een afspraakbrief, maar die afspraak was pas meer dan zes maanden later. Dat was wel echt een tegenvaller.

[Interviewer]

Hoe voelde dat?

[Interviewee 17]

Ik vond dat heel vervelend. Ik ging juist voor die medicatie en om te laten controleren of alles nog goed was. Volgens mij werd de afspraak in september aangevraagd en kon ik pas in maart terecht. Toen dacht ik wel: die medicatie heb ik juist in de winter nodig, dus hier heb ik dan niet zoveel aan. Het duurde echt heel lang voordat ik daar terechtkon.

[Interviewer]

Kreeg u wel op tijd te horen wanneer uw afspraak zou zijn?

[Interviewee 17]

Ja, dat kreeg ik wel ruim van tevoren te horen. Maar daarna duurde het alsnog heel lang voordat ik daadwerkelijk aan de beurt was.

[Interviewer]

Hoe voelde u zich in die tussentijd?

[Interviewee 17]

Ik vond het gewoon heel vervelend. Je gaat daarheen omdat je iets nodig hebt en omdat je wilt weten wat er aan de hand is, zeker als je nog jong bent.

Je wilt gewoon weten of alles goed gaat en waar je op moet letten. Ik vond het echt niet prettig dat ik zo lang moest wachten.

[Interviewer]

Had u in die tussentijd nog contact met uw huisarts of andere zorgverleners?

[Interviewee 17]

Volgens mij heb ik toen nog één keer contact gehad met de huisarts, omdat het zo lang duurde. Ze hebben toen volgens mij geprobeerd mij hoger op de wachtlijst te krijgen, maar dat had weinig effect. Ik weet ook nog dat voor de eerste afspraak het apparaat kapot was waarmee ze mijn vinger zouden bekijken. Daardoor duurde het daarna volgens mij nóg langer.

[Interviewer]

Hoe lang moest u toen nog wachten?

[Interviewee 17]

Minimaal nog een maand, geloof ik. Uiteindelijk wacht je dan volgens mij zeven of acht maanden. We konden pas in april terecht.

[Interviewer]

Hoe heeft u het eerste consult ervaren?

[Interviewee 17]

Het ging allemaal vrij vlot. Hij had mijn dossier al gelezen en we hebben het kort over de medicatie gehad. De huisarts had het ook goed opgeschreven, dus dat scheelde.

De onderzoeken naar reuma gingen ook snel, maar ik weet nog wel dat hij heel goed uitlegde wat hij precies deed.

[Interviewer]

Wat gebeurde er tijdens dat consult?

[Interviewee 17]

Hij legde bijvoorbeeld uit waarom ze slaolie gebruikten en niet een andere olie voordat ze met het cameraatje naar je vinger keken. Hij vertelde dat de goedkoopste slaolie uit de supermarkt hetzelfde effect had. Daarna liet hij die vaatjes zien en legde hij uit wat hij zag. Hij nam me daar heel goed in mee.

[Interviewer]

Vond u dat prettig?

[Interviewee 17]

Ja, dat vond ik prettig. Ik ben zelf altijd wel geïnteresseerd in hoe iets werkt. Ik heb ook biologie gehad op de middelbare school, dus dan herken je toch nog wel dingen. Ik vind het fijn om te weten wat iemand ziet en hoe hij tot een conclusie komt.

[Interviewer]

Waarom vindt u dat prettig?

[Interviewee 17]

Omdat je dan beter begrijpt waar iemand naartoe werkt in zijn uitleg. Dan heb ik ook meer het gevoel dat de diagnose klopt. Als iemand alleen zegt: het is dit, zonder uitleg, dan vind ik dat moeilijker om te begrijpen en zou ik het minder snel aannemen.

[Interviewer]

Wat hebben ze verder nog gedaan in dat consult?

[Interviewee 17]

We hebben afgesproken dat we even zouden kijken hoe het zou gaan. Volgens mij heb ik toen een verhoging van de medicatie gekregen, maar zonder garanties dat dat echt veel zou opleveren. Daarna spraken we af dat we na een tijd zouden bellen. Ik had die medicatie toen voor een half jaar of een jaar gekregen, en daarna zouden we bespreken of ik echt verschil merkte ten opzichte van eerder.

[Interviewer]

Heeft dat belmoment nog plaatsgevonden?

[Interviewee 17]

Ja.

[Interviewer]

Hoe was dat?

[Interviewee 17]

Daar weet ik niet heel veel meer van, maar volgens mij was de conclusie dat het niet zo veel uitmaakte. Dat ik dus niet per se een hogere dosis nodig had. Wat ik nog wel weet, is dat ze zeiden dat ik, als ik het later toch weer nodig had, het zo opnieuw kon krijgen. Dat vond ik heel fijn, want dan hoefde ik niet weer eerst helemaal terug te komen.

[Interviewer]

In hoeverre kwam het consult overeen met wat u had verwacht?

[Interviewee 17]

Dat kwam eigenlijk wel overeen. Er werd gekeken naar de medicatie en er werd verder onderzocht of er al meer aan de hand was. Dat was ook wat ik hoopte.

[Interviewer]

Als u terugkijkt op het traject van huisarts tot specialist, wat ging goed?

[Interviewee 17]

Wat goed ging, was dat mijn huisarts goed doorvroeg, zonder oordeel. Ze vroeg echt hoe het voelde, wat ik merkte en hoe ik het ervaarde. Ze stelde geen sturende vragen en dat vond ik heel helpend. Ook vond ik het prettig dat ze eerlijk was als ze iets niet wist en dan verder ging zoeken. Ze dacht mee, gaf opties en legde uit welke richting zij het meest logisch vond. Daardoor merkte ik dat ze het belangrijk vond dat het voor mij goed was. Ook bij de reumatoloog vond ik het prettig dat alles goed werd uitgelegd.

[Interviewer]

Wat vond u lastig of frustrerend in het traject?

[Interviewee 17]

Vooral het lange wachten op de afspraak bij de reumatoloog vond ik heel frustrerend. Zeker omdat ik die medicijnen juist in de winter nodig had. Daarnaast merk ik nu bij mijn huidige huisarts dat het soms gehaast voelt. Dat ontmoedigt me wel om terug te gaan.

[Interviewer]

Wat maakt dat het gehaast voelt?

[Interviewee 17]

Bij een andere klacht zei die huisarts een keer: het kan dit zijn of dat zijn, ik schrijf het voor je op een briefje en dan moet je thuis maar even op thuisarts.nl kijken wat het beste past. Dan heb ik niet het gevoel dat er echt tijd voor mij wordt genomen.

[Interviewer]

Wat had u daarin liever gezien?

[Interviewee 17]

Ik had het fijn gevonden als ze wat meer stil had gestaan bij hoe het voelde en wat het met me deed. Het ging toen om een soort verkramping op mijn borst, waardoor ik 's nachts wakker werd met veel druk op mijn borst en het gevoel dat ik bijna geen lucht kreeg. Dan is het wel prettig als een huisarts erkent dat dat heftig is en je gevoel serieus neemt, in plaats van meteen te zeggen dat het waarschijnlijk niks ernstigs is.

[Interviewer]

Wat zou patiënten helpen voordat ze bij de specialist terechtkomen?

[Interviewee 17]

Dat klachten serieus worden genomen, dat er goed wordt meegedacht en dat je niet het gevoel hebt dat alles snel afgehandeld moet worden. Ook zou het helpen als de wachttijd korter is, zeker als je in de tussentijd klachten houdt of afhankelijk bent van medicatie.

Interview 5:

[Interviewer]

Kunt u vertellen wanneer uw klachten begonnen en wat er toen gebeurde?

[Interviewee 18]

Destijds werkte ik in een fysiek intensieve baan, waarbij ik veel moest staan en lopen. Ik kreeg toen klachten die ik zelf vreemd vond. Als ik bijvoorbeeld even had gezeten en daarna opstond, voelde mijn rug stijf. Ook na een werkdag, als ik thuis even op de bank had gezeten en daarna weer opstond, had ik last van stijve gewrichten. Na warm douchen zakte dat vaak weer af. De klachten waren dus niet constant aanwezig. Eerst heb ik nog even afgewacht, maar het bleef steeds terugkomen. Toen dacht ik: dit is vreemd, het lijkt geen blessure, dus ik ga toch maar naar de huisarts.

[Interviewer]

Wat dacht u zelf dat er aan de hand was?

[Interviewee 18]

Ik dacht in eerste instantie dat het misschien aan mijn houding lag, of dat het kwam door het fysieke werk. Ik dacht eerder aan iets als fysiotherapie dan aan iets anders.

[Interviewer]

Hoe verliep het eerste contact met de huisarts?

[Interviewee 18]

Ik heb contact opgenomen met de huisarts en ben op consult geweest. Ik kon mijn klachten daar bespreken.

[Interviewer]

Hoe ging dat consult? Wat onderzocht of besprak de huisarts?

[Interviewee 18]

De huisarts nam de klachten serieus en heeft ook lichamelijk onderzoek gedaan. Ik weet niet meer precies wat, maar volgens mij moest ik bijvoorbeeld bewegen of bukken. Vrij snel kwam de huisarts tot de conclusie dat het verstandig was om beeldvormend onderzoek van de rug te laten doen. Afhankelijk van die uitslag zouden we dan verder kijken. De huisarts dacht zelf niet direct aan fysiotherapie of een gewone blessure. Dat onderzoek vond hij belangrijk.

[Interviewer]

Hoe ervaarde u dat eerste consult?

[Interviewee 18]

Positief. Ik was vooral blij dat mijn klachten vanaf het begin serieus werden genomen en dat er snel werd gehandeld.

[Interviewer]

Hoe werd besloten dat u naar de specialist zou gaan?

[Interviewee 18]

Na het onderzoek belde de huisarts mij op. Hij had zelf al naar de uitslag gekeken en zei dat hij iets had gezien dat hij graag door de specialist wilde laten beoordelen. Op basis daarvan ben ik doorverwezen.

[Interviewer]

Wist u toen al waar de huisarts precies aan dacht?

[Interviewee 18]

Nee, dat was voor mij toen nog niet duidelijk. De huisarts zei alleen dat hij mij wilde doorverwijzen naar de specialist. Ik wist toen niet goed wat ik daarvan moest denken.

[Interviewer]

Had u het prettig gevonden als dat vooraf duidelijker was geweest?

[Interviewee 18]

Niet per se. Als achteraf was gebleken dat het iets anders was, had dat misschien juist onnodige onrust gegeven.

[Interviewer]

Hoe voelde u zich in de periode tussen de verwijzing en het eerste consult?

[Interviewee 18]

Ik was vooral nieuwsgierig. Je stelt het lang uit om naar de huisarts te gaan, en als je dan eenmaal die stap zet, wil je ook weten wat er aan de hand is. Ik was niet heel onrustig of bang dat het iets ernstigs zou zijn, maar wel benieuwd wat eruit zou komen.

[Interviewer]

Heeft u in die tussentijd zelf nog online informatie opgezocht?

[Interviewee 18]

Nee, eigenlijk niet. Ik had totaal niet verwacht dat het deze kant op zou gaan.

[Interviewer]

Hoe keek u naar dat eerste bezoek aan de afdeling?

[Interviewee 18]

Ik wist eigenlijk niet goed wat ik moest verwachten. Ik dacht eerder dat het misschien iets tijdelijks was en dat het wel over zou gaan.

[Interviewer]

Hoe verliep het eerste consult bij de specialist?

[Interviewee 18]

Ik had eerst een gesprek. Daarna werd aanvullend onderzoek ingezet. Op basis van dat onderzoek, samen met mijn klachten en de eerdere bevindingen, werd het beeld bevestigd.

[Interviewer]

Wat gebeurde er daarna?

[Interviewee 18]

Na het stellen van de diagnose ben ik vrij snel gestart met behandeling. Er was overleg nodig met andere betrokken zorgverleners om te kijken welke behandeling passend was. Daarnaast heb ik ook nog een tijd oefentherapie gehad.

[Interviewer]

Hoe ging die oefentherapie?

[Interviewee 18]

Daarvoor ging ik naar een therapeut. Dat heb ik tijdelijk gedaan. Niet omdat het inhoudelijk was afgerond, maar vooral vanwege de kosten.

Het werd toen niet vergoed en dat maakte het financieel lastig om vol te houden.

[Interviewer]

In hoeverre kwam het uiteindelijke traject overeen met wat u vooraf verwachtte?

[Interviewee 18]

Dat overviel me wel. Ik had niet verwacht dat er echt een diagnose uit zou komen. Ik dacht eerder aan iets tijdelijks of aan overbelasting.

[Interviewer]

Wat deed die diagnose met u?

[Interviewee 18]

Ik was daar best verdrietig over. Vooral omdat het op relatief jonge leeftijd kwam, op een moment dat het juist weer wat beter ging in mijn leven. Dan is het lastig om te horen dat je iets hebt waar je wel behandeling voor kunt krijgen, maar waar je niet echt van geneest. Dat vond ik zwaar.

[Interviewer]

Had dat ook invloed op hoe u naar werk of de toekomst keek?

[Interviewee 18]

Ja, daar ben ik later wel over in gesprek gegaan. Je gaat dan toch nadenken over wat haalbaar is op de lange termijn en welk soort werk bij je past.

[Interviewer]

Als u terugkijkt op het traject van huisarts naar specialist, wat ging goed?

[Interviewee 18]

Vooral dat het snel ging en dat ik me serieus genomen voelde. Vanaf het eerste gesprek met de huisarts tot aan de diagnose zat relatief weinig tijd. Daar kijk ik goed op terug. Ook bij de specialist voelde ik me serieus genomen en werd er tijd genomen.

[Interviewer]

Kreeg u ook begeleiding of advies over hoe u ermee om kon gaan in het dagelijks leven?

[Interviewee 18]

Ja, vooral vanuit de specialist. Ik kreeg algemene adviezen over balans tussen rust en beweging, over blijven bewegen en over hoe je je dagelijks leven of werkhouding praktisch kunt aanpassen. Dat waren geen heel strikte leefregels, maar meer meedenken over wat haalbaar is en wat past.

[Interviewer]

Hoe ervaarde u die adviezen?

[Interviewee 18]

Goed. Ik vond ze duidelijk en bruikbaar. Alles was goed te volgen.

[Interviewer]

En hoe is dat nu, als u contact opneemt bij klachten?

[Interviewee 18]

Ik heb het gevoel dat ik nog steeds serieus word genomen. Als ik bel omdat er echt iets speelt, weet ik dat er snel wordt meegedacht. Dat geeft vertrouwen.

[Interviewer]

Als u kijkt naar dit hele traject, wat was voor u belangrijk in goede zorg?

[Interviewee 18]

Dat klachten serieus worden genomen, dat er snel gehandeld wordt en dat iemand met je meedenkt. Dat is voor mij het belangrijkste geweest in dit traject.

[Interviewer]

Wat had eventueel beter gekund?

[Interviewee 18]

In mijn geval is het traject juist relatief soepel gegaan. Als ik dan iets noem, is het dat ondersteuning zoals oefentherapie praktisch toegankelijk moet zijn. Als iets inhoudelijk helpt maar financieel lastig vol te houden is, dan wordt het in de praktijk toch moeilijker.

[Interviewer]

Wat helpt voor u het meest in de begeleiding?

[Interviewee 18]

Dat zorgverleners niet alleen kijken naar behandeling, maar ook naar wat haalbaar is in het dagelijks leven. Dus niet alleen wat er medisch aan de hand is, maar ook wat iemand nodig heeft om ermee om te gaan.

H - TRANSCRIPTION INTERVIEWS

PRIMARY CARE WORKER

Interview 8 - Physical therapist

[Interviewer]

Help je vaak artrose patiënten in de praktijk?

[Interviewee 9]

Zeker wel eigenlijk elke dag.

[Interviewer]

Is die patiënt populatie dan groot in zo'n praktijk?

[Interviewee 9]

Ja. Nou ja in op zijn algemeenheid in Nederland is de populatie die artrose heeft of bijvoorbeeld gewrichtsklachten heel hoog uit mijn hoofd is het 65% of meer. Alleen niet iedereen heeft daar klachten van.

In de praktijk zien we er wel echter veel van terug, want de Mensen die er wel last van hebben, die komen wel eigenlijk bijna altijd bij de fysio.

[Interviewer]

Ja en hoe komen die Mensen dan bij jullie terecht worden ze vaak vanuit de huisarts doorverwezen naar de fysio. Of komen ze zelf bij jullie terecht?

[Interviewee 9]

Ja, vaak vanuit de huisarts, in enkele gevallen ook wel zelf, Omdat ze dan bijvoorbeeld kennis hebben die zeggen, van ja, Ik heb deze klachten. Ik ga naar die fysio en op die manier gaat het ook wel rond.

[Interviewer]

Oh ja, ja, en zijn dan Mensen altijd hebben ze dan altijd al de diagnose artrose of soms niet eens per se?

[Interviewee 9]

Niet per se? Nee.

[Interviewer]

En maak je. Mogen jullie die diagnose ook zelf maken of niet?

[Interviewee 9]

Nee, nee, wij mogen niet diagnosticeren. Nee.

[Interviewer]

OK, maar wel gewoon op basis van klachten dan behandelen.

[Interviewee 9]

Ja, we mogen op basis van klachten, mogen wij wel onze, nou ja, vermoedens vertellen? Zeg maar, vaak heb je een in een artrose beeld of inderdaad in.

Ja gewrichtsklachten zeg maar heb je ook vaak zelfde soort beelden dus ochtendstijfheid warmte In de knie gewrichtsbeperring Als je dat soort dingen hoort en niet Alleen maar deze 3 maar meer dan kan je op basis daarvan echt wel een redelijke conclusie trekken.

[Interviewer]

Ja, en wat betekenen jullie dan voor patiënten? Wat kunnen jullie doen voor de patiënten om hun klachten te verlichten of te verminderen?

[Interviewee 9]

Ja, wat je vaak ziet in eerste stadias van artrose is dat wij eigenlijk conservatief behandelen en dat betekent dat wij ervoor zorgen dat patiënten nog zo lang mogelijk Zonder een gewrichtsvervangende operatie door kunnen leven.

Wij zorgen ervoor dat de kracht in het been beter wordt, waardoor ze minder afhankelijk zijn. Echt van het gewricht.

Maar dat de spieren eromheen ook nog kunnen helpen met de begeleiding ervan. Wij helpen ook met het leren in hoeverre hun knie belastbaar is dus.

De belasting en belastbaarheid op elkaar af te stemmen. En op basis daarvan dat ze echt er doorheen kunnen, zeg maar op een dagelijkse basis met zo min mogelijk pijn. Eventueel ook wat ze moeten doen als er wel veel pijn is, dus op welke manier kan je er dan mee omgaan? Dus eigenlijk bij Mensen met artrose zorgen wij voor veel oefentherapie door je lichaam te leren kennen op hoe die nu is, kan je er ook het beste mee omgaan.

[Interviewer]

En, wat merk je dan bij patiënten vinden ze dan lastig dat hun lichaam ineens heel veel minder kan, Misschien al vroeger.

[Interviewee 9]

Zeker. Ja Natuurlijk wel, Iedereen is anders, dus op basis daarvan heeft Iedereen ook echt wel een ander. Manier van omgaan met het probleem. Sommige Mensen die verwachten nog echt hetzelfde als 20 jaar geleden, dus dan heb je bijvoorbeeld iemand van 65 plus. En, die zegt ja, maar 20 jaar geleden kon ik dit wel nog. Ja dan begrijpen ze niet zo goed Waarom? Het is dat hun artrose hebben.

Ze zien het een beetje als een. Ja een, een vloek In de knie, zeg maar Als je het zo kan zeggen. Ja andere Mensen die zijn dan juist weer wat meer up to date met het hoort erbij en nu moet ik ermee leren omgaan. Dus je hebt echt twee verschillende Mensen types en twee verschillende copings manieren waarmee ze ermee omgaan.

[Interviewer]

Ja en hoe? Hoe vormt het dan zo dat sommige Mensen juist wel heel goed geïnformeerd zijn en andere Mensen dat niet zo zijn? Weet je daar een beetje?

[Interviewee 9]

Ja, het heeft ook wel eens te maken met opvoeding, Achtergrond bij Mensen. Ja, ook wel eens met wat laaggeletterdheid kan je ook wel noemen, Omdat ze Misschien niet zo makkelijk aan informatie komen dan als andere Mensen. En, Ik denk ook wel dat oudere generaties daar inderdaad wat meer last van hebben. Tegenwoordig heb je echt allerlei manieren om aan informatie te komen die hun wat minder hadden. Maar dan nog steeds zie je echt wel een clove van Mensen die dan toendertijd ook nog wel aan informatie konden komen en wat minder.

Ja cultuur heeft en Achtergrond heeft er ook wel mee te maken. Bijvoorbeeld als iemand artrose heeft met een Achtergrond uit het zuiden, denk aan Turkije, Italië, Spanje, dan zijn ze nog heel erg gericht op. Artrose Het is Het gaat kapot je mag het niet bewegen, terwijl dat eigenlijk exact het tegenovergestelde is van wat je zou moeten doen.

[Interviewer]

En dan ja hoe, hoe reageren zelf? Hoe gaan ze dan om met de de tips die je meegeeft of wat merk je aan hun?

[Interviewee 9]

Ja nou, we zien ons wel echt Als de specialist in gewrichtsklachten. Dus vaak moeten wij ons ook wel aanpassen aan wat hun weten en wat hun kunnen. We mogen, We moeten dus echt laagdrempelig beginnen. Bijvoorbeeld een knie strekken. Dat is voor hun echt al heel veel, terwijl dat eigenlijk nog niet zoveel doet voor de knie. Maar daar moet je mee beginnen, dus Je moet echt een beetje aanpassen aan dat het niet gelijk te veel wordt. Anders gaan patiënten ook naar iemand zoeken die doet wat hun eigenlijk willen.

Dus dan zoeken ze bijvoorbeeld niet iemand die het probleem gaat oplossen, maar iemand die bijvoorbeeld even lekker het been gaat losmasseren, waardoor naar hun idee het gewrichtsklachten gaat verbeteren.

[Interviewer]

Ja en dan dan komen ze niet meer terug bij jullie.

[Interviewee 9]

Nee, als ze Als het niet naar hun idee klikt en naar hun idee de goede behandeling is dan niet nee.

[Interviewer]

En de groep mensen die wat minder goed geïnformeerd zijn, wat voor soort mensen zijn dat over het algemeen?

[Interviewee 9]

Ja, dat zijn dan vooral eigenlijk ja, heel lullig zijn buitenlanders inderdaad meer vanuit het Zuiden. Die hebben dan een bepaald denkbeeld dat artrose het echt het kapot gaan is van een knie, terwijl het eigenlijk echt een slijtage is van de knie waar je nog wel mee door kunt. Zeg maar wat je ook hebt is inderdaad ja laaggeletterden dus Mensen die niet zo goed inderdaad aan de informatie kunnen komen. Dat zijn wel de twee grootste groepen.

[Interviewer]

En krijgen die Mensen dan wel de info als ze bijvoorbeeld bij de huisarts zijn geweest, weet je dat?

[Interviewee 9]

Bij de huisarts. Ik denk, Ik weet wel dat wij als fysio's moeten wij echt informeren. We moeten informeren adviseren dat hoort echt bij behandelplan. Kijk in hoe diep wij gaan In de aandoening. Dat is Natuurlijk voor Iedereen afhankelijk. Zijn Mensen die heel geïnteresseerd zijn en die ook doorvragen. En dan weten wij OK, deze persoon wilt graag veel weten. Nou ja, Er zijn ook Mensen die niet per se evenveel willen weten en dat komt gewoon puur, Omdat het ook wel eens ja angstaanjagend kan zijn voor Mensen. Het is niet zomaar iets.

Dus op die manier weet ik wel dat wij onze informatie afstemmen op wat voor personen er voor ons zit. Wel moeten wij Natuurlijk altijd iets van informatie geven, maar hoe dat bij een huisarts gaat? Ja, Misschien weten huisarts ook dat wij die informatie ook geven.

Ik vraag wel eens aan cliënten wat ze al weten en dan hoor ik toch wel vaak: 'Nee, eigenlijk heeft de huisarts niet heel veel verteld.' Maar dat komt denk ik ook wel door de tijdstukken die een huisarts heeft.

[Interviewer]

Ja, en ik sprak een huisarts en die zei, ik gun vaak een patiënt dat die uitleg krijgt van iemand die er meer vanaf weet dan ik en daarbij bedoelde die er al een specifiek de patholoog dat hij dus inderdaad vaak Mensen met echt chronische pijn die er echt heel veel last van ervaren dan liever verwijst naar een reumatoloog, Omdat die er dan net wat meer informatie over kan ver. Dus ik denk dat inderdaad meer huisartsen daar Misschien wel zo over kunnen denken.

[Interviewee 9]

Ja, wij zeg maar, Wij zijn Natuurlijk een soort aftakking van een huisarts, zeg maar, want een huisarts heeft Natuurlijk heel veel. Die moet heel veel weten, Maar het bewegingsapparaat, zeg maar, dus het lichaam zeg maar, en hoe daarmee alles gaat.

Dat ligt dan eigenlijk inderdaad, wat meer bij ons en bij reumatoloog, Maar dat is inderdaad bij wat verdere stadia's van. Nou reuma inderdaad. Dus op die manier inderdaad denk ik dat de huisarts ook wat minder erover weet.

[Interviewer]

En wat merk je bij patiënten hoe zij omgaan met die chronische pijn? Wat wat doet dat mentaal met hun?

[Interviewee 9]

Ik ga je dan even wat meer informatie ook gelijk geven. Chronische pijn, Dat is eigenlijk pijn die zich Natuurlijk heel langdurig heeft ontwikkeld. Een pijn begint inderdaad echt in of waar de pijn vandaan komt. En op het moment dat de hersenen niet zo goed meer weten. Waar die pijn precies vandaan komen, Dat is zo lang en zo heftig is geweest. Dan krijgt niet Alleen de kniepijn, maar dan wordt het bijvoorbeeld wat een grotere omgeving gaat de kuit pijn doen, dan gaat de hamstring pijn doen. En, Dat is inderdaad echt die chronische pijn die zich echt langdurig ontwikkeld.

Hoe ze daarmee omgaan? Dat is ja ook weer verschillend. Ja, Het is altijd wel een beetje grijs gebied, dus bereid je daar maar een beetje voor. Sommige Mensen die worden daar eigenlijk depressief van, dus die gaan echt een beetje een een dal in, zeg maarqua hoe ze erin staan. Begint de behandeling positief? Ja dan raak je Misschien een gevoelig plekje aan tijdens een gesprek van hoe het nou eigenlijk echt met ze is. En dan beginnen ze soms ook echt te huilen. Ja, ik zou me niet kunnen voorstellen. Persoonlijk om elke dag met zoveel pijn te moeten leven en dat moeten hun wel. Dus Het is zeker ook psychisch best wel heftig.

[Interviewer]

En hoe is dat bij mensen met artrose?

[Interviewee 9]

Eigenlijk een beetje hetzelfde. Want Het is eigenlijk een aandoening die hoe dan ook. Wij kunnen ervoor zorgen dat het zo lang mogelijk goed blijft, Maar het gaat hoe dan ook altijd achteruit.

Je zal niet merken dat iemand met artrose was 60 10 jaar later nog op hetzelfde punt zit je zorgt ervoor dat het zo lang mogelijk meegaat, maar.

[Interviewer]

En, wat merk je van de verwachting van de patiënten die bij jullie komen? Of überhaupt van de zorg, hebben zij hoge verwachtingen of andere verwachtingen dan wat jullie kunnen bieden?

[Interviewee 9]

Ja. Nou In de praktijk waar ik stage heb gelopen, zijn we ook altijd best wel transparant naar de cliënten toe. Dus wij zeggen wel wat wij voor ze kunnen betekenen, zodat ze niet uiteindelijk meer verwachten dan wat het kan worden. Ik denk dat dat ook nog wel heel erg mist In de zorg. De patiënten moeten wel op de hoogte zijn van wat ze nog kunnen bereiken. En dat zorgt ook wel Omdat wij dat wel heel goed deden dat de verwachtingen ook wel lagen bij wat wij konden bieden en dat zorgt ook wel voor een hogere tevredenheid van de zorg. Omdat ze weten waar ze aan toe zijn. Je hebt ook patiënten die binnenkomen en eigenlijk, dat heb ik ook meegemaakt die eigenlijk gewoon gelijk zeggen van ja, ik zoek eigenlijk helemaal niet naar een conserven behandelplan. Ik wil gewoon geopereerd worden. Ik bedoel er vanaf. Dat soort patiënten heb je ook?

Maar dan door uit te leggen en door echt te bewegen met iemand zorg je er toch wel voor dat ze er anders over gaan nadenken en ook dat een operatie niet eigenlijk niet altijd beter is.

[Interviewer]

Ja en dat dat kost dan tijd en uitleg om iemand daarvan te overtuigen?

[Interviewee 9]

Zeker, dat gaat niet in één behandeling. Nee, en dat kost wel eens echt bij deze persoon die ik nu in mijn hoofd heb, duurde het wel. 3 a 4 behandelingen, maar die was die zat er ook mentaal doorheen. Dus ook echt bijna in tranen op de behandelbank door de pijn en gedachtegang.

[Interviewer]

Ja en sturen jullie ook wel eens mensen door voor foto's of röntgenscan of zo?

[Interviewee 9]

Dat wordt vanuit de opleiding eigenlijk en ook In de praktijk wordt dat niet aangemoedigd. Dat komt ook Omdat het ja hoge kosten is om foto's te laten maken, dus daar zijn wij wel van bewust en ook Omdat het geen verschil gaat maken voor het traject van een patiënt.

Want wij baseren oefeningen op het punt waarop iemand is met de klachten en de pijn. Wij moeten ook met pijnschalen werken, dus wij weten bijvoorbeeld dat we niet hoger mogen dan een x aantal op de schaal Als we met iemand gaan oefenen. En ook de napijn waar we ook rekening mee moeten houden en als wij daarop baseren en dat gaat goed, dan hebben we geen reden om foto's te laten maken. We weten dat er een achteruitgang zit van het Van de kwaliteit van het bot. Ja sommige patiënten die willen het echt zelf in dat soort gevallen. Dan kunnen we in overleg wel wat afspreken. Maar eigenlijk doen we het liever niet.

[Interviewer]

En in wat voor gevallen willen patiënten het dan wel graag zelf? Want ik sprak bij een huisarts ook die vindt het dan soms ook niet altijd nodig. En dan staat de patiënt er echt op. Ja, en ik probeer dat een beetje te begrijpen. Waarom iemand dat dan perse wilt en dat gelooft over het woord van een specialist.

[Interviewee 9]

Ja, Dat is een hele interessante, maar ook wel een lastige vraag. Ik denk persoonlijk dat Mensen het gewoon willen zien om een soort van ja confirmation zeg maar dus ze willen zeker zijn dat het niet aan iets anders ligt wat makkelijker te behandelen is. Iedereen heeft liever een spuitje, een prikje, een pilletje en daarmee van de klachten af zijn en met artrose is dat niet zo. Tuurlijk, je kan pijnstillers gebruiken, Maar dat is niet de behandeling, want in bepaalde aandoeningen moet je ook echt veel tijd gaan stoppen. Daar zijn ze vaak na één of twee behandeling bij visie ook echt wel bewust van. En, Ik denk dat ze gewoon zeker willen zijn dat ze echt dat moeten gaan doen. Ja, dat denk ik eigenlijk, Maar ik durf niet te zeggen dat dit 100% zeker is. Waarom Mensen. Het kan ook een bepaalde vorm van angst zijn. Daar heb ik ook wel vrij zeker van dat dat ook echt wel meespeelt in wat iemand wilt.

[Interviewer]

Ja ja en wat merk je? Want Mensen moeten toch wel vaak werken aan hun levensstijl als ze dit soort trajecten aangaan, wat is jouw ervaring daarbij? Hoe gaan Mensen daarmee om?

[Interviewee 9]

Wij als fysio zorgen voornamelijk dus voor het bewegen.

Wij informeren ook echt wel wat stress, bijvoorbeeld, want Dat is een factor waarbij ook heel veel informatie over krijgen echt heel veel invloed heeft op de aandoening, dus daar kunnen wij ook wel mee in gesprek. Maar alle andere factoren dus. Voeding slaap. Het is dat ik er nu een minor over heb gedaan, dus ik zou iemand wel erin kun begeleiden. Maar niet alle fysio's hebben daar heel veel kennis over. En Daarom mogen wij ook tot een bepaalde hoogte daar tips en tricks in geven Als je gaat kijken naar een basis fysio. Daarvoor heb je wel een leefstijl. Coaches die daar eventueel bij kunnen helpen. Dat is Misschien ook wel interessant om een keertje een gesprek mee te voeren. Maar ik weet wel dat Als je bijvoorbeeld niet goed eet en je hebt bijvoorbeeld overgewicht dat artrose echt wel een groot 1 grote belemmering gaat zijn in toekomst Omdat het gewricht gewoon meer moet dragen, bijvoorbeeld Als je gaat kijken naar heup knie enkels.

Maar dus dat inderdaad speelt ook wel en daar moet ook echt naar gekeken worden en daar is nu voor zover. Ik weet echt ook weer te weinig aandacht voor Omdat er In de zorg gewoon te weinig Mensen zijn die daar. Bij kunnen helpen, Er zijn gewoon te weinig leefstijl coaches en het wordt ook niet zomaar aangereikt.

[Interviewer]

En merk je dat sommige patiënten dat dan Misschien missen?

[Interviewee 9]

Ja. Sommige patiënten missen het wel, maar ze weten niet wat ze missen. Dat is even heel ja lullig, zeg maar gezegd, maar sommige patiënten die hebben bijvoorbeeld nog steeds een hoge werkdruk of die hebben.

Of de voeding is niet op orde, slaap is niet op orde. Ja, en als jij je lichaam geen brandstof wil. Plat gezegd brandstof en rust geeft om te herstellen. Dan kunnen wij wel hoog of laag springen qua oefentherapie. Maar dan gaat het gewoon niet vooruit, Alleen zoals ik net zei, ze krijgen het niet aangereikt, dus ze weten niet dat het Er is.

[Interviewer]

Ja, dan heeft jullie behandeling. Heeft dat dan heel veel zin? Maak ze daar dan echt stappen mee vooruit.

[Interviewee 9]

Ze maken er zeker we stappen mee vooruit. Het heeft ook zeker wel zin. Ondanks Misschien wat ik net zei, Misschien een beetje tegenstrijdig klinkt. Maar het belangrijkste is wat wij waar wij voor zorgen, is bewustwording het omgaan met de klachten en toch wel het sterker maken van het lichaam, dus van de spieren en wat ze nodig hebben voor het gewricht. Dus wij focussen daar heel erg op. Als wij dingen horen die inderdaad niet. Herstel bevorderend zijn dan kaart Het ook aan. Patiënten nemen ons dan nog wel serieus, zeg maar op het gebied van wat wij aankaarten. Maar sommige hebben wat meer hulp nodig. En ja, Dat is inderdaad nog om het echt top de top te bereiken zou het wel goed zijn om dat extra te geven, zeg maar extra hulp.

[Interviewer]

En over een stukje acceptatie van klachten merk je dat Mensen dat moeilijk vinden om te accepteren dat dit nu eenmaal bij hun lichaam hoort en niet zomaar weer weggaat.

[Interviewee 9]

Ja, de grootste het grootste gedeelte wel. Ik heb ook Mensen gehad die zeiden, het hoort erbij. Het is nou eenmaal zo. Dat zijn ook wel de Mensen die het beste door de trajecten gaan. Daar kom ik zo nog even op terug bij bepaalde Mensen, bij andere Mensen, zeg maar, heeft het juist heel veel impact. Brengt het heel veel negativiteit op. Negativiteit brengt stress op stress levert herstelbelemmering op.

[Interviewer]

En, waardoor merk je dan dat ze het lastig vinden om dat dan te accepteren?

[Interviewee 9]

Ja, Omdat het toch een achteruitgang is van je lichaam, Het is toch een bepaalde of bepaalde aandoeningen zijn toch leefstijl gebonden en ook leeftijd gebonden? Ja en Ik denk dat het voor Iedereen wel lastig is om achteruitgang te zien bij zichzelf. Denk aan de eerste rimpeltjes. Dat is ook nooit leuk. Maar ja, Dit is wel iets serieus en het levert ook echt heel veel belemmering op in het dagelijks leven. En dat Ik denk dat dat het lastigste is Er mee moet omgaan.

Mensen weten dat het niet het einde is. Artrose wordt ook heel vaak geassocieerd of sorry, ik zeg heel vaak artrose, Maar het is gewoon eigenlijk gewrichts aandoeningen. Leveren vaak ook wel het idee dat het gewoon klaar is. Dus oh, ik moet operaties gaan doen of Ik kan. Ik kan geen wandeling meer buiten gaan doen, terwijl dat niet is waar het eigenlijk op staat, terwijl als wij informatie bieden daarover en adviezen.

Interview 9 - General practitioner

[Interviewer]

Hoe komen patiënten met gewrichtsklachten bij u in de praktijk?

[Interviewee 10]

Het proces gaat natuurlijk heel, heel ingewikkeld. Hmm. Waar het allemaal mee begint is, is, is dat wij inderdaad heel veel mensen zien met gewrichtsklachten. En, en je hebt de mensen met een probleem aan één gewricht. Iemand van tachtig plus met een heupprobleem. Daar is eigenlijk wel duidelijk dat dat een, een slijtage probleem is, dus die stuur je niet naar de reumatoloog.

Een een jongen van vijftien die net door met skiën door zijn knie gegaan is, gaat ook niet naar de reumatoloog. Dus voor een gedeelte kun je die, die gewrichtsklachten kun je wel. Ehm, heb je wel een beeld wat er aan de hand is? En of, of die behandel je zelf of die gaan naar de orthopeed.

Het het probleem is, is met name mensen die last hebben van veel gewrichten. En, en die, die daar veel en daar langdurig last van hebben. En, en daar, daar zit wel een probleem. Wat je op basis van het verhaal kun je soms al een beetje een inschatting maken of er sprake is van slijtage of dat je het ook niet weet.

De categorie van slijtage. Als die heel veel klachten blijven houden, kan ik toch wel geneigd zijn om ze naar de reumatoloog te sturen. Eigenlijk om ze wat adviezen te geven en bevestiging te krijgen van de diagnose.

Wat veel ingewikkelder is, dat zijn de mensen die die, die komen bij ons met gewrichtsklachten waarvan wij niet echt duidelijk hebben dat het slijtage is, omdat in andere gewrichten zitten. En waarbij je ook niet weet of het echt een reuma is, maar die een beetje ertussenin hangen. En meestal doe ik dan bloedonderzoek. Om, om, om te kijken of, of het mij of het mij een beetje richting geeft. Maar ook als het geen richting geeft, dus blijven er veel last van houden, dan verwijs ik ze naar de reumatoloog. Vanwege de klachten die ze hebben.

[Interviewer]

Ja. En als patiënten dan bij jou in de praktijk komen. Ze maken uiteraard denk ik eerst een afspraak met de via de assistente. Of kunnen ze dat digitaal doen?

[Interviewee 10]

Ja, het kan digitaal. Het kan via de assistent. Het kan via ons. En dan ze bellen en ze zeggen: ik wil een afspraak maken, want ik heb last van mijn gewrichten of meerdere gewrichten. Ik heb nog steeds last van mijn gewrichten of meerdere gewrichten.

[Interviewer]

Ja, en dan komen ze bij jou in consult. En ja, hoe gaat dat consult? Wat voor vragen stel je? Waar kijk je naar?

[Interviewee 10]

Het eerste wat je doet is, is vragen wat, wat de verwachting is van iemand. Dat is wel belangrijk. Als iemand bij me komt en zegt: "Ik heb ontzettend veel last van mijn gewrichten en ik weet eigenlijk zelf wel dat het slijtage is, maar ik wil die bevestiging hebben."

Het is natuurlijk heel wat anders als iemand bij je komt die zegt: "Ik heb zoveel last van gewrichten en ik weet niet hoe ik ermee verder moet of wat is er aan de hand?" Dus dat, dat wisselt wel de, de, de de insteek ervan.

[Interviewer]

Ja. En wat merk je bij de verwachtingen van de patiënt? Want vanuit de reumatoloog kreeg ik ook wel de bevestiging dat patiënten toch wel graag ook gezien willen worden door iemand in het ziekenhuis over het algemeen om toch die extra bevestiging te krijgen. Wat merk jij daarvan?

[Interviewee 10]

Ligt er een beetje aan. Ehm, iemand die bij mij komt, die, die alleen maar last heeft van, van zijn duim. Ja, daar kan ik tegen, tegen zeggen: luister, de, de, de kans dat daar slijtage dat gewricht is, is heel erg groot. Dat is heel vervelend. Daar doe je niks aan. Ik kan je naar de reumatoloog sturen en die constateert dat het slijtage in je gewricht is. En die gaat hier aan de post weer terug. Dus daar heeft het geen zin.

Iemand die heel veel last heeft van de handen, van alle gewrichten in de handen. Ehm, ja, die is die. Daar begrijp ik van, dat die zegt: "Ik heb er zo ontzettend veel last van en weet echt niet wat er aan de hand is. Ik wil daar verder naar laten kijken." Dus daar zit wel een verschil in.

Mensen die, die heel veel, die, die duidelijk een, een probleem hebben van een aantal gewrichten, waarschijnlijk door slijtage. Ehm, die stuur ik toch ook wel een keer naar de reumatoloog. Ik ik... Waarbij mijn advies is of dat ze zelf willen. Ga dus heen en kijken of ze nog tips hebben hoe je ermee om kan gaan of wat je er het beste mee kan doen.

[Interviewer]

Ja precies, want dan is het niet per se dat, dat je ze doorverwijst omdat u niet helemaal zeker weet wat het is. Of is het meer omdat zij net wat beter advies kunnen geven?

[Interviewee 10]

Het is geeft beter advies en ik denk dat als een specialist een advies geeft of zegt wat er aan de hand is, ehm, dan, dan komt dat ook beter over bij iemand. Als ik iemand heb die die heeft klachten die passen bij fibromyalgie. Dus mijn probleem van de van de de spieren en de pezen. En ja, als ik zeg van nou het zou fibromyalgie kunnen zijn. Een klein gedeelte zegt: "O nou, duidelijk." Maar een gedeelte zegt ook van: "ja, maar ik, ik, ik weet toch nog steeds niet wat er aan de hand is. Ik wil graag dat iemand die er meer verstand van heeft naar mij kijkt." Plus het feit dat, dat ik weet dat ze een soort voorlichting traject hebben over fibromyalgie bij de reumatoloog. Dus eigenlijk een gedeelte is echt diagnostiek. Een klein gedeelte stuur ik door waarbij ik denk van nou daar gaat iets uitkomen. Daar is wel eens een reuma uit kunnen komen. Of een jicht. Door psoriasis, een gewrichtsonsteking. Maar ik denk dat tachtig procent van de mensen die ik doorstuur, daar weet ik al dat de reumatoloog niks gaat vinden.

[Interviewer]

Dan is eigenlijk echt de, de grond reden dat je ze doorstuurt voor eigenlijk de gemoedsstand van de patiënt.

[Interviewee 10]

Nee, is het ook de bevestiging van ik. Ik kan wel zeggen er is niks aan de hand, maar er zit natuurlijk meer tussen helemaal aan aarde dan alleen maar reumatoïde artritis en jicht.

Er zijn ook andere dingen waar ik gewoon geen verstand van heb. Ehm, maar, maar een groot gedeelte daarvan, daarvan, die krijg ik terug met, met, met on onbegrepen gewrichtsklachten.

[Interviewer]

Hmm. Ja. En ehm, merk je ook wel eens dat... Soms kan de wachtlijst natuurlijk best wel lang zijn voor de poli reumatologie. Dat patiënten dan snel weer terugkomen bij jou met de vraag van: Goh, ik ben nog steeds niet daar geweest, want ik was toevallig gisteren in een ziekenhuis en daar hebben ze een wachttijd van negen maanden.... Dus ik kan me best voorstellen dat patiënten in die negen maanden nog best wel wat onzekerheid ervaren van goh, weet je, ik loop er nog steeds mee. Hoe gaat dat?

[Interviewee 10]

Ja, wisselt een beetje. Het is ook wat verwachtingsmanagement. Als iemand al jaren last heeft en ik zeg: nou, laat toch eens een keer de reumatoloog kijken. Maar ik verwacht nou niet dat daar opeens iets heel geks verwacht wordt, maar het is meer bevestiging dat het klopt wat ik zeg. Heel wat anders als ik tegen iemand zeg van: nou, het zou wel eens een echte reuma kunnen zijn. En ook afhankelijk van de klachten en en het verloop van de tijd. Hoe snel mensen last hebben?

[Interviewer]

Is dat ook voor jouzelf? Om zeker te weten dat je het goed hebt vastgesteld omdat er nog een stukje onzekerheid zit? Of ook deels voor de patiënt?

[Interviewee 10]

Allebei. Soms heb ik mensen waarbij ik denk van nou, dat vind ik gek. Ja, ik. Ik vind het fijn als. Als de reumatoloog meedenkt, want wellicht ontdekt hij iets dat ik niet ontdekt heb. Maar voor een gedeelte is het ook de onzekerheid van de patiënt. Ja, en en. Als iemand heel veel last heeft van zijn gewrichten, dan vind ik ook dat hij er recht op heeft dat iemand met meer kennis dan ik ernaar kijkt. Of dat de reumatoloog moet zijn als een tweede.

Ik vind wel dat dat, dat dat het goed is. Dat iemand die die gewoon heel veel van gewrichten afweet, daar uitleg over kan geven. Die kan natuurlijk veel meer over vertellen dan ik.

[Interviewer]

Ja. Dus die kan dan de patiënt net wat beter helpen. Want precies, veel patiënten natuurlijk die uiteindelijk geen ontstekingen hebben. Die kunnen door de reumatoloog ja medicinaal gezien vaak niet zo veel verder geholpen worden. Eigenlijk alleen maar met advies over leefstijl, voeding, beweging natuurlijk. Een stukje uitleg wat het precies is, zodat de patiënt ook wat makkelijker kan accepteren wat.

[Interviewee 10]

Wat je eigenlijk zou moeten hebben is bij. Bij vrouwen in de overgang. Even een gekke tussenstap. Daar heb je over consulentes. Dat zijn dus geen artsen, maar dat zijn mensen die die bespreken en die zeggen wat is er aan de hand en wat kan je ermee doen? Ja, eigenlijk zou je. Voor die gewrichten zou je ook gewricht consulentes moeten hebben. Dan een gedeelte van de mensen zou ik denk ik dan daarheen sturen en niet naar de reumatoloog.

[Interviewer]

Ja, ja, want inderdaad nu dan bij een ander ziekenhuis zag ik heel veel. Ja, dat reumatoloog doet dan vooraf een triage en die las al in de verwijfsbrief eigenlijk van goh, ik vind dat het wel spoed is, dus deze patiënt moet wel binnen twee maanden gezien worden en ik vind dat deze patiënt op de wachtlijst gaat. En dan moest de patiënt soms negen maanden wachten en hij zei van ja goh, die patiënt komt dan na negen maanden en eigenlijk het enige wat ik dan voor die patiënt kan betekenen is soms wat extra pijnstilling of iets in die richting. En ja, gewoon advies over inderdaad bewegen. En wat heb je precies en waar komt het nou door? Ehm, ja. Maar goed, dat dat hoeft natuurlijk uiteindelijk een reumatoloog.

[Interviewee 10]

Reumatoloog. Ik denk dat dat de reumatoloog op basis van het brief van tevoren al weet wat hij gaat zeggen. Ik denk dat via die triage dat ze heel erg goed kunnen kijken van nou, dit is voor mij, want daar moet ik medisch iets mee gaan doen en een aantal andere dingen. Ja, daar gaat hij. Eigenlijk weet hij al dat er niks aan de hand is. Hij hij voelt een beetje aan de gewrichten, doet wat bloedonderzoek en zegt: er is niks in in de zin aan de hand. Er zijn geen gewrichtsproblemen die die medisch behandeld moeten worden. Het hoeft natuurlijk nooit een arts te zijn.

[Interviewer]

Ja. En merk je bij patiënten, want die reumatoloog die ik dan gisteren sprak, zei Goh, ik merk ook wel dat mensen snel naar ons toe komen met een een vraag over inderdaad pijn in de gewrichten. Wat eigenlijk veroorzaakt wordt door een ja, slechtere leefstijl. Stress, hard werken, dat soort dingen.

Eigenlijk een beetje dingen die bij het leven horen en dat ze dat toch moeilijk vinden om dan te accepteren en daar wat sneller een medische reden achter zoeken. Wat? Wat merk jij daarvan?

[Interviewee 10]

Ja, zo zit de hele wereld in elkaar op het moment. Het is natuurlijk veel fijner als iemand zegt: je hebt, je hebt reumatische artritis en ik geef een prik en het gaat beter. In plaats van dat je er zelf wat aan moet doen. Ik. Ik denk ook niet dat als een reumatoloog dat zegt, dat dat het. Ja, het komt wel even over, maar ik. Ik denk dat de impact ervan niet zo groot is.

[Interviewer]

Ja. Dus dat uiteindelijk ook de patiënt niet heel veel verder helpt.

[Interviewee 10]

Nee, nee. Of dat hij denkt wat een eikel is dat. Ik ga naar een andere reumatoloog.

Wat ook moeilijk is, is jij zegt dat die die wachttijd van negen maanden. Ja, als ik een wringslagen heb en ik moet negen maanden wachten en ik kom bij de reumatoloog en die zegt er is eigenlijk niks aan de hand. Ja, dan heb ik. Negen maanden lang heb ik gewacht op een soort vervelende boodschap, waardoor ik het minder snel zal accepteren.

[Interviewer]

Ja, en waarschijnlijk ook negen maanden in spanning, want je bent toch bang dat er iets anders aan de hand is.

[Interviewee 10]

Wel, als jij binnen een week terecht zou kunnen en hij komt en zegt Nou, het is heel goed dat je komt, maar er is gelukkig niks aan de hand. Dan is het altijd fijn. Maar na negen maanden wachten wil ik een oplossing hebben.

[Interviewer]

Je maakt natuurlijk altijd een verwijsbrief richting de reumatoloog. Wat zet je daar over het algemeen in?

[Interviewee 10]

Je zorgdomein zal je wel kennen inmiddels, denk ik. Ja. Ja. Eigenlijk geef ik alle informatie met betrekking tot de gewrichten die ik heb. Ja, en mijn vraag is, is soms van nou, het beeld zou kunnen passen bij. Bij artrose, bij slijtage? Klopt dat? En graag je bevestiging en misschien kun je wat adviezen geven. Ja, soms ook wel eens van nou, het zijn toch klachten waarbij ik me afvraag of er niet echt ontstekings component bij zit. Dus het wisselt. Wisselt een beetje. Ehm.... Wat er aan de hand is?

[Interviewer]

Ja en overlegt u bijvoorbeeld ook wel eens met de met de reumatoloog?

[Interviewee 10]

We hadden ooit het meekijk consult. Wat ik ideaal vond. En dat hebben ze toen om voor hun belangrijke redenen uitgedaan. En omdat ze te weinig informatie kregen en toch moesten bellen. Maar ik vind het wel heel jammer.

[Interviewer]

Ja en wat hield dat meekijken consult dan precies in? Hoe zag dat eruit?

[Interviewee 10]

Het meekijken consult is eigenlijk een digitaal consult. Ik stuur alle gegevens bijvoorbeeld. Ik zeg iemand heeft last van die gewrichten. Al drie maanden. Er is niks te zien. Bloedonderzoek is helemaal normaal. Op de foto zie ik wat slijtage. Even een kortere bocht en ik denk dat dit beeld bij slijtage past. Heb jij nog adviezen voor mij? Klopt dat?

Binnen een week hebben zij een reactie daarop, want het klopt. Nou, dat is toch gek? Die willen we nog een keertje zien. Of je moet wat aanvullend bloedonderzoek doen. Ja, eigenlijk voorkomt het een beetje de telefoontjes.

[Interviewer]

Ja, precies. Ja en dan en nu in dit geval, dan zou je bellen dan richting hun om even te overleggen en dan.

[Interviewee 10]

Maar de drempel van een meekijken consult is veel lager. Dus in plaats van een gewone verwijzing zeg ik niet je moet de patiënt zien. Maar. Maar ik zeg ik wil je antwoord geven op de vraag en ze geven het antwoord en dat krijg ik dan in mijn postvak terug.

[Interviewer]

Ja, precies. En dan kan jij in dat geval dan de patiënt verder helpen?

[Interviewee 10]

En soms werkt het wel. Ik zeg dan luister, ik heb even aan de aan de reumatoloog gevraagd en die denkt er ook zo over. Ja, dus ik kan je wel een verwijzing geven, maar het heeft geen meerwaarde.

[Interviewer]

Merk je dat veel dat patiënten echt wel op zoek zijn naar die bevestiging?

[Interviewee 10]

Ja, als ik. Soms kan ik die bevestiging geven en een gedeelte is vindt dat voldoende. Ja, maar als ik de bevestiging niet kan geven, ja, dat begrijp ik. Als je heel erg veel last ergens van hebt, dat je toch gaat kijken of je ergens wel meer informatie daarover kan krijgen.

[Interviewer]

Ja, ja. En wat merk je van patiënten die thuis ook al informatie opzoeken en misschien een bepaald beeldvorming al hebben bij wat ze eventueel zouden kunnen hebben?

[Interviewee 10]

Ja, dat, dat. Dat is gewoon vragen aan ze. Dus je kan vragen aan iemand wat hij zelf denkt of wat hij wil. En dan kun je. Op basis daarvan kun je uitleggen of dat terecht is of niet.

Als iemand iemand iets opgezocht heeft en je zegt Nou, je komt niet bij me, vertel eens, wat is de vraag die je hebt? En die zegt Ja, ik heb al. Ik had gisteren iemand die die belde omdat hij een elleboog had die rood was en hij was bang dat hij jicht had. Ja, dat. Dat kan ik zelf beantwoorden en uitleggen dat niet zo is.

Als je dat uitlegt en ook uitlegt waarom je zo denkt. De meeste mensen die die accepteren dat wel.

[Interviewer]

Ja, dat is wel waar. Ja, want ik merkte ook wel ik was meelopen, ook daar en dan mocht ik ook wat mee consult kijken en vond ik het toch opvallend dat er veel patiënten eigenlijk dingen die ze zelf hadden gelezen of van vrienden of kennissen bijvoorbeeld hadden gehoord, eigenlijk meer vertrouwde over het advies wat de reumatoloog gaf bijvoorbeeld.

[Interviewee 10]

Nou, je vraagt je af of dat te maken heeft met het feit dat het beter werkt of dat ze die misschien vergoed worden. Oh ja, meespelen. Ja nee, maar ook dat. Kijk, en als mensen dat willen, als ik zeg nou luister, als jij dat graag wil, ga ik het doen. Maar meestal is het gewoon werken die andere even goed. Ik probeer dat wel uit te leggen.

[Interviewer]

Ja. Ja, ik merk toch ook wel vaak dat. Ook bij de reumatoloog gaan we vaak wel mee in, in wat de patiënt dan graag uiteindelijk wil om tot een gezamenlijke keuze te komen. Ondanks dat soms niet het meest efficiënte is. Doet u dat ook wel eens?

[Interviewee 10]

Nou dat, dat, dat klopt. Dat klopt ja.

[Interviewer]

En met welke reden is dat dan?

[Interviewee 10]

Nou, soms zijn mensen niet te overtuigen. En en ik? Ik wil zeker binnen de huisartsenpraktijk wel goede band met mensen houden, want ik wil ze terugzien.

En bij de reumatoloog weet ik niet wat de reden is, want die zou in principe wat makkelijker kunnen zeggen. Luister, het is heel vervelend, maar ik doe dat niet. De keerzijde is dat mensen die bij mij op spreekuur komen zeggen wat een vervelende reumatoloog of dat. Ik vind het niks. Ik wil een second opinion.

[Interviewer]

Ja, dat zeiden ze inderdaad daar ook van. Goh, dan merk je toch wel dat patiënten sneller terugkomen inderdaad, omdat ze niet niet hetgeen willen wat ze hebben gekregen.

En merk je dan ook dat patiënten vaker terugkomen met bijvoorbeeld dezelfde vraag of toch nog steeds onbeantwoorde vragen?

[Interviewee 10]

Nou, ze komen vaak terug. Zeker mensen met met veel onbegrepen gewrichtsklachten. Die zie ik toch wel weer terug omdat ze er last van blijven houden. En dan is het niet zozeer een onbegrepen vraag, maar zeg het is gewoon heel hinderlijk. Is er niks, echt. Is er echt niks aan te doen?

[Interviewer]

Ja en dan ligt het ook bij een stukje acceptatie. Misschien dat de mensen het moeilijk vinden dat dit erbij hoort. En ja, wat? Wat draagt er bij voor een patiënt om dat wel makkelijker te kunnen accepteren?

[Interviewee 10]

Nee, ik denk, ik denk dat is echt een reuma consulent. Gewoon iemand die die wat uitgebreider de tijd heeft om voorlichting te geven en uit te leggen wat er speelt. Waar je misschien eens een keer terug kan. En die, die die meer tijd heeft en en en meer begrijpt wat er aan de hand is.

[Interviewer]

Ja. Nu inderdaad. Wat ik bij de de plek heb gezien waar ik ben geweest is vaak de verpleegkundige die ze dan nog even apart neemt en wat extra informatie.

[Interviewee 10]

Daar hebben ze echt wat aan. Ja.

[Interviewer]

Ja, ja en dan ook inderdaad net wat meer kan vertellen en net even wat langer de tijd ervoor kan nemen om dat soort dingen goed uit te leggen. Kunt u nog een beetje een misschien inzicht geven in hoeveel patiënten je over het algemeen doorverwijst? Het kan ook een een schatting zijn.

[Interviewee 10]

Naar de reumatoloog niet. Ehm. Ja, eens per maand denk ik. Of zo?

Ja, weet je, ik. Ik denk dat ik meer naar de orthooped verwijs. Met gewrichtsklachten. Ehm, dan naar de reumatoloog.

[Interviewer]

Ja, en ehm, ja, wanneer maakt u, maak je dan de afweging om naar orthooped of naar reumatoloog te doen?

[Interviewee 10]

Ja, afhankelijk van de klachten. Als ik al weet dat het dat het een paar één of twee gewrichten zijn met slijtage, ehm, dan is de orthopeed de aangewezen plek. Op het moment dat het echt dat alle gewrichten meedoen, dan ben ik meer geneigd om om naar de reumatoloog te verwijzen. Zozeer dat hij de oplossing heeft om de de slijtage op te lossen. Maar wel voor voor informatie van hoe ga je ermee om? Wat doe je ermee? Want ik, ik. Ik heb zelf ehm te weinig kennis om om daar goede informatie over te geven. Ik kan het constateren. Ik kan wat tips geven. Maar de informatie heb ik niet.

[Interviewer]

Nee, nee. Zit dat? Worden dit soort dingen wel in de opleiding van huisartsen meegenomen of niet uitgebreid?

[Interviewee 10]

Jazeker. Ja. Ja. Kijk, de huisarts opleiding is 80% bijna huisarts. Dus ik denk als. Als de huisarts, als die dat zo doet, eh, dan bespreek je dat ook met met degene die bij jou in de opleiding zit.

Wat je wat verder ook nog ehm, handig zou zijn. Misschien is dat er wel, maar is is dat je dat je ook een soort reumatologisch fysiotherapeut zou moeten hebben. Het hoeft niet een verpleegkundige te zijn, maar. Maar dat je dus paramedici hebt.

Die ehm, die veel kennis hebben van iets. Net zoals mensen met hand gewrichtsklachten. Die stuur ik echt bijna altijd eerst naar de handen fysiotherapeut. Om te kijken wat die kan. En en dat is een soort filter. En als die ook zegt van ja maar dit moet gezien worden door de reumatoloog of door de orthopeed, ja, dan ga ik daar ook in mee.

Ja, weet je, ik. Ik zie regelmatig van die van die gewrichten met, met slijtage knobbels. Maar echt dikke gewrichten in de zin van een gewrichtsonsteking zie ik bijna nooit.

[Interviewer]

En als je daar een cijfer aan zou moeten geven, hoe hoe vaak komt dat langs in de praktijk?

[Interviewee 10]

De echt de echte reuma achtige klachten? Ehm. Zelden. Echt, echt zelden. Het meeste wat wat ik doorstuur is geen reuma. Ik denk eens in de in in de twee, drie jaar of zo.

[Interviewer]

Ja, ja, dat bevestigt wel inderdaad wat ik online heb gevonden. Het is wel heel weinig voorkomt uiteindelijk.

[Interviewee 10]

Ja, wat je wat je vaker ziet is jicht. Maar goed, jicht kunnen we voor een gedeelte zelf behandelen en spier reuma. En dat kun je voor een gedeelte ook zelf behandelen. En als dat niet lukt, dan gaat hij door naar de reumatoloog.

[Interviewer]

Ja, en dat kan je ook zelf vaststellen al door de bloedonderzoeken.

[Interviewee 10]

Ja precies, dat kun je gewoon zelf vaststellen. Dus daar is heel, heel duidelijk een voorbeeld voor eigenlijk de de, de jicht en de spier reuma. Ja, die kun je zelf herkennen. Die kun je met mensen bespreken.

De slijtage in één gewricht is ook niet, niet niet ingewikkeld. Waar je op vastloopt is mensen die gewoon heel veel last hebben van het bewegingsapparaat. Alle spieren, gewrichten.

[Interviewer]

Ja. En is het moeilijk om vast te stellen hoeveel last iemand er nou van heeft? Want iedereen heeft natuurlijk echt wel een andere pijngrens en een andere grens wanneer het echt genoeg is.

Is dat moeilijk om een beetje te vergelijken of daar een beetje een beeld van te krijgen?

[Interviewee 10]

Nou, je kan het gewoon vragen. Ja. En de last van iemand, ook al is dat door de lifestyle, is nog steeds dat iemand heel veel last heeft. Ik denk dat voor een gedeelte de bevestiging daarvan dat je zegt het is ook zo. Dat het ook scheelt.

Er zijn mensen die regelmatig bij mij op het spreekuur terugkomen met gewrichtsklachten.

Ik zeg luister, die gewrichten en spieren van jou zijn gewoon niet goed aangelegd. Heel vervelend. Dat is balen, maar we kunnen het niet veranderen.

[Interviewer]

Wat is dan hun vraag of verwachting?

[Interviewee 10]

Ja, met de vraag of er niet meer gedaan kan worden of even benoemen dat ze zoveel last van hebben.

Ja, toch? Dat er nog mogelijkheden zijn. Dat ze daar echt in. Heeft een verwijzing nog een keer zin? Ga zoeken.

Maar als je dan zegt van nou, ik wil je met alle liefde verwijzen, maar het gaat je niks opleveren. Ehm.... Ja, dan wordt het voor een gedeelte wel geaccepteerd.

Maar het is moeilijk, want ik heb. Ik heb een praktijk met weinig allochtonen. Ik weet niet of dat cultuurgebonden is en of in sommige culturen op die verwijzing nog meer nog belangrijker is dan in andere culturen.

[Interviewer]

Ja, ik was in, in een ander ziekenhuis dan meekijken en daar merkte ik toch ook wel heel veel verschillende culturen die inderdaad langskomen. En dan soms ook wel een stukje taalbarrière. Dat mensen het toch moeilijk vinden om te begrijpen wat je dan precies uitlegt.

Dat gaf de reumatoloog inderdaad ook aan van: Goh ja, mijn woordenboek is gewoon echt wel heel anders dan hun woordenboek. En dan is het soms echt heel moeilijk om goed over te brengen wat je nou eigenlijk wil zeggen. En zeker in de korte tijd die je al hebt per patiënt.

[Interviewee 10]

Ja, het zijn eigenlijk hele inefficiënte consulten.

[Interviewer]

Ja en dan... Want daar waren dus inderdaad ook twee patiënten die weer uiteindelijk waren doorverwezen door de huisarts omdat er toch nog onbeantwoorde vragen lagen waarvan de reumatoloog dacht nou, volgens mij heb ik dat toch wel uitgelegd. En dat, dat is inderdaad ook zonde, dat die patiënten dan weer terug moeten komen.

[Interviewee 10]

Maar, iets kan wel verteld worden tegen de patiënt, maar dat betekend niet altijd dat het overkomt.. Ik denk dat dat de, en ik weet helemaal niet hoe die reumatoloog was, hoor, maar gesprekstechnieken, eh, in, in bij de specialisten is ook nog heel veel winst te behalen.

Ze hebben natuurlijk weinig tijd. Staan onder druk. Dus ik denk dat daarom juist de, de verpleegkundige of, of de, eh, je de fysiotherapeut dat die dat veel beter kunnen.

Meer tijd. Die, die, die, die, die praten op een andere manier. Ik denk dat die gewoon, eh, ja, beter contact maken met de patiënt. Dat iets gelijkwaardiger is.

Dus volgens mij. Ik denk dat daar met name de winst zit. Want het aantal verwijzingen gaat, het, het aantal mensen dat wij doorsturen gaat niet minder worden, omdat de patiënten toch geholpen moeten worden. Het is alleen de vraag of alles doorgestuurd moet worden naar de reumatoloog.

[Interviewer]

Ja, of dat het ook op een andere plek kan. Ja, ik kwam inderdaad ook heel erg bij de reumatoloog. Die zeiden: uiteindelijk moeten die mensen toch geholpen worden. Of het nou hier is of ergens anders. Je kan niet zomaar tegen patiënten zeggen: nou, ga maar weer naar huis en we beantwoorden die vragen niet. Want dat is nou eenmaal waar ons zorgsysteem op is ingericht. Dat iedereen natuurlijk recht heeft op zorg.

Ja, dus dat is inderdaad wel een juist inzicht dat ik mijn eerste insteek was van nou goh, we gaan kijken hoe we meer patiënten eruit kunnen filteren om niet door te verwijzen. Maar ik denk niet dat dat de oplossing is.

[Interviewee 10]

Nee, maar je moet. Je moet andere verwijs stromen maken. Meer plekken waar ze terecht kunnen.

[Interviewer]

En dan meer geschiktere plekken wat beter aansluiten op die vraag.

[Interviewee 10]

Precies. Ja, want ik denk dat voor een aantal mensen dat de reumatoloog dat ze die even zien, dat die... even medisch kijkt en zegt: nou luister, er is echt geen reuma. Er is niet een gewrichtsonsteking waar we wat aan kunnen doen. En dat vervolgens, dat de uitleg en dergelijke ervan, dat dat veel meer door, door iemand anders kan. En als wij al voor een gedeelte uit kunnen sluiten dat het reuma is. Ja, ik denk dat ik daar wel gebruik van zou maken als, als ik niet alles naar de reumatoloog hoefde te sturen.

Als ik iemand heb die verdenkt op fibromyalgie, dan verwijs ik die naar de reumatoloog, omdat ik weet dat ze daar goede uitleg krijgen. Dat is wel een reden. En niet, en niet zozeer dat, dat de reumatoloog nog een keer de diagnose moet stellen.

[Interviewer]

Ja. Ja. Dus het is niet, niet uit onzekerheid, maar meer uit, uit toedoen van de patiënt. Dat de patiënt daar de beste informatie krijgt over wat diegene heeft.

[Interviewee 10]

Ja inderdaad

Interview 10 - General practitioner

[Interviewer]

Krijg je in het algemeen veel patiënten met gewrichtsklachten in de praktijk?

[Interviewee 11]

Ja wel veel. Ja vind ik wel. Van alle consulten nou op een hele dag. Zie je toch wel 2-3 minimaal volgens mij gerechtsklachten.

[Interviewer]

Ja is dat meestal gewricht slijtage toch? En hoe vaak zijn het echt reumatoïde klachten? Want dat hoor ik op het moment dat het vaak wat minder echt gezien wordt.

[Interviewee 11]

Ja het is vaak traumatisch Natuurlijk. Iemand die heeft ze enkel verzwik of is het voetballen door zijn knie gegaan of dus Dat is een groot gedeelte? Ja, dan is het meeste toch vaak ook wel slijtageklachten en een heel klein gedeelte is eigenlijk Maar de reumatolytartritisische klachten. Dus vaak is wel de vraag van patiënten wel: Heb ik geen reuma?

Bijvoorbeeld heel vaak met handen. Mensen krijgen knobbels aan de vingers en wordt stijf en pijnlijk. Heel vaak hebben Mensen dan al komen al eigenlijk Omdat ze denken dat ze reuma hebben. Dus en Dat is maar heel zelden dat ik ze doorstuur naar de reumatoloog zullen we maar zeggen.

{Interviewer]

Ja ja en Mensen hebben er dan toch al zelf online gelezen op een bepaald beeld gevormd bij hun klachten?

[Interviewee 11]

Ja ja ja, of komt toch iets In de omgeving voor waardoor ze te denken of ja, maar ja vaak. Toch denken ze zelf als reuma hebben en is het artrose, Dat is echt heel vaak.

[Interviewer]

Is dat dan lastig om dan iemand uit te zeggen van nou, goh, Het is wat anders. Hoe, hoe gaat dat?

[Interviewee 11]

Ja, dat heb je gewoon In de loop van de jaren wel geleerd. Je kan de alarmsymptomen goed benoemen. En ja, mijn hand artrose kan ik ook eigenlijk op een hele zekerheid zeggen van Dit is gewoon artrose en dat ondersteun je dan eigenlijk ook wel met met thuisarts.nl de informatie naar toe stuur van links is. Je schrijft altijd wel ook een vangnetadvies van goh is het. Straks is het in één keer aan twee kanten is het warm rood gloeiend. Wordt het erg vertrouwd ik niet. Ik kom altijd terug, dus. Maar heel vaak kan ik toch wel met met veel vrijwel vrij veel zekerheid zeggen van nou, Dit is het niet. Bij enige twijfel, ja, dan stuur je door Natuurlijk, want die diagnose wil je niet missen. Of als er op meerdere plekken op meerdere plekken Natuurlijk last krijgen.

[Interviewer]

Ja en ja Er zijn Natuurlijk ook allerlei richtlijnen voor kijk je daar vaak in om te kijken van nou, wat zijn nou de stappen of doe je dat uit ervaring?

[Interviewee 11]

Nou inmiddels is het wel ervaring, maar soms plak je hem er wel eens even bij en Ik ben ook huisartsopleider.

Dus ja, dan neem je die standaarden ook nog wel eens door. Natuurlijk met Huisarts in opleiding. Ook tijdens de gezamenlijke consult of of bij een leergesprek. Ja, dus dat komt wel aan de orde. Maar ja, je kent wel je alarmsymptomen uit je hoofd zullen we maar zeggen.

[Interviewer]

En wil je ook wel eens zelf testen om een bepaalde diagnose nog zeker te kunnen stellen?

[Interviewee 11]

Ja op zich is het wordt niet aangeraden om in de huisartsenpraktijk reumafactoren te prikken. Je prikt weleens een ontstekingswaarde, maar meer om te kijken of het niet een bacteriële ontsteking is. Zeg maar ja, je hebt Natuurlijk ook wel gewoon het gewrichtsonderzoek wat je kan doen daar heb je kan je ook dingen uithalen, bijvoorbeeld de heupen.

Ja of dat het artrose is of of wat anders, maar voor de reuma. Ja, We hadden vroeger ook wel dat je je hadden wel een bepaalde testjes zitten denken doe ik dat echt? Het is meer dat je meer kijkt. Vraagt en voelt of het warmbloeiend dat allemaal is. Ja dus eigenlijk reumafactoren wordt niet geadviseerd om door huisartsen te laten prikken, Omdat die kunnen vals negatief zijn. Sensitieve test dus Er zijn nog wel veel huisartsen die het doen, maar ik doe het in principe niet, al is het soms ook echt de vraag hoor Mensen dat graag willen.

Maar als het dan helemaal niet twijfel aan de diagnose, dan dan denk ik het gewoon heel zeker, dan nemen patiënten het ook wel van me aan. En Als ik wel twijfel, ja, dan ga ik niet zelf klooiën, maar dan stuur ik ze door naar de reumatologen.

[Interviewer]

Ja en wat zijn dan dingen die je doet Laten twijfelen over een diagnose?

[Interviewee 11]

Ja, Als het in de familie voorkomt, ben ik altijd al extra alert. Het is ook wel vaak aan twee kanten. Dat doet mij dus Als het aan één kant doet, dan is het wat minder aannemen. Dat is vaak aan twee kanten. Ja, vaak is het rood warm. Kan het in één keer opkomen? Ja, en je hebt Natuurlijk ook wel wat meer risicofactoren die kunnen zorgen voor reuma, dus bijvoorbeeld Mensen met hart en vaatziekten die. Mensen met reuma die krijgen eerder hart en vaatziekten, dus er gaan wat strenger in de gaten houden. Dus ja, als Mensen dat hebben, dan ga je ook een beetje. Wat ben je wat alerter dus Het is of als mannen gewrichtsklachten zie je ook weer wat vaker dus sowieso heb je wel wat triggers waardoor je extra alert bent, zeg maar.

[Interviewer]

Als u dan iemand doorverwijst, wat merkt u zelf van de wachtlijsten waar ze opkomen? Moeten Mensen soms lang wachten. Krijgt u daar iets van mee?

[Interviewee 11]

Nou, ik moet zeggen, ik zit dan in de regio Roosendaal Breda en daar zijn de reumatoloog het redelijk wel onder controle moet ik zeggen, dus Dat is nooit zo'n hele lange wachttijd en en Als ik echt een kijk, soms is hetzelfde er weer Mensen bijvoorbeeld die die hebben meer klachten die passen bij fibromyalgie. Die krijg ik niet gerustgesteld. Die komen dan ook op een lange wachtlijst bij de reumatoloog.

Als ik echt duidelijk laat blijken dat dit gewoon niet klopt. Dan kunnen ze vaak dezelfde week nog terecht, of ik bel eventjes.

[Interviewer]

Hoe geef je dan door dat iets een spoed verwijzing is?

[Interviewee 11]

Ja in zorgdomein kan je kiezen voor een spoedverwijzing, zeg maar, dus dat kan je kiezen dat dat doe ik niet vaak, maar wel Als ik het echt wel verdacht vind. Soms hebben Mensen Natuurlijk ook dichtartritus kunnen ze ook hebben en dan soms krijg je die pijn gewoon die niet onder controle en dan wil ik ook dat ze sneller geholpen worden. Maar ja, en soms zeg ik ook wel eens tegen patiënten: 'Als je niet binnen twee weken daar kan komen, want dan bel ik gewoon even zelf.'

[Interviewer]

En dan worden patiënten ook wel eens daar uiteindelijk dan hopelijk gelukkig weer weggestuurd met de conclusie dat ze geen ontstekingsreuma hebben. Wat gebeurt er dan met die patiënten? Komen ze dan terug bij u of krijgen ze daar nog wel advies?

[Interviewee 11]

Ja Als je bijvoorbeeld al iets hebt als fibromyalgie, dan is dat volgens mij een eenmalige uitleg consult. En dan komen ze terug. Ja en dan zie ik ze vaak een poosje niet. En soms komen ze weer met klachten van. Ik zeg ja, dat past daar gewoon helemaal bij. En ja, Dat is wel echt dat je die Mensen gaat. Blijft begeleiden eigenlijk als ze daar behoefte aan hebben. Maar dan heb je in.

Één keer even de angel eruit getrokken van ja, nou, de reumatoloog hoeft je niet terug, want het is niet iets ernstigs We moeten wanneer je meer helpen met leefstijladviezen en belastbaarheid, dat allemaal. En met pijnstilling kan een patiënt soms ook geholpen zijn.

[Interviewer]

En, wat merkt u? Bij patiënten vinden ze dat dan lastig om dan te werken aan hun levensstijl, want Ik heb een aantal reumatologen gesproken en die gaven toch ook wel aan? En er zitten een heel stukje acceptatie, wat Mensen soms heel moeilijk vinden van. Dit hoort nou eenmaal nu bij mij en daar moet ik wat aan gaan doen.

[Interviewee 11]

Ja, dat klopt, ja zeker zeker. Ja, Dat is Natuurlijk toch wel het groot deel van mijn werk vaak hè, dat je daar Mensen daar bewust van moet maken en helemaal begeleiden. En dan heb je Natuurlijk ook nog revalidatie of fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeuten waar Mensen dan terecht kunnen. Dus Dat is ook heel prettig, soms zelfs ook psychologische hulp Natuurlijk van de praktijk ondersteunen.

[Interviewer]

Merkt u daar ook wat van?

[Interviewee 11]

Ook eens in een stukje acceptatie en of we naar een diëtist om af te vallen of. Nou ja, Er zijn allerlei disciplines die daarbij helpen gelukkig.

[Interviewer]

En heeft u ook patiënt op een eerste consult komen en zelf direct willen dat ze doorverwezen worden naar de reumatoloog. Ook al weet u dan al vrij zeker van de diagnose en dat dat niet nodig is. Het is bijvoorbeeld niet perse nodig om doorverwezen te worden.

[Interviewee 11]

Nou ja, het gebied waarin ik zit? Ja in zeg maar al 15 jaar in de praktijk zit je daar nu zeg maar wel. De credits bij Mensen, dus dat komt niet. Ten eerste is het niet een heel veeleisende populatie waar ik zit en Het is niet ja, in Breda in 't Ginneke daar komen Mensen met dit wil ik en dat gebeurt, Maar dat is niet zo in het dorp en ook ja, inmiddels heb ik wel genoeg credits dat ze het over het algemeen van me aannemen dus.

[Interviewer]

Patiënten die worden doorverwezen met alleen gewrichtsslijtage komen vaak op een langere wachtlijst. Merkt u wel eens dat patiënten dan terug komen naar u?

[Interviewee 11]

Nou ja, We hebben het ook wel bij andere specialisme Natuurlijk. Dus dan komen Mensen te weer bij ons terug, want die willen snel gezien worden. En Als ik dat niet nodig vind, dan zeg ik, ja, je kan je zorgverzekeraar bellen en die kan advies geven waar de kortere wachtlijsten zijn. En dan soms willen ze een nieuwe verwijzing, ja.

[Interviewer]

Ja, en dan moet u dan een nieuwe verwijzing maken van een ander ziekenhuis.

[Interviewee 11]

[Interviewer]

En dan normaal verwijst u ze gewoon naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of het ziekenhuis waar ze altijd komen.

[Interviewee 11]

Ja, dat klopt. Ja en dan is het ook zo, want sommige Mensen die willen Natuurlijk top. Die willen dan graag naar het Erasmus, maar dat is dan een 3e lijns zorgaanbieder. Hier houden ze dit soort patiënten vaak af, zeggen ze. Ik wil niet uit de regio, dus je je kan hier niet naartoe verwezen worden.

[Interviewer]

En wat maakt dan dat patiënten daar graag heen willen?

[Interviewee 11]

Ja wat ik zeg, ze wil de top of the bills. Ze willen wel de beste bij de beste plek. Voor mezelf hebben ze het gevoel. Maar komt dat maar zelden voor hoor, maar het komt wel voor.

[Interviewer]

Merkt u bij patiënten dat ze soms zelf al een bepaalde diagnose hebben gesteld of iets graag willen omdat ze dat online hebben gelezen of van iemand anders hebben gehoord?

[Interviewee 11]

Ja heel vaak, heel vaak. Misschien wel met de met de pijnstillers dat ze bepaalde van Mensen horen. Dit werkt zo goed, terwijl je eigenlijk al iets sterkers hebt voorgeschreven.

Maar ze hebben ze willen ze toch dat anderen proberen wat minder sterk is, Omdat ze daar dan wat ook gehoord hebben? Ja, heel vaak kan je het uitleggen en doe je het niet. Maar ja, soms moet je ook wel eens meebewegen en doe je het wel.

[Interviewer]

En wat merkte dan komen die patiënten dan achteraf toch weer terug? Of werkt het dan toch vaak wel?

[Interviewee 11]

Ja kan ik niet zo heel zo concreet zeggen, waar komen ze wel weer terug? Ja, maar soms dan wel eens ook per se verwijzing en dan probeer ik het helemaal uit de hoofdpraten lukt me niet, moet toch een verwijzing maken om dat een soort van geëist wordt als ze terugkomen. Er komt niks uit, dan krijg ik toch altijd wel even goh was toch niks hè? En eventjes nog even dat.

[Interviewer]

Als de patiënt dat echt perse wil worden doorverwezen naar de reumatoloog. Wat hopen ze dan dat de reumatoloog meer kan brengen dan dat u kan? Hebben ze een bepaalde verwachting?

[Interviewee 11]

Ja, Dat is toch de verwachting van het ziekenhuis en de specialist. Dat is ook vaak met artrose Natuurlijk. Bij artrose is het toch pap en nathouden en dat kan de huisarts heel goed begeleiden met van alles en nog wat totdat je op punt komt dat je echt daar iets aan moet Laten doen. En dan ga je niet naar de reumatoloog.

Maar ja, toch willen Mensen vaak al eerder naar zijn orthopeed toe, terwijl die gaat dan ook gewoon een prik geven. En dat kan ik ook.

Of pijnstillers geven, want die gaat nog geen nieuw knie erin zetten. Maar ja, Dat is altijd een beetje een spel tussen. Je probeert zo lang mogelijk bij je te houden op een gegeven moment. Dan moet je toch soms wel verwijzen? Ja, maar er wordt heel, heel veel niet verwezen, zal ik maar zeggen. En dat voelt bij de reumatoloog Misschien niet zo, maar heel veel blijft gewoon In de praktijk.

[Interviewer]

En verwijst u ook wel eens door omdat u vind dat de patiënt uitleg verdient van een specialist?

[Interviewee 11]

Nee, ik denk dat dat ook echt afhangt van het vertrouwen die patiënten in je hebben.

[Interviewer]

En merkt u een verschil in verwachting vanuit patiënten in u en een verschil van verwachting vanuit patiënten In de reumatoloog?

[Interviewee 11]

Nou ja, wat ik zeg? Sommige Mensen hebben wel het idee van het ziekenhuis, de specialist. Daar krijgen we die weten het allemaal en die kan het allemaal oplossen. Dus dat Dat is Natuurlijk toch alweer de volgende stap en soms zie je het juist andersom. Er zijn Mensen onder behandeling van de specialist, zijn ze niet tevreden, komen ze er bij mij terug, zeg ik ja, maar je bent al verwezen en ja dat.

Is met een stapje weer verder. Dat kan twee kanten op gaan. Maar gelukkig over het algemeen kan je Mensen gewoon zelf geruststellen en begeleiden.

[Interviewer]

Ja ja en is het dan in dat geval dat ze dan daar net wat meer kennis hopen te halen of toch een andere diagnose?

[Interviewee 11]

Ja of behandeling. Terwijl een specialist vaak niet meer kan bieden dan dat wij kunnen. Dat probeer ik ze dan ook vaak wel duidelijk te maken. Maar ze hebben het idee dat het opgelost kan worden, terwijl de prik die de orthopeet geeft of de reumatoloog geeft. Die geef ik zelf ook dus.

[Interviewer]

Merkt u dan dat de levensstijl van de patiënt daar ook invloed op heeft. Dat ze dan daarnaast in vrije tijd niet echt werken aan een levensstijl. Of zijn ze daar dan wel mee bezig?

[Interviewee 11]

Nee, Dat is Natuurlijk wel één van de grootste problemen In de gezondheidszorg. Beweging, voeding en stress zijn 3 hele grote factoren die effect hebben op gewrichtsklachten.

Dan heb je dus vaak veel psychotherapeutische fysiotherapeut of aan een revalidatietraject waarbij we met veel meer bewust worden gemaakt over hun belastbaarheid en het belasting. Ja dus dan kan hij beter daarnaartoe verwijzen.

Interview 11 - General practitioner

[Interviewer]

Zou je een beetje kunnen vertellen over wat je allemaal doet en wat je daarin betekend voor de gerwrichtsklachtenzorg?

[Interviewee 12]

Ja ik ben [naam], huisarts. Ik ben, huisarts opleider, dus ik leid het woord, huisarts op. Ik werk in de omgeving van [stad], [stad], [stad]. Ik ben naast huisarts ook kaderhuisarts bewegingsapparaat. Dus ik heb extra les gevolgd door nascholing te doen, twee jaar over het bewegingsapparaat. Ik ben gepromoveerd op hand- en polsklachten en verder werk ik drie dagen als huisarts en twee dagen als postdoctoraal onderzoeker op de afdeling Huisartsgeneeskunde.

[Interviewer]

Wat doe je dan zoal allemaal als neventaken dan daarnaast?

[Interviewee 12]

Uuh, ja, dus met name dus wetenschap. Dat is eigenlijk nu het belangrijkste. Dat is eigenlijk mijn, ja, mijn kernneventaak. En dan met name allemaal gericht op het bewegingsapparaat. Dus knie- en heupartrose, dan wel andere aandoeningen van de hand en pols.

{Interviewer]

Hoe vaak zie je patiënten met gewrichtsklachten in jou praktijk tijdens het spreekuur?

[Interviewee 12]

Sowieso heb ik net zelf onderzoek gedaan naar proportie van het aantal klachten van het bewegingsapparaat wat überhaupt door een huisarts wordt gezien.

Hebben we een retrospectief onderzoek gedaan in een database. En daarin zie je dat, uh, dat moet nog gepubliceerd worden, ongeveer, uh, ja, elf tot twaalf procent van de klachten die komen bij de huisarts bestaan uit het bewegingsapparaat.

Dus dat is echt nu uit wetenschappelijk onderzoek gebleken. Nogmaals, dat moet officieel gepubliceerd worden. Deze cijfers zijn nog niet officieel bekend. Maar ja, ik zie er heel veel. Het lastige natuurlijk om daar aantallen aan te geven. Ik denk wel dat ik boven die twaalf procent zal, uh, zal zitten. Ik denk dat ik richting de twintig procent ga.

[Interviewer]

Ja en hoeveel van die mensen stuur je dan ook echt, verwijst je echt door?

[Interviewee 11]

Er is een groot verschil tussen een huisarts en een kaderhuisarts. Kaderhuisartsen hadden vroeger een eigen spreekuur en beschikken over specialistische kennis van het bewegingsapparaat. Vanuit die expertise kunnen zij patiënten vaak zelf behandelen of gericht begeleiden, waardoor minder verwijzingen naar de tweede lijn nodig zijn. Onderzoek binnen de expertgroep van kaderhuisartsen bewegingsapparaat liet zien dat 70 tot 90 procent van de verwijzingen naar specialisten zoals orthopeden of reumatologen kon worden voorkomen. Een kaderhuisarts verwijst daardoor relatief minder patiënten door dan een algemene huisarts, mede door meer ervaring, kennis en het beter managen van verwachtingen van patiënten.

Doordat ik meer ervaring heb, kennis heb, vertrouwen heb in, uh, de kennis die ik overbreng, uhm, en de verwachtingen van patiënten eventueel kan, uh, ja, anders zal bespreken.

[Interviewer]

Ja, was die horizontale verwijzing dan eerder dat huisartsen dan patiënten doorverwezen naar jou? En kon jij ook extra eventueel diagnostisch onderzoek doen?

[Interviewee 12]

Ja patiënten werden inderdaad naar mij doorverwezen. Maar extra diagnostisch onderzoek niet perse. Want diagnostiek zit ook al namelijk in de anamnese. Elke vraag die ik stel is een diagnostische test. Elk lichamenlijk onderzoek die ik doe is een, is ook een diagnostische test. En, uhm, ja, door mijn ervaring kon ik op basis van anamnese en lichamenlijk onderzoek vaak al uitleggen wat er aan de hand was. Wel of niet een diagnose. Vaak wel. Uhm, en had ik niet opeens veel meer aanvullend diagnostiek nodig. Uh, ik denk dat ik minder, nee, ik weet zeker dat ik minder aanvullend diagnostiek toepas dan een collega-huisarts.

[Interviewer]

Ja, en merk je dat andere huisartsen dat wel veel doen? Want dat is tot nu toe erg wisselend bij de huisartsen die ik gesproken heb?

[Interviewee 12]

Ja. In zijn algemeenheid vragen collega-huisartsen meer diagnostiek aan dan de richtlijn aanbeveelt. Dat zijn allemaal, natuurlijk met verschillende gewrichten te maken, maar uiteindelijk komt dat ook uit de literatuur en daarvoor.

U heeft het al over knie- en heupartrose. Uhm, als je richting de reumatologie gaat, in principe, als we het dan over richtlijnen hebben, want we hebben, uh, wel de artritische richtlijn. Ja, daar wordt bijvoorbeeld geen bloed geadviseerd omdat wij, ja, dat niet kunnen interpreteren. Omdat het natuurlijk vaak syndromen zijn waarin je een optelsom hebt van meerdere problemen, zoals anamnese, lichamenlijk onderzoek, aanvullend onderzoek, wat weer bestaat uit beeldvorming of lab. En daaruit maak je uiteindelijk: ja, gaat iemand wel naar een bepaalde diagnose of niet? En ja, dat wordt eigenlijk om een huisarts wordt dat niet geadviseerd om te doen.

[Interviewer]

En dan merk je dat, dat andere huisartsen dat dan toch wel doen of dat dan specifiek niet?

[Interviewee 12]

Ik denk dat sommige huisartsen dat met hun argumentaties terecht, onterecht, dat meer zullen doen, ja.

[Interviewer]

En heb je ook een idee of een beeld erbij waarom ze dat dan doen?

[Interviewee 12]

Ja, deze discussie voer ik al heel vaak natuurlijk. Ook met jouw collega's in een minor. Ze vinden het lastig om op basis van anamnese lichamenlijk onderzoek een diagnose te stellen of de patiënt te adviseren. En zien eigenlijk, en dan overdrijf ik even, dat aanvullend onderzoek, ja, de holy grail is. Ja, maar die gaat mij de diagnose stellen. Ja, maar zo werkt het niet.

En dat zullen ze niet altijd zo argumenteren. Dan zullen ze zeggen van: ja, ik doe het even om enge dingen uit te sluiten of ja, dat wil de patiënt graag. Ja, dat is maar de vraag of dat echt zo is natuurlijk.

[Interviewer]

Ja. Dus dan komt het eigenlijk ook uit een stukje onzekerheid van hun eigen diagnose of kennis?

[Interviewee 12]

Ja. Ik denk nog wel s-, dat is geen verwijt, maar dat is denk ik een constatering.

[Interviewer]

Ja, want in hoeverre worden ze hier in opgeleid? Wat voor kennis krijgen ze hier wel in mee en, wat missen ze dan misschien nog een stukje of?

[Interviewee 12]

Nou ja uiteindelijk natuurlijk heb je natuurlijk gewoon je geneeskundestudie. Je hebt je specialisatie tot huisarts en daarin wordt, voldoende, dan wel te weinig onderwijs gegeven over klachten van het bewegingsapparaat dan wel reumatologische aandoeningen. En uiteindelijk moet je de kennis die je hebt, moet je verbreden. En ik denk dat het bewegingsapparaat daarin toch bij heel veel huisartsen een ondergeschoven kindje is, omdat heel veel huisartsen dat toch lastig vinden. Een lastig onderwerp vinden. En ik geef dan altijd als voorbeeld als je gewoon de beschouwende geneeskunde hebt en dat zijn bijvoorbeeld internisten, dan kun je een boek lezen en daarin staat dan van: beoordeel middels het bloed wat het lab is richting bijvoorbeeld infectiewaarden, CRP.

En daar kun je, dat is rechttoe rechtaan. Dat is afvinken. Maar als er staat: doe een bepaald lichamelijk onderzoek, een test, want dat gaat je verder brengen. Uh, of kijk dat er een zwelling is, dan moet je het beoordelen. En dat vinden collega's echt lastig. Ik heb wel eens een patiënt of een patiënt gezien waarbij de collega tegen mij zegt: ja, ik zie niks aan dat gewricht. Bijvoorbeeld hand en pols, hè, dat, dit komt ook in de reumatologie. Ja, die zegt: ik zie niks en ik zie dan een daverende zwelling. Ja, dat is dus echt heel ander. Ja, dat, dat is leren zien. En ik heb dan altijd bij mijn promotie gezegd: je gaat het pas zien als je het doorhebt. Dus ja, dat, dat is echt wel een verschil.

[Interviewer]

Ja, dus het maakt ook wat dan hun ervaring is met dit soort klachten en hoeveel patiënten ze misschien al in de praktijk hebben gezien. En merk je ook dat een stukje, uhm, ja, binding aan, aan je patiënten daar ook aan bijdraagt in, in hoe goed je band is met de patiënt, hoe, hoe, hoe lang of hoe vaak je ze al ziet?

[Interviewee 12]

Nee, dat heeft er naar mijn idee niets mee te maken. Want ook in een situatie waar je een nieuwe patiënt ziet gaat het niet om interpretatie van de klachten. Bij reumatologie gaat het over, even heel stom gezegd roodheid, warmte en zwelling. Als we het dan over hand en pols hebben, ja, dat staat los of dit nou of je die patiënt al jaren kent of niet. Pijn interpretatie zou kunnen. Aan de andere kant dan kan je de VAS score nemen. Subjectieve schaal, maar waarvan toch zeggen of de NPRS, waarvan we toch zeggen ja, die zijn, kun je als betrouwbaar betitelen. Ik denk grosso modo dat dat er los van staat.

[Interviewer]

Dus het is voornamelijk dat ze het dan moeilijk vinden om te herkennen.

[Interviewee 12]

Ja, denk het wel.

[Interviewer]

En wat maakt het dan zo moeilijk?

[Interviewee 12]

Ja, dat is een hele goede vraag. Daar ben ik nog niet achter. Dat wil ik zelf ook onderzoeken. Er zijn natuurlijk wel ideeën over. En in de psychologie komen daar dingen, je collega's in de minor. Moet je misschien aan daar vragen of je dat mag lezen ook. Uhm, ja, zijn er wel, ja, dingetjes over die, die erin worden beschreven, maar met name toch zoals de argumenten geen ja verwacht willen doen aan de verwachtingen van de patiënt. Maar waarom ze het moeilijk vinden? Ja, dat is een hele goede vraag. Waarom zie ik het wel en zij niet? Uhm, ervaring, uh, met name natuurlijk. Ja.

[Interviewer]

Dus dan, dan twijfelen ze eigenlijk zelf omdat ze het niet helemaal goed kunnen zien en dan verwijzen ze iemand door.

[Interviewee 12]

Ja, ik denk dat ze niet in staat zijn om, niet goed in staat zijn, nogmaals echt geen verwijt, maar niet goed in staat zijn om de juiste vragen te stellen. Met betrekking tot de klachten waarmee de patiënt komt, als wel de juiste vragen stellen. Interpretatie van die, uh, de interpretatie van het antwoord van die vraag: welke waarde kun je eraan hechten?

En, uhm, ja, je stelt natuurlijk, uh, losstaande vragen, maar uiteindelijk hebben die altijd, interfereren die met elkaar. Ehm, en dan je dan op basis van de antwoorden die je krijgt uit je vraag het juiste gerichte lichamelijk onderzoek doen dat goed kunnen waarnemen, beoordelen en weer interpreteren en van daaruit eventueel ja, je waarschijnlijke diagnose. Ja, dat maakt het zo complex.

[Interviewer]

Ja. En is dat dan een stukje ervaring? Of dragen richtlijnen daar ook nog wel wat handvatten aan bij?

[Interviewee 12]

De richtlijnen dragen daar zeker handvat handvatten aan bij. Wetende dat je dan dat richtlijn bestaat, dat je ze toepast en dat je ze juist interpreteert. Eh, en dan ik en dan de ervaring. En dan heb je natuurlijk, eh, niet alles wordt omvat in richtlijnen. En richtlijn en dan wat nog eigenlijk. Een richtlijn heeft het vaak over diagnose, maar de patiënt komt met een klacht. En onder welke diagnose valt die dan binnen de richtlijn?

[Interviewer]

En wat merk je bij huisartsen, hoe vaak ze naar die richtlijnen kijken? Sommige huisartsen geven namelijk aan dat ze meer op basis van ervaring keuzes maken en niet zo vaak meer naar de richtlijnen kijken. Ehm, maar ja, hoe gaat dat dan als er een keer misschien iets verandert in de richtlijnen? Krijgen zij dat dan ook mee?

[Interviewee 12]

Ze hebben zelf al het antwoord gegeven.

Als zij niet de nieuwe richtlijnen beoordelen, dan, eh, dan krijgen ze het wel mee. Alleen doen ze er niks mee, met, eh, met de veranderingen, terwijl juist, ja, de veranderingen heel groot zijn.

Ik kan daar, ik heb in 2021 aan meegeschreven aan degene richtlijn hand polsklachten, de vernieuwing daarvan. Ja, er staat echt heel veel nieuwe informatie in. Deels oud, maar deels ook zeker nieuw. En zeker van het bewegingsapparaat is de enige. Natuurlijk, we hebben tijdschriften van de huisartsenwetenschap en de NHG richtlijn. We hebben het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Dat is voor alle artsen in Nederland wat steeds meer huisarts gerelateerd is. Ja, als jij dat niet leest, beoordeelt of meeneemt in je praktijk, ja, dan ga je op basis van oude informatie. Ja, dat is zonde.

[Interviewer]

En wat voor informatie mis je dan?

[Interviewee 12]

Ja de nieuwe ontwikkelingen.

[Interviewer]

En die zijn dan wel essentieel om aan een goede beoordeling te kunnen maken?

[Interviewee 12]

In de basis wel, hè. Uiteraard natuurlijk als het richting de reumatologie gaat. Mensen met een aandoening waarvan we vinden dat de patiënt doorgestuurd moet worden naar de reumatoloog. Ja, dan zeggen we nog steeds: hè, dat moet binnen die zes tot acht weken. Ehm, ja, dat is niets veranderd. Ehm, maar ja, weet elke huisarts dat wel?

Dat weet ik niet. Ik denk het wel. Eh, maar nogmaals, ja, hoe interpreteer je het, hè? Want we weten het wel. Ja, en toch gaan ze misschien wel twifelen. Is het toch niet een andere diagnose wat niks met reuma te maken heeft? Is het toch niet gewoon een overbelasting blessure, denken ze. Ja, ik weet niet wat ze denken.

Maar elk gewricht, ja, wat spontaan roodheid warmte en zwelling. Nou ja, misschien nog wel een recidief. Dan moet ik naar de reumatoloog.

[Interviewer]

En, ehm, wat merk je dan van de verwachting van de patiënt als ze bij jou komen bijvoorbeeld?

[Interviewee 12]

Ik sta natuurlijk te boek als een huisarts die expertise heeft over het bewegingsapparaat. Dus binnen onze eigen praktijk, ja, komen ze natuurlijk ook naar mij toe specifiek. Dus sta ik wel met vijf nul voor om het zo maar te zeggen. En zullen ze eerder luisteren naar mij. Eh, dus dat is wel weer in mijn voordeel. Oké, dat heb ik wel verdiend in de loop der, eh, der jaren. Ik bespreek die verwachtingen natuurlijk wel, hè. Een, een goed huisarts gaat naar de hulpvraag: wat wil de patiënt met zijn klachten? En die hulpvraag ga je uitdiepen van: ja, hoe kom je nou aan die hulpvraag? En dat ga ik met oog, met anamnese, lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek ga ik hun gedachten proberen, te bekrachtigen of uit te leggen waarom ik denk dat het wat anders moet zijn of. En vangen het van: joh dit en dit denk ik dat er aan de hand is. Dit is mijn, weet je, ik denk dat het beloop zo en zo is. Dit is de prognose. Is dat anders, dan trek ik wel weer aan de bel. En dat kan uiteindelijk natuurlijk ook een verwijzing zijn, eh, ja, of geen verwijzing. Of wel kun je bij ze mee komen.

En dat kan uiteindelijk natuurlijk ook een verwijzing zijn, eh, ja, of geen verwijzing. Of wel kun je bij ze mee komen.

[Interviewer]

Maar patiënten komen ook al wel echt met een andere verwachting richting jou dan dat ze misschien naar collega-huisartsen zouden gaan.

[Interviewee 12]

Dat denk ik wel ja. Ja, dat denk ik wel.

[Interviewer]

En, ehm, ja, merk je ook dan eventueel nog bij collega-huisartsen dat zij daar dan moeite mee hebben? Of, ehm, ja, dat patiënten soms iets graag willen waar zij dan zelf denken van: nou, dat is per se niet per se nodig, maar, ja, dat daar toch een middenweg in gevonden moet worden.

[Interviewee 12]

Ehm, ja. Dus, eh, wat, wat ik ervaar is dat, eh, zelfs binnen mijn eigen praktijk waarin mijn collega's de mogelijkheid hebben om mij te consulteren, zie ik dat er te veel verwijzingen komen, eh, naar reumatoloog en orthopeden. Want dan lees ik de brieven en zie ik weer dat ze teruggestuurd worden en denk ik: hé, die had ik gewoon naar mij gekund en had ik hetzelfde advies kunnen geven als de specialist. Dat zie ik gebeuren. Ehm, en ja, nogmaals, dat is op basis van gebrek aan kennis, eh, ervaring, ehm, en dat soort dingen. En, ehm. Door en, en door gebrek daaraan zijn ze minder goed in staat om de patiënt uit te leggen, uh, om de verwachtingen die ze hebben. Of dat reële verwachtingen zijn of dat anders kan. Nou ja, dat soort dingen.

[Interviewer]

Ja. Ja. Dus doordat ze. Draagt natuurlijk wel bij als je goed kan overbrengen wat je denkt en bedoelt dat je daar de patiëntverwachting ook wat in kan nuanceren eventueel.

[Interviewee 12]

Ja, ik denk het wel. Ja. Ja. Ja. Ja. Ja. En nogmaals, uiteindelijk heb ik ook patiënten. Ja, kan je liegen, kun je praten als Brugman. En die eisen, die gaan naar meneer het eisen. Dan zeg ik ook op een gegeven moment: dit is mijn gedachte, dit. Maar als u wil, ja even goede vrienden. Ja.

Zonde van je geld, want het kost je een stuk meer dan bij mij blijven. Ehm, en, en, en dat. Ja.

[Interviewer]

Ja, hoe helpen we hun dan goed? Want zij hebben dan toch vaak nog een hogere verwachting van de specialistische zorg. Wat hopen ze dan daar misschien meer te kunnen halen?

[Interviewee 12]

Ehm. Ja, dat is heel verschillend. De patiënt heeft allemaal verschillende verwachtingen. Er zullen patiënten denken van: joh, de huisarts die kan dat helemaal niet wat ik nu heb. Die, ehm, die denken-- patiënten kunnen denken: joh, ik ben de enige die deze klacht heeft. Dus dit is heel iets, iets unieks of specifiek. Ja, dat kan de huisarts niet. Ehm, dus dat kan een gedachte zijn bij een patiënt. Ehm. En ik denk dan nog als je gewoon uit kan leggen dat je begrip hebt voor die situatie, dat je uitlegt dat je het snapt, dat je er ervaring mee hebt. Dat je dat misschien kan nuanceren. Ja, je gaat gewoon het gesprek aan.

[Interviewer]

Ja, en dat zijn toch ook wel bepaalde gesprekstechnieken? Leren alle huisartsen dat ook, die gesprekstechnieken? Zit dat in hun opleiding?

[Interviewee 12]

In principe ben ik van mening van wel, want ik ben natuurlijk al meer dan vijftien jaar opleider, dus dat zit er wel in. Maar uiteindelijk komt dat niet in de pen. En eentje is daarvan bijvoorbeeld als een patiënt komt. Ik zou graag beeldvorming willen. Dan is mijn eerste reactie: ja, dat is goed, u kunt dat krijgen. Maar zullen we samen eens kijken of daar meerwaarde voor is, wat daarvoor een nadelen zijn. Nogmaals, gaat me niet allemaal lukken. Dus allemaal niet. Maar dan kan ik er sommigen kan ik ervan afpraten omdat niet nodig. Nogmaals, als nodig is doen we het. Daar gaat het niet om. Kan ik ze ervan afpraten? Ja, je hebt er altijd eentje. Die eist het gewoon. Ja, is goed. En wat de techniek daarin in is dat je de patiënt dan uiteindelijk meeneemt in een nieuwe, in een heroverweging van de beslissing. Want als ik ga zeggen: nee, het gebeurt niet, dan is het. Dan kom je in, in tegenpolen tegen elkaar en dan word je tegenstander. Terwijl als je zegt: ja, dat kan, maar zullen we samen even kijken? Dan nemen ze je in het proces mee. Dat is bijvoorbeeld in de huisartsenopleiding tegen mijn huisarts opleiding. De patiënt kan vanuit het thuisfront, ja, ingaat die beeldvorming vragen door de partner of door de rest van de familie. En als zij dan zeggen van: nee, ik kom thuis en het mocht niet. Ja, je lijkt het toch niet overrulen. Terwijl nee, we hebben er samen over nagedacht en samen hebben we besloten niet. Ja, dan kan ze ook gewoon weer. Hij of zij rustig naar huis, want we hebben er samen over nagedacht. Dus ja.

[Interviewer]

Ja, en dan merk je dat niet alle huisartsen dat zo op die manier aanpakken of doen.

[Interviewee 12]

Nee niet alle huisartsen doen dat zo op deze manier.

[Interviewer]

En terwijl ze het wel leren. Dus wat maakt dan dat ze dat misschien niet toepassen? Heb je daar ideeën bij?

[Interviewee 12]

Het is ze niet geleerd. Ehm, ze zijn het vergeten. Ze geloven er niet in. Ehm, en elk met andere percentages. Ehm, het kost je meer tijd. Het is gewoon verkopen van joh, hier is het doeg. Ben je binnen een paar minuten klaar. Je bent een go-- en dat is nog het ergste. Je bent een goede huisarts, hè, want je hebt gedaan wat de patiënt wilde.

Ik zeg altijd: ik heb nog nooit een klacht gekregen voor het aanvragen van een foto. Ik heb wel een klacht gekregen om het niet te doen. De foto. Nou, dat soort, ja, beleving.

[Interviewer]

Ja. En hebben huisartsen dan ook? Kijken ze dan ook naar van goh, ehm, zo'n extra foto maken, dat kost ook geld natuurlijk voor heel onze maatschappij uiteindelijk. Kijken ze daar ook naar? Nemen ze dat mee in hun overwegingen?

[Interviewee 12]

Ze weten natuurlijk, maar of ze dat echt toepassen in de in het consult en in jouw interview. Dat vind ik zo interessant in het interview met jou. Zullen ze zeggen: ja, natuurlijk. Maar het antwoord wat ze jou geven.

Maar het antwoord wat ze jou geven. Ja, ik weet niet of dat antwoord ook echt wordt toegepast in het consult. Dat blijf ik lastig vinden met dit soort interviews, want daar denk ik zelf ook over. Nou, hoe kunnen we daar nou zo waarheidsgetrouw antwoord op krijgen anders dan dat je bij het consult moet gaan zitten?

Ook dan kunnen ze, hoe heet het, wenselijk gedrag vertonen wat ze normaliter zullen doen. Oké, maar dat is de beperking. Ja, ik vraag het me af. Ik doe het ook niet altijd, hoor. Maar nogmaals, ik probeer al op en ik denk ook niet dat het onze. Primair is het niet onze taak. Onze taak is om medisch te handelen en dat wat nodig is, is te doen. En daar moet, moet eigenlijk de kosten niet het belangrijkste argument zijn.

[Interviewer]

Ja, maar daarbij, bij dat wat dan misschien niet altijd nodig is, is het denk ik ook belangrijk om in overweging te nemen wat dat dan nog meer kost.

[Interviewee 12]

Ja, uiteindelijk hoe meer je aanvraagt. Dus ja, nogmaals, even los of ik het al goed heb gedaan. Maar uiteindelijk bespaar ik BV Nederland geld door, ja, alleen aanvragen te doen wanneer het echt nodig is.

[Interviewer]

Zijn er nog echt specifieke factoren voor andere huisartsen die niet zo gespecialiseerd zijn in het bewegingsapparaat, waardoor het moeilijk is om een goede diagnose te stellen?

[Interviewee 12]

Ja, ja, dan kom je toch denk ik weer op hetzelfde. Ja, die kennis, kennisgebrek, ervaring. Ja, dat.

[Interviewer]

En ja, bepaalde klachten bij patiënten. Ik hoorde een huisarts zeggen als het in meerdere gewrichten zit bijvoorbeeld, dat ze het dan lastig vinden. Wat voor gevallen komen er dan soms naar jou toe?

[Interviewee 12]

Ehm, nou ja, zeker natuurlijk bij reumatologische klachten. Dus als je. Je hebt natuurlijk altijd trauma en niet-traumatisch. Trauma is per definitie natuurlijk gewoon, hoe heet het, één gewricht. En ja, de niet-traumatische. Ja, dan kunnen er meerdere gewrichten aan ten grondslag liggen. En als er meerdere gewrichten aan ten grondslag. Ja, moet je eerder aan reumatische aandoeningen denken. En dan wordt het al lastiger voor een huisarts, ja, hoe, hoe hiermee om te gaan. En dan heb je natuurlijk nog de, waar ik het net over had de roodheid, warmte en zwelling. Ja, die zie je bij de handen ook. Of vindt de huisarts wat lastig eerder zien dan bij een heup of een rug. Ja, en wanneer is het dan een reumatische aandoening? Ja, dan moet je die, die juiste vragen stellen. Pijn, functie, stijfheid? Ja. Nachtpijn. Ja, dat soort dingen allemaal.

[Interviewer]

En die vragen staan dan ook in de richtlijnen. Of moeten ze dat meer zelf bedenken dat ze die vraag moeten stellen?

[Interviewee 12]

Nou ja, je zou zelf uiteraard natuurlijk eens kunnen kijken. Ik weet niet of je dat hebt gedaan. Wij hebben natuurlijk de NHG-richtlijn.

Ja, je zou eigenlijk met de reumatoloog samen moeten kijken waarbij je dit onderzoek doet.

Welke klachten van het bewegingsapparaat of welke reumatische aandoeningen anders dan artrose. Ja, staan echt goed beschreven in, ehm, ja, bij, bij de NHG. Ik moet zeggen dat ik dat eventjes niet uit mijn hoofd weet, dus ik weet even niet of ik het wel tref. Ja, of die er wel in staat. Ja, volgens mij staat hij dan natuurlijk gewoon bij de lage rugpijn. En dan heb je natuurlijk de groep A specifieke lage rugpijn. Ja, en dan de, ja, toch nog de specifieke klachten. Ja, dus dat.

[Interviewer]

Je ziet ook vaak dat uiteindelijk er medisch gezien voor patiënten niet zo heel veel, vooral met artrose of slijtage, gedaan kan worden. Dat ze toch wat moeten gaan doen met leefstijl, stress, beweging, gezonde voeding. Hoe merk je dat patiënten daarmee omgaan?

[Interviewee 12]

In zijn algemeenheid, hebben patiënten liever een pilletje. En dat zullen ze zelf natuurlijk ontkennen, maar hebben liever een pilletje dan dat ze actief iets moeten gaan doen. Maar de behandeling natuurlijk bij artrose, daar doe ik zelf ook onderzoek naar. En dan krijg je natuurlijk weer de termen shared decision making en, stepped care model. Dan is natuurlijk leefstijl, dus bewegen, gewichtsreductie. Er wordt veel te weinig verwezen voor oefentherapie. Zeker richting knie- en heupartrose. Er wordt nog maar dertig procent van de patiënten wordt door huisartsen verwezen. Nou, dat moet echt richting de tachtig, negentig procent. Goed evalueren van pijnmedicatie, stap drie, eventueel afhankelijk van het gewicht injectie en uiteindelijk pas een nieuw gewricht. Dat is natuurlijk dat model. De patiënt vraagt er nog niet goed naar, weet het ook niet en de huisarts bespreekt het ook nog niet goed, ehm, op deze manier.

[Interviewer]

Ja, kunnen we daar veel winst in halen, mensen op die manier begeleiden?

[Interviewee 12]

Daar zijn we al mee bezig, dus ik ga er zelf ook onderzoek naar doen. Ik heb daar zelf een subsidie naar gevraagd. Maar er wordt nu artrose zorgnetwerken worden opgezet door huisartsen, fysiotherapeuten en orthopeden, landelijk. Daar zijn we mee bezig. Ik ben er ook mee bezig in, in de regio Rijnmond. Dus dat, dat, ja, daar zitten we nu in een, noem het met een mooi woord een transitiefase.

[Interviewer]

Heel interessant, ook iets wat uit mijn onderzoek naar voren komt als behoefte. Ik heb al mijn vragen kunnen stellen, bedankt voor je tijd!

I - TRANSCRIPTION INTERVIEWS - SECONDARY CARE WORKER

Interview 1 - Rheumatologist

Interviewer: Hoe ervaart u de druk op uw poli/afdeling. Welke factoren dragen hier allemaal aan bij?

Interviewee 1: Op dit moment ervaren wij vooral druk op de poli tijdens consult tijden. De consult tijden zijn niet lang en je zult zo ook wel merken dat wij eigenlijk dagelijks wel uitlopen. Ik heb vaak 10 minuten per patiënt waarin ik mij moet inlezen, de patiënt moet spreken en helpen en daarna nog eventuele administratieve dingen moet doen zoals de huisarts op de hoogte stellen van eventuele veranderingen in medicatie bijvoorbeeld. Deze 10 minuten komt voort uit het verdien model van het ziekenhuis. Ik kom vaak best wel in de knoop doordat patiënten en ik een ander woordenboek hebben, waardoor we elkaar niet altijd begrijpen. Dan is 10 minuten in een consult vaak te kort om goed iets uit te kunnen leggen. Veel patiënten beheersen de Nederlandse taal hier niet goed of zijn lager opgeleid. Dit is ook een belangrijke oorzaak waardoor patiënten soms terug komen, omdat ze toch niet goed hebben begrepen wat ik heb verteld.

Verder zorgt de administratieve last ook voor druk op de afdeling. Ik probeer hier zelf slim mee om te gaan door gebruik te maken van nieuwe technologieën zoals: Open evidence, Ask Alleta & Copilot. Ook heb ik een programma dat spraak gestuurd kan rapporteren, dus deze neemt het gesprek tussen mij en de patiënt op en maakt hier een mooi verslag van. Ik hoef dit alleen nog na te kijken en dan kan ik het verwerken in het dossier.

Interviewer: Worden er veel patiënten doorverwezen met gewrichtsklachten die uiteindelijk geen reumatische aandoening blijken te hebben?

Interviewee 1: Ja er zijn veel patiënten die worden doorverwezen die uiteindelijk geen ontstekingsreuma hebben. Vaak hebben ze artrose, dus gewrichtsslijtage. Dat is dus zonder ontstekingen. En medicinaal gezien kunnen wij niet zo veel betekenen voor deze patiënten. Vaak aan de verwijzing van de huisarts kan ik al zien of dit het geval is of niet. Deze patiënten zoeken dan vaak de bevestiging vanuit ons dat het echt gewrichtsslijtage is en niet wat anders. Je ziet ook vaak da patiënten al jaren rondlopen met gewrichtsklachten en pijn en hier veel last van ervaren of zelfs in de ziektewet zitten.

Interviewer: Kunt u een aantal mogelijke oorzaken opnoemen waardoor dit zou kunnen komen?

Interviewee 1: Zoals ik net al benoemde is het vaak dat patiënten toch extra bevestiging zoeken dat het artrose is. Het is natuurlijk makkelijker om een medische reden aan te wijzen zodat dat met medicijnen opgelost kan worden dan dat je moet gaan werken aan een gezondere levensstijl. Want dat is vaak het enige wat ik een patiënt kan bieden, een soort psychologisch gesprek over levensstijl, beweging, stress en voeding.

Interviewer: Hoe ervaart u het doorverwijzingsproces vanuit de huisarts?

Interviewee 1: Wat ik vaak zie is dat de voorverwijsbrief vanuit de huisarts onduidelijk is geschreven.

Hier zitten echt grote verschillen in. Sommige huisartsen steken er een stuk meer moeite in dan andere huisartsen. Sommige doorverwijzingen zijn incompleet, met spelfouten of incomplete zinnen. Als dat het geval is dan kan ik er ook niet zo veel mee. Wat ik dan vaak doe is de vraag terug sturen naar de huisarts en vragen wat nou precies de bedoeling is met de doorverwijzing.

Interviewer: Wat zijn de stappen die een patiënt doorloopt om uiteindelijk bij de reumatoloog op consult te komen bij jullie?

Interviewee 1: Eerst gaat een patiënt naar de huisarts uiteraard. De huisarts maakt dan de keuze om de patiënt door te verwijzen. Met een achterliggende reden die niet altijd even duidelijk is. De huisarts stelt een digitale verwijsbrief op en deze verstuurd hij naar is via Zorgdomein. Voor een afspraak bij ons moet de patiënt eerst bellen naar de poli. Vervolgens wordt er een afspraak ingepland en komt de patiënt langs bij een van onze reumatologen. Deze ziet dan de digitale verwijsbrief aan en bespreekt met de patiënt wat de klachten zijn en de verwachtingen van de patiënt. Met deze informatie doen wij een oordeel of er verder onderzoek nodig is om een diagnose te stellen. Als dit niet nodig is bespreken we met de patiënt wat nodig is om te bespreken, dus wat de diagnose is en wat wij voor de patiënt eventueel kunnen betekenen. Indien we merken dat de patiënt behoefte heeft aan extra uitleg polsen we bij de verpleegkundig specialist of die op dat moment tijd heeft om de patiënt nog te voorzien van wat extra informatie. En vaak is dit dan inderdaad een gesprek over levensstijl en wat voor invloed dat heeft op de klachten en hoe ze hier specifiek mee om kunnen gaan toegepast op hun eigen leven.

Interviewer: Hoe kijkt u naar deze patiënten, hoe kunnen zij het beste geholpen worden? (Uit onderzoek is namelijk gebleken dat patiënten met niet-inflammatoire gewrichtsklachten ook goed door de eerstelijns zorg zoals de huisarts of fysio geholpen zouden kunnen worden)

Interviewee 1: Ja ik ben het wel mee eens dat deze patiënten inderdaad niet altijd door een reumatoloog geholpen moeten worden met advies over hun levensstijl. Ik ben gekwalificeerd om andere dingen te doen. Maar het is natuurlijk niet zo zwart wit. Deze patiënten moeten uiteindelijk ook geholpen worden. En soms kunnen ze gewoon niet goed genoeg geholpen worden door de huisarts voor hun gevoel en komen ze bij ons terecht. Het komt namelijk ook wel eens voor dat ik een doorverwezen patiënt krijgt waarbij in de verwijzing staat dat huisarts doorverwijzing niet nodig vond, maar patiënt er zelf op aandrong.

Interview 2 - Rheumatologist

Interviewer: Hoe ervaart u de druk op uw poli/afdeling. Welke factoren dragen hier allemaal aan bij?

Interviewee 2: De druk zit bij ons vooral in de instroom en de wachtlijst. We krijgen ongeveer twintig verwijzingen per week binnen. We werken met 3,2 FTE verdeeld over vier reumatologen en bedienen een regio van ongeveer 200.000 inwoners.

Wat meespeelt is dat we als maatschap productieafspraken hebben. Er is een bepaald aantal patiënten dat we per FTE moeten zien. Als we dat halen, krijgen we daarvoor betaald. Binnen die kaders hebben we wel vrijheid in hoe we onze zorg organiseren.

We hebben er bewust voor gekozen om geen extra reumatoloog aan te nemen. Als we dat zouden doen, zou de wachtlijst sneller dalen. Maar dan worden we ook aantrekkelijker voor patiënten uit de regio en krijg je meer instroom. Dan stijgt de productie weer. Voor onszelf maakt dat financieel weinig uit, want behandelingen worden vergoed en daarmee dek je de kosten van een extra FTE. Maar maatschappelijk gezien betekent het wel hogere zorguitgaven. Uiteindelijk wordt dat collectief betaald. Wij proberen dus ook bewust bij te dragen aan beheersing van de zorgkosten, door niet automatisch op te schalen als er een wachtlijst is.

Interviewer: Worden er veel patiënten doorverwezen met gewrichtsklachten die uiteindelijk geen reumatische aandoening blijken te hebben?

Interviewee 2: Ja, een aanzienlijk deel van de patiënten die worden verwezen, blijkt geen inflammatoire reumatische aandoening te hebben. Vaak gaat het om artrose of chronische pijnklachten zonder ontsteking.

Bij veel van deze patiënten kan ik op basis van de verwijzing al inschatten dat het waarschijnlijk niet om ontstekingsreuma gaat. Toch willen zij vaak bevestiging van een specialist dat het “alleen” slijtage is en niets anders.

Je ziet ook dat mensen soms al jarenlang rondlopen met klachten, veel pijn ervaren en soms zelfs in de ziektewet zitten. Dan is de behoefte aan duidelijkheid en erkenning groot.

Interviewer: Kunt u een aantal mogelijke oorzaken opnoemen waardoor dit zou kunnen komen?

Interviewee 2: Een belangrijke oorzaak is dat mensen graag een medische verklaring willen die behandelbaar is met medicatie. Het is voor veel mensen makkelijker om te denken dat er een specifieke ziekte is die je met een pil kunt oplossen, dan dat je moet accepteren dat klachten samenhangen met leefstijl of ouder worden.

In die gevallen kan ik medisch gezien vaak weinig doen. Wat ik dan aanbied is vooral een gesprek over leefstijl: beweging, voeding, stress, gewicht. Dat is vaak het belangrijkste wat helpt bij deze klachten. Maar dat vraagt inzet en gedragsverandering van de patiënt zelf.

Daarnaast speelt mee dat zorg toegankelijk is en als recht wordt ervaren. Mensen vinden dat ze recht hebben op onderzoek en specialistische beoordeling. Dat versterkt de neiging om voor uiteenlopende klachten een medische oorzaak te zoeken. Ik zie daarin een bredere medicalisering van de samenleving.

Interviewer: Hoe ervaart u het doorverwijzingsproces vanuit de huisarts?

Interviewee 2: Daar zitten grote verschillen in. Sommige huisartsen schrijven duidelijke, complete verwijsbrieven met een heldere vraagstelling. Andere verwijzingen zijn summier, bevatten spelfouten of zijn inhoudelijk onduidelijk.

Als een verwijzing onvolledig is, kan ik daar weinig mee. In dat geval zet ik de patiënt automatisch op de lange wachtlijst. Als het dan echt spoed is krijg ik na een tijdje een nieuwe doorverwijzing van de huisarts met hopelijk meer informatie.

Het komt ook voor dat in de verwijzing staat dat de huisarts zelf geen duidelijke indicatie voor verwijzing zag, maar dat de patiënt aandrong. Dat laat zien dat er soms spanning zit tussen wat medisch noodzakelijk wordt geacht en wat de patiënt verwacht.

Interviewer: Wat zijn de stappen die een patiënt doorloopt om uiteindelijk bij de reumatoloog op consult te komen bij jullie?

Interviewee 2: Een patiënt begint altijd bij de huisarts. De huisarts beoordeelt de klachten en besluit of verwijzing naar ons nodig is. Als de huisarts verwijst, stelt hij of zij een digitale verwijsbrief op via ZorgDomein. Die komt bij ons in de triage terecht.

Ik beoordeel zelf de verwijzing en kijk met name naar signalen die kunnen wijzen op een ontstekingsreuma. Op basis daarvan beslis ik of iemand met voorrang gezien moet worden, bijvoorbeeld binnen twee weken, of dat iemand op de reguliere wachtlijst wordt geplaatst. Op dit moment is die wachtlijst ongeveer negen maanden.

Als het verhaal vooral past bij slijtage of chronische pijn zonder duidelijke ontstekingskenmerken, dan komt iemand meestal op de reguliere wachtlijst. Wanneer ik iemand versneld wil zien, vraag ik vooraf al bloedonderzoek en röntgenfoto's van handen en voeten aan. Die uitslagen zijn dan beschikbaar bij het eerste consult, zodat ik meteen een gerichte beoordeling kan doen en eventueel een diagnose kan stellen of aanvullend onderzoek kan inzetten.

Interviewer: Hoe zou u de verwachtingen van patiënten omschrijven?

Interviewee 2: Veel patiënten verwachten dat wij hun klachten kunnen oplossen. Er leeft soms het idee dat een specialist altijd een oplossing heeft. In werkelijkheid kunnen wij niet alles behandelen. Bij slijtage of chronische pijn zonder ontsteking kunnen we vaak niet meer doen dan uitleg geven en eventueel beperkte pijnstilling.

Verwachtingen worden ook sterk beïnvloed door wat mensen online lezen of horen van bekenden. Als iemand vooraf al een bepaald idee heeft over wat er aan de hand is, kan het lastig zijn om dat bij te stellen. Het ontkrachten van zulke overtuigingen kost tijd en verschilt per persoon hoe open iemand daarvoor staat.

Interviewer: Hoe kijkt u naar deze patiënten, hoe kunnen zij het beste geholpen worden? (Uit onderzoek is namelijk gebleken dat patiënten met niet-inflammatoire gewrichtsklachten ook goed door de eerstelijns zorg zoals de huisarts of fysio geholpen zouden kunnen worden)

Interviewee 2: Ik denk dat we hier eerlijk moeten zijn over wat specialistische zorg wel en niet kan betekenen. Een groot deel van de patiënten met niet-inflammatoire gewrichtsklachten hoeft medisch gezien niet door een reumatoloog gezien te worden. Wat zij nodig hebben is geen specialistische diagnostiek, maar begeleiding bij leefstijl, beweging, pijnacceptatie en omgaan met chronische klachten.

Je kunt ervoor kiezen om deze patiënten door te verwijzen naar de huisarts, fysiotherapeut of andere eerstelijnszorg. Maar daarmee verplaats je in feite het probleem. De druk verschuift dan van de tweede lijn naar de eerste lijn. Het systeem als geheel verandert daarmee niet.

Volgens mij zit de kern dieper. We leven in een maatschappij waarin zorg toegankelijk is en waarin mensen gewend zijn geraakt om voor iedere klacht een medische verklaring te zoeken. Maar sommige klachten horen bij het leven, bij veroudering of bij een bepaalde leefstijl. Zolang we dat maatschappelijk niet beter accepteren, blijven mensen het zorgsysteem instromen.

Als mensen eerder zouden accepteren dat bepaalde klachten onderdeel zijn van het ouder worden of het gevolg zijn van keuzes in leefstijl, dan zouden ze in veel gevallen niet eens bij de huisarts of specialist terechtkomen. Dan begint het proces niet. Nu proberen we binnen het zorgsysteem oplossingen te bedenken voor iets wat eigenlijk een maatschappelijk vraagstuk is.

Als je deze patiënten steeds blijft opvangen binnen het medische systeem, hoe goed bedoeld ook, dan houd je die instroom in stand. Dan blijft de druk verschuiven tussen stakeholders maar het onderliggende mechanisme blijft hetzelfde.

De echte verandering zit volgens mij in een maatschappelijke omslag: meer verantwoordelijkheid voor leefstijl, meer acceptatie van lichamelijke grenzen en minder medicalisering van normale levensverschijnselen. Pas dan verminder je structureel de druk op het systeem. En dit is natuurlijk een hele langzame en moeilijke verandering, maar ik geloof hier wel echt in.

Interview 3 - Rheumatology nurse

[Interviewer]

Ja top! Nou, ik wilde eigenlijk was ik eerst nieuwsgierig: hoe ziet jullie personele bezetting er hier uit? Welke verschillende functies hebben jullie en van wie voert dan wat precies uit?

[Interviewee 3]

Oké, ja. Nou, we hebben dus inderdaad vijf poli assistentes. Die zitten inderdaad ja, de telefoon en die doen ook de orders verwerken van die ze dan doorkrijgen van, van de artsen. Ja, dat is dan weer om een nieuwe afspraak te maken. Bloedonderzoek, maken we foto's? Dat regelen zij dan ook allemaal. En dan hebben we inderdaad vijf reumatologen. Niet allemaal fulltime werkend, maar wel vijf artsen die verspreid over de dagen. En we hebben ook nog twee buitenlocaties in [locatie] en in [locatie], dus daar zitten sommige artsen ook nog een dagdeel of een paar. En dan hebben we twee reuma verpleegkundigen en sinds vorig jaar hebben we ook een verpleegkundig specialist, maar die is nog in opleiding. Die doet nu de opleiding, dus die ja, die staat nog heel erg onder supervisie van de arts, dus die krijgt nog niet echt zelfstandige spreekuren. Maar dat is wel weer de bedoeling dat ze dat gaat doen.

[Interviewer]

En wat is dan het verschil tussen de specialist en de normale reuma verpleegkundige?

[Interviewee 3]

Ja, verpleegkundig specialist. Die gaat toch iets meer een beetje richting de arts. Die mag ook diagnoses stellen, behandeling instellen en dat mogen wij allemaal niet.

Wij voeren zeg maar meer, meer uit. Een stukje informatie over een ziektebeeld, over medicatie, het omgaan met een chronische aandoening, dat doen wij dan.

[Interviewer]

Oké. En wat is er dan weer anders tussen verpleegkundig specialist en de reuma arts?

[Interviewee 3]

Ja, dus de reumatologen, die doen vaak toch iets meer de wat complexere situaties en dan is het soms ook wel eens een beetje in afspraak en overleg van welke... Wat doet een verpleegkundig specialist in sommige zieken? Dat kan ook weer per ziekenhuis verschillen. In sommige ziekenhuizen doen ze soms ook wel een stukje voorlichting geven, dat ze toch ook iets meer tijd hebben als ze als een arts. Dus ja, dat zijn allemaal nog wel dingetjes die een beetje nog in ontwikkeling zijn. Volgens mij gaat ze nu in ieder geval patiënten met, met jicht. Dat is ook een vorm van reuma, dat zij die wat meer gaat begeleiden en zien. Maar over het algemeen ja, moet ze toch ook nog een beetje kennis opdoen van eigenlijk een beetje alle ziektebeelden, maar vaak toch een beetje die complexere systeemziektes. SLE, sclerodermie, dat dat is, wordt dan vaak dan toch meer door de reumatoloog zelf gedaan?

[Interviewer]

Ja precies. Ja, oké. En ja, als we het over algemene druk op de afdeling hebben, daar is natuurlijk. Hoe ervaren jullie die druk?

[Interviewee 3]

Ja, dat is natuurlijk. Met name zie je natuurlijk vaker dat bij de reumatologen dat dat dat daar een heel grote druk ligt. Dat ze natuurlijk zoveel patiënten en heel veel nieuwe patiënten. En dan moet alles weer ingepland worden en dat ze bijna geen plekjes over hebben om nieuwe patiënten in te plannen en, en dan zie je natuurlijk ook dat die wachtlijst dan ook wel weer wat jij net zei dat die wachtlijst inderdaad oploopt.

[Interviewer]

Ja, hoe lang is de wachtlijst nu hier? Weet u dat?

[Interviewee 3]

Ik weet niet. Volgens mij is het ja, het zou lijken. De assistentes die weten hebben er wel eigenlijk ook mee in zijn. Volgens mij is het wel iets van twee maanden of zo, maar ja, dat is een beetje wat er op de website staat. Maar ja, zo kan je het niet helemaal zien, want er zijn mensen die er wordt. Er wordt gewoon. Natuurlijk, als ze een verwijzing krijgen wordt er een screening gedaan, wordt er een triage gedaan en dan wordt er gekeken of. Ja, dan kan het soms zijn dat een patiënt binnen een dag moet komen. Maar het kan dus ook zijn dat patiënten als het niet urgent is, dat ze toch pas over drie of zes maanden zelfs gezien worden.

Dus dat, dat is heel verschillend. Ja, soms als mensen natuurlijk gaan kijken van hoe lang is de wachttijd in een ziekenhuis? Ja, dan kunnen ze zeggen van: oh ja, hier is het acht weken. In een ander ziekenhuis is het nog langer. Dan ga ik hier heen. Maar ja, als ze dan vervolgens geen echte acute klachten hebben, dan kan het alsnog zijn dat ze lang moeten wachten.

Dat is ook dat stukje wat je een beetje zei dat sommige mensen ja. Of soms zie je dan wel eens natuurlijk dat klachten toch ineens vanzelf weer overgaan. Dat mensen eigenlijk of sowieso niet komen. Of soms wel eens netjes afbellen. Ook nu natuurlijk lies van wel ja. Of dat mensen natuurlijk dan toch naar een ander ziekenhuis dan weer gaan.

[Interviewer]

Ja, ja. Zie je dat vaak dat mensen niet komen?

[Interviewee 3]

Ja, dat gebeurt toch ook nog wel eens regelmatig, hoor. Ja, dat is zonde ja. Zeker natuurlijk bij een eerste consult. Ja, dan is het natuurlijk toch een half uur bij de arts uitgetrokken. Ja, en als je dan weet dat er gewoon zo'n wachtlijst is, dan is dat toch zonde.

[Interviewer]

En is er een beetje een onderzoek gedaan naar wat voor redenen daarvoor zijn dan, dat mensen niet komen? Of hebben jullie daar ideeën over?

[Interviewee 3]

Ja, dat is vaak wel eens een beetje een beetje divers, hoor. Dat ja, soms mensen dat zeggen dat ze de afspraak niet hebben doorgekregen of iets of niet weten. Of dat ze inderdaad naar een ander ziekenhuis zijn gegaan of klachten zijn over. Nou ja, soms natuurlijk wel eens toch wel door een beetje door overmacht als iemand ineens ziek is.

[Interviewer]

En zijn er nog andere factoren die bijdragen aan dat jullie hier druk ervaren op de op de afdeling? Bijvoorbeeld zeg maar echt als je aan het werk bent, dus denkt: pff, dit kost me veel tijd, veel energie.

[Interviewee 3]

Ja, dat is soms natuurlijk wel eens een beetje van als. Het leukste is natuurlijk een beetje altijd een beetje die afwisseling van verschillende soorten patiënten. Maar zeker als je inderdaad van die mensen met wat we wel eens vaak zien met die chronische pijn, ja, dan moet je er niet... drie, vier op een dag dan. Ja, maar ik heb daar wel een beetje in geleerd om daar wel iets meer afstand van te nemen. Om niet alles maar eenmaal op me te nemen of naar me toe te trekken. Dus dat is natuurlijk vaak toch ook een stukje wat bij patiënten ligt. Die moeten natuurlijk uiteindelijk toch kijken van wat wil ik en wat kan ik er zelf mee gaan doen ook, hè? Ja, dus dat zijn soms wel eens een beetje die valkuilen van dat je geneigd bent om altijd een oplossing. En dat is tenminste een beetje verpleegkundige van vroeger, dat je daar heel erg geneigd bent om ja, ja, de problemen van patiënten over te nemen.

[Interviewer]

Er zijn wel veel patiënten hier met chronische pijn?

[Interviewee 3]

Ja, nou ja, en soms zie je natuurlijk ook wel weer dat mensen dan na een paar jaar weer terugkomen. Nou ja, dat is ook wel een beetje wat je ook wel bij artrose bijvoorbeeld ziet.

Of mensen een aantal jaar geleden al een keer hier zijn geweest en dan gaan ze toch weer naar de huisarts en die gaat dan toch weer een beetje doorverwijzen. Dus dat, dat is vaak wel een heel stukje. En ja, daar zal misschien ook nog wel een stukje winst te behalen zijn. Ja, de huisarts zou ook goed moeten screenen of kijken van ja, is dit echt een hele andere klacht of past het toch wel bij de artrose? Ja, en dan kunnen inderdaad op een gegeven moment ook klachten natuurlijk in de loop van de tijd toenemen. Mensen worden sowieso natuurlijk ouder.

[Interviewer]

En wat is dan die verwachting van de patiënt als ze hier komen? Wat hopen ze dat jullie nog voor hen kunnen betekenen?

[Interviewee 3]

Ja, dus dat is dan natuurlijk vaak een beetje de vraag van ja, zijn het inderdaad toch weer klachten die al bij de eerder vastgesteld of heb ik toch wat anders? Dat is vaak dan natuurlijk toch een beetje de vraag waar ze. Ja, en qua behandeling als de diagnose hetzelfde blijft, verandert daar natuurlijk niet zoveel van. En en dat zijn natuurlijk ook wel een beetje de ziektebeelden. Echt die artrose en die chronische pijn. Ja, waar wij hier niet echt veel meer mogelijkheden hebben als gewoon in de eerste lijn bij de huisarts. Dus veel patiënten worden dus eigenlijk ja, na een eerste controle of soms nog na een herhaal onderzoek als er soms toch nog wel weer wat bloedonderzoek gedaan wordt om dingen uit te sluiten of ter geruststelling. Ja, worden dan vaak toch wel weer na één of twee keer of of nog na een consult bij ons dan weer terugverwezen.

Toch lichte de de eerste lijn de huisarts? Ja, maar ja, die zitten natuurlijk ook weer een beetje met die tijddruk. En ik denk ja, wat moet ik ermee? Heb ik wel eens en veel? Dus ja, dat is soms wel eens een beetje ja. Het lastige dat soms wel eens een beetje over en weer wordt naar elkaar verwezen.

[Interviewer]

Kunnen we dan die patiënten goed helpen? Ja, en waarbij zijn ze goed geholpen natuurlijk. Ja, dat is ook de vraag.

[Interviewee 3]

Ja, ja, ja. Dus daarvoor worden wij natuurlijk ook wel als verpleegkundigen vaak wel ingezet. Dat wij natuurlijk wel een stukje geruststelling. Vaak doet Art natuurlijk ook wel een stukje, maar toch wel even. Wat hebben wij dan iets meer de tijd om om even een stukje uitleg te geven over het ziektebeeld of wat mensen zelf kunnen doen en waar ze eventueel nog wat hulp of steun kunnen krijgen.

[Interviewer]

En merkt u dan dat patiënten daar wat mee doen? Het is ook vaak een stukje advies over leefstijl en leefstijl.

[Interviewee 3]

Dat blijft natuurlijk altijd lastig. Ja, en wat patiënten dan hier zeggen en wat ze doen, ja, dat zien we natuurlijk niet altijd gelijk. Maar soms zie je dan wel weer mensen. Natuurlijk na zoveel tijd wel weer een keer terug. Dan denk je dat heb ik toen ook al een beetje verteld. Dus ja. Ja, dat blijft natuurlijk altijd wel een beetje lastig.

Dat stukje verandering van gedrag of bijvoorbeeld inderdaad met gezonde voeding of afvallen of ja, goed in beweging blijven. Dat blijft natuurlijk toch wel een beetje adviezen die wij heel veel balans zoeken. Dat zijn eigenlijk een beetje adviezen die ik bij heel veel verschillende aandoeningen toch heel belangrijk zijn. Ja, ik zag soms lastiger resultaat dat ik zeg van hier heb je dat roze pilletje en dan gaat het helemaal goed.

[Interviewer]

Hopen mensen dat dan vaak?

[Interviewee 3]

Ja. Ja dus soms ga ik er ook gelijk al dat ik het gelijk op tackelt als ze binnenkomen. Dat ik gelijk zeg u wacht. Verwacht misschien een wonder pilletje, maar dat hebben we helaas niet. Maar het is ook niet dat er niks aan te doen is. Ja, gewoon meer.

[Interviewer]

En hoe reageren ze daar dan op?

[Interviewee 3]

Ja, dus dat is dan vaak wel een beetje dat mensen ja, soms dan toch wel een beetje een verwachting hebben van nou ik kan nog weer van alles krijgen qua medicatie en ja, soms bij die chronische pijn helpt dat ook vaak niet altijd. Dus ja, dat zijn wel dingetjes die je dan toch wel uitlegt, hè?

[Interviewer]

Ik zag ook op het bord toevallig net het leefstijl punt voorbijkomen. Hier is dat nieuw? Wat? Wat doen ze daar? Verwijst u patiënten daar ook wel eens heen?

Nou, ik moet zeggen dat dat nog niet zo heel veel gedaan hebben. Dat dat stukje leefstijl, dat leefstijl roer, dat kan. Ik weet niet of die ook. Dat is vaak natuurlijk wel wat we er ook bij gebruiken om daar een stukje uitleg over te geven. Bij leefstijl denken meeste mensen natuurlijk alleen maar aan voeding en beweging, maar dat zijn natuurlijk echt die zes pijlers die daar staan.

En ja, dan is het natuurlijk toch een beetje aan mensen van nou ja, wat zijn dingen? Die proberen ook een beetje te zeggen van nou, wat zijn dingen die al goed gaan en waar zou je eventueel nog wat in kunnen veranderen? Ja, soms zeggen mensen wel eens van ja, ik zou eigenlijk wat meer moeten bewegen, dus dan geven ze vaak zelf wel een beetje het antwoord. Ja, en dan ga je natuurlijk wel een stukje kijken van nou ja, wat heeft u vroeger gedaan of wat vindt u leuk? En wat zou mogelijk zijn? En ja, daar kijk je natuurlijk ook altijd weer een beetje van. Ja, sommige mensen kunnen inderdaad prima thuis iets doen, maar daar moet je natuurlijk wel weer voldoende motivatie voor hebben. Dus nou ja, soms. Financieel is het soms weer lastig om een sportschool abonnement te hebben. Dus ja, dan moet je altijd weer een beetje kijken. Zoeken naar wat mogelijk en wat past er een beetje in het dagelijkse leven?

[Interviewer]

Oké, en wat zijn de precieze stappen die een patiënt doorloopt als ze hier komen? Dus ze worden doorverwezen van de huisarts en er is een digitale verwijs brief. Ik hoorde u al zeggen er is eerst een triage. Ja, wie voert die uit? Hoe gaat dat precies?

[Interviewee 3]

Ja, dat doen de de reumatologen zelf. Ja, die. Die krijgen inderdaad alle verwijzingen komen binnen en dat komt ook allemaal bij de assistentes. Ja. En dan?... Ja, doen ze om de beurt. Hebben ze allemaal een dienst. Dan komen ook alle nieuwe aanvragen daar binnen en dan geeft de arts door van: nou, patiënt moet binnen een dag of een week of drie maanden ja gezien worden en dan gaan de assistentes inplannen en wordt eigenlijk altijd een eerste consult ingepland en ook gelijk een eerste herhaal consult. En dat is meestal ja, ongeveer twee, twee, drie weken na het eerste consult. En dan in die tussentijd, als ze dan dus de eerste keer bij de arts zijn geweest. Ja, die vraagt natuurlijk alle klachten uit. Die doet een stukje lichamelijk onderzoek en dan afhankelijk van natuurlijk wat hij dan daarin bevindt of wat er eventueel of in een huisarts of een andere arts al gedaan is. Vaak toch een stukje bloedonderzoek of foto's maken of whatever. Ja, en dan de tweede afspraak. Die staat dan in principe om inderdaad dan de uitslagen te bespreken en dan het beleid dan verder te gaan bepalen. Ja. En soms inderdaad, als mensen dus al eerder geweest zijn en die diagnose is niet veranderd, bijvoorbeeld inderdaad bij die artrose of die chronische pijn. Ja, dan zie je soms dat die tweede afspraak of wordt omgezet naar telefonisch. Dat wordt ook wel gedaan. Of dat die afspraak eenmaal eruit gehaald wordt. Ja, dat is makkelijker als dat je natuurlijk zegt van ik zie patiënten nu en die moet over twee weken terugkomen voor de uitslag en dat moet ook niet te lang duren. Nee. Ja, en dan is het vaak ook vol, dus dat is gewoon handiger om het gewoon erin te zetten. En als het niet nodig is, dan ja de afspraak eruit te halen.

[Interviewer]

Ja, en als de patiënten uitgenodigd worden, hoe krijgen ze? Worden ze gebeld of krijgen ze een brief?

[Interviewee 3]

Uhm. Die krijgen inderdaad een brief. Ja, dat gaat meest natuurlijk de meeste mensen. Als ze natuurlijk al hier sowieso al bekend zijn, dan kan het ook gewoon digitaal gebeuren. Dus we proberen natuurlijk wel steeds meer digitaal alles te sturen. Ja, en tegenwoordig hebben we ook is er ook een filmpje beschikbaar in waarin ook een stukje uitleg gaat van hoe dat dan de eerste keer gaat. Dat is ook inderdaad bijvoorbeeld dat mensen ja, ook als ze alleen last van de van de elleboog hebben of iets of van een pols. Ja, een eerste consult doet de arts over het algemeen gewoon een algemeen lichamenlijk onderzoek, dus dan moeten mensen toch ook gewoon in de ondergoed zitten. Dus ja, dan zeggen mensen oh ja, maar ik heb me niet geschoren. Weet je, dat soort. Om dat een beetje te voorkomen, dan zeg ik van ja, maar ik heb een heel oud hemdje aan, dat doet zo niet zitten. Ja, om dat een stukje uitleg te geven wat ze kunnen verwachten die eerste keer. Ja. Dus ja, daar zijn we nog niet zo heel lang mee gestart, dus dat weet ik ook nog niet hoe de de eerste ervaring is.

Ja. En dan wordt er vaak ook al een beetje opengezet dat mensen inderdaad via e-consult veel ook vragen kunnen stellen. Dan moet ik bij foldertjes ook al.

[Interviewer]

En die vragen komen bij de reumatoloog dan terecht via e-consult.

[Interviewee 3]

Ja, die kan bij de assistente en die kijkt dan inderdaad of het een vraag is voor een arts of dat wij daar wat mee kunnen. Ja, maar het is vaak pas wat later fase dat dat natuurlijk dat e-consult gebruikt wordt. Dat is nog niet als mensen net de eerste afspraak hebben of daarvoor.

[Interviewer]

Ja, oké. En ja, hoe ervaart u op nu op het moment de doorverwijzing van de huisarts? U zei al wel van nou, er wordt niet altijd even kritisch gekeken naar wie is wel of niet handig om door te verwijzen. En dat is als de klachten wel of niet veranderen. Bij chronische pijnklachten.

[Interviewee 3]

Chronische pijn of artrose, ja, dan is het eigenlijk natuurlijk een beetje. Zouden we natuurlijk toch wat meer dan alleen doorverwezen moeten worden als de klachten heel anders zijn? Of dat de arts dan natuurlijk een vermoeden heeft. Maar ja, soms is het natuurlijk ook wel eens tegenwoordig dat mensen natuurlijk zeggen van ja, ik wil echt nog een keer terug naar de reumatoloog. Dus dat toch de de huisarts heeft niet helemaal een soort ja vertrouwen van die heeft ja alle kennis ervan. Dus ja, soms. Ja, ja, dat is een beetje meespelen.

[Interviewer]

Ja. Ja en patiënt hoopt natuurlijk. Dat is uit. De huisartsen die ik heb gesproken hopen vaak meer te kunnen halen hier dan dat ze bij de huisarts kunnen halen. Ja en ja, soms willen ze dan niet luisteren naar de huisarts die zegt: ik kan hetzelfde als wat ze daar kunnen.

[Interviewee 3]

Dus dat, dat dat proberen wij soms ook wel weer terug. Dat mensen zeggen van ja, hier is de behandeling afgesloten. Wij kunnen in principe niet meer dan wat de huisarts ook kan doen.

[Interviewer]

Ja. En vinden mensen dat dan moeilijk te accepteren? Want het lijkt mij best lastig om chronische pijnklachten te accepteren. Dat dat nou eenmaal bij je hoort voor de rest van je leven. Merkt u daar iets van?

[Interviewee 3]

Ja, dat is natuurlijk soms wel eens lastig. Dat mensen of soms ook denken van nou ik. Uhm ja, ik ben het er niet mee eens of ik niet mee akkoord. Ja, die mensen zie je soms dan toch wel weer en ook weer een andere arts of naar een ander ziekenhuis weer gaan. Dus dat zijn natuurlijk ook wel eens de dingen ja, dat soms lastig is. Dat halen we ook niet altijd gelijk uit in bij een verwijzing van of men zo in drie verschillende ziekenhuizen zijn geweest of bij twintig verschillende. Nou, dat is een beetje overdreven. Ja, bij meerdere artsen zou ik maar zeggen meerdere specialismen.

[Interviewer]

Hopen mensen dan daar een andere diagnose te krijgen?

[Interviewee 3]

Ja, als ze denken van nou, er wordt toch iets. Ja, dat is soms dat stukje van als je natuurlijk niet je in kan leven of tenminste in kan schatten dat dat klopt, die diagnose.

Ja, het blijft natuurlijk een beetje bij die chronische pijn. Ja. Artrose kan je natuurlijk vaak nog wel weer wat op foto's zien, maar bij die chronische pijn, ja, dan is het vaak toch een lastig verhaal. In die zin dat je natuurlijk niet echt een test hebt waarin je zegt van nou kijk maar, dit komt er uit, uit een bloedonderzoek. Ja. Ja, dat blijft dan toch vaak een beetje. Kan een beetje vaag zijn voor mensen.

[Interviewer]

Ja, ja. En kunnen jullie dan wel echt een duidelijke diagnose stellen? Of is dat het dan ook net niet helemaal?

[Interviewee 3]

Nou ja, het is natuurlijk altijd een diagnose dat je inderdaad andere dingen uitsluit en wel op grond van de klachten die iemand heeft. En nou ja, vaak ook. Soms wordt door de arts ook de eerste keer een foldertje meegegeven van het leest dit en dan? Dan zie je het ook wel in een groep mensen die zeggen oh ja, ik herken me daar wel in, dus dat klopt dan.

[Interviewer]

En dan ja, hebben die mensen toch nog steeds een bepaalde onwetendheid als ze naar huis gaan of vragen?

[Interviewee 3]

Ja. Dus nou ja, wij proberen natuurlijk als verpleegkundigen wel een stukje uitleg daarin te geven en vaak ook een stukje ondersteuning in de eerste lijn. Dat kan dan inderdaad bijvoorbeeld een psychomatische fysiotherapeute. Doen we hen nog wel eens vaak naar doorverwijzen. We hebben inderdaad ook een foldertje.

Dat is ook een andere TU student ook gemaakt over chronische pijn. Dat is ook wel weer in samenwerking met de revalidatiearts, ja. Dus daar kunnen mensen wat informatie uithalen. En inderdaad, er zit ook een QR code in voor een podcast over chronische vermoeidheid, want dat zie je ook vaak dat dat samenkomt met die pijn.

Om daarmee om te gaan. Ja, en wat mensen er uiteindelijk zelf uithalen mee doen, dat is natuurlijk dan toch een beetje aan henzelf. Ja, nou ja, of een stukje psychologische ondersteuning. Dan verwijzen we mensen vaak ook wel weer toch weer terug naar de huisarts. Dat doen we natuurlijk vaak ook via de POH, zegt ja. En die kan dan eventueel ook wel weer doorverwijzen naar de GGZ.

En als mensen alles al een beetje in die eerste lijn hebben gehad, ja, dat noemen ze eigenlijk ook een beetje dat step care. Dat je eigenlijk toch altijd inderdaad in de eerste lijn moet starten. Of ergotherapie is anders ook nog wel een optie ja. En als dat onvoldoende effect heeft, ja, dan kan je eventueel denken nog aan een revalidatieprogramma.

En dan moet je natuurlijk altijd. Ja, dat is dat ook altijd. Dat is vrij intensief, dus daar moeten mensen natuurlijk ook wel voldoende energie voor hebben. Dus heel vaak als mensen ook wel eens bij zo'n intake komen en die zeggen van ja, dat dat red ik niet, ik kan maar 1 uurtje op een dag kan ik de deur uit. Ja, dan heeft zo'n programma ook geen zin. Dan zeggen ze start dan toch eerst in de eerste lijn met een stukje fysiotherapie om toch die conditie weer een beetje te verbeteren. En inderdaad het opbouwen van reserves door liggende rust momentjes te hebben. Ja, maar goed, dat is wel een hele speciale groep, die chronische pijn, maar die zien we inderdaad dus ook wel heel veel.

En de mensen dus met artrose, ja, die zien we meest. De reumatoloog zien die één of twee keer en dan de tweede keer kan soms ook gewoon telefonisch zijn en dan als de patiënt ook wil, kunnen ze dan inderdaad nog eenmalig consult bij mij of mijn collega dan?

[Interviewer]

En dan als als die patiënten terugkomen, in wat voor gevallen is dat dan? Als de klachten verergeren of.

[Interviewee 3]

Ja, dan geven ze vaak aan van ja, de klachten zijn verergerd. Ik heb veel meer last van pijn of stijfheid.

[Interviewer]

Ja, ja en dan kunnen ze niet direct hierheen bellen. Moeten ze wel via de huisarts komen denk ik.

[Interviewee 3]

Ja. Ja, alleen echte mensen met ontstekingsziekten die kunnen hier direct weer terugkomen.

Soms met bijvoorbeeld ja, als mensen goed ingesteld zijn, bijvoorbeeld met jicht. Die worden dan ook wel weer eens terugverwezen naar de eerste lijn als ze goed ingesteld zijn op medicatie. En die zien we dan niet zoveel ook denk ik weer terug, hoor.

[Interviewer]

Ja, het zijn vooral dan de grootste groep. Wat om even zo grofweg gezegd inefficiënt hier komt, zijn dan echt wel de artrose.

[Interviewee 3]

Artrose of die chronische pijn. Ja, en ook niet altijd helemaal inefficiënt. Die mensen moeten toch ook geholpen worden. Dus er wordt volgens mij ook niet zo heel gauw gezegd van ik ga de huisarts bellen en ik kan hier niks mee of zo. Ja, wordt het vaak allemaal wel weer gezien? Ja, maar ik zeg wel ja, dan wordt het vaak toch wel heel kort gedaan en dan vaak maar één consult. Als dat al toch een heel duidelijk verhaal is van hee, dit zijn toch dezelfde soort klachten? En ja, het kan inderdaad dat het een beetje toeneemt en soms zie je inderdaad dat mensen met artrose ook een beetje zo'n chronisch pijn syndroom ontwikkelen. Kan ook bij andere ontstekings reuma. Het kan ook een beetje een en en verhaal dan zijn.

Ja. Ja. En wij doen verder ook geen nieuwe medicatie voorschrijven. Dat is soms ook nog wel eens een stukje. Ik had van de week bijvoorbeeld ook nog weer een patiënt. Toen had daar de reumatoloog. Die had een receptje geschreven voor naproxen, een van de ontstekingsremmer. En ja, die kwam dan nog één keer bij mij en dan vroeg ze weer een herhaalrecept en dan gaat de huisarts of de reumatoloog heeft gezegd ja, nog naar de verpleegkundige en dan einde behandeling. En toen was ze bij de huisarts geweest en die zei van ja, dat moet je maar daar vragen, want de arts heeft voorgeschreven. Dat zijn ook nog wel eens van die dingetjes. Dat dat soms voor een huisarts ook niet helemaal duidelijk is van nou ja, de patiënt is weer terugverwezen en ja, dat zijn gewoon ook medicatie die ook gewoon door de huisarts worden voorgeschreven, dus dat is dan de bedoeling. Dus soms wordt of niet altijd ook medicatie door de reumatoloog voorgeschreven.

Dan zegt ze vaak ook bespreekt dat gewoon maar met uw huisarts, om dat dan gelijk dan daar op te pakken. Ja, soms wordt het dan nog wel weer eventjes voorgeschreven om dan inderdaad in die tussentijd van tussen de eerste consult en dat eerste herhaal consult om dan te kijken of het wat effect heeft.

[Interviewer]

Ja, maar dan daarna is het toch de bedoeling dat het dan via de huisarts verder wordt? Gaat dat via een digitaal systeem? Ja. Via hetzelfde systeem als waar de verwijzingen in doorkomen of.

[Interviewee 3]

durf ik niet helemaal te zeggen of dat nee, dat of dat via dezelfde. Nou ja, het wordt in ieder geval digitaal verzonden naar de naar de huisarts.

[Interviewer]

En dan met die informatie zouden zij het eigenlijk over moeten kunnen nemen.

[Interviewee 3]

Ja, ja, dan wordt er natuurlijk ook. Ze hebben nu wel iets anders gedaan. Eerst was die brief altijd gewoon eerst een heleboel tekst en dan uiteindelijk de conclusie. Maar nu hebben ze inderdaad dan eigenlijk beginnen ze eigenlijk met de conclusie en daarna staat dan nog wat meer informatie van lab uitslagen of ja, het stukje verhaal anamnese van de patiënt. Ja, ja, ja. Ja. Nou ja. En wat soms natuurlijk ook wel eens de andere kant op als de huisarts naar de specialist.

Ja, soms staat er ook maar heel summier iets ingeschreven. Dus ja, dan moet de reumatoloog op grond van die informatie moet hij dan natuurlijk toch wel een beetje die triage doen. Dus ja, dat is soms ook wel eens een beetje lastig.

[Interviewer]

En hoe gaat dat dan? Stel het is echt heel onduidelijk om daar echt een goede conclusie uit te trekken. Gaat zo iets dan terug naar de huisarts voor verduidelijking? Of.

[Interviewee 3]

Ja, dat durf ik eigenlijk niet eens te zeggen. Of ze dan wel eens contact opnemen met de huisarts of dat die mensen dan toch maar gewoon oproepen. Ja kijk, dan kunnen ze toch wel vaak zien van nou ja, dit is niet echt iets acuuts. Nee. En dan is vaak ook dat soms belt een huisarts als het echt iets urgent is. Dan belt een huisarts ook vaak wel naar de poli. Dan hebben we natuurlijk altijd de artsen hebben inderdaad bereikbaarheid. Ja, en dan wordt er inderdaad wel gekeken en dan kunnen ze natuurlijk nog wat makkelijker even overleggen van ja die moet je wel gelijk doorsturen. Ja, die kan nog wel even wachten. Soms zijn mensen natuurlijk wel die het liefst vandaag geholpen willen worden. Of gisteren eigenlijk in plaats van over twee maanden.

[Interviewer]

Ik had het met een andere reumatoloog ook over. Patiënten komen snel voor klachten die eigenlijk horen bij het leven of bij de leefstijl die ze kiezen. Omdat ze graag een medische reden erachter zoeken en ook graag door iets medisch geholpen verholpen willen worden. Dat dat ook eigenlijk wel een groot deel van het probleem is. Hoe kijkt u daarnaar?

[Interviewee 3]

Ja, dat zie je natuurlijk ook wel. Kijk, er is bijvoorbeeld inderdaad wat wat roken betreft. Ja, dan hebben ze toch ook wel onderzocht dat kan inderdaad toch wel één van de oorzaken zijn. Niet de oorzaak, maar één van die daaraan bijdragen. Ja. Nou ja, en ook hebben ze ook wel onderzocht dat inderdaad medicatie ook effectiever beter werkt als mensen niet roken. Nou ja, en dat is natuurlijk ook iets wat we altijd bespreken. En ja, natuurlijk. Aan de ene kant zeggen natuurlijk ja, mensen zijn vrij om te doen wat ze wat ze willen. Of ja, wel of niet stoppen. Maar ja, dat is soms wel eens een beetje een lastig stukje van je weet van met name bijvoorbeeld dat roken dat mensen dat eigenlijk niet zouden moeten doen. Ja, ja. Kijk, als je die diagnose hebt, dan kan je er natuurlijk niet meer terugdraaien. Maar ook voor het verdere behandelbeleid is het toch wel beter om om te stoppen.

En dat zijn wel dingetjes. Ja, dat is soms wel eens een beetje lastig. Is met je eigen. Ja, ik rook zelf ook niet, dus dat is misschien ook lastiger om dat helemaal. Maar ja. En als je dan inderdaad soms hier een patiënt hebt die dan flink naar de rook ruikt en dan moet je daarna weer een volgende binnen roepen.

Nou ja, en ook inderdaad dat stukje bewegen, dat is vaak natuurlijk soms ook wel eens lastig als mensen inderdaad toch wel een heel stukje zelf kunnen doen.

Dus ja, dat is natuurlijk wel een beetje van ja, nu hier ook het is druk en dan is het niet zomaar van nou hups, dan zetten we er nog een reumatoloog en nog een verpleegkundige allemaal bij. Ja, dat dat, dat lukt ook allemaal niet zo. Dus ja. En dan zit ik ook in de toekomst.

Ja, dat is natuurlijk ook met name artrose. Nou ja, bijvoorbeeld inderdaad overgewicht is natuurlijk ook wel weer bijvoorbeeld een belangrijke. Die heb ik net nog niet genoemd. Belangrijke ja factor. Dus ja, dat zijn ook wel dingen die natuurlijk toch steeds meer toenemen. Dus ja, daar is het ook natuurlijk lastig voor van ja, hoe gaan we daar in de toekomst dan mee om als we niet meer geld of mensen krijgen? En en toch wel weer heel veel patiënten.

Want volgens mij had je ook wel eens. Ik weet niet of er wel eens van die. Ik weet niet of die hier in de buurt zitten, hoor, maar je had ook wel eens een beetje van die soort anderhalf spreekuur of zo. Dat er wel eens gedaan worden voor inderdaad een beetje die groep van artrose of die chronische pijn. Dat ja, een verpleegkundige bij een arts zit en dan een stukje dat een beetje eruit haalt of daar wat in ondersteunt.

[Interviewer]

En u zei we kunnen ook niet zomaar meer reumatologen inzetten. Is dat dan in verband met budget of. En jullie krijgen hier een budget op de afdeling? Of hoe moet ik dat zien?

[Interviewee 3]

Ehm, nou even kijken hoor. Ja, die reumatologen. Ja, daar is natuurlijk, want nu komen er natuurlijk bij ons dan een verpleegkundig specialist bij. Dus ja, daar moet dan echt wel geld een beetje voor voor vrijgemaakt worden. Want dat gaat dan over alle specialisten in het hele ziekenhuis. Dus daar is niet alleen dat we zeggen van wij willen een verpleegkundig specialist erbij, maar dat is echt iets wat door hele het ziekenhuis.... dan ja, moet daar mee akkoord dan gaan zeg maar. Ja, ja, ja. Ja, dat is altijd een beetje ingewikkeld hoe dat nou precies zit met die artsen, want die zijn dan.

Of tenminste, bij ons is dan één arts echt in loondienst van het ziekenhuis en die anderen zijn een soort zelfstandige. Ze waren eerst een maatschap en nu is dat dan juist weer een beetje, dat ze meer als een soort zelfstandige. Maar ze hebben een soort vakgroep, heet dat tegenwoordig?

[Interviewer]

Ja, en zij hebben dan afspraken over hoeveel patiënten ze moeten behandelen met de FTE die ze hebben.

[Interviewee 3]

Ja, ja. Dus daar wordt dan natuurlijk ook vaak naar gekeken. Ja. Ja. Dus in die zin zit er natuurlijk ook altijd een stukje van nou, wat kunnen we bijvoorbeeld bij mensen met RA? Dan hebben we ook een heel protocol dat wij mensen ook een beetje om en om zien. En ook om die werkdruk een beetje te verminderen. Hebben we bijvoorbeeld ook bij mensen waar die waar bijvoorbeeld bij reumatoïde artritis, die dan vrij stabiel zijn, dat ze niet echt iedere keer dat ze zeggen van nou heel veel klachten die gewoon iedere keer gewoon waar het redelijk goed mee gaat met bepaalde medicatie. Dat we ze ook om en om zien. Dus de ene keer bij verpleegkundigen en de andere keer bij de arts. Dus dat scheelt dan natuurlijk alweer. Of dat mensen natuurlijk elke drie maanden door de arts gezien worden. En ja, daar zie je ook wel een beetje een verschuiving in. Vroeger was dat een beetje dat mensen echt elke drie maanden gezien werden, dus dan kwamen ze vier keer per jaar bij een arts. Ja, ja. En dat zie je wel een beetje. Dat is dan als het bij mensen goed gaat, dan wordt het al vier maanden of zes maanden of acht maanden. Ik kom een beetje van alles tegen. Ja. [reumatoloog] doet bijvoorbeeld ook nog wel eens tussendoor één keer een video consult.

En je ziet ook wel een beetje als mensen, als reumatoloog zegt van nou, ik wil iemand over vier maanden zien. Ja, als er dan geen plek is, dan wordt het ook wel eens vijf, zes maanden. Dus daar zie je ook wel een beetje dat daar een beetje in verschoven wordt, dat mensen toch wat minder vaak gezien worden.

En als er iets is, dat ze dan tussendoor altijd wel kunnen bellen. Daar zijn ze hier altijd wel goed in, dat mensen wel weer gewoon tussendoor ook kunnen komen als ze klachten.

[Interviewer]

Als het nodig is, dan kunnen patiënten gewoon terecht?

[Interviewee 3]

Ja, we hebben een groep patiënten. Ja, die groeit nou niet zo erg meer. Die dan een soort die een soort thuis kon. Die kunnen ze zelf thuis een vragenlijst invullen en dan hebben wij met die patiënt dan afgesproken. Bij welke waardes moeten ze dan aan de bel gaan trekken? Maar dat is vaak dan ook wel een beetje dat ze zelf ook het idee van hey, ik heb weer veel meer klachten, ik moet eerder aan de bel trekken. Maar op die manier een beetje meer ook zorg op afstand. Dat ze eigenlijk dan maar één keer per jaar bij de arts komen. En dan bijvoorbeeld wel die vragenlijst iedere drie vier maanden invullen en dan inderdaad of bij klachten dat ze hem dan invullen en dan contact opnemen en dan kunnen ze ook sneller tussendoor terecht.

[Interviewer]

Is dat een digitale vragenlijst voor alle patiënten?

[Interviewee 3]

Die kunnen ze gewoon in dat patiëntenportaal invullen. Dat is echt alleen als patiënten, dat als arts dat met de patiënt bespreekt. En dan komen ze bij ons. Dan doen wij het één keer uitleggen hoe dat zit en dan vullen ze die vragenlijst een paar keer in en dan bepalen we zeg maar die drempelwaarde waarboven ze dan eigenlijk contact op moeten nemen.

En dan merk ik toch wel de ene arts, die houdt het toch wat meer bij zichzelf en de andere arts die zegt wel van nou kom over drie maanden bij mij en over vier weken of acht weken tussendoor nog een keer bij de verpleegkundige.

En soms krijg je ook wel eens dan echt de opdracht van nou als het gewoon rustig is en dan doe je in overleg met de patiënt kijken, dan kun je de prednison wat afbouwen. Dus in zoverre worden er ook wel dingetjes wat meer bij ons neergelegd.

Oké, dus bij ons wisselt het ook wel eens hoor. De ene keer periode is het dan wel weer dat ik denk nou is het wel aardig druk en de andere keer denk van nou zit nog best wel wat ruimte dan. Ja en dan is het vaak ook zo druk bij de artsen. Dan denken ze misschien ook niet altijd gelijk aan van hey, dit is een patiënt die heel stabiel is, die kunnen we wel om en om gaan zien.

[Interviewer]

Doen ze dat nog niet altijd dan?

[Interviewee 3]

Nee, weet ik niet hoor. Ja, dan zou je natuurlijk zoveel patiënten. Ja, zou je alles echt naar moeten?

Dus af en toe hebben we, als we overleggen met de artsen, dan zijn het nog wel weer eens dingetjes die we nog wel weer eens even op wijzen van goh, je kunt ook nog wel weer eens wat mensen doorsturen.

Ja. En vanmiddag zat ik bijvoorbeeld een meneer, die gaat dan starten met nieuwe medicatie en dan gaan wij een stukje uitleg geven en dan gaan wij ook. Dat zijn dan weer dure medicatie die dan via een andere apotheek geleverd worden. Dus dan doen wij de hele opstart daarvoor. En nu zag ik bijvoorbeeld dat de reumatoloog dan ook over zes weken nog een telefonische afspraak met hem heb ingepland en dan over drie maanden dan weer op de poli. En dan denk ik van ja, zo'n telefonische afspraak tussendoor, dat doen wij vaak ook wel om mensen nog eventjes te spreken hoe het hoe het gaat. Dus ja, dat zou dan ook wel weer van de arts bij ons weer gezet kunnen worden.

Interview 4 - Rheumatologist

[Interviewer]

Ik was allereerst benieuwd naar hebben jullie een lange wachtlijst hier nu op het moment voor de poli?

[Interviewee 4]

Nee, op dit moment niet. We hebben ongeveer twee weken wachtlijst. O ja. En de laatste tijd was het heel kort. We hadden zelfs soms binnen een week tijd. O ja. Ja. Maar dat is wel uitzonderlijk. Ja, meestal is het ja, ergens tussen de twee en de vier weken.

[Interviewer]

En ervaar je hier ook de werkdruk op de poli of op de afdeling zo?

[Interviewee 4]

Algemeen? Ja. Ja. Ja wel. Ook. We hebben toch altijd wel volle poli's en veel controlepatiënten. En ja, er is niemand die denkt van nou, vier uur, wat zal ik nog eens gaan doen?

[Interviewer]

Welke factoren dragen er dan echt bij aan die druk?

[Interviewee 4]

Nou, ik denk dat het toch altijd wel een beetje krap is qua. Er wordt heel veel bezuinigd natuurlijk, dus er wordt bezuinigd op ondersteuning door de doktersassistenten, door de de verpleegkundige bijdrage.

En en, en wat ook een factor is, is dat je dat het zorg is. Ik merk wel eens als mensen bellen van ik heb een probleem dat we altijd geneigd zijn om te helpen.

En dat is natuurlijk ook ons vak. Maar ja, het is lastig om daar dan nee tegen te zeggen.

[Interviewer]

Ja, ja, want vanuit de verwijzing krijgen jullie misschien ook veel patiënten die uiteindelijk geen ontstekingsreuma hebben. Klopt ja. En daar kan je natuurlijk in die zin niet super veel meer voor betekenen dan de huisarts kan. Hoe kijk je daar tegenaan?

[Interviewee 4]

Dat heeft verschillende aspecten, denk ik. Aan de ene kant is dat inderdaad zonde van onze expertise, want als de huisarts dat zou kunnen doen, dan zouden wij weer meer andere dingen kunnen doen. Ehm. Meer en meer echte inflammatoire dingen. Aan de andere kant soms is het ook wel goed. Soms kunnen we juist wel wat meer betekenen eigenlijk door juist te zeggen van nee, het is het niet. Of mensen dan toch een beetje de juiste weg te wijzen. En dat voorkomt als het als mensen één keer goed uitleg hebben gekregen. Niet dat de huisarts dat niet kan, maar dat ze gewoon echt de zekerheid hebben van nee, de specialist van wie het aandachtspunt is, die heeft ernaar gekeken. Het is het niet, want die en die redenen en dan kunnen ze gewoon verder met het pad wat bij die niet ontstekings vorm hoort.

[Interviewer]

Ja. Merk je dan dat patiënten die dan hier komen een bepaalde verwachting van jullie hebben dan als specialist anders dan de huisarts?

[Interviewee 4]

Ja, dat denk ik wel. En dat is ook wat de huisarts natuurlijk ook, neem ik aan. Ook een beetje voorbereid, zeg maar de huisarts als het goed is, die is de generalist en en wij worden dan voor dit stukje. Dus er wordt toch wel verwacht dat je gewoon ook wel je dingen weet.

[Interviewer]

Ja. Precies. En ehm, ja. In dat verwijs proces denk je dan bij sommige patiënten van nou god, die hadden niet per se hier hoeven komen. Ja zeker. En bij wat voor soort patiënten zijn dat dan?

[Interviewee 4]

Ja, mensen met met bijvoorbeeld artrose klachten. Dus ik moet bijvoorbeeld dan vanmiddag ga ik iemand zien waarvan ik eerder al had gezegd van nou dat past bij fibromyalgie, hypermobiliteit en dat is niet niet inflammatoir, niet ontstekingsreuma. En die wordt nu verwezen omdat ze last heeft van de van de duim en en en en een peesontsteking heeft waarschijnlijk als ik het zo lees. En ja, eigenlijk is dat iets wat ook de huisarts als hij ietsje meer daarin zeker kan zeggen nee, het is gewoon dat dan, dan zou dat schelen ja. En in die tijd, in diezelfde tijd kan ik ook weer iemand anders zien met wel reuma.

[Interviewer]

Wat is dan de reden dat ze toch doorverwezen worden?

[Interviewee 4]

Het verschilt een beetje.

Soms is het een vraag van de patiënt echt, dus die gewoon echt niet vertrouwt op wat de huisarts zegt. Soms is het de huisarts die zelf niet precies het zeker weet. Ik denk dat dat de twee grootste groepen zijn. Ja. Ja. En misschien soms ook nog gewoon tijdsdruk bij de huisarts factor.

[Interviewer]

Ja. En is het dan altijd duidelijk vanuit de verwijs brief wat er dan precies van uit jullie dan nog extra wordt verwacht voor die patiënt?

[Interviewee 4]

Niet altijd. Als de huisarts moeite doet om even de de goede vraagstelling te doen, dan dan wel. En vaak kan je het wel een beetje tussen de regels halen uit. Uit hoe de beschrijving van de klachten is? Ja, meestal kan je het wel eruit destilleren, maar ja. Ook niet altijd.

[Interviewer]

Ja, ja. En hoe kunnen we deze patiënten wel goed helpen? Wat? Wat is een goede hulp plek voor hen? Want ze hebben vaak een bepaalde verwachting en willen toch vaak gezien worden door een specialist. Ja, maar ja, in die zin is het ook weer zonde van jullie tijd. Want heel veel meer dan gewoon duidelijke uitleg voeg je dan niet toe. En dan van andere reumatologen heb ik ook gehoord dat ze toch wel vaak hopen hier een andere diagnose of toch andere medicatie te kunnen krijgen.

[Interviewee 4]

Ja, ook dat. Ook dat is zeg maar jij denkt alles staat of valt met met goede uitleg. Wij hebben niet in die zin de luxe dat wij natuurlijk in Rotterdam zitten met veel ziekenhuizen en bij ons. Wij hebben niet te maken met hele lange wachtlijsten, dus wij hoeven niet te triëren bijvoorbeeld.

Dus je kan de als. Maar als dat wel zo zou zijn, dan zou je echt moeten inzetten op bijvoorbeeld goede triage. Dus dat je die verwijs brieven en dat je dan met een advies al naar de huisarts bijvoorbeeld teruggestuurd mensen niet laat komen. Je zou inzetten op goede goed onderwijs aan de huisartsen. En ook ja, je hebt het nu weer een beetje uit, maar anderhalve lijnszorg. Dus als je bijvoorbeeld kaderarts meer kaderarts van huisarts opleidt, die die echt meer voor de musculoskeletale tak zijn, dan zou dat ook schelen. Ja. Goede informatievoorziening op internet. Ja, eigenlijk al die dingen. Dus als je mensen goed naar een goede website kan verwijzen. Ja. En zelfs bijvoorbeeld van de thuisarts die. Dat vind ik wel een hele goede website eigenlijk voor dat. Dus als je dat wat meer uitbouwt richting ook de reumatische klachten, dan kom je denk ik ook al een heel eind. Ja, AI helpt ook veel tegenwoordig. Ja.

[Interviewer]

En merk je dat patiënten dat ook al wel veel doen zelf online lezen en daar dan een bepaalde beeldvorming bij hebben soms ook. Of verwachting. En wat voor invloed heeft dat dan hier in de spreekkamer?

[Interviewee 4]

Ik vind het. Ik vind het over het algemeen wel makkelijker eigenlijk omdat mensen gewoon meer weten. En het is makkelijker om bij iemand die wel een beetje achtergrondinformatie heeft om dat een beetje bij te sturen. Want het klopt dan niet helemaal soms of weten ze niet precies waar de nuance ligt.

Dat is in die zin wat makkelijker dan iemand die gewoon helemaal niks weet ja en die je nog helemaal van A tot Z moet uitleggen wat bijvoorbeeld reuma is of wat bijvoorbeeld fibromyalgie is.

[Interviewer]

Mhm. En merk je dat dan soms mensen ook al zelf een diagnose hebben gesteld of over wat zij zelf hebben? Ja. En ja, hoe beïnvloedt dat dan hier de dat je bijvoorbeeld kan zeggen van nou het is wat anders of eh.

[Interviewee 4]

Nou ja, het is sowieso als je dat weet, dan kan je daar op inspelen. Dus dat, dat dus de verwachtingen van mensen als je die weet, dan kan je het consult ook in de juiste manier sturen. Ja. Dus in die zin is het vind ik meer een middel dan. Je hebt uitzonderingen natuurlijk. Mensen die gewoon helemaal iets lezen en er heilig van overtuigd zijn dat het, weet ik veel wat, iets heel zeldzaams is of weet ik veel. Maar dat is gelukkig uitzonderlijk.

[Interviewer]

Ja, oké, fijn. En ehm, ja, als je ehm hier patiënten krijgt, ehm, hoe, hoe gaat dat? Is het dan het eerste consult hier? Ehm, dat je eerst klachten bespreekt en dan verder onderzoek doet om de diagnose te kunnen stellen? Ja. En hoe gaat het eerste consult dan?

[Interviewee 4]

Je mensen die hebben een half uur, dus staan een half uur voor het eerst consult En die hebben een soort vragenlijst die ze online kunnen invullen. Die hebben dan meestal gelezen bij zo wie van de huisarts. Dan kunnen we dan. Dan laat ik vaak toch mensen zelf even wel gewoon kort hun klachten nog vertellen. Dat het soms toch nog wat anders is dan wat ze hebben ingevuld. Voor mezelf omdat ik het makkelijker vind om als, als iemand me wat vertelt om dat te onthouden. Ehm, en omdat ik dan ook een beetje beter weet waar de nuances liggen vergeleken met dat je het even screent terwijl je het leest. Nou, dan stel ik wat aanvullende vragen. Dan ga ik mensen. We hebben hier een stuk onderzoekskamer. Ga ik mensen nakijken en dan komen we hier terug. Maken we een plan en dan kijk ik of mensen nog vragen hebben en dan verwijs ik ze naar de assistente die het allemaal in orde maakt.

[Interviewer]

Ja, en voor mensen met artrose ehm dan? Er is vaak denk ik geen verder onderzoek daarna. Of maken jullie dan foto's?

[Interviewee 4]

Nee. Soms. Meestal niet. Dus als het gewoon duidelijk artrose is en het is goed uit te leggen en mensen zich niet enorm zorgen maken, dan niet.

Soms maak je een foto in een val. Ja, soms meer voor mensen zelf. Als, als, als ze echt heel ongerust zijn en ze niet kunnen geruststellen, dan maak je nog wel eens een fotootje om dan ja, dat te gebruiken als geruststelling. Ja. Ehm. Maar ik probeer dat wel te beperken. Omdat je natuurlijk niet onnodig foto's moet maken. En wat wij soms wel we hebben het echoapparaat hier. Dus eigenlijk doe ik dat vaker. Dus als ik echt zeker weet dat artrose niet was ergste ongerust, dan laat ik met die echo. Dan kan ik dat mooi zien. Weet je, dat is niet. Dat is wat duurzamer ja. Dus dat ehm, dat is voor mensen ook vaak heel wat. En dan kan je het gewoon echt heel goed uitleggen, zeg maar dat het geen reuma is. En dat dat, dat, dat die beelden bij dat helpt. Ja. Ehm. En we hebben en soms dan als het heel uitzonderlijk artrose is op heel jonge leeftijd, dan sluit ik nog wel eens hemocromatoese uit. Zo'n bloedonderzoek. Dus arthritis psoriatica, dat lijkt op artrose. Eh, dus dan eh, dus dan maak ik, dan maak ik wel een foto.

[Interviewer]

Ja, en ehm. En weet je, ik ben ook een beetje aan het kijken naar hoe de zorgkosten gaan, zeg maar met zo'n DBC zorg ehm ja product dat je dan indient. Hoe gaat het dan bij verschillende? Doe je dan per diagnose? Kies je een bepaald zorgproduct zeg maar die je indient?

[Interviewee 4]

Wij stellen DBC code ja en dat is een pakket. Dus als je zegt het is artrose, dan krijg je DBC artrose. Die is ook minder zwaar. Dus krijgt de ziekenhuis ietsje minder voor dan bijvoorbeeld een reuma. Van daaruit wordt het dan als pakket verder vergoed.

[Interviewer]

O ja, ja. En dan voor reuma neem ik aan. Dan blijft dat doorlopen omdat die patiënten terugkomen toch op controle? Ja.

[Interviewee 4]

En je hebt volgens mij een kortere, zeg maar binnen vier maanden en een langere dan. Dan moeten als mensen dan elke vier maanden terugkomen, dan krijg je al elke keer daar dan vergoeding voor.

[Interviewer]

En voor mensen met artrose, wat zit er dan allemaal in zo'n pakket? Wat? Wat krijg je wel niet vergoed? Weet je dat een beetje?

[Interviewee 4]

Nee, dat weet ik eigenlijk niet precies. Nee. Nee. Sorry. Die combinatie is dat. Gaat ook allemaal automatisch hier denk ik in het systeem gewoon ja. Ja. Als je dat wil weten, want dat is we hebben zo'n DBC-afdeling, maar die weten dat precies.

[Interviewer]

Als je in de verwijzing van huisarts zou kijken van nou dit zou voor mij fijn zijn als dat beter zou gaan. Kan je daar dan iets concreets in benoemen?

[Interviewee 4]

Ehm. Nou, met name inderdaad een goede, goede vraagstelling.

En inderdaad, weet je wat we net eerder bespraken van als het gewoon duidelijk is wat de verwachtingen zijn, is het geruststelling, met name uitsluiting van en dan weer terugverwijzing? Of is het wenselijk als wij mensen doorverwijzen naar de juiste plek? Dat helpt al heel erg. Ja. We hebben tegenwoordig ook die meekijk consulten. Dat is ook wel fijn zeg maar dat men dat ze het even toetsen eerst van ik zit zinnig op dit verhaal. Ja. En ook schriftelijk. Dat scheelt ook weer een belletje naar de poli. Ja. En soms denk ik juist wat meer bellen dat dat is ook handig.

[Interviewer]

Ja. Merk je dat dat zo'n meedenk consult? Dat dat veel verwijzingen scheelt?

[Interviewee 4]

Ik denk dat het wel scheelt ja.

[Interviewer]

Want dan stellen ze gewoon een vraag en dan is het vaak geven jullie even antwoord en dan helpt de huisarts de patiënt verder. Ja, oké.

[Interviewee 4]

En wat ik gehoord heb, maar dat hebben wij niet, maar dat vond ik wel zelf een mooi initiatief, is dat dat je ergens ehm ehDat ze voor jicht bijvoorbeeld. Jicht, dat is iets wat vaak, vaak misgaat, zeg maar. Dat huisartsen niet een die. Je moet twee middelen tegelijkertijd geven in het begin. Allopurinol, colchicine en vaak geeft de huisarts bijvoorbeeld alleen maar allopurinol en met, met wat simpele tips dan kan je dat gewoon heel makkelijk beter zelf doen.

Dus ze hebben daar in het ander ziekenhuis heel erg ingezet op de voorlichting daarover met protocollen en zo. Dat is dan zodat huisartsen dat zelf kunnen zien en ook doen. Dat zou ook bijvoorbeeld schelen.

[Interviewer]

Want de huisartsen hebben ook gewoon hun eigen richtlijnen. Staat dat dan daar niet in? Of kijken ze daar dan altijd in?

[Interviewee 4]

Dat moest ik nog een keertje even checken. Dat heb ik gewoon nog nooit gedaan. Maar het is gewoon in de praktijk vaak dat dat dat dat dat niet goed gaat.

Dus dus blijkbaar klopt die NHG standaard van de jicht dan toch niet zo goed.

[Interviewer]

En hoe lang hebben jullie voor controle consult?

[Interviewee 4]

Kwartier

[Interviewer]

Kwartier? Oké. En aan de hand waarvan wordt dat bepaald dat dat een kwartier is?

[Interviewee 4]

Ja, dat zijn. Dat is al zo lang als ik. Nee, dat is niet zo lang als ik hier ben. Dat we. Dat zijn soort algemene afspraken die we met het ziekenhuis maken. Het verschilt een beetje per vakgroep. Maar de eerste bijvoorbeeld 10 minuten voor een patiënt.

En dan daarna administratie tijd en daarna hebben we het zelf dan aangepast naar een kwartier. En dat is wel een beetje volgens mij. Je hebt ook wel wat aanbeveling vanuit de Federatie van Medisch Specialisten, het FMS, die dat ook wel aanhouden.

[Interviewer]

Ja, ja. En ervaar je dat kwartier als voldoende?

[Interviewee 4]

Ja, over het algemeen wel. Maar waar het vaak mank gaat is als je dat er heel veel dingen tussendoor komen. Dus als je alleen maar poli hoeft te doen en je gewoon die patiënt ziet, dan is het prima. Maar alle belletjes en alle vragen tussendoor dat dat kost tijd.

[Interviewer]

Ja, en dat zijn dan vragen van andere afdelingen.

[Interviewee 4]

En van ons eigen patiënten. Die komen op mijn werklíjst binnen. Of mensen stellen een vraag via BeterBij of er zijn wat spoeddingen wat komen. Dus dat is. En wij hebben niet echt een dienstdoend of zo die dat dan wegvangt. Dus dat ja. En geen en geen ruimtes tussen die spreekuren in om daar dan te ontvangen.

[Interviewer]

Ja precies. Dan heb ik nog één snelle vraag. De reumatoloog waar ik vorige keer was die vertelde over nou omdat we het werd steeds drukker en reumatische patiënten blijft natuurlijk over het algemeen terugzien.

En op een gegeven moment is er besloten om de stabiele patiënten dan nog maar bijvoorbeeld één keer per jaar te zien in plaats van één keer per kwartaal. Wat maakt dat je uiteindelijk veel meer patiënten kan helpen. Dus dat is een goed iets. Maar wat hun dan heel erg tegenstond is dat ze ook een grotere patiëntpopulatie kregen. Dus ook meer patiënten die tussentijds tussen van die afspraken een keertje bellen met een vraag of met toch een spoedgeval. En, en dat maakte voor hun ook wel heel erg dat er heel veel dingen tussen kwamen waardoor er onrust en druk ontstaat. Merken jullie dat ook hier?

[Interviewee 4]

Ja, daar heb ik nooit zo bij stilgestaan eigenlijk, maar ik kan me dat wel indenken inderdaad. Als je gewoon mensen gewoon volgens een vaste routine kan volgen, dan, dan wachten ze over het algemeen wat meer. Maar ik denk wel dat, dat de hoe het vroeger ging dat je mensen elk half jaar zag en zo, dat het ook niet per se nodig is. Niet in deze tijd.

En het is toch sneller uiteindelijk als ze via BeterBij een berichtje sturen en ik even een antwoord terugstuur dan wanneer iemand helemaal hierheen komt, uh zijn verhaal vertelt. Weet je, dat is het. Ik, ik denk dat eigenlijk hoe het nu is wel efficiënter is.

[Interviewer]

En dan is het gewoon meestal digitaal. En als je dan via daar uitmaakt dat iemand echt langs moet komen, dan.

[Interviewee 4]

Ja, je kan het wel beter screenen, zeg maar.

Interview 5 - Physician assistant

[Interviewer]

Wat is, hier precies jouw rol?

[Interviewee 5]

Ik ben, doktersassistent.

[Interviewer]

Wat zijn jouw werkzaamheden binnen de afdeling?

[Interviewee 5]

Uuum, nou, het begint bijvoorbeeld bij de telefoon, hè. Mensen bellen om een, uh, afspraak te maken, een afspraak te verzetten, uhm, recepten te vragen. Dat is, uh, bellen met, uh, klachten die ze hebben. Klachten, lichamelijke klachten waarover ze advies en die wij doorzetten naar de dokter. Dus dat is een beetje het werk wat je aan de telefoon, dat is achter op de backoffice aan de balie. Aan de voorkant, uh, komen mensen zich aanmelden, komen terug van de spreekuur, maken wij nieuwe afspraken. Uhm, we assisteren bij, injecties geven bij de artsen. We geven zelf, instructie aan patiënten die leren prikken. Dus dat is een beetje onze werkzaamheden, zeg maar.

[Interviewer]

En als een patiënt dan doorverwezen is vanuit de huisarts, dan bellen ze dan hierheen om dan de afspraak te maken?

[Interviewee 5]

Ja, dat is eigenlijk niet nodig, want in de brief in het zorgdomein staat ook dat, uh, het ziekenhuis zelf contact met je opneemt.

Nu is er bij ons een splitsing in die zorgdomeinen. Er komen zorgdomeinen bij het [ziekenhuis], die plannen de gewone afspraken in. En immunologisch, de verkorte toegangstijden, uh, die komen bij ons en die bellen wij eigenlijk zelf.

Maar ja, soms lopen mensen bij de huisarts naar buiten en bellen direct en dan plannen we ze ook in. Dus dat is niet: u moet wachten tot wij contact opnemen. Als we ze dan toch aan de lijn hebben, dan kan je het net zo goed regelen.

[Interviewer]

Wat was precies die splitsing van patiënten? Wanneer gaan ze waarheen?

[Interviewee 5]

Uh, ja, dat is een afspraak met de huisarts, hè. Uh, het ligt er een beetje aan. Is het gewoon een, een, uh, ja, reguliere vraag? Dan, uh, dan kan het callcenter ze inplannen.

Uh, is het meer een, een specifieke vraag of een, uh, een kortetermijn, uh, afspraak? Dan komen ze bij ons terecht. En kortetermijn laat je ook nog triëren van: is dit eigenlijk wel kortetermijn?

Een huisarts vindt het soms wel snel dat het kortetermijn moet. Dan vindt de specialist het niet per se. En soms, ja, wij lezen ook eigenlijk al die verwijzingen en dan heeft de huisarts er geen kortetermijn van gemaakt. Dan denken wij: nou, hmm. Kijk, we hebben op dit moment een hele korte wachttijd. Maar ongeveer tien dagen. Uh, dat kan oplopen tot drie weken en dat is voor ons best lang, drie weken. Dus dan heb je soms dat je het laat lezen van, uh: goh, is dit een VTT of, uh, regulier? Dus dan wil je eigenlijk even dat de dokter meeleest van: uh, goh, wat denk jij?

[Interviewer]

Ja, dus jullie krijgen dan die verwijs brieven binnen en als je twijfelt laat je ze triëren?

[Interviewee 5]

Ja precies. En dan hebben wij een gewoon spreekuur. Gewoon een regulier spreekuur. En we hebben, uh, een immunologie spreekuur. En, uh, soms vraag je ook: is dit voor het gewone spreekuur of is dit voor het immuno spreekuur?

Of soms is die wachttijd voor de immunopoli veel langer dan voor de gewone poli. Dus zo doe je eigenlijk een beetje, uh, overleggen.

[Interviewer]

Ja en wat is het verschil tussen dan de immunopoli en de gewone?

[Interviewee 5]

Nou, er is eigenlijk geen verschil. Alleen die ochtend, dat dagdeel, daar komen alleen maar patiënten met een immunologische ziekte. De immunopoli, die wordt ook gedaan door een arts-assistent in opleiding. En die staat onder supervisie en dan kijkt er een immunoloog mee.

[Interviewer]

En dat zijn dan de patiënten komen daar dan op eerste consult?

[Interviewee 5]

Die komen daar eerste consult en die blijven dan op die poli ook, uh, terugkomen als ze een immunologische ziekte hebben.

[Interviewer]

En op het gewone consult. Wat voor soort patiënten komen daar allemaal?

[Interviewee 5]

Uh, van alles. Mensen met Ra, mensen met Bechterew, Jicht, PMR. Eigenlijk, eigenlijk alles wat niet op het immunopoli komt, maar wat verwezen wordt, die komen gewoon op de andere spreekuren.

[Interviewer]

En in de verwijzing van de huisarts, gaat er ook nog wel eens iets mis of waarvan je zegt van: dat zou beter kunnen?

[Interviewee 5]

Nou, dat niet per se. Ja, kijk, dat, dat is aan de huisarts eigenlijk. Soms is die verwijzing heel summier. Je merkt soms ook dat mensen daar weer met pijn-pijn geweest zijn en dat die huisarts denkt: nou, huppakee. Soms vragen mensen ook gewoon, uh: ik verwijs u op, op, uh, verzoek van patiënt. Dus dan zie je al dat de huisarts er eigenlijk niet achter staat.

[Interviewer]

Ja, dus dan is het eigenlijk niet per se nodig, medisch gezien, dat een patiënt hier geholpen wordt. En wat is dan precies de verwachting van die patiënt die dan hier komt?

[Interviewee 5]

Dat er toch, uh, iets uitkomt. Vooral vaak mensen met fibromyalgie. Of ze willen, of er zijn mensen die willen de erkenning dat ze fibromyalgie hebben.

Dat willen ze graag op papier. Uh, en anderen die-Het stempeltje fibromyalgie hebben gekregen. Die denken wel dat er meer aan de hand is, dus die willen of een second opinie.

[Interviewer]

Ja, hebben patiënten dan minder vertrouwen in de diagnose van de huisarts?

[Interviewee 5]

Van de huisarts of van een eerdere keer? Die zijn vaak al eerder geweest en hebben de diagnose fibromyalgie gekregen. Toch weer naar de huisarts. Huisarts verwijst. Missen we niet iets? Zien we niet iets over het hoofd?

[Interviewer]

Ja, en komt dat dan doordat die patiënten pijn blijven ervaren en het moeilijk vinden om dat te accepteren?

[Interviewee 5]

Ja, dat denk ik wel ja. Ja.

[Interviewer]

En ehm, ja dan, dan hopen ze dus hier een andere diagnose of misschien toch andere medicatie te kunnen krijgen.

[Interviewee 5]

Andere medicatie, ja.

[Interviewer]

En hoe kunnen jullie deze patiënten dan goed helpen?

[Interviewee 5]

Nou, wij als doktersassistent eigenlijk niet. Wij doen alleen de afspraak maken. En ja, hoe het verder loopt, ja, dat is eigenlijk aan, aan de de andere artsen.

Maar als wij zien dat iemand voor de tweede of derde keer weer verwezen wordt met de vraagstelling fibromyalgie, dan laten we hem ook wel triëren door de arts. Soms belt de arts de huisarts van joh, het heeft geen zin om opnieuw te verwijzen.

Of er wordt wel eens gezegd van: ehm, misschien kan de verpleegkundige met de patiënt bellen. Of kan er een revalidatietraject worden aangeboden. Dus in plaats van dat ze dan weer bij de specialist komen, gebeurt dat ook.

[Interviewer]

Waardoor ervaren jullie hier op de poli veel werkdruk?

[Interviewee 5]

Nou, we hebben veel, veel werkdruk omdat we gewoon heel veel patiënten zien. En de patiënten worden gewoon veeleisender. Die willen niet, die willen nu, nu komen.

We hebben hele korte wachttijd en daardoor komen mensen van heinde en ver hiernaartoe. Patiënten vinden het niet erg om dan voor alles terug te komen, zolang ze maar die afspraak hebben.

[Interviewer]

De patiënten die ergens anders op een lange wachtlijst komen hebben toch vaak niet-inflammatoire aandoeningen. Wat kunnen jullie dan nog voor deze mensen doen?

[Interviewee 5]

Ehm, nou, bijvoorbeeld bij artrose kunnen ze artrose voorlichting krijgen. Mensen vinden het vaak al fijn wanneer ze een diagnose hebben. Dat de dokter het beaamd heeft dat ze echt artrose hebben. Want ehm, het zou ook reuma kunnen zijn. Ze hebben pijn. Ze weten niet wat die pijn is. Ehm, huisarts heeft wel gezegd: ik denk dat u artrose heeft. Maar dan zijn ze hier geweest. Hebben toch de diagnose artrose gekregen en daar zijn ze dan al blij mee.

Ehm, soms krijgen ze wel pijnmedicatie. Er is ook een voorlichting eh omgaan met artrose. Dat wordt gegeven door de reumaconsulenten, de fysiotherapeut en de ergotherapeut.

[Interviewer]

Ja. Dus eigenlijk komen patiënten dan toch vaak voor die extra bevestiging en zekerheid. Omdat ze dan die zekerheid niet helemaal krijgen vanuit de huisarts?

[Interviewee 5]

Ja, dat denk ik wel ja.

[Interviewer]

Oké. En ehm ja, dan moeten ze vaak toch iets gaan doen met levensstijl is het vaak ook wel een stukje.

[Interviewee 5]

Ja, maar dat dat doen wij dan niet meer. Ze krijgen een voorlichting bij de reumaconsulent en die geeft die voorlichting en dan is het hier vaak klaar. Ja.

[Interviewer]

En komen die patiënten nog wel eens terug?

[Interviewee 5]

Ehm. Ja. Ja, het is niet bij artrose dat het altijd maar één keer is. Kijk, voor sommigen wel ja. Ehm, maar dat is voor mij moeilijker te zeggen. Dat is eigenlijk meer iets wat de dokter kan beantwoorden. Ja, ja. Eigenlijk of zij die patiënten terug laat komen. Ja, precies. En dat is ook qua arts verschillend, hè? Ja. Dokter [naam] staat daar denk ik anders in dan haar collega's.

[Interviewer]

Ja. En bellen de patiënten wel eens hier naar de poli dan met vragen?

[Interviewee 5]

Heel veel, heel veel. Die telefoon, die gaat de hele dag, die gaat de hele dag. Ja. En dan hebben we ook nog beter dichtbij. Dus we kunnen ook nog met ons zeg maar soort chatten heet dat dan. Alleen wij zitten niet direct aan de andere kant. Het is geen één-op-één. Geen WhatsApp. Nee, dat denken ze soms wel. Maar ehm, dus via BeterDichtbij krijgen we heel veel vragen binnen. En telefonisch?

[Interviewer]

En wat voor vragen zijn dat?

[Interviewee 5]

Afspraak verzetten, recept vragen. Recept kan ook digitaal, maar heel veel mensen bellen toch liever.

[Interviewer]

Zijn dat dan oudere mensen die bellen?

[Interviewee 5]

Nee, niet per se, hoor. Nee, niet per se nee, want er zijn soms mensen die ouder zijn, die veel digitaal vaardiger zijn dan jongeren. Dat is ook met in, in de mail. Ouderen zeggen mail maar en jongeren een bloedbriefje. Nee, print het maar, want anders vergeet ik het.

Want ze krijgen een... We maken de afspraak. Die sturen we in de mail. En dan kan een afspraak voor over twee weken, over zes weken, vier maanden, zes maanden zijn. Die krijgen ze in de mail. Maar dan moet jij hem wel in je eigen agenda zetten.

En dan krijgen ze twee dagen voor de afspraak krijgen ze een sms-herinnering. Die patiënten die zijn vaak die afspraak al lang vergeten. Die poppen op bij die sms-herinnering. Die denken dat wij op zondag die afspraak maken. Krijg ik ineens een afspraak.

Nee, die afspraak is al een half jaar geleden gemaakt. Maar u krijgt nu een afspraak herinnering. O nou, maar ik kan dinsdag niet. Dikwijls zo.

[Interviewer]

Kost dat jullie veel tijd?

[Interviewee 5]

Ja, het kost veel tijd. We hebben laatst ook gesproken over patiënten zelf afspraak kunnen verzetten, maar dat willen we niet. Daar willen we niet naartoe omdat je geen overzicht meer hebt.

Er zijn mensen die bij de reumapoli heel vaak medicijnen gebruiken en als ze de afspraak verzet heb je geen overzicht meer. En wie is juridisch verantwoordelijk? Daar hebben we ook over gesproken.

Ehm. Zo was het wel. We gaan kijken of de nieuwe patiënten of die de afspraak mogen verzetten, maar dan is het ook eigenlijk als de huisarts de verwijzing stuurt, het zorgdomein dan zijn en hij is in het ziekenhuis aangekomen, dan zijn wij gelijk al verantwoordelijk voor dat zorgdomein wat er gebeurt. Dus als de huisarts de patiënt verwijst en die zou tot drie keer toe zijn afspraak verzetten. Wie is er dan juridisch verantwoordelijk?

[Interviewer]

Dus in het geval dat er wat met de patiënt gebeurt?

[Interviewee 5]

Want de huisarts geeft aan dat de patiënt binnen tien dagen, binnen twee weken, binnen drie weken gezien moet worden. En als die patiënt dan zelf tot drie keer toe zijn afspraak verzet. Kijk, dat doen ze bij ons ook, hoor. Maar dan zetten wij erbij patiënt afspraak verzet, nogmaals verzet.

[Interviewer]

Ja, ja. En dan zouden jullie dan in die zin bijvoorbeeld aansprakelijk zijn stel de patiënt is binnen drie weken wat in de verwijsbrief stond niet gezien zijn. In, in wat voor zin kunnen jullie dan bijvoorbeeld aansprakelijk zijn? Juridisch gezien.

[Interviewee 5]

Ja, als er toch iets eh, eh medisch meer aan de hand is met die patiënt.

[Interviewer]

En zijn er nog meer vragen waar patiënten voor bellen naast afspraak verzetten?

[Interviewee 5]

Pijnklachten. Klachten die ze tussen de twee afspraken door hebben of terugverwezen naar de huisarts en weer opnieuw klachten hebben.

En dan is het verschil retour bij toename van klachten. Dan kan je weer een afspraak maken. Is patiënt retour huisarts, dus dan is hier de DBC gesloten. Dan moeten ze opnieuw verwezen worden of in ieder geval weer opnieuw contact met de huisarts opnemen.

[Interviewer]

En ehm in wat voor gevallen ehm mogen ze wel zelf terugbellen, dus blijft de DBC open?

[Interviewee 5]

Nou, ze bellen allemaal gewoon terug. Ze bellen gewoon allemaal. Alleen eh, als ze geen afspraak meer hebben, dan kijken wij wat er in de brief staat.

Staat er in de brief retour bij toename van klachten? Dan kunnen we weer een nieuwe afspraak maken. Als er in de brief staat ik verwijs patiënt naar u terug, Of einde behandeling. Dan is het voor hier klaar op dat moment en moeten ze eerst contact met de huisarts opnemen.

[Interviewer]

Ja. En welke patiënten wordt dan hier de behandeling beëindigd?

[Interviewee 5]

Bijvoorbeeld artrose of jicht. Als de jicht onder controle is met medicatie, dan worden ze ook retour huisarts verwezen. En dan met de vraag of de huisarts af en toe bloed wil prikken.

[Interviewer]

Met wat voor soort vragen bellen dat soort mensen terug?

[Interviewee 5]

Dat ze toch alweer regelmatig een jichtaanval hebben gehad bijvoorbeeld. Of de reuma is stabiel en medicaties afgebouwd. Dus patiënten zijn retour huisarts of retour bij toename klachten en die bellen weer dat ze klachten hebben. Of gewoon patiënten die onder behandeling zijn, maar de medicatie slaat niet aan of ze krijgen een opvlamming. Bij de RA. Mensen met een, met een dikke knie, een dikke pols, een triggerfinger.

[Interviewer]

Ja. En dan? Wat zegt u dan door de telefoon?

[Interviewee 5]

De meeste nou ja, wat je zelf op kan lossen bijvoorbeeld: ik ben ziek. Ik gebruik biological medicatie. Nou, hoe ziek is iemand? Of je kan zelf al als patiënt al bij de huisarts geweest is antibiotica gekregen kan jij zelf al zeggen dat is een biological medicatie. Moet overslaan. Bij twijfel zet je die vraag door naar de dokter. Dus dan ga je later weer terugbellen met een, met een antwoord daarover.

Dikke knie. Hoe lang heeft u die dikke knie? Is die knie ook rood? Ook warm? Wat heeft u zelf al aan pijnmedicatie genomen? Hoe lang bestaan die klachten?

Wij laten ze eigenlijk nooit zelf langskomen. Dat gaat altijd in overleg met, met de arts. Die vraag, die zetten we in de de S-bar. En die gaat naar de arts. Daar krijgen we 's middags of de volgende dag een antwoord op. En dan bellen we de patiënten terug.

Want ik kan een afspraak voor u inplannen. Of u moet uw medicatie verhogen of dit is niet voor de reumatoloog, hiervoor moet u naar uw huisarts.

[Interviewer]

Hoe reageren patiënten hierop?

[Interviewee 5]

Over het algemeen reageren patiënten hier wel goed op. Met uitzonderingen, maar die zullen er altijd zijn. Maar goed, dat komt ook vaak wel door de door de pijn of de angst dat er iets is. Dat mensen bozer reageren denk ik dan altijd.

[Interviewer]

Ja. En wat merk je bij patiënten over wat ze verwachten van de zorg? Want ik heb van verschillende reumatologen ook wel meegekregen dat patiënten toch wel verwachten dat de zorg als een soort van wondermiddel is en alles inderdaad oplost. Ja, inderdaad, wat u zei ook van ze willen nu, nu, nu terecht.

[Interviewee 5]

Dat dat de laatste jaren steeds dwingender wordt. Ja. Mensen kunnen ook best wel onderzoeken. Nou, eisen is een groot woord, maar ik, ik wil dat er een MRI van die knie gemaakt wordt. Of een CT van iets. Ja, maar daar zie ik geen noodzaak in zegt de dokter dan. Ja, maar ik betaal toch mijn verzekering? Ik kan toch zelf, weet je wel. Op die manier.

Nou ze vinden ik betaal heel veel premie voor die premie, daar moet ik alles voor krijgen.

Het is de mentaliteit van de mens ook. De hele maatschappij verhard natuurlijk. En wil niet zeggen dat wij heel veel boze mensen hebben hoor, want dat valt hier reuze mee.

Maar je merkt wel dat mensen dwingend, eisend.

[Interviewer]

Oké. Dat waren wel veel van mijn vragen. U heeft er heel veel kunnen beantwoorden, dus dat was heel fijn. Bedankt voor uw tijd.

Interview 6 - Rheumatologist

[Interviewer]

Krijg je dan veel vragen via zo'n meedenkconsult?

[Interviewee 6]

Eén tot twee per dag krijgen wij. Uh, zeg ik dat goed? Ja, zoiets. Ja, het wisselt een beetje. Ja vaker, twee denk ik ja

[Interviewer]

Merk je dat dat scheelt in verwijzingen?

[Interviewee 6]

Ja, uh, laten we zeggen die zijn redelijk stabiel. Het aantal nieuwe patiënten groeit dus niet. Het zijn er ook niet minder geworden. Maar ja, gezien dat alles gewoon toeneemt, ook verwijzingen naar leeftijd. Dus het is heel moeilijk om dat landelijk boven tafel te krijgen van wat die getallen nou gemiddeld per honderdduizend inwoners zijn? Het wisselt per regio. Misschien, ja, misschien hadden we meer nieuwe gezien. Ik weet wel dat we gewoon bij ik denk drie kwart van de, van de meedenkadviezen zeggen: joh, probeer dit nog eens of hoeft niet te verwijzen. Of vierde keer fibromyalgie hoeven wij niet te zien. Geen nieuwe gezichtspunten.

[Interviewer]

En merk je ook, want, uhm, in [stad] hadden ze ook wel veel patiënten die toch zonder ontstekingen doorverwezen werden. Uhm, ja, over het algemeen vaak artrose dan toch wel. Uhm, en daar hadden ze doordat dan de wachtlijst zo lang was dat patiënten toch wel vaak vertrokken naar een ander ziekenhuis waar dan de wachttijd korter was. Merken jullie dat dan, dat daar veel patiënten van hier naartoe komen?

[Interviewee 6]

Nou, wij hebben het een hele tijd gehad met een patiënt uit [stad]. Daar was de wachtlijst langer. We hebben het een tijd lang gehad en hebben ook geanticipeerd vanuit, uh,[stad]. Want we zitten in [stad] in een regio locatie buiten poli. Dus daar hebben we echt op ingezet. Uh, ook naar de huisarts daar. Nou ja, dat wordt nu goed geregeld. Maar ik had dus laatst ook iemand uit [stad]. [dorp]. Echt uit die regio zitten best wel eens mensen.

[Interviewer]

Ja. En dan? Je zei: "dan regelen we wat met de huisartsen." Wat, wat communiceren jullie dan naar de huisartsen?

[Interviewee 6]

Oh, als we, uh, ja, dat is gewoon commercieel ook. Uh, en dat is nu wel minder dan het tien jaar geleden was. Uh, dan ging er een brief naar alle huisartsen: joh, heb je iemand met reuma, reumatologische problemen? Op de poli hebben wij echo wat, uh, kortere wachttijden. Dus kun je verwijzen.

Tegenwoordig met meer streven naar zinnige zorg, uh, en gewoon volle poli's. Ja, ga je niet zeggen: we gaan nog eens de kraan vol open zetten.

[Interviewer]

Nee. En doe je dan ook wel eens zeggen van: goh, we zitten te vol. Uh, probeer...

[Interviewee 6]

Nee, de maximale. Uhm, de wachttijd is altijd onder een maand, zeg maar. Echt ook voor niet-inflammatoire.

[Interviewer]

Dus we hebben net even wat met, uh, via de collega net even wat meer formatie. Dus dan, dan hou je, die wachttijden ook kort.

[Interviewee 6]

Alleen uh, ik geloof er heilig in dat als je, uh, aanbod creëert dat er ook vraag gecreëerd wordt. Dus als je maar hele korte wachttijden hebt. Ja, de huisarts gaat niet meer nadenken: oh nee, je kunt heel snel terecht.

Ja, en dan kunnen ze beter uitleggen wat dan. Terwijl als er lange wachttijden zijn, ja, nog eens een foto maken of wat dan. Misschien wat meer meedenkadviezen.

En wat we hier wel in de buurt hadden is we hebben natuurlijk [stad], maar heel veel eromheen dorpen. Meer dan de helft van onze patiënten zit niet in [stad]. [Stad] is een relatief kleine stad en had je heel veel oude praktijkhouders die heel erg, uh, ervaren waren. Die komen uit een tijd dat zij niet konden verwijzen, dat de reumatoloog niks kon doen. Nou, zo oud zijn ze niet. Nee, maar, maar dus wel heel zelfstandig. Heel veel. En de laatste apotheek houdende huisarts is er pas mee gestopt pas. Dat zat hier nog in de buurt. Uhm, dus die zijn heel zelfstandig. Kennen die mensen echt vanaf, nou ja, uh, jongs af aan. Dus die hebben een hele vaste band. Dus dat- Die deden heel veel zelf. En nu merk je gewoon, uhm, ja, de deur zit ongeveer dicht. Figuurlijk. Ja, de invallers, de waarnemers. Veel minder ervaring. En die verwijzen sneller. Er wordt meer in lab geprikt. Nou komen we niet uit. Wat is het dan? Of er komt net iets afwijkends uit. Graag een beoordeling. Ja, uh, in de richtlijn had je die niet moeten prikken. Maar oké.

[Interviewer]

Ja. Ja. En ik hoorde een paar gesprekken geleden ook zeggen van reumafactoren worden geprikt en die kan je dan wel of niet aflezen. Ik hoorde vorige keer van een andere reumatoloog dat huisartsen niet op reumafactoren mogen prikken of van...

[Interviewee 6]

Mag altijd, maar is niet verstandig.

[Interviewer]

Ja. Want?

[Interviewee 6]

Als een patiënt een, uh, niet traumaat, hè, dus niet gevallen en heeft een dikke knie. Dan, uh, ga ik kijken. Goh, is het overgewicht? Is het artrose? Iemand van tachtig met een dikke knie is wel anders dan iemand van veertig. Uhm, als iemand daar last van heeft, dan behandel je hem. En als het niet over gaat, stuur je hem door naar de reumatoloog. Als die er wel last van houdt. Of je nou reumafactoren hebt of niet. En, uhm, reumatoïde artritis is echt een, een patroonziekte. Kleine handvoetgewrichten die ontstoken zijn, symmetrisch ochtendstijfheid, dat soort dingen.

Er zijn nog heel veel andere soorten van, uh, inflammatoire reumaklachten aan gewrichten. Die reuma factor gaat uit. De NHG standaard zegt ook je moet hem niet prikken. Alleen die mensen komen. Ja, mijn oom heeft reuma en mijn moeder en mijn ouders hadden reuma. Mijn oma liep helemaal krom. Het kan ook artrose zijn, bechterew, scoliose, een hernia, wat dan ook. Ja, en dan kom je er soms niet aan om hem toch te prikken als huisarts.

Dat snappen we ook. Ja maar we hebben. Met klinisch chemicus heb ik een aantal huisartsenpraktijken bezocht over dit onderwerp en als ik dan laat zien wie prikt het wel en wat is het nut en wat dan ook. Dus oh ja, ja, ja, daar zit wel wat in. Dus eigenlijk kun je nog beter wachten en zo. Maar zij geven ook echt wel aan ja maar die huisarts, die die patiënt die vraagt dat, die eist dat zo'n beetje ja. Dus dan zeggen ja, dat kan ik ook voorstellen. En dan? Zij gebruiken het vooral negatief voorspellend. Dus als die patiënt klachten heeft, die huisarts denkt ja, dit is niet iets reumatisch, wat dan ook. En ze prikken de reuma factor en die is negatief, dus niet verhoogd. Kijk, zie je, het is geen reuma. Zo mag en moet niet gebruiken, maar het is in gebruik als een hulpmiddel. Ja, doen wij ook wel eens met sommige onderzoeken. Dus dat is heel begrijpelijk. Het is dat is geneeskunst.

[Interviewer]

Dan gebruiken ze het als, als hulpmiddel om dan niet iemand te hoeven verwijzen omdat ze er zelf al vertrouwen in hebben. Dat hoeft niet.

[Interviewee 6]

Ze zijn eigenlijk al overtuigd dit is niks, dit is niet hoeft niet naar de reumatoloog. U moet wat beter gaan naar de fysiotherapeut of misschien wat minder gaan werken of ik noem maar wat. Ja, en dan? Ja, maar dan net pech. Is die net positief? Wat helemaal niks wil zeggen, want je hebt licht, positief en sterk positief.

[Interviewer]

En dan moeten ze.

[Interviewee 6]

Zit je klem van wat doe ik er dan mee?

[Interviewer]

Ja, moeten ze dan verwijzen of.

[Interviewee 6]

Nee, nee, dat moeten moeten helemaal niks. Dus dat kun je nog steeds. Ja, maar ja, dan word ik er wel lastig uit. Patiënt kunnen alles zien tegenwoordig en die gaan Google en die zeggen oh reuma factor ja en dan meer beschadigingen. Ja, dan krijgen ze dus niet meer uit dat traject.

[Interviewer]

Ja, ja, dan wordt het wel lastig. Nou, geneeskunst, ik vind het een mooie mooie term. Ja, nee.

[Interviewee 6]

Maar kijk, je hebt. Je hebt de richtlijnen, maar je hebt soms ook gewoon hoe ga je met mensen om en hoe leg je dingen uit? Ja, dat een collega uit [stad], die ziet heel veel second opinions in het [ziekenhuis]. Die zegt ook mevrouw, u heeft nog zeg maar heel vaak vuilen. Maar u heeft heel veel last. Maar dat is vooral ziekte last. Er is weinig ziekteactiviteit, dus uw gewrichten gaan niet stuk. We moeten die zijn ook niet te veel doen. Het liefst afbouwen, maar u heeft wel heel veel ziekte last. Dat dat kan ik niet zomaar wegnemen. Maar ja, dat is er wel. Ja, dat is ook zo.

[Interviewer]

Ja, dat is dan iets waar mensen zelf wat aan moeten doen met levensstijl of acceptatie.

[Interviewee 6]

Ja, chronisch pijntraject. Waar zit dat in?

[Interviewer]

Ja. Oké. Wel interessant ja.

Interviewee 6]

Ja, maar artrose kennen we. Dat herkennen we wel. Oh ja. Maar dat is soms dus heel moeilijk. Zelfs voor ons is het ook soms moeilijk dat je niet precies weet wat het hoe het er precies uitziet of zit het op verschillende plekken en juist op bepaalde gewrichten? Soms zijn er mensen. Die ene heeft soms zwelling bij dit knietje en dat hebben sommige mensen met artrose ook. Nou, omdat die zo beschadigd is zeg maar. En ze heeft die diagnose reumatoïde artritis. Zeg je oké, dit is gewoon reumatoïde artritis, maar als ze voor het eerst binnenkomen, zeggen ze eigenlijk stijfheid. Prik je reuma factor. Is die tien net verhoogd? Ja, weet je wel. Dus dan. Nou ja, dan nog geen. Dus het onderscheid kan heel moeilijk zijn, maar de huisarts van nee dat, dat kennen we wel. Ja. Dus ik hoop dat ze daar nog meer aandacht gaan hebben in de scholing en. En ja, wat voor andere dingen?

[Interviewer]

Want dat ja, misschien de simpele gevallen dat ze die wel herkennen.

[Interviewee 6]

Nee, dat doen ze ook waarschijnlijk allemaal goed, want wij zien echt maar een topje van de ijsberg wat bij die huisarts komt. Er zijn zoveel huisartsen in de buurt en wij zitten met vier reumatologen. Maar dat is natuurlijk weer bij andere vakken ook zo. Ja dus. Daar doen we ook heel veel goed werk. Dat vergeten we. Ja, ja, die missers ertussen. Die huisarts die we heeft gedaan. Er zijn ook heel veel mensen die gewoon keurig weghouden. Goh ja, dan zie je het gewoon als je loopt en heeft pijn in de knie. Is dat slijtage? Op de foto valt het mee, dus er hoeft nog niet geopereerd te worden. Ga op ovenen. Oké, ja, maar die zien wij niet. Nee.

Interview 7 - (3) Rheumatologists

[Interviewer]

Nou allereerst was ik nieuwsgierig naar welke druk factoren jullie over het algemeen ervaren op de afdeling. Nou begreep ik van [naam] dat jullie niet een super lange wachtlijst hebben, maar er zullen vast wel dingen zijn die jullie ervaren als druk.

[Interviewee 7]

Uhm ja, we hebben nu niet een hele lange wachtlijst.

[Interviewee 6]

Ik had het vanochtend met [naam] over dat bijvoorbeeld PMR. Hebben we nu meer behandelmogelijkheden met rituximab? Ja dus dat betekent dat die mensen niet meer met een laag doseer prednison teruggaan naar de huisarts, maar bij ons blijven. Dus die groep neemt steeds verder toe. Je kunt patiënten met allerlei andere inflammatoire aandoeningen ook langer behandelen.

Dat gaat eigenlijk wel wel toenemen ja. En ik roep al jaren van ja, hopelijk vinden ze niets als behandeling voor artrose, want dan barst de dierentuinen zal ik maar zeggen. Dus als wij dat voor moeten schrijven.

[Interviewee 7]

En anderzijds is nu wel de tendens dat je minder lab controles hoeft te gaan doen bij de DMARDS, dus dat zijn bij de medicijnen. Bij de medicatie die wij geven moet je eigenlijk ook bloed controleren om te kijken of er geen bijwerkingen zijn. En daar waren. Ja, het idee is dat het toch eigenlijk allemaal minder meevalt. Dus dat het interval van die controles ook langer kan. En dat helpt dan een beetje denk ik.

[Interviewee 6]

Bij stabiel is kun je mensen langer wegsturen om maar te zeggen maar dan kom je op het punt wat ik vanochtend zei en dan heb je dus wel een grotere populatie aan patiënten die een probleem kan hebben. In plaats van 400 heb je er 800.

[Interviewee 8]

En wat inderdaad de de druk dan met zich kan meebrengen is dat je die mensen op zich lange tijd niet ziet en als het ware gewoon bij de huisarts laat. Maar die mensen kunnen wel bijwerkingen of een event krijgen waarvan ze waar, waardoor ze toch aanspraak doen op de reumapoli.

Ineens krijgen ze een infectie of een gekke huidplekken en niemand weet wat het is. Dan zien ze al vaak van o dat zij gebruikt reuma medicatie zou het daar niet mee te maken hebben? Dus die patiënt staat dan meer op onverwachte momenten hier.

[Interviewer]

Ja het is eigenlijk hoe, hoe, hoe langer je de tussentijd neemt om te wachten, hoe meer patiënten je kan zien, maar ook hoe hoe groter jullie poli populatie wordt en hoe meer mensen eventueel bellen als er een keer wat aan de hand is.

[Interviewee 8]

Wel wat aan de hand is. Gelukkig gaat het meestal goed met die DMARDS. Ja, maar er kan een keertje iets gebeuren waardoor ze net een beroep op ons doen.

[Interviewee 6]

En ik zie daar wel een kans om straks met e-consult of chatbots wellicht iets te doen.

[Interviewee 6]

De vraag over de gebruik van een biological bij koorts infectie. Ik heb antibiotica, wat dan ook. Daar krijgen we best veel vragen over. Ja, dat zou je straks in bepaalde vragentrechters bijna geautomatiseerd kunnen laten beantwoorden. Indien ik dit niet heeft, wijk ik u hiervan af. Bel dan alsnog. Dat moet je altijd weer helder hebben, dus dat scheelt. Maar het is wel als je vroeger iemand vier keer per jaar zag dan ik. Zo ben ik opgeleid en je ziet nu iemand soms één keer per jaar en dan kun je dus vier keer zoveel mensen zien met dezelfde kwaliteit. Dus dat is een veel grotere populatie. Dat is wel druk. En waar het vanochtend over hadden die die de druk vanuit de maatschappij om maar doorverwezen te worden. Alles moet met een scan. Niemand gelooft iets behalve als er lab is. De de maakbaarheid van de zorg of de de vraag het recht hebben op zorg. Ja, dat dat is toch ook wel iets wat meespeelt?

[Interviewer]

Ja maar ja, zijn het veel patiënten die hier komen, die dan uiteindelijk gelukkig niks blijken te hebben, maar die dan zelf erop hebben doorgedramd dat ze hier graag gezien wilden worden.

[Interviewee 6]

Ja, ja. Veel. Ja. Ja. Ik ga er altijd van uit dat mensen reële klachten. Dat die mensen klachten ervaren. De ziektelast. Ja, de ziektelast. Is wel ziektelast, maar de ziekteactiviteit valt eigenlijk wel mee. En één collega van de longziekten zei dat vorig jaar een keer. Wij zien wel alle vakken, zien mensen best wel eens één keertje en dan kunnen ze terug.

Maar soms is het heel nuttig om iemand die echt thuis is in dat vak even dat advies te laten geven. Ja, zowel voor het geloof van de patiënt, maar ook omdat het soms net even te ingewikkeld is voor een huisarts of standaard iets.

Maar de de vraag was zien we veel mensen die eigenlijk onnodig hier komen, maar doordrammen bij de huisarts dat ze gezien moeten worden? Wij krijgen ook wel verwijs brieven van of uitdrukkelijk verzoek van patiënten toch maar een keer zo'n zinnetje zeg maar insturen om reumatologie. Maar hoeveel procent dat is.

[Interviewee 8]

Is dat dan doordrammen? Of is dat dan blijkbaar toch even nodig? Weet je, heeft die patiënt dat dan nodig? Ja, dat is daar kan je dan is blijkbaar wel nodig.

[Interviewee 7]

Blijkbaar wel ja. Nee, niet voor als die patiënt dan in die huisartsen dan weer verder kunnen.

[Interviewee 8]

Ja precies. Dus dan heeft het een andere insteek dan iemand moeten met medicatie behandelen of een andere specialist te opereren. Maar ja, het is blijkbaar wel nodig geweest.

[Interviewer]

En als jullie die behoefte van die patiënt dan zouden omschrijven, wat zou dat dan precies zijn?

[Interviewee 8]

Ja, bij het vorige nog aanvullend is misschien dat onze reumatologie verpleegkundigen hier ook een hele mooie rol in kunnen spelen. En dat ze daar ook in kijken van of ze daar een anderhalve lijn dan. Dus dan gaat het meer over eigenlijk wat [Naam] volgens mij net zei toen ik halverwege binnenkwam. Iemand met meer ervaring en kennis uitleg geven over. En dat kan dan ook de reuma verpleegkundige zijn. En misschien de huisarts ook.

[Interviewer]

Ja, ik sprak een huisarts en die zei: Soms gun ik het de patiënt ook dat diegene even net wat meer uitleg krijgt van iemand die er net even iets meer verstand van heeft dan ik. Maar wat kunnen jullie in zo'n geval dan vaak nog voor een patiënt betekenen?

[Interviewee 6]

Ik denk uitsluiten echt van, van inflammatoire ziekte waar we medicatie voor moeten starten. En soms is dat al vrij duidelijk, eeh, en snel duidelijk. Hoef je niet te veel diagnostiek doen, maar met name dus de voorlichting en via de reumaverpleegkundige met groepsvoorlichting over fibromyalgie, artrose, uitleg over artalgie, osteoporose.

[Interviewee 7]

En ondersteunen van de huisarts in zijn conclusie.

[Interviewer]

Hoe merk je dat patiënten dat opnemen als ze dan hier komen en soms misschien toch dezelfde conclusie al krijgen als die ze bij de huisarts misschien ook al hadden gekregen?

[Interviewee 7]

Ik denk dat wisselt. Sommige mensen zijn opgelucht. Oké, ik heb geen reuma. Dat is dan zo mooi. Ik hoef geen prednison, ik hoef geen gevaarlijke. En alles ziet er goed uit, want dan laat je gewoon foto's mee zien en zijn mensen weer opgelucht. En er is ook een categorie die op zoek lijkt naar meer, en er al wat over had gelezen. En oh, maar dan heb ik iets wat niet bestaat, zoals fibromyalgie. Eh, ja, dat, dat is wat lastiger.

[Interviewee 8]

Een ander punt is dat mensen, daar was ik laatst, eh, over aan het nadenken. Mensen heel veel opzoeken op internet en misschien met AI dat dat nog meer wordt. En dat, en dat heel veel klachten heel algemeen zijn. En dus als je zelf denkt aan een paal-bepaalde diagnose en je vult dat in, dan kom je heel makkelijk bij bepaalde diagnoses. En dat mensen doordat ze zelf even heel, heel veel hebben opgezocht, ook op internet, ehm, toch niet het onderscheid en de subtiliteit in de diagnose kunnen maken. En dat maakt het dan soms vind ik wel lastiger om mensen te, eh, heb ik wel een paar keer gehad, mensen te overtuigen dat het niet is. Dus het is wel een extra dimensie, want ik eigenlijk, misschien andere specialismen. Ik heb wel eens een gynaecoloog, die had dat ook met die vruchtbaarheid of met die corona toen en zo hè. Ik heb het nu een paar keer gehad dat mensen echt overtuigd zijn van een hele zeldzame auto-immuunziekte, bijvoorbeeld met vermoeidheid en pijn. En dat heb je dus bij andere dingen ook. Eh, ja, en dat, dat is wel, dus dat is even een andere vraag. Maar dat is wel dat ik denk: goh, hoe gaan we hier dan, hoe, hoe gaan we hiermee? Hoe gaat dit lopen dan?

Want die mensen zijn heel erg overtuigd. Die zeggen: nee, maar ik heb het opgezocht. Kijk, ik heb een lijstje met vermoeidheid, droogheid. Past er allemaal bij. Ja. Dus dat is wel, dat vind ik wel lastiger, dat mensen dan zo, eh, denken volledig geïnformeerd te zijn en dus eigenlijk alleen maar bij jou de stempel willen halen, zeg maar. En dat, dat vind ik, dat vind ik nog wel lastig. Dat weet ik niet. Ja, ik weet niet.

[Interviewer]

En hoe ervaar je dan zo'n consult? Hoe voel je je daarbij?

[Interviewee 8]

Heel verschillend. Hoe dat gesprek ligt gewoon, ja, dat is niet altijd hetzelfde, ja. Hoe iemand reageert, hoe iemand zich vast blijft houden aan zijn eigen, eh, internetonderzoek, zeg maar.

[Interviewer]

Hoe ervaren jullie nu de doorverwijzingen vanuit de huisarts?

[Interviewee 6]

Nou ja, de, de informatie en de gewicht achter punten. Soms staat inderdaad in het verslag iets meer van: last van de knie of wat dan ook, maar het is heel vaak toch een algemene term bij ons. Iets reumatisch, vraagteken.

[Interviewee 7]

Het kan alle kanten op gaan.

[Interviewee 8]

Ja. En wat er dan besproken is, dat weerspiegelt misschien niet helemaal dan de verwijzing. Dus dat weet je dan eigenlijk niet. Weet je niet.

[Interviewee 6]

Maar te-te-tegelijkertijd weten we dat dat gewoon is bij ons vak. Ik bedoel: val op arm. Ja, breuk, vraagteken. Dat is een hele makkelijke voor de orthopeed of de chirurg. En bij ons is dat ingewikkeld en dat, dat krijg je ook niet beter. Dan moet je bijna alle huisartsen opleiden als een halve reumatoloog. Ja, dan, dat is niet te doen. Dus dat, dat is gewoon het nadeel wat we vinden. Er zijn ook heel weinig zorgpaden echt op reumagebied, omdat wat er instroomt, ja, dat weet je gewoon niet. Je kunnen, je kunt een zorgpad maken, maar dan maak je dat eigenlijk als wij de diagnose vrijwel zeker hebben. Dan kun je daarmee starten. Maar vanuit de huisarts, hè, er zijn heel veel zorgpaden die weten CRP, wat heb je. Dat kun je bij de huisarts ook netjes vaststellen. Bij ons wordt veel moeilijker.

[Interviewer]

Van de, de patiënten die de huisarts doorverwijst. Hebben jullie een beetje een soort van categorieën van patiënten die binnenstromen? Ik had zelf een beetje naar wel, eh, met ontstekingswaarden dan artrose, jicht. Zijn dat een beetje de categorieën daar waar ik naar zou moeten kijken? Want ik hoef niet helemaal in detail natuurlijk alle details van iedere ziekte te weten. Maar kan ik dat zien als de categorie van patiënten die worden doorverwezen naar hier?

[Interviewee 8]

Volgens mij zijn er in ZorgDomein, zijn er al categorieën toch?

[Interviewee 7]

Degeneratief, zachte delen, systemen. Artritis.

[Interviewee 6]

Volgens mij artritis inderdaad. Artrose, dus degeneratief. Zachte delen. PMR. Dan heb je zo'n beetje wel wat de huisarts doorverwijst.

[Interviewee 8]

Ja, zorgdomein is natuurlijk ook eigenlijk wel zo ingericht. Niet om de juiste, deels wel, juiste diagnose te hebben voor de verwijzing, maar vooral ook om het wat makkelijk te houden voor de huisarts. Zij kunnen artritis wel in zeven subcategorieën in- uitsplitsen, want dan krijg je allemaal het bovenste waar je dan niks aan hebt. Dus wat niet klopt. Dus die ja, een licht licht is volgens mij ook een apart.

[Interviewee 7]

Om als je zeg maar wil uhm triëren is dat natuurlijk wel handig als je die brief gaat kijken. Weet je, dat zijn eigenlijk allemaal ja ja.

[Interviewee 8]

Oké. Ja, maar ja, met de huidige wachttijden is dat niet.

[Interviewee 7]

Nee. Ja, we hebben natuurlijk een tijdje geleden wel langere wachttijden gehad, maar dan kijk je gewoon inderdaad eventjes naar de brief en eventueel even in het dossier of er al iets van ontstekingswaarden zijn. Dus op zich wel of niet AMS hebben. Ontstekingswaarden is wel iets wat ons wel als we wel triëren met echt lange wachttijden, dan is dat wel iets waar we naar kijken.

[Interviewee 6]

De interne verwijzingen doe ik het ook wel ja, van de collega's zeg maar. En als het dan zo'n heel chronisch pijn verhaal is zonder dat je aanwijzingen ziet voor iets inflammatoir, dan denk ik nou, die kan wel over een weekje of vier. Die hoeft niet op de eerste nieuwe plek. Dan sparen we die een beetje. Ja.

[Interviewer]

En even een praktische zaak als er een patiënt binnenkomt, dan declareren jullie die zorgkosten ook. Hoe ziet dat er een beetje uit? En hoe moet ik dat begrijpen? Want dat is best een ingewikkeld systeem.

[Interviewee 8]

Dat heet DBC-systeem.

[Interviewee 6]

Dat is het eigenlijk ja. Dus dan wordt er een DBC geopend.

[Interviewer]

Is dat dan aan de hand van een diagnose die je stelt?

[Interviewee 6]

Ja. Dus waar je dan aan denkt. Ja.

[Interviewee 7]

En afhankelijk van de verrichtingen die je doet, wordt dat die diagnose met, zeggen ze mooi een mandje met wat meer verrichtingen erin. Dan wordt het product wat je kunt declareren wordt wat duurder en blijven ze niet onder controle.

Stopt hij dan gewoon na drie maanden. Dat is de eerste. En als die patiënt wel terugkomt, dan begint hij in periodes van vier maanden. Dat is ook een afwijking, maar krijgt hij steeds ik noem het maar een abonnement ja, iedere vier maanden. En als er in die vier maanden niks gebeurt, gaat er geen rekening heen. En komt die patiënt wel langs in die vier maanden, dan gaat er wel een rekening.

[Interviewee 6]

En wij, wij bepalen zelf niet de hoogte of zo. Nee, dat is gewoon een ja, iets wat gewoon landelijk is.

[Interviewer]

Dat gaat dan allemaal automatisch in het systeem?

[Interviewee 8]

Een DBC. Ja, er wordt automatisch wel. Als een patiënt hier zich aanmeldt, dan is het systeem zo ingericht dat er dan ook een, een signaaltje naar de afdeling financiën gaat zeg maar. En dat er dan dus een DBC geopend wordt. Ja. Ja. En die DBC's onderling, die verschillen eigenlijk niet heel erg veel.

[Interviewee 7]

Om als je zeg maar wil uhm triëren is dat natuurlijk wel handig als je die brief gaat kijken. Weet je, dat zijn eigenlijk allemaal ja ja.

[Interviewee 8]

Bij ons vak niet.

[Interviewee 7]

Nee, bij ons vak niet. Nee.

[Interviewee 6]

Er zitten allerlei controles achter, dus als er geen diagnose gehangen is dan na twee weken krijg je een berichtje. Er moet nog diagnose.

[Interviewer]

Ja oké. Nou ja, dat was wel duidelijk. Ik denk dat ik mijn vragen voor nu wel waren. Bedankt voor jullie tijd!

J- TRANSCRIPTION INTERVIEW

SYSTEMIC PERSPECTIVE

Interview 1:

[Interviewer]

Wat is precies jou rol binnen [zorgverzekeraar]?

[Interviewee 13]

In mijn functie ben ik verantwoordelijk voor de contractering medisch specialistische zorg. Dus ik ben de leidinggevende van het team die de onderhandelingen doet met ziekenhuizen, zelfstandige klinieken en andere instellingen voor medisch specialistische zorg. Dat zijn er in Nederland ongeveer driehonderd en die contracteren wij zodat onze verzekerden daar naartoe kunnen als zij, als zij die betreffende zorg nodig hebben. Ik heb zelf geen medisch inhoudelijke achtergrond. Ook geen technische trouwens. Ik heb een economische en bedrijfskundige achtergrond dus en vanuit die hoedanigheid naar de zorg.

[Interviewer]

Oké en ga je over inkoop van alle zorg, alle verschillende soorten zorg? Of heb je een bepaalde tak waar je over gaat?

[Interviewee 13]

Ja, de medisch specialistische zorg die waar ik dus inderdaad verantwoordelijk voor ben. Dat is eigenlijk alle zorg, waarbij de medisch specialist eindverantwoordelijk is voor de zorg die geleverd gaat worden. Betekent niet dat hij altijd zelf die zorg levert, maar is wel verantwoordelijk voor dat zorgpad. Dat betekent bijvoorbeeld dat huisartsenzorg of paramedische zorg et cetera. Dat valt niet onder de reikwijdte van mijn werkzaamheden, maar daar heb ik wel voldoende kennis van.

Omdat wij natuurlijk ook wel moeten kijken van hé, wat wij afspreken met de ziekenhuizen moet wel in lijn zijn wat we ook afspreken met de huisartsen.

[Interviewer]

Hoe verloopt dat proces precies van zorg inkopen? Wat voor beeld moet ik daarbij hebben?

[Interviewee 13]

Nou, wij spreken eigenlijk altijd bewust heel niet van zorginkoop, maar zorgcontractering. Omdat inkoop de illusie wekt dat je van tevoren weet wat je precies moet gaan inkopen, voor welke populatie en dat je ook zeker weet dat ze dus dat dus nodig hebben. Nou, wij maken dus contractafspraken met zorgaanbieders waarbij wij eigenlijk nog niet precies weten wie onze populatie verzekerden gaat zijn, omdat die elk jaar kunnen wisselen van zorgverzekering. En we weten ook nog helemaal niet zeker wat ze allemaal voor aandoeningen gaan ontwikkelen of gaan krijgen. Kijk, in een griepgolf is het heel druk op andere afdelingen, dan wanneer het weer heel glad is en iedereen valt. Dus weet je dat, dat daar zit een bepaalde mate van onvoorspelbaarheid in. En daarom zeggen we nou, wij contracteren en wij richten een proces in waarin we afspraken maken met instellingen, vooral natuurlijk ziekenhuizen, over hoe kunnen wij nou inderdaad zorgen dat er voldoende financiering is zodat jullie ongeacht welke zorgvraag op jullie afkomt, dat kunnen bieden aan onze populatie verzekerden?

[Interviewer]

Oké, en, wat voor afspraken worden er dan gemaakt? Wat, wat moet ik me daarbij voorstellen?

[Interviewee 13]

Nou, dat zijn afspraken op verschillende niveaus. We hebben vaak een, een soort van kaderafpraak dat, dat we met elkaar een bepaald tot een bepaald bedrag komen waarvan we zeggen nou, met dit bedrag onderaan de streep, kunnen jullie uit in jullie bedrijfsvoering. Kunnen jullie eigenlijk de zorgvraag die op jullie af gaat komen, die we samen verwachten op basis van demografische kenmerken en zorggebruik in het verleden, kunnen jullie gaan opvangen. Nou dan maak je dus een afspraak, eigenlijk op een heel hoog abstractieniveau en dan maak je een bepaald type afspraak met elkaar van is dat een gegarandeerd bedrag of moet je daarbij tegenover een bepaalde specifieke productie leveren? Nou, daarover kun je dan allemaal afspraken maken. Vervolgens de medisch specialistische zorg wordt bekostigd via een DBC-systematiek. Die afspraak, die werkt zich verder uit in een tarief per DBC. Heel vaak is het dat het ziekenhuis daarin een voorstel doet. Dat heeft te maken met een bepaalde prijsindexatie die je dan ook hebt afgesproken om te corrigeren voor inflatie en CAO-effecten. Wij benchmarken ziekenhuizen met elkaar. Dus wij kijken ook is dat een redelijk tarief gezien inderdaad de zorg die in dat DBC zorgproduct zit. En we maken ook juridische afspraken. Dus waar moeten instellingen zich aan houden? Waar moeten wij ons als zorgverzekeraar aan houden om, zo ook nou, mocht er iets gebeuren in het kader van kwaliteit, patiëntveiligheid ofwel financiële discontinuïteit, dat we daarin eigenlijk ook al een plan met elkaar hebben afgesproken wat ieders gedragingen daarin zijn.

[Interviewer]

Op basis van welke criteria bepalen jullie dan hoeveel zorg er gecontracteerd wordt?

[Interviewee 13]

Ja, enerzijds wel. We bepalen natuurlijk met elkaar een premie. En daar zitten inkomsten aan. En inkomsten hebben wij via premie en ook via belastinggeld. En we hebben, we hebben kosten. En die kosten, die hebben we aan onze interne bedrijfsvoering, maar dat is maar een heel klein deeltje. En het grootste deel is natuurlijk de uitgaven aan de zorgaanbieders voor alle vormen van zorg die binnen de zorgverzekeringswet vallen. Maar tegelijkertijd is er ook een macro kader. Dus er wordt landelijk bepaald en dat is eigenlijk al nu al een aantal jaar gaande. De medisch specialistische zorg mag niet verder groeien. Je wordt wel gecompenseerd voor inflatie en CAO-effecten, maar op volume, dus op, op aantallen, hoeveelheid zorg mag er eigenlijk niet meer gegroeid worden. En daar heb je je ook gewoon in te verhouden, want dat heeft wel te maken met de hoogte van, het bedrag dat je binnenkrijgt via de belastingen. En ga je daar heel ver overheen, dan moet je eigenlijk dus het dubbele van die groeivraag in je premie om een bedrijfsvoering te hebben waarop je, ook nog inderdaad, quitte draait. Want we hoeven geen winst te maken, maar quitte draait om volgend jaar hetzelfde te kunnen blijven doen voor je verzekeren. Dus ja, je kijkt per individuele instelling natuurlijk naar de ontwikkelingen, maar een ontwikkeling in zorgvraag betekent niet gelijk dat dat gefinancierd wordt. Enerzijds omdat er andere oplossingen voor kunnen zijn die niet per se om extra financiering vragen en anderzijds ook omdat je het nooit echt helemaal zeker weet. Er zijn heel veel prognostische modellen over hoe de zorgvraag zich gaat ontwikkelen. En het nou, het daalt nooit en de uitwerking is nooit een verwachting. Dus het is een individueel gesprek, maar wel met een macro kader waar we ons ook wel met z'n allen een beetje netjes aan te houden.

[Interviewer]

Wat zie je nu in de praktijk gebeuren met de vraag naar specialistische zorg?

[Interviewee 13]

Wat we zien is dat. Kijk, mensen worden ouder. Maar dat is eigenlijk al een hele tijd. Maar we zien dat die groep ouderen ook steeds groter wordt. En we spreken dus ook wel van dubbele vergrijzing. Enerzijds wordt een groep boven 65 wordt ouder en dan hebben ze een specifieke en hogere zorgvraag. Maar ook de groep boven de tachtig wordt steeds groter. En dat ook ten opzichte van een steeds kleinere groep van mensen die jong zijn en die in het arbeidsproces dus ook in de zorg kunnen werken. Dus je ziet eigenlijk een steeds nijpender aanbod door personeelstekort in de zorg en een steeds grotere zorgvraag. Enerzijds door die demografie, anderzijds ook doordat er steeds meer mogelijk is. Ziektes waar je tien, twintig jaar geleden gewoon aan overleed, is inmiddels bijna een chronische ziekte geworden. Mensen willen ook vaak inderdaad, als er een mogelijkheid is, dan willen ze die optie tot behandeling. En daarin zijn ze ook een stuk mondiger geworden. En we zien natuurlijk ook heel veel ziektes die in prevalentie toenemen omdat die te maken hebben met leefstijlfactoren van mensen.

[Interviewer]

En doen jullie daar nog wat mee? Want dat zijn ook een aantal dingetjes die ik inderdaad in mijn onderzoek heb gevonden. Waar ik ook reumatologen over heb horen spreken. En dat is toch wel een stukje grond van het probleem waarom dan die vraag zo stijgt. Maar het is heel moeilijk om dat in dit systeem aan te pakken. Doen jullie hier nog wat mee?

[Interviewee 13]

Als zorgverzekeraar voer je eigenlijk een wet uit en dat is de Zorgverzekeringswet. En wij mogen dus ook geen premiegelden uitgeven aan activiteiten die niet onder de reikwijdte van de Zorgverzekeringswet vallen. En als je het dan over preventie hebt, is er maar een heel klein deel en heel voor hele specifieke groepen. En eigenlijk al als het probleem er al is, bijna dat je mag uitvoeren binnen de zorgverzekeringswet. Maar hebben wij wel gezegd nou, wij zien dat dit probleem zo groot wordt. Dit kun je niet binnen de grenzen van de zorgverzekering verzekeringswet oplossen, want dat is een pleister plakken op een grote gapende wond.

En wat wij dus wel kunnen is via onze aanvullende verzekeringen kun je de opbrengsten die je daarin hebt en ook in andere activiteiten die je doet. We hebben bijvoorbeeld ook een hele grote ICT-afdeling. Die maken ook winst doordat we activiteiten verlenen voor anderen, voor derden. Dat stoppen we in een fonds wat heet [naam fonds]. Dat is een stichting en daar kunnen we dus wel projecten mee financieren die bijdragen aan gezondheidsbevordering. En dat doen we dan in, in de regio waar we heel groot zijn in de regio [regio]. Ja en dat heeft zich ook gevormd in een arts stichting. Dat heet het [stichting]. En die zijn nu eigenlijk bezig met daar waar de mensen een minste kans hebben op gezond leven. Dus vanaf eigenlijk vanaf de wieg dat je eigenlijk al denkt van oeh nou het zit je niet mee. Om daar zoveel mogelijk in te ondernemen zodat de mensen, ja in ieder geval de mogelijkheid krijgen om zich te richten op een, op een gezond bestaan en daarin voor de langere termijn dus ook ziekte te voorkomen of in ieder geval te verlaten.

K - CODES THEMATIC ANALYSIS - PER TARGET GROUP

Patient perspective

Code: Zelfmanagement vóór huisartsbezoek

Beschrijving: Patiënten proberen klachten zelf op te lossen in de hoop dat ze overgaan.

Code: Klachten genormaliseerd

Beschrijving: Klachten worden toegeschreven aan leeftijd, werk of leefstijl.

Code: Familiegeschiedenis als referentiekader

Beschrijving: Bekendheid met reuma in de familie beïnvloedt hoe patiënten klachten interpreteren.

Code: Drempel: functionele beperking

Beschrijving: Patiënten zoeken pas hulp als dagelijkse activiteiten echt niet meer lukken.

Code: Aarzeling om als aansteller gezien te worden

Beschrijving: Patiënten twijfelen of hun klachten ernstig genoeg zijn om de huisarts te bezoeken.

Code: Online zoeken naar zelfdiagnose

Beschrijving: Sommige patiënten zoeken online naar een verklaring voor hun klachten.

Code: Angst door diagnostische onzekerheid

Beschrijving: Niet weten wat er aan de hand is veroorzaakt zorgen, slaapproblemen en onrust.

Code: Behoefte aan een duidelijk label

Beschrijving: Patiënten willen weten wat hun aandoening is zodat ze kunnen handelen.

Code: Onduidelijkheid over testuitslag

Beschrijving: Resultaten in het patiëntportaal zijn beschikbaar maar niet begrijpelijk zonder toelichting.

Code: Wisselende diagnoses bij verschillende zorgverleners

Beschrijving: Afwijkende diagnoses ondermijnen het vertrouwen in het zorgtraject.

Code: Verwachting van expertise bij de specialist

Beschrijving: Patiënten hopen dat de reumatoloog wél uitsluitel kan geven.

Code: Gehoord voelen tijdens het consult

Beschrijving: Patiënten waarderen een consult waarbij de professional echt luistert.

Code: Uitgebreid lichamelijk onderzoek gewaardeerd

Beschrijving: Grondig onderzoek wordt ervaren als bewijs dat klachten serieus worden genomen.

Code: Empathische en niet-oordelende houding

Beschrijving: Patiënten voelen zich beter begrepen bij professionals die emotioneel erkennen.

Code: Gehaast consult ondermijnt vertrouwen

Beschrijving: Een haastig consult weerhoudt patiënten om terug te komen.

Code: Continuïteit en menselijk contact

Beschrijving: Patiënten waarderen een warme en consistente relatie met de zorgverlener.

Code: Lange wachttijd op specialistafpraak

Beschrijving: Wachttijden van weken tot maanden worden als stressvol en machteloos makend ervaren.

Code: Wachten met aanhoudende klachten

Beschrijving: Het gemis aan ondersteuning tijdens de wachtperiode is bijzonder belastend.

Code: Mismatch urgentie en timing

Beschrijving: Patiënten die seizoensgebonden medicatie nodig hebben, ondervinden extra frustratie.

Code: Opluchting bij eerdere afspraak

Beschrijving: Eerder dan verwacht geholpen worden is een significante positieve keerpunt.

Code: Onzekerheid versterkt door wachten

Beschrijving: De wachtperiode verlengt de fase van diagnostische onzekerheid.

Code: Stap-voor-stap uitleg van procedure

Beschrijving: Patiënten waarderen toelichting op wat er gedaan wordt en waarom.

Code: Uitleg vergroot acceptatie van diagnose

Beschrijving: Als professionals hun redenering uitleggen, vertrouwen patiënten de diagnose meer.

Code: Praktisch zelfmanagementadvies

Beschrijving: Concrete adviezen over leefstijl en dagelijks leven worden gewaardeerd.

Code: Toegang tot patiëntportaal

Beschrijving: Resultaten zijn digitaal beschikbaar maar moeilijk te interpreteren zonder context.

Code: Proactieve terugkoppeling gewaardeerd

Beschrijving: Actief gebeld worden door de zorgverlener na een test geeft geruststelling.

Primary care worker

Code: Hoge prevalentie van gewrichtsklachten in de eerste lijn

Beschrijving: Gewrichtsklachten vormen een substantieel deel van de consulten in de eerste lijn en komen frequent voor in de dagelijkse praktijk van zowel huisartsen als fysiotherapeuten.

Code: Meeste gewrichtsklachten zijn niet inflammatoir

Beschrijving: Het merendeel van de patiënten met gewrichtsklachten heeft geen inflammatoire reumatische aandoening maar klachten zoals artrose, trauma of algemene musculoskeletale klachten.

Code: Lage prevalentie van inflammatoire reuma

Beschrijving: Inflammatoire reumatische aandoeningen worden slechts zelden vastgesteld in de huisartsenpraktijk.

Code: Patiënten met klachten in meerdere gewrichten

Beschrijving: Patiënten presenteren zich regelmatig met klachten in meerdere gewrichten, wat diagnostische complexiteit veroorzaakt.

Code: Diagnostische onzekerheid bij gewrichtsklachten

Beschrijving: Huisartsen ervaren onzekerheid bij patiënten met diffuse of onduidelijke gewrichtsklachten, waardoor verdere diagnostiek of verwijzing wordt overwogen.

Code: Diagnose op basis van klinisch patroon en ervaring

Beschrijving: Diagnoses worden vaak gesteld op basis van klinische patronen, symptomen en ervaring van de huisarts.

Code: Gebruik van basale diagnostiek in de eerste lijn

Beschrijving: Huisartsen gebruiken lichamelijk onderzoek en beperkte diagnostiek zoals bloedonderzoek om een eerste inschatting te maken van de oorzaak van klachten.

Code: Alarmsymptomen leiden tot verwijzing

Beschrijving: Bepaalde alarmsymptomen of risicofactoren (bijv. familiale belasting, meerdere gewrichten, ontstekingsverschijnselen) leiden tot verhoogde alertheid en mogelijke verwijzing.

Code: Verwijzing voor diagnostische bevestiging

Beschrijving: Verwijzingen worden soms gedaan om een diagnose te bevestigen of onzekerheid bij huisarts of patiënt weg te nemen.

Code: Verwijzing vanwege specialistische expertise

Beschrijving: Huisartsen verwijzen patiënten omdat specialisten meer kennis of expertise hebben over specifieke gewrichtsaandoeningen.

Code: Verwijzing voor geruststelling van de patiënt

Beschrijving: Verwijzingen vinden soms plaats om patiënten gerust te stellen of hen het gevoel te geven dat hun klachten serieus worden genomen.

Code: Verwijzing op verzoek van de patiënt

Beschrijving: Sommige patiënten vragen expliciet om een verwijzing naar een specialist, ondanks dat de huisarts dit medisch niet noodzakelijk acht.

Code: Verwijzing wanneer behandeling in de eerste lijn onvoldoende effect heeft

Beschrijving: Verwijzing vindt plaats wanneer behandeling of begeleiding in de eerste lijn onvoldoende resultaat oplevert.

Code: Verwachting dat de specialist een oplossing heeft

Beschrijving: Patiënten hebben vaak de verwachting dat een specialist in het ziekenhuis meer kan betekenen of een oplossing kan bieden voor hun klachten.

Code: Behoefte aan een duidelijke diagnose

Beschrijving: Patiënten zoeken vaak naar een duidelijke diagnose of label voor hun klachten.

Code: Invloed van online informatie en omgeving

Beschrijving: Patiënten vormen vooraf een beeld van hun klachten door online informatie of verhalen uit hun omgeving.

Code: Voorkeur voor zorg in het ziekenhuis

Beschrijving: Sommige patiënten hebben een voorkeur voor behandeling in het ziekenhuis omdat zij dit als meer deskundig beschouwen.

Code: Moeite met het accepteren van chronische aandoeningen

Beschrijving: Patiënten hebben moeite met het accepteren dat hun klachten chronisch zijn en mogelijk niet volledig opgelost kunnen worden.

Code: Behoefte aan een snelle medische oplossing

Beschrijving: Patiënten zoeken vaak naar een snelle medische oplossing, zoals medicatie of ingrepen, in plaats van langdurige leefstijlveranderingen.

Code: Terugkerende consulten voor dezelfde klachten

Beschrijving: Patiënten keren regelmatig terug naar de huisarts met dezelfde klachten wanneer deze blijven aanhouden.

Code: Conservatieve behandeling in de eerste lijn

Beschrijving: Behandeling in de eerste lijn richt zich vaak op conservatieve maatregelen zoals pijnstilling, leefstijladvies en fysiotherapie.

Code: Verwijzing naar paramedische zorg

Beschrijving: Huisartsen verwijzen patiënten regelmatig naar paramedische zorgverleners zoals fysiotherapeuten of revalidatieprogramma's.

Code: Moeilijkheden bij leefstijlverandering

Beschrijving: Het aanpassen van leefstijl (beweging, voeding, stress) blijkt vaak moeilijk voor patiënten.

Code: Behoefte aan multidisciplinaire ondersteuning

Beschrijving: Voor optimale begeleiding zijn meerdere disciplines nodig, zoals fysiotherapie, psychologische ondersteuning en leefstijlcoaching.

Code: Beperkte tijd voor uitleg aan patiënten

Beschrijving: Door beperkte consulttijd in de eerste en tweede lijn is er vaak onvoldoende ruimte voor uitgebreide uitleg en begeleiding.

Code: Wachttijden in de specialistische zorg

Beschrijving: Wachttijden bij specialisten kunnen leiden tot onzekerheid of frustratie bij patiënten.

Code: Ontbreken van tussenvoorzieningen in de zorg

Beschrijving: Er ontbreekt een tussenvorm van zorg die patiënten kan begeleiden zonder dat een specialist nodig is.

Code: Behoefte aan alternatieve verwijzroutes

Beschrijving: Huisartsen zien kansen voor nieuwe zorgroutes of tussenvoorzieningen voor patiënten met gewrichtsklachten.

Secondary care worker

Code: Grote instroom van patiënten met gewrichtsklachten

Beschrijving: De reumatologie ontvangt een grote hoeveelheid patiënten met uiteenlopende gewrichtsklachten, wat leidt tot druk op consultcapaciteit.

Code: Instroom van patiënten zonder inflammatoire aandoening

Beschrijving: Een groot deel van de patiënten blijkt uiteindelijk geen inflammatoire reumatische aandoening te hebben maar bijvoorbeeld artrose of fibromyalgie.

Code: Uiteenlopende patiëntpopulatie

Beschrijving: Patiënten die worden verwezen hebben een brede variatie aan aandoeningen zoals RA, jicht, PMR, artrose en fibromyalgie.

Code: Instroom door regionale verschillen in wachttijden

Beschrijving: Patiënten zoeken zorg bij ziekenhuizen met kortere wachttijden en reizen soms grote afstanden voor een afspraak.

Code: Summiere verwijsinformatie

Beschrijving: Verwijsbrieven bevatten soms weinig klinische informatie, waardoor triage en beoordeling moeilijker worden.

Code: Verwijzing op verzoek patiënt

Beschrijving: Huisartsen verwijzen soms patiënten omdat patiënten zelf aandringen op een verwijzing.

Code: Onjuiste verwijzing

Beschrijving: Patiënten worden soms verwezen terwijl zij eigenlijk bij een andere afdeling of zorgverlener horen.

Code: Herhaalde verwijzingen voor dezelfde klachten

Beschrijving: Patiënten worden soms opnieuw verwezen voor klachten waarvoor eerder al een diagnose of beoordeling heeft plaatsgevonden.

Code: Verwijzing met diagnostische onzekerheid

Beschrijving: Verwijzingen ontstaan soms omdat de huisarts onzeker is over de diagnose of verdere diagnostiek.

Code: Beoordeling van verwijzingen door zorgverleners

Beschrijving: Binnengekomen verwijzingen worden beoordeeld om te bepalen of en hoe snel een patiënt gezien moet worden.

Code: Overleg met specialist bij twijfel

Beschrijving: Bij onduidelijkheid wordt de verwijzing besproken met een specialist om de urgentie of geschiktheid te bepalen.

Code: Prioritering van patiënten

Beschrijving: Patiënten worden ingedeeld op basis van urgentie, bijvoorbeeld via reguliere consulten of verkorte toegangstijden.

Code: Niet in behandeling nemen van verwijzingen

Beschrijving: In sommige gevallen wordt een verwijzing afgewezen wanneer specialistische zorg niet noodzakelijk is.

Code: Terugkoppeling naar de huisarts over triage

Beschrijving: De specialist of poli neemt contact op met de huisarts wanneer een verwijzing niet passend blijkt.

Code: Verschillende poliklinische spreekuren

Beschrijving: Binnen de reumatologie bestaan verschillende spreekuren voor specifieke patiëntgroepen.

Code: Zorg georganiseerd rondom diagnosegroepen

Beschrijving: Patiënten worden soms ingedeeld op basis van type aandoening, bijvoorbeeld immunologische ziekten.

Code: Supervisie van arts-assistenten

Beschrijving: Arts-assistenten voeren consulten uit onder supervisie van een specialist.

Code: Multidisciplinair zorgmodel

Beschrijving: Verschillende disciplines zoals fysiotherapie, ergotherapie en reumaconsulenten zijn betrokken bij de behandeling.

Code: Centrale rol van doktersassistenten

Beschrijving: Doktersassistenten zijn verantwoordelijk voor planning, triageondersteuning en communicatie met patiënten.

Code: Telefonische triage door ondersteunend personeel

Beschrijving: Assistenten verzamelen informatie over klachten en bepalen samen met artsen de vervolgstappen.

Code: Coördinatie van patiëntcontact

Beschrijving: Ondersteunend personeel vormt een belangrijke schakel tussen patiënt en specialist.

Code: Hoge werkdruk door patiëntvolume

Beschrijving: Het grote aantal patiënten zorgt voor hoge druk op personeel en planning.

Code: Veel administratieve werkzaamheden

Beschrijving: Het organiseren van afspraken, verwerken van verwijzingen en administratieve taken kost veel tijd.

Code: Grote hoeveelheid patiëntcontacten

Beschrijving: Patiënten nemen frequent contact op met de poli met vragen of verzoeken.

Code: Druk door telefonische en digitale communicatie

Beschrijving: Naast telefonische vragen komen er ook veel digitale berichten via patiëntportalen binnen.

Code: Hoge verwachtingen van specialistische zorg

Beschrijving: Patiënten verwachten vaak dat specialistische zorg hun klachten volledig kan oplossen.

Code: Verwachting van uitgebreide diagnostiek

Beschrijving: Sommige patiënten verwachten aanvullende onderzoeken zoals MRI of CT-scans.

Code: Zorg als recht of dienst

Beschrijving: Patiënten ervaren zorg soms als een dienst waarvoor zij recht hebben op uitgebreide diagnostiek of behandeling.

Code: Onrealistische verwachtingen van behandelresultaten

Beschrijving: Patiënten hopen soms op oplossingen die medisch niet haalbaar zijn.

Code: Bevestiging diagnose

Beschrijving: Patiënten zoeken bevestiging van een diagnose die eerder al gesteld is.

Code: Twijfel aan eerdere diagnoses

Beschrijving: Sommige patiënten vertrouwen eerdere diagnoses niet volledig en zoeken een second opinion.

Code: Zoeken naar verklaring voor pijn

Beschrijving: Patiënten blijven zoeken naar een medische oorzaak voor hun klachten.

Code: Moeite met acceptatie van chronische pijn

Beschrijving: Sommige patiënten hebben moeite om te accepteren dat hun aandoening chronisch is.

Code: Terugkerende zorgvragen bij chronische klachten

Beschrijving: Patiënten nemen opnieuw contact op wanneer klachten terugkomen of verergeren.

Code: Herbeoordeling van klachten

Beschrijving: Patiënten vragen opnieuw beoordeling wanneer klachten blijven bestaan.

Code: Diagnostische bevestiging in de tweede lijn

Beschrijving: Specialistische zorg wordt vaak ingezet om diagnoses te bevestigen.

Code: Medicamenteuze behandeling van reumatische aandoeningen

Beschrijving: Behandeling bestaat onder andere uit medicatie en monitoring van ziekteactiviteit.

Code: Controle en follow-up van patiënten

Beschrijving: Patiënten met inflammatoire aandoeningen blijven vaak langdurig onder controle.

Code: Afbouwen van behandeling

Beschrijving: Wanneer aandoeningen stabiel zijn kan medicatie worden verminderd.

Code: Terugverwijzing bij stabiele aandoening

Beschrijving: Wanneer klachten stabiel zijn wordt de patiënt terugverwezen naar de huisarts.

Code: Monitoring door de huisarts

Beschrijving: De huisarts neemt controles over wanneer specialistische zorg niet meer nodig is.

Code: Nieuwe verwijzing bij terugkeer van klachten

Beschrijving: Wanneer klachten terugkomen kan opnieuw een verwijzing nodig zijn.

Code: Voorlichting over aandoeningen

Beschrijving: Patiënten krijgen uitleg over hun aandoening en mogelijke behandelingen.

Code: Groepsvoorlichting en educatieprogramma's

Beschrijving: Sommige ziekenhuizen organiseren groepsessies voor patiënten.

Code: Ondersteuning bij leefstijl en zelfmanagement

Beschrijving: Patiënten krijgen begeleiding om zelf beter met hun aandoening om te gaan.

Code: Regionale verschillen in zorgcapaciteit

Beschrijving: Wachttijden en beschikbaarheid van zorg verschillen per ziekenhuis.

Code: Juridische verantwoordelijkheid binnen zorgprocessen

Beschrijving: Zorgverleners ervaren onzekerheid over verantwoordelijkheid wanneer patiënten afspraken verzetten of zorg uitstellen.

Code: Organisatorische complexiteit van zorgprocessen

Beschrijving: Het zorgproces omvat meerdere stappen en actoren, wat coördinatie vereist.

Systemic perspective

Code: Dubbele vergrijzing

Beschrijving: De groei van zowel het aantal ouderen als het aandeel zeer ouderen in de populatie leidt tot een toenemende zorgvraag, af onbekend is en populaties jaarlijks veranderen.

Code: Groeiende prevalentie van chronische aandoeningen

Beschrijving: Door medische vooruitgang blijven mensen langer leven met chronische aandoeningen, waardoor langdurige zorg nodig blijft.

Code: Leefstijlgerelateerde gezondheidsproblemen

Beschrijving: Een deel van de stijgende zorgvraag wordt veroorzaakt door aandoeningen die samenhangen met leefstijl.

Code: DBC-gebaseerde bekostiging

Beschrijving: Medisch specialistische zorg wordt gefinancierd via de DBC-systematiek waarbij tarieven gekoppeld zijn aan specifieke zorgproducten.

Code: Mondigere patiënten en hogere zorgverwachtingen

Beschrijving: Patiënten verwachten vaker behandeling en zien zorg steeds meer als een recht, wat kan bijdragen aan een hogere zorgvraag.

Code: Disbalans tussen zorgvraag en zorgaanbod

Beschrijving: De groeiende zorgvraag staat tegenover een beperkt groeiende zorgcapaciteit, waardoor druk op specialistische zorg ontstaat.

Code: Zorgcontractering tussen verzekeraars en ziekenhuizen

Beschrijving: Zorgverzekeraars maken contractafspraken met ziekenhuizen over budgetten, tarieven en zorglevering.

Code: Onzekerheid over toekomstige zorgvraag

Beschrijving: Bij contractering is niet precies bekend hoeveel patiënten zorg nodig zullen hebben, waardoor afspraken op basis van verwachtingen worden gemaakt.

Code: Macrobudget voor medisch specialistische zorg

Beschrijving: Landelijke afspraken beperken de groei van uitgaven en productie binnen de medisch specialistische zorg.

Code: Financiële randvoorwaarden van zorgcapaciteit

Beschrijving: Niet elke toename in zorgvraag leidt automatisch tot extra financiering of uitbreiding van capaciteit.

Code: Benchmarking van tarieven en prestaties

Beschrijving: Zorgverzekeraars vergelijken ziekenhuizen om te bepalen of tarieven en productie redelijk zijn.

Code: Medische triage van verwijzingen

Beschrijving: Specialisten beoordelen verwijzingen om te bepalen welke patiënten prioriteit krijgen bij het plannen van afspraken.

Code: Relativiteit van wachttijdindicatoren

Beschrijving: Officiële wachttijden geven niet altijd een realistisch beeld van wanneer individuele patiënten daadwerkelijk zorg ontvangen.

Code: Verschuiving van maatschappelijke naar medische problemen

Beschrijving: Problemen die oorspronkelijk sociaal of maatschappelijk zijn worden soms behandeld binnen het zorgsysteem.

Code: Prioritering op basis van urgentie

Beschrijving: Patiënten met acute of ernstigere klachten kunnen sneller toegang krijgen tot zorg ondanks langere wachttijden.

Code: Monitoring van toegankelijkheid door zorgverzekeraars

Beschrijving: Zorgverzekeraars volgen wachttijden en toegankelijkheid om knelpunten in zorgverlening te signaleren.

Code: Samenwerking bij capaciteitsproblemen

Beschrijving: Wanneer wachttijden problematisch worden zoeken zorgverzekeraars en ziekenhuizen samen naar oplossingen.

Code: Beperkte beschikbaarheid van zorgpersoneel

Beschrijving: Het tekort aan zorgprofessionals maakt uitbreiding van capaciteit moeilijk.

Code: Taakdifferentiatie binnen zorgteams

Beschrijving: Werk wordt verdeeld tussen verschillende zorgprofessionals om capaciteit efficiënter te benutten.

Code: Herontwerp van zorgpaden

Beschrijving: Zorgprocessen worden aangepast om patiënten anders door het zorgsysteem te laten bewegen.

Code: Gebruik van data voor zorgorganisatie

Beschrijving: Data en scenarioanalyse worden gebruikt om effecten van veranderingen in zorgprocessen beter te begrijpen.

Code: Alternatieve behandeltrajecte

Beschrijving: Nieuwe manieren van zorgverlening kunnen patiënten ondersteunen zonder direct specialistische consulten.

Code: Digitalisering van zorgpaden

Beschrijving: Digitale technologie wordt ingezet om consulten, monitoring en communicatie met patiënten te ondersteunen.

Code: Beperkte efficiëntiewinst van huidige digitalisering

Beschrijving: Digitale systemen leveren nog niet altijd werkdrukverlaging op voor zorgverleners.

Code: Toekomstige automatisering van digitale processen

Beschrijving: Verwachting dat technologie uiteindelijk zorgverleners minder administratief werk zal geven.

Code: Selectieve inzet van digitale zorg

Beschrijving: Digitale oplossingen zijn vooral geschikt voor patiënten die digitaal vaardig zijn en minder complexe zorgvragen hebben.

Code: Vrijmaken van capaciteit voor complexe patiënten

Beschrijving: Door digitale zorg kan specialistische capaciteit beschikbaar blijven voor patiënten met complexere zorgbehoeften.

Code: Eenzaamheid als onderliggende oorzaak van zorgvraag

Beschrijving: Sociale problemen zoals eenzaamheid kunnen leiden tot klachten of hulpvragen die uiteindelijk in het zorgsysteem terechtkomen.

Code: Individualisering van de samenleving

Beschrijving: Veranderingen in sociale structuren en gemeenschappen beïnvloeden hoe mensen met gezondheidsproblemen omgaan.

Code: Beperkte rol van zorg bij maatschappelijke problemen

Beschrijving: Niet alle oorzaken van zorgvraag kunnen door het zorgsysteem zelf worden opgelost.

Code: Belang van sociale basis en preventie

Beschrijving: Investeren in sociale ondersteuning en preventie kan bijdragen aan het verminderen van zorgvraag op langere termijn.

L - THEMATIC ANALYSIS PER TARGET GROUP

1 Patient perspective

For the patient perspective, five themes emerged from the analysis of interviews with five patients at different stages of the joint complaints pathway. The interviews were conducted prior to or directly following the first rheumatology consultation.

The themes provide insight into how patients experience the period leading up to specialist care: how they make sense of their symptoms, how they navigate the care system, and what they need in order to feel supported and understood. Together, the themes illuminate how patients' basic psychological needs as described in Self-Determination Theory are met or unmet across the pathway.

Theme 1: Patients delay seeking help until symptoms become undeniable

A recurring pattern across all five interviews is that patients do not seek help at the onset of symptoms. Instead, they enter a prolonged period of self-management, monitoring, and waiting, hoping the complaints will resolve on their own. This delay is not simply a matter of logistics or access; it reflects a deeper tendency to minimise the significance of symptoms, particularly when they are intermittent or difficult to name.

The decision to finally visit a GP is rarely made proactively. It tends to come at the point of functional breakdown, when normal activities like climbing stairs, getting up from a chair, or using one's hands are no longer manageable.

One patient described how she had waited years before seeking help, attributing her complaints to poor circulation and seasonal variation:

"Ik was nog jong, dus ik dacht dat er niet zoveel mis kon zijn. Toch begonnen de klachten vanaf de puberteit echt op te vallen."

Another described a more pragmatic approach, a conscious decision not to act until he could no longer avoid it:

"Eerst dacht ik: misschien kan ik het zelf? Op een gegeven moment werd het te erg en heb ik gewoon een afspraak gemaakt."

This pattern connects directly to the SDT need for autonomy. Patients who are uncertain about the nature and seriousness of their complaints tend to preserve a sense of control by staying outside the care system for as long as possible. Seeking help is experienced as acknowledging that something is wrong, a step that many patients resist, particularly when their social environment does not validate the severity of their experience.

While this stance can be adaptive in the short term, it also means that patients may arrive at the GP and subsequently at the rheumatologist at a relatively late stage, with more established complaints and a longer mental burden. For the system, this late entry contributes to higher demand on secondary care. For the individual, it may mean that a window for early intervention has already passed.

Theme 2: Diagnostic uncertainty creates a strong need for clarity and reassurance

Across the interviews, uncertainty about what is wrong emerges as one of the most psychologically burdensome aspects of the early care pathway.

"Bij een andere huisarts had ik het gevoel: als ik bel, dan is er ook echt iets aan de hand en dan moet ik langskomen."

Another patient described how the rheumatologist's physical examination, covering the body from neck to ankles and observing movement rather than simply pressing and moving on, was qualitatively different from what she had experienced in primary care:

"Het is niet alleen maar even knijpen en klaar. Nee, kijken wat de beweging doet. Hij was volledig in mijn ogen."

A third patient reflected on what it means to feel genuinely supported over time:

"Ik heb het gevoel dat ik nog steeds serieus word genomen. Als ik bel omdat er echt iets speelt, weet ik dat er snel wordt meegedacht. Dat geeft vertrouwen."

This theme corresponds to the SDT need for relatedness, the need for close and affirming connection with others. In a care context, relatedness is experienced through the quality of the therapeutic relationship.

Patients who feel seen as a whole person rather than a set of symptoms describe a sense of safety, trust, and motivation to engage with care. Those who feel dismissed or rushed disengage, lose trust in diagnosis and treatment, and lose confidence in the system. The relational dimension of care is not a luxury; it is a functional necessity for effective treatment.

Theme 3: Feeling heard and taken seriously is central to a positive care experience

Across all five interviews, regardless of the clinical complexity or outcome of the consultation, patients consistently identify feeling heard and taken seriously as the most important quality of a good care encounter. This is not primarily about the technical content of the consultation, but about the relational quality: whether the professional listens actively, asks open questions, takes time to understand the patient's experience, and responds with genuine attention.

One patient described the contrast between two different GP practices, one that made her feel her concerns were not urgent enough, and one that communicated genuine responsiveness:

"Bij een andere huisarts had ik het gevoel: als ik bel, dan is er ook echt iets aan de hand en dan moet ik langskomen."

Another patient described how the rheumatologist's physical examination, covering the body from neck to ankles and observing movement rather than simply pressing and moving on, was qualitatively different from what she had experienced in primary care:

"Het is niet alleen maar even knippen en klaar. Nee, kijken wat de beweging doet. Hij was volledig in mijn ogen."

A third patient reflected on what it means to feel genuinely supported over time:

"Ik heb het gevoel dat ik nog steeds serieus word genomen. Als ik bel omdat er echt iets speelt, weet ik dat er snel wordt meegedacht. Dat geeft vertrouwen."

This theme corresponds to the SDT need for relatedness, the need for close and affirming connection with others. In a care context, relatedness is experienced through the quality of the therapeutic relationship. Patients who feel seen as a whole person rather than a set of symptoms describe a sense of safety, trust, and motivation to engage with care. Those who feel dismissed or rushed disengage, delay follow-up contact, and lose confidence in the system. The relational dimension of care is not a luxury; it is a functional necessity for effective treatment.

Theme 4: Waiting times can reduce patients' sense of control

A structural frustration that runs through multiple interviews is the experience of waiting for test results, for a GP appointment, and most prominently for a first appointment with the rheumatologist. Waiting times of two months to more than six months are reported. The experience of waiting is qualitatively different across patients, depending on the severity of their symptoms and whether they receive any communication or support in the interim.

One patient received a referral letter indicating a wait of 47 working days and described her immediate emotional response:

"Ik maakte me toen echt wel zorgen over dat ik nog zo lang moest lopen met deze pijn en niet zeker wetende wat het was."

Another patient, who eventually waited over seven months for her first rheumatology appointment, described the particular frustration of needing seasonal medication that arrived too late to be effective:

"Die medicatie heb ik juist in de winter nodig, dus hier heb ik dan niet zoveel aan. Het duurde echt heel lang voordat ik daar terecht kon."

A third patient framed the psychological core of the waiting experience not as pain, but as suspended uncertainty:

"Wat vooral vervelend is, is dat je in onzekerheid leeft. Je wilt gewoon graag weten wat er met je aan de hand is zodat je verder kan met het leven."

This theme connects to the SDT need for autonomy. Patients who are waiting for specialist care are in a state of suspended agency. They have recognised that something is wrong, have set the care pathway in motion, and are now unable to move things forward. What is particularly striking is the asymmetry between what patients need during this period and what the system typically provides.

Patients need guidance, reassurance, and some sense of progress. What they most often receive is a date and silence in between. Several patients noted that even a brief communication acknowledging their situation during the wait would have significantly improved their experience.

Theme 5: Patients value transparent explanation of what is happening and why

A fifth theme concerns the importance of transparency in clinical communication, not just the content of decisions, but the reasoning behind them. Patients do not simply want to be told what is wrong; they want to understand how a professional reaches that conclusion, what the next steps are and why, and what they themselves can do to influence their condition. When this transparency is present, patients describe feeling more confident, more trusting, and better able to accept difficult news. When it is absent, they feel passive and excluded from their own care.

One patient described the positive effect of a rheumatologist who took time to explain his diagnostic reasoning in detail, including a practical detail such as why a specific oil was used for a capillaroscopy procedure:

"Hij legde bijvoorbeeld uit waarom ze slaolie gebruikten en niet een andere olie. Hij nam me daar heel goed in mee."

She reflected on why this kind of transparency was meaningful:

"Omdat je dan beter begrijpt waar iemand naartoe werkt in zijn uitleg. Dan heb ik ook meer het gevoel dat de diagnose klopt."

Another patient described how receiving a proactive phone call from her GP explaining blood test results was one of the most valued moments in her entire care experience:

"Dat ik gebeld werd door de huisarts met de uitslagen. Ik had ze wel gezien in je online dossier, maar die cijfers zeggen mij niks. Maar toen werd ik later op de middag gelijk gebeld."

This theme connects to the SDT need for competence. Patients who are given the tools to understand their situation and take appropriate action feel more capable and more effective in managing their health.

This is not about providing information in the abstract, but about offering explanations that are actionable, contextualised, and responsive to what the individual patient needs to know. A recurring structural gap in the current pathway is that patients are given access to information through portals, letters, and test results, but not always the interpretive framework to make sense of it. The quality of care is experienced not only through what is done, but through whether the patient is made a participant in the process.

2 Primary care worker

For the primary care perspective, five themes emerged from the analysis of interviews with two general practitioners, a physiotherapist, and an additional specialist GP with expertise in musculoskeletal conditions. These themes provide insight into how patients with joint complaints are currently managed in primary care and what factors influence the referral of patients to secondary care, particularly rheumatology. The themes highlight the prevalence of joint complaints in primary care, the role of clinical competence and patient demand in referral decisions, the challenge of preconceived patient beliefs, the difficulty of acceptance of chronic conditions, and the fragmented nature of lifestyle support available to patients.

Theme 1: Primary care professionals frequently assess joint complaints with varied underlying causes

Joint complaints make up a substantial share of daily practice in primary care. Both general practitioners and the physiotherapist described seeing patients with musculoskeletal symptoms on a daily basis, ranging from mild discomfort to more complex multi-joint complaints. As one GP noted:

"Van alle consulten op een hele dag zie je toch wel twee, drie minimaal met gewrichtsklachten."

The specialist GP confirmed this picture, noting from research that musculoskeletal complaints represent a significant proportion of all GP consultations, with the caseload likely even higher given the area of expertise.

However, only a small proportion of these cases involve inflammatory rheumatic disease. The majority are attributed to osteoarthritis, trauma, or other non-inflammatory conditions. This creates a structural competence challenge for primary care professionals: they must continuously filter a high volume of patients with a relatively low likelihood of severe pathology, while at the same time ensuring that the rare serious case is not missed. As one GP described, true rheumatic presentations are genuinely uncommon in daily practice:

"Het meeste wat ik doorstuur is geen reuma. Ik denk eens in de twee, drie jaar dat ik echt reuma-achtige klachten zie."

What makes this challenge particularly demanding is not just the rarity of inflammatory disease, but the clinical complexity of identifying it. The specialist GP emphasized that recognizing joint pathology requires more than knowledge alone. It demands the ability to ask the right questions, interpret the answers in context, and translate findings from physical examination into a working diagnosis. Colleagues regularly miss visible signs that a more experienced professional would consider unmistakable:

"Ik heb wel eens een patiënt gezien waarbij de collega tegen mij zegt: ik zie niks aan dat gewricht. En ik zie dan een daverende zwelling. Dat is dus echt leren zien. Je gaat het pas zien als je het doorhebt."

This imbalance means that much of the work in primary care revolves around distinguishing between relatively harmless and potentially serious conditions. The process requires careful assessment, but it is complicated by the overlap in symptoms between different conditions and the limited time available per consultation. Physiotherapists face a similar challenge: they are not permitted to diagnose, yet must work with patients who often arrive without a clear diagnosis, relying instead on clinical pattern recognition and symptom assessment to guide their treatment.

Theme 2: Patient expectations can influence referral decisions alongside clinical judgement

A recurring pattern across the GP interviews was that referral decisions are not always made on purely clinical grounds. GPs described regularly feeling pressured to refer patients who do not strictly need specialist care, simply because the patient insists or because the GP wants to offer reassurance. One GP was direct about this:

"Soms zijn mensen niet te overtuigen. En ik wil binnen de huisartsenpraktijk een goede band met mensen houden, want ik wil ze terugzien."

This dynamic directly undermines autonomous clinical judgment. The professional may know that a referral adds little medical value, but the relational and practical cost of refusing can feel too high. The result is that a portion of referrals to rheumatology are driven not by clinical indication but by patient expectation, which inflates demand in secondary care without a corresponding clinical need.

The specialist GP added an important layer to this pattern. Unnecessary referrals are not only driven by patient pressure, but also by a lack of clinical confidence and insufficient consultation skills on the part of the referring GP. When a professional is uncertain about their own assessment, it becomes harder to stand firm when a patient pushes back. And when the tools to bring the patient along in a shared reconsideration are lacking, the path of least resistance is to refer. One approach to navigate this was described as follows:

"Als je zegt: nee, het gebeurt niet, dan kom je in tegenpolen tegenover elkaar en dan word je tegenstander. Terwijl als je zegt: ja, dat kan, maar zullen we samen even kijken? Dan neem je ze mee in het proces."

A structural asymmetry in how GPs experience the consequences of their decisions further reinforces this pattern:

"Ik heb nog nooit een klacht gekregen voor het aanvragen van een foto. Ik heb wel een klacht gekregen om het niet te doen."

This asymmetry means that ordering additional diagnostics or making a referral feels safe, while withholding them carries reputational risk. The result is a system in which giving in to patient demand is consistently rewarded, and standing firm on clinical judgment is not.

The specialist GP confirmed that even within a practice where colleagues have the option to seek direct consultation, too many patients are still being referred to rheumatologists and orthopedic surgeons who could have been managed in primary care:

"Dan lees ik de brieven en zie ik dat ze teruggestuurd worden en denk ik: die had gewoon naar mij gekund en had ik hetzelfde advies kunnen geven als de specialist."

Theme 3: Patients often enter consultations with existing ideas and expectations

Patients increasingly arrive at primary care consultations having already formed a picture of what they have and what they need. This image is shaped by online research, stories from friends and family, or experiences of people close to them with similar complaints. The physiotherapist described how this is particularly visible in patients from certain cultural backgrounds, where fixed beliefs about joint conditions directly conflict with the treatment approach:

"Als iemand artrose heeft met een achtergrond uit het zuiden, denk aan Turkije, Italië, Spanje, dan zijn ze nog heel erg gericht op het gewricht: het mag niet kapot, je mag het niet bewegen. Terwijl dat eigenlijk exact het tegenovergestelde is van wat je zou moeten doen."

The specialist GP added a different dimension to this theme. Some patients arrive not only with a fixed self-diagnosis, but with the conviction that their complaint is too unique or complex for a GP to handle at all. This belief makes them less open to the GP's assessment from the outset and more inclined to push for a specialist referral. Addressing this requires both clinical credibility and communication skill:

"Patiënten kunnen denken: ik ben de enige die deze klacht heeft, dit is heel iets unieks of specifieks, dat kan de huisarts niet. En dan ga je gewoon het gesprek aan."

The problem is fundamentally relational. When a patient arrives already convinced of their own diagnosis or treatment preference, genuine connection and mutual trust become difficult to establish. Without that trust, the professional's explanation does not land effectively, and the consultation risks becoming a negotiation rather than a shared clinical conversation. Managing this requires extra time and communication skill, both of which are in short supply in primary care.

Theme 4: Acceptance of chronic complaints plays an important role in treatment progress

Both GPs and the physiotherapist described acceptance as one of the most persistent challenges in treating patients with joint complaints. Many patients find it genuinely difficult to accept that their complaints are chronic, that they will not simply go away, and that the most meaningful response is not a medical intervention but a change in how they live. The physiotherapist put it clearly:

"Sommige mensen die worden daar eigenlijk depressief van. Het is zeker ook psychisch best wel heftig. Ik zou me niet kunnen voorstellen om elke dag met zoveel pijn te moeten leven."

The autonomy component is at the heart of this theme. Rather than taking ownership of their health situation and acting on lifestyle advice, many patients continue to look to the healthcare system for an external solution. They return repeatedly to the GP, the physiotherapist, or the specialist, hoping for a different answer or a treatment that will resolve their symptoms without requiring effort on their part. The specialist GP confirmed this pattern, noting that patients generally prefer a passive solution:

"In zijn algemeenheid hebben patiënten liever een pilletje. En dat zullen ze zelf natuurlijk ontkennen, maar ze hebben liever een pilletje dan dat ze actief iets moeten gaan doen."

This dynamic is compounded by the fact that GPs themselves do not consistently guide patients through the non-medical options available to them. The stepped care model for osteoarthritis, which places lifestyle and exercise therapy at the foundation of treatment, is significantly underused in practice. Far fewer patients are referred for exercise therapy than the evidence recommends, even though it is considered a first-line intervention. The physiotherapist also described how patients who do manage to accept their condition tend to respond significantly better to treatment. Acceptance reduces stress, which in turn reduces one of the key barriers to recovery:

Empowered to Care

"Negativiteit brengt stress op, stress levert herstelbelemmering op. Om een cirkeltje rond te maken."

Theme 5: Support around lifestyle factors is available in fragments across the care pathway

Physiotherapy addresses movement and exercise, but joint complaints are influenced by a much broader set of factors including nutrition, sleep, stress, workload, and mental wellbeing. The physiotherapist was explicit about the limits of what the profession can offer in isolation, and about the gap this creates for patients who need more comprehensive support:

"Als jij je lichaam geen brandstof geeft en geen rust geeft om te herstellen, dan kunnen wij wel hoog of laag springen qua oefentherapie. Maar dan gaat het gewoon niet vooruit. Alleen, ze krijgen het niet aangereikt, dus ze weten niet dat het er is."

One GP described the need for a kind of joint consultant who could provide integrated guidance on musculoskeletal complaints without requiring a full specialist referral:

"Wat je eigenlijk zou moeten hebben is een soort gewrichtsconsulent. Dan een gedeelte van de mensen zou ik denk ik daarheen sturen en niet naar de reumatoloog."

The relatedness need is unmet here. Patients lack a consistent point of contact who can support them across all dimensions of their lifestyle and who sees them as a whole person rather than as a single complaint. Care is distributed across different disciplines: GP, physiotherapist, possibly a dietitian or lifestyle coach. But these professionals rarely work in an integrated way, and the coordination between them depends largely on the initiative of the patient themselves.

The specialist GP noted that this is beginning to change. Osteoarthritis care networks bringing together GPs, physiotherapists, and orthopedic surgeons are currently being developed at a national level, with support from national health institutions. However, implementation remains in an early transition phase:

"Er worden nu artrose zorgnetwerken opgezet door huisartsen, fysiotherapeuten en orthopeden, landelijk. Daar zitten we nu in een transitiefase."

The absence of this integrated support structure means that patients who need more than exercise therapy alone are either left without adequate guidance or end up in secondary care not because they need specialist diagnosis but because there is no other place in the system equipped to address their needs holistically.

3 Secondary care worker

For the secondary care perspective, six themes emerged from the analysis of interviews with rheumatologists, a rheumatology nurse, and a doctor's assistant across five hospitals. These themes provide insight into how patients with joint complaints are currently managed within rheumatology outpatient settings, and which factors influence the balance between care capacity and the demand for care. The themes highlight the structural constraints of the financing model, the gap between patient expectations and specialist expertise, the role of trust and time in the consultation, the influence of patient health behaviour, and the way the referral system shapes decision-making at the gate to secondary care.

Theme 1: Consultation duration is structured at department level, which can limit flexibility

Rheumatology departments determine consultation durations collectively, balancing the financial sustainability of the hospital with the needs of their patient population. The time allocated per appointment is shaped by production agreements between hospitals and health insurers, which set boundaries on the number of patients that can be treated and the associated costs. First consultations typically last thirty minutes, follow-up appointments ten to fifteen. While this structure ensures consistency and financial stability, it can limit the flexibility to adapt consultation time to what an individual patient requires, particularly when extensive explanation is needed or when language and education barriers slow communication.

When a patient leaves a consultation without fully understanding their diagnosis, they often return with the same unresolved questions, either to the specialist or to their GP. This creates additional demand rather than resolving it. One rheumatologist described this tension directly:

"Ik kom vaak best wel in de knoop doordat patiënten en ik een ander woordenboek hebben, waardoor we elkaar niet altijd begrijpen. Dan is 10 minuten in een consult vaak te kort om goed iets uit te kunnen leggen."

A straightforward response might be to expand capacity by hiring additional specialists. In practice, however, this is not a decision a rheumatology department can make unilaterally. Production agreements between hospitals and health insurers set boundaries on the number of patients that can be treated and the associated costs. One rheumatologist illustrated this, noting that hiring an additional rheumatologist would reduce the waiting list but also attract more patients, raise total care expenditure, and ultimately shift costs onto collective insurance premiums. Departments therefore consciously weigh this decision, viewing careful capacity management as a contribution to controlling broader healthcare costs. As one rheumatologist put it:

"Wij proberen dus ook bewust bij te dragen aan beheersing van de zorgkosten, door niet automatisch op te schalen als er een wachtlijst is."

This means that the pressure rheumatologists experience daily cannot simply be absorbed by adding more capacity. The system is deliberately bounded, and the constraints on time and staffing are structural rather than incidental. Any solution to the imbalance between care demand and capacity must therefore work within these boundaries, or explicitly address the agreements and incentives that shape them.

Theme 2: GPs may have limited support in confidently assessing which referrals are needed

A large share of patients referred to rheumatology do not have an inflammatory rheumatic disease. Across all hospitals visited, rheumatologists consistently described receiving referrals for patients with osteoarthritis, chronic pain, or fibromyalgia, conditions that do not require specialist intervention and that could in principle be managed within primary care. This pattern points to a competence gap at the GP level: not a lack of general medical knowledge, but a specific difficulty in confidently ruling out rheumatic conditions.

For a GP facing a patient with joint complaints, the clinical picture is often ambiguous. Symptoms overlap between inflammatory and non-inflammatory conditions, and the consequences of missing a serious diagnosis are significant. In this context, referral becomes a strategy for managing diagnostic uncertainty rather than a clinical indication in its own right. One rheumatologist described this dynamic clearly:

"Het komt ook voor dat in de verwijzing staat dat de huisarts zelf geen duidelijke indicatie voor verwijzing zag, maar dat de patiënt aandrong."

This uncertainty is compounded by generational shifts in primary care. Several participants noted that older GPs, particularly those in rural areas who had practised for decades with a high degree of autonomy, tended to filter referrals more carefully, relying on accumulated clinical experience.

Younger GPs and locums, working under greater time pressure and with less experience in musculoskeletal assessment, tend to refer more readily. One rheumatologist observed that this shift is already visible in referral patterns:

"De invallers of wisselende huisartsen hebben veel minder ervaring en die verwijzen sneller."

Where tools exist to support GPs, such as the meedenkconsult, a digital mechanism through which GPs can ask for specialist advice without committing to a full referral, they demonstrably reduce unnecessary referrals. However, these tools are not universally available and depend on individual relationships between GPs and hospitals rather than any structural provision.

Theme 3: There can be a mismatch between specialist expertise and patients' support needs

Even when a referral to rheumatology is clinically legitimate, a substantial proportion of patients who arrive at the outpatient clinic cannot be helped in the way they expect or need. Rheumatologists are trained diagnosticians with expertise in inflammatory and systemic rheumatic diseases.

For patients with osteoarthritis or chronic pain, who make up a large share of the outpatient population, the honest clinical conclusion is that no specialist intervention is available. What these patients need is lifestyle guidance, pain acceptance support, and ongoing coaching, none of which falls within the core expertise or available time of a rheumatologist. This creates a structural mismatch. The patient has been referred to the right place administratively, but to the wrong place clinically.

One rheumatologist described this candidly:

"Aan de ene kant is dat inderdaad zonde van onze expertise, want als de huisarts dat zou kunnen doen, dan zouden wij weer meer andere dingen kunnen doen. Meer echte inflammatoire dingen."

The mismatch is not simply a matter of efficiency. It also shapes the patient experience in ways that generate further demand. A patient who waits months to see a specialist, only to be told that nothing medically can be done, is less likely to accept that message than a patient seen quickly in a familiar setting by someone they trust. The longer the wait, the higher the expectation, and the greater the disappointment when the consultation cannot deliver what was hoped for. Several participants noted that patients in this situation often seek a second opinion or return to their GP unsatisfied, keeping them circulating within the system.

Rheumatologists across different hospitals were consistent in their view that these patients deserve to be helped.

The question is not whether to help them, but where and by whom. As one put it:

"Deze patiënten moeten uiteindelijk ook geholpen worden. En soms kunnen ze gewoon niet goed genoeg geholpen worden door de huisarts voor hun gevoel en komen ze bij ons terecht."

Theme 4: Building trust with patients requires more time and continuity than the system allows

For patients with non-inflammatory complaints, the clinical content of the consultation, the diagnosis, the advice, the explanation, is only part of what determines whether care is effective. The other part is relational: whether the patient feels genuinely heard, whether they trust the person speaking to them, and whether that trust is strong enough to allow them to accept an uncomfortable message. Accepting that joint pain is caused by lifestyle, stress, or ageing, and that no medical solution exists, requires a degree of psychological readiness that cannot be created in a single brief consultation.

Rheumatologists are aware of this. Several described consciously trying to manage expectations from the first moment of contact, framing the consultation carefully to avoid later disappointment. One nurse described routinely addressing expectations before the consultation even began:

"Soms ga ik er ook gelijk al dat ik het gelijk op tackelt als ze binnenkomen. Dat ik gelijk zeg: u wacht misschien een wonder pilletje, maar dat hebben we helaas niet."

But awareness of the relational dimension does not resolve the structural problem. Rheumatologists typically see a patient once or twice. There is no continuity, no accumulated trust, and no time to build the kind of therapeutic relationship in which difficult messages can land. When a patient does not accept the diagnosis or cannot act on lifestyle advice, they return, to the specialist, to the GP, or to another hospital.

The absence of relational continuity in secondary care keeps a portion of the patient population in perpetual circulation, adding to demand without resolving the underlying need.

The contrast with nurses is instructive. Several participants noted that rheumatology nurses, who spend more time with patients, speak in more accessible language, and operate in a less hierarchical dynamic, are often more effective at achieving genuine patient understanding and acceptance. At the same time, this support is often limited to a single consultation, after which patients usually cannot return easily for follow-up. This suggests that the relational work is possible within the system, but is not yet structurally embedded with enough continuity.

Theme 5: Lifestyle-related complaints often enter the healthcare system as medical questions

A recurring observation across all interviews was that a significant proportion of patients arrive in secondary care with complaints that are causally connected to how they live, including sedentary behaviour, excess weight, chronic stress, poor sleep, and demanding working conditions, but who are not yet ready to take ownership of that connection.

Instead, they enter the medical system looking for an external explanation and a treatment that will resolve their symptoms without requiring behavioural change. One rheumatologist described this pattern in broad societal terms:

"Het is voor veel mensen makkelijker om te denken dat er een specifieke ziekte is die je met een pil kunt oplossen, dan dat je moet accepteren dat klachten samenhangen met leefstijl of ouder worden."

This dynamic places healthcare professionals in a difficult position. They can diagnose accurately and explain clearly, but they cannot create the patient's willingness to change. Lifestyle advice, to move more, reduce weight, manage stress, and stop smoking, is clinically well-supported and often the most meaningful intervention available. But it requires the patient to act, and many patients are either not ready or not able to make those changes within their current circumstances. One nurse described the difficulty of this honestly:

"Gedragsverandering, zoals gezond eten, afvallen en voldoende blijven bewegen, blijft in de praktijk lastig. Het zijn adviezen die ik bij veel verschillende aandoeningen belangrijk vind, maar het effect is vaak minder snel zichtbaar dan bij een simpele medische oplossing."

Several participants reflected on this as a deeper societal shift, a gradual erosion of the expectation that individuals are responsible for their own health.

Where previous generations may have accepted pain as part of ageing or hard work, current patients are more likely to seek a medical explanation and a medical solution. This does not mean their suffering is less real; it means that the healthcare system is absorbing demand that originates outside its boundaries, and that resolving it requires changes that lie equally outside the system's reach.

Theme 6: Current referral structures leave limited space for intermediate forms of consultation

The structure of the referral pathway between primary and secondary care shapes the decisions that are made within it, often in ways that inflate demand rather than calibrate it. In the current system, GPs face a dilemma when a patient presents with joint complaints: refer fully, or manage the situation themselves. There is limited structural provision for a middle ground in which a GP can quickly consult a specialist, adjust their approach, and avoid a referral altogether.

Where that middle ground does exist, in the form of the 'meedenkconsult', it works. One rheumatologist who uses it routinely estimated that approximately three quarters of cases result in a recommendation not to refer, or to try a different approach first:

"Ik weet wel dat we gewoon bij ik denk drie kwart van de meedenkadviezen zeggen: joh, probeer dit nog eens of hoef niet te verwijzen."

Yet the 'meedenkconsult' is not universally available. Its existence depends on individual initiative by rheumatologists and the willingness of local GP practices to engage with it.

It is not embedded as a standard step in the referral pathway, which means that in most settings, the binary choice remains. A second structural dynamic compounds this problem. When a hospital has a short waiting time, GPs subconsciously lower their threshold for referring. If a patient can be seen within two weeks, the decision to refer feels lower-stakes and requires less justification. As one rheumatologist described it:

"Ik geloof er heilig in dat als je aanbod creëert, dat er ook vraag gecreëerd wordt. Als je maar hele korte wachttijden hebt gaat de huisarts niet meer nadenken of proberen, omdat de patiënt dan snel terecht kan."

This creates a paradox: hospitals that improve their efficiency and reduce waiting times may attract more referrals as a result, rebuilding the pressure they worked to reduce. The referral system, as currently structured, does not reward careful gatekeeping but rewards access. Until the system offers GPs better tools for nuanced decision-making, and until referral incentives are better aligned with clinical necessity, the gate between primary and secondary care will remain more permeable than the capacity of secondary care can sustainably absorb.

4 Systemic perspective

For the systemic perspective, four themes emerged from the analysis of an interview with a care contracting manager at a Dutch health insurer responsible for contracting medical specialist care. This perspective offers a unique view on the structural and financial frameworks that shape the balance between care capacity and demand, sitting above the level of individual hospitals and care providers.

The themes highlight the national boundaries on care volume growth, the structural drivers of rising demand, the absorption of social problems by the healthcare system, and the potential and limitations of digitalisation as a response to capacity pressure.

Theme 1: The volume of specialist care cannot grow at a national level

Healthcare insurers do not operate in isolation when making agreements with hospitals. They function within a nationally determined macro framework that sets boundaries on how much specialist care can grow in volume from year to year. Compensation is provided for inflation and collective labour agreement effects, but on the level of actual care volume, growth is structurally restricted. This means that even when demand rises, simply contracting more care is not a straightforward option available to insurers or hospitals.

This framework exists for a reason. The financing of healthcare depends partly on tax revenues, and exceeding the nationally agreed boundaries would require insurers to raise premiums significantly, shifting the financial burden onto the collective. As the interviewee explained:

"Op volume, dus op aantallen, hoeveelheid zorg mag er eigenlijk niet meer gegroeid worden. En daar heb je je ook gewoon in te verhouden."

The practical consequence is that rising demand cannot simply be met with rising supply.

When a hospital signals a structural bottleneck, the conversation between insurer and hospital quickly shifts from adding capacity to finding smarter solutions within existing boundaries. Adding more rheumatologists, for example, is not only a staffing challenge but also a financial and contractual one. This structural ceiling on growth makes it all the more important to address the underlying drivers of demand rather than simply expanding the system to absorb them.

Theme 2: Growing demand is driven by ageing, lifestyle and rising treatment possibilities

The demand for specialist care is not rising for a single reason but as the result of several converging structural trends. The population is ageing, and the group of people over eighty is growing both in absolute numbers and relative to the working-age population that provides care. At the same time, conditions that were once fatal have become chronic through medical progress, meaning that more people are living longer with complex care needs. On top of this, lifestyle-related diseases are increasing in prevalence, driven by factors such as sedentary behaviour, obesity, and chronic stress.

Together these trends create what the interviewee described as a growing and increasingly urgent gap between care supply and care demand:

"Je ziet eigenlijk een steeds nijpender aanbod door personeelstekort in de zorg en een steeds grotere zorgvraag. Enerzijds door die demografie, anderzijds ook doordat er steeds meer mogelijk is."

What makes this particularly challenging is that the system currently lacks the tools and capacity to respond adequately to this structural growth. The workforce is not expanding at the pace needed, and the way care is organised has not fundamentally changed to reflect the new reality. Rising demand is being absorbed by the same structures that existed when demand was lower, creating mounting pressure throughout the system.

Theme 3: Part of the care demand is a social problem, not a medical one

One of the most striking observations in the interview was the extent to which demand entering the healthcare system does not originate from medical problems but from social ones. Loneliness, the individualisation of society, the erosion of informal social networks, and the decline of community support structures all generate a form of need that people increasingly bring to the healthcare system because there is nowhere else to bring it. As the interviewee put it:

"Heel veel zorg is eigenlijk verkapt problemen met een steeds individualiseren van de samenleving. Maar dat is geen zorgprobleem, dat is een maatschappelijk probleem."

This dynamic places the healthcare system in a structurally impossible position. It is not equipped to solve social problems, and absorbing them does not resolve them. Yet the system continues to take them on because patients do not have sufficient autonomy or alternative pathways to address these needs elsewhere.

The result is that a portion of care demand is essentially unsolvable within the healthcare system, yet continues to consume capacity.

The interviewee was clear that this distinction, between what is a healthcare problem and what is a social problem, needs to be made much more explicitly at a policy level. Current government measures aimed at reducing healthcare costs focus primarily on restricting care use, without investing in the social infrastructure that would actually reduce the underlying demand. This is a missed opportunity:

"Als je dat doet, maak er dan een integraal plan van en zie dan ook waar die zorgvraag vandaan komt. En investeer daar dan in."

Theme 4: Digitalisation offers capacity relief but only if implemented thoughtfully

Digitalisation is widely seen as one of the most promising responses to the growing gap between care supply and demand. Digital care pathways can allow a significant portion of patients to be monitored and supported remotely, freeing up physical capacity for those who genuinely need in-person contact.

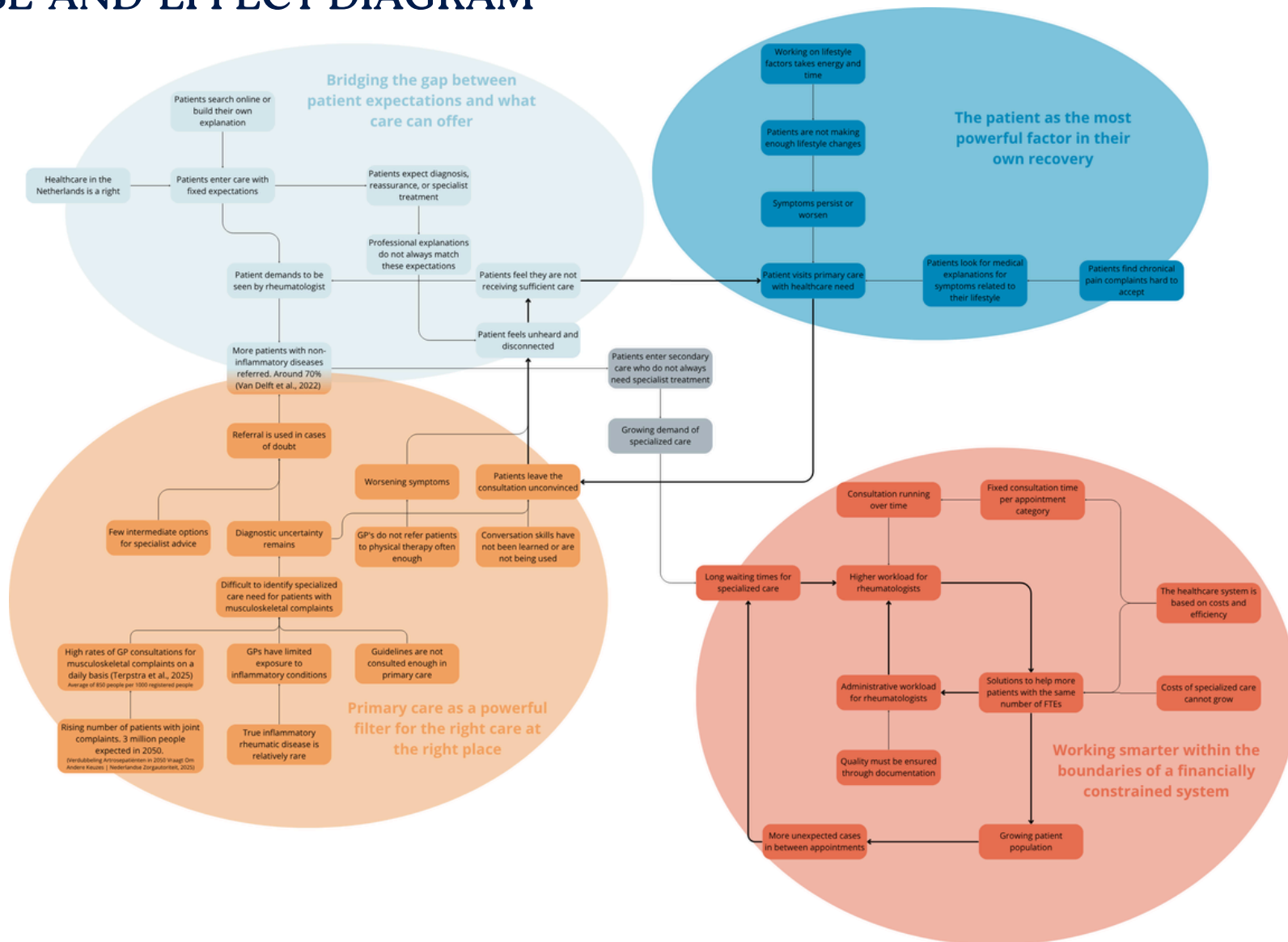
The interviewee expressed optimism about this direction, particularly the potential for a next wave of digitalisation in which the administrative burden for care providers is substantially reduced rather than increased:

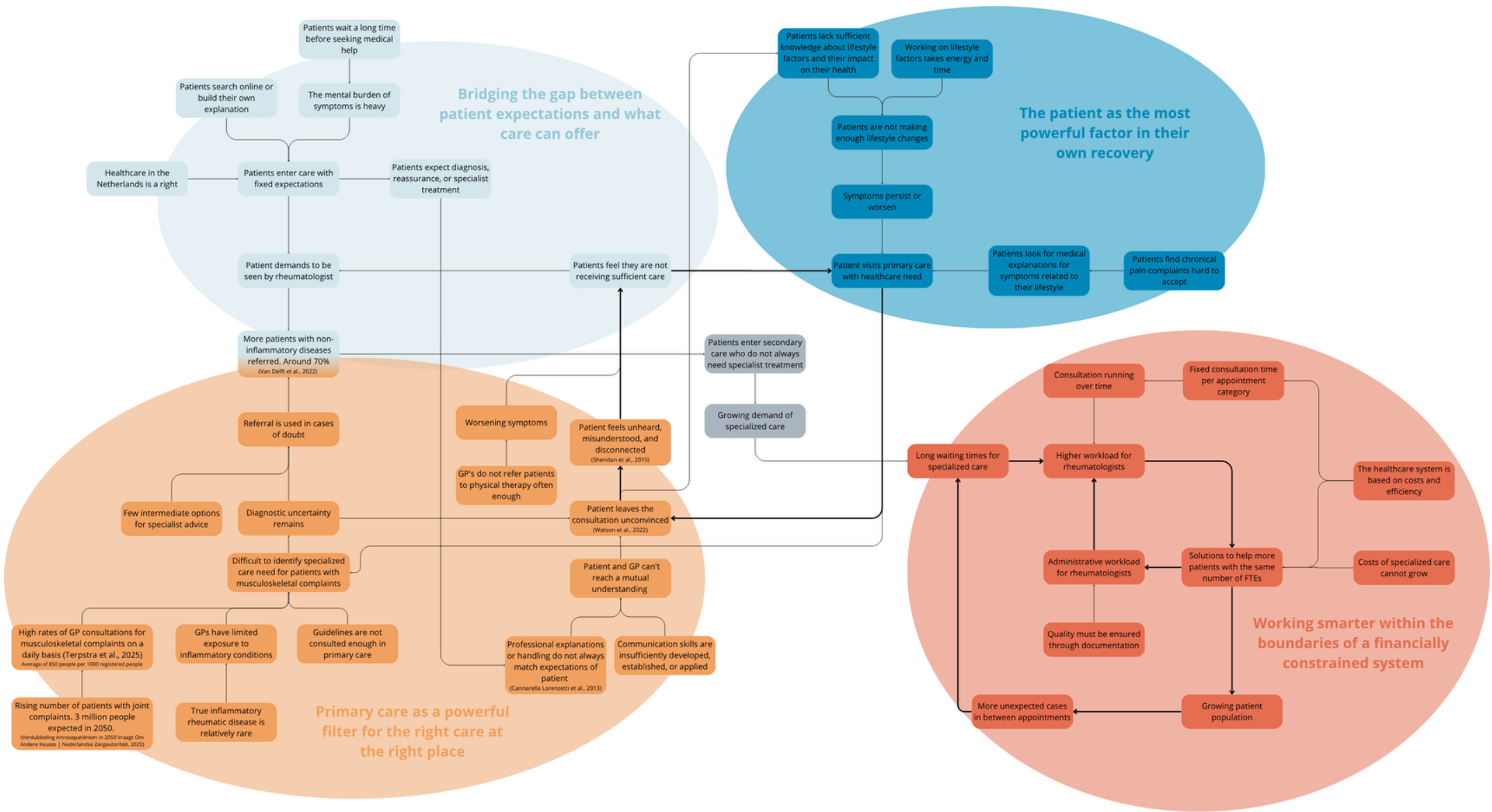
"Ik hoop op een volgende slag van digitalisering waarbij een arts en de gespecialiseerd verpleegkundigen eigenlijk daar geen of nauwelijks werk meer aan hebben, waardoor zij zich kunnen richten op die populatie die in het ziekenhuis zal blijven komen."

However, she was equally clear that this potential is not yet being realised. Current digital tools still place a heavy burden on care providers, who spend significant time managing digital systems rather than being freed from administrative work. The organisational and technical competence required to implement digitalisation in a way that genuinely reduces workload has not yet been fully developed.

There is also an equity dimension to this challenge. The patients most likely to benefit from digital pathways are those who are digitally skilled and health literate, while the patients who will continue to need physical care are often those with language barriers, limited health literacy, or complex social circumstances. A thoughtful implementation of digitalisation must therefore actively ensure that efficiency gains for one group do not come at the cost of reduced access or quality for another.

M - PREVIOUS VERSIONS OF THE CAUSE-AND-EFFECT DIAGRAM





N - BRAINSTORM SESSION PLAN

Goal

The aim of this ideation workshop was to generate a broad set of initial design opportunities based on the themes and identified in the earlier thematic analysis and cause-and-effect mapping. More specifically, the session was organized to explore how the insights from the analysis could be translated into possible intervention directions for the patient journey. The workshop focused on generating ideas rather than evaluating or selecting final concepts.

Set-up

The workshop took place at the faculty, where all participants were seated around one large table to support a shared and collaborative working setting. The session was supported by a short presentation that introduced the project context, the purpose of the workshop, and the How Might We questions. In addition, the cause-and-effect diagram was displayed on a large screen throughout the session so participants could refer back to it whenever needed for context or inspiration. Materials for the session included A3 sheets, sticky notes, and markers.

The workshop was set up as a brainwriting session with rotating sheets. This format was chosen because it allows participants to contribute individually, build on each other's ideas, and generate a relatively large number of ideas within a limited amount of time. It also reduces the risk of a group discussion being dominated by one or two participants and helps maintain a clear focus on idea generation. As shown in the time schedule in Appendix X, the session was designed as a structured one-hour activity.

Participants

A total of five participants took part in the session. The participants were fellow master's students who were not directly involved in the project itself. They were invited to contribute as external creative thinkers and to provide fresh perspectives on the themes and questions.

Their relative distance from the project was considered valuable, as it allowed them to respond openly and creatively to the questions without being strongly influenced by existing assumptions or project-specific preferences.

Introduction to the session

At the start of the session, the project context was briefly introduced. This introduction focused on the broader context of joint complaints and osteoarthritis care, the main themes that had emerged from the analysis, and the purpose of the workshop. The participants were told that the goal of the session was not to develop polished concepts, but to generate as many relevant and diverse ideas as possible that could later be clustered and translated into design opportunities.

Instructions

After the introduction, the participants received an explanation of the workshop format. Eight separate sheets were placed on the table, each containing one How Might We question. The participants were instructed to work in silence and to write down short, concrete ideas directly on the sheets or on sticky notes. They were encouraged to focus on quantity, to build on ideas that had already been written down by others, and to make ideas more specific where possible.

Long explanations were discouraged; instead, participants were asked to formulate ideas briefly and clearly.

Every four minutes, the participants rotated to another sheet. In total, the session consisted of eight rounds of four minutes, allowing each participant to contribute to all eight questions over the course of the exercise. The exact structure and timing of the workshop are presented in the accompanying table and time schedule in the appendix.

Reflection and clustering

After the brainwriting rounds, all sheets were reviewed collectively. The ideas generated during the session were then clustered into broader directions and recurring patterns. This helped identify overlaps between ideas, shared themes, and promising opportunity areas. These clusters formed the basis for identifying possible design opportunities for the next phase of the project, particularly for the further development of the patient journey and subsequent concept generation.

How Might We questions

The How Might We questions used in the workshop were grouped under three themes.

Bridging the gap between patient expectations and what care can offer

How might we make it clearer to patients what care can and cannot offer at different points in the care pathway?

How might we better respond to patients' wishes, needs, and expectations during their care journey?

Primary care as a powerful filter for the right care at the right place

How might we create more diagnostic certainty for GPs and patients when assessing joint complaints?

How might we improve mutual understanding between GPs and patients during consultations about joint complaints?

How might we help GPs gain a clearer overview of alternative care pathways and involve patients in choosing between them?

The patient as the most powerful factor in their own recovery

How might we help patients accept chronic joint complaints?

How might we help patients understand when joint complaints are related to lifestyle and daily habits?

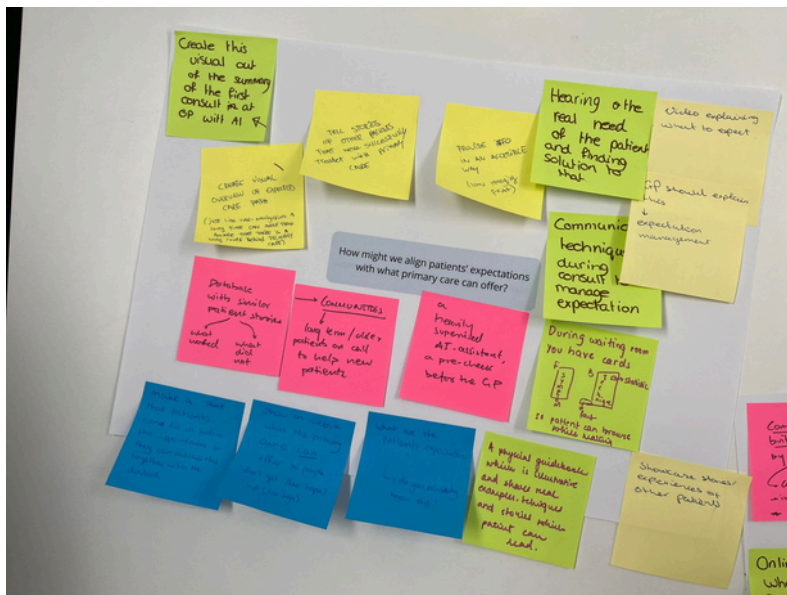
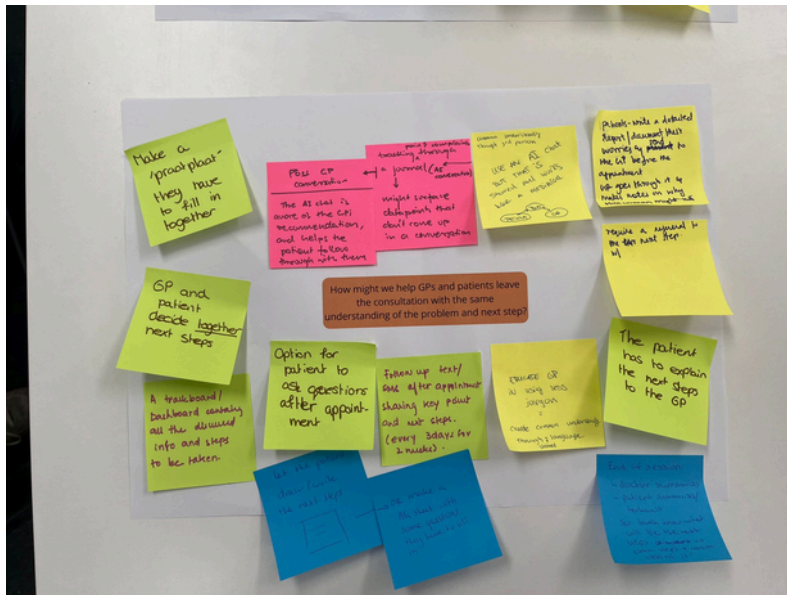
How might we support patients in making lifestyle changes to manage their joint complaints?

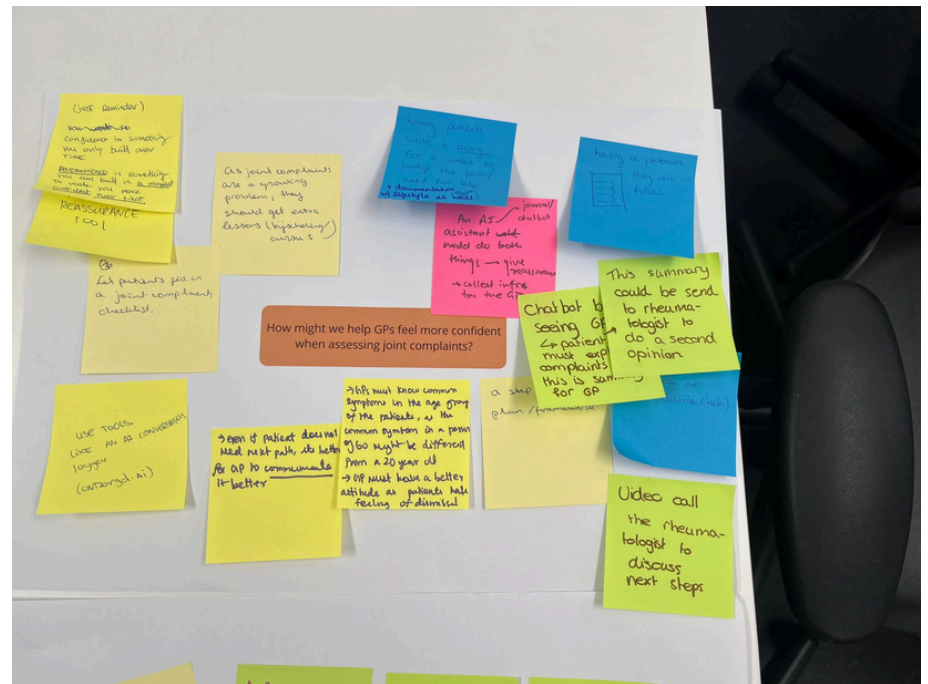
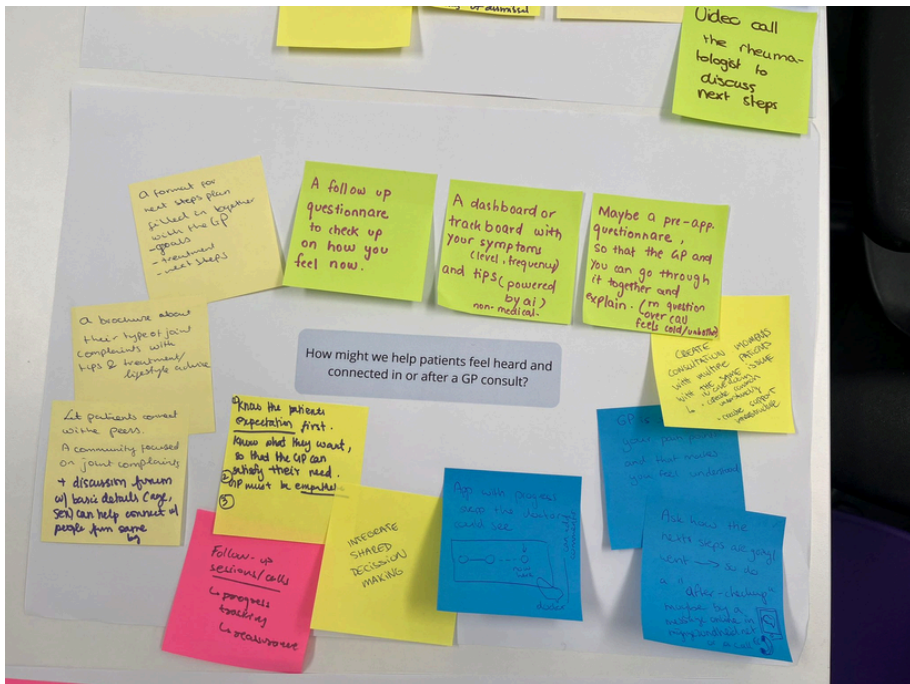
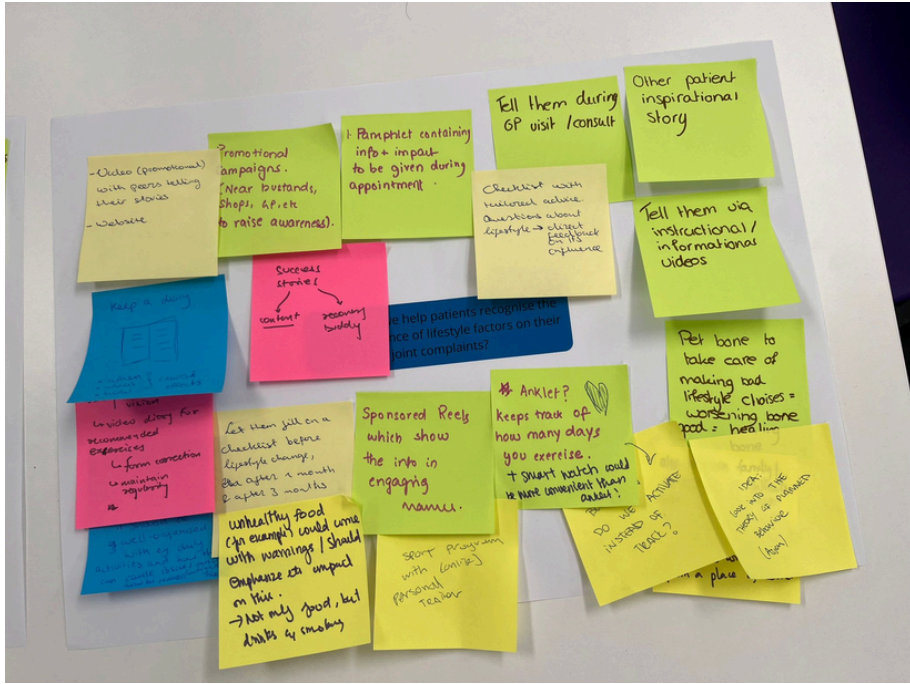
Output

The output of the workshop consisted of a first collection of ideas, patterns, and early opportunity areas linked to the identified themes. These outcomes were used as creative input for defining promising design opportunities within the patient journey.

Time	Activity	Assignment	Explanation
12:30–12:40	Introduction	Listen to the project introduction and review the themes and HMW questions	The session starts with a short explanation of the graduation project, the broader context of joint care, and the purpose of the workshop. The three themes and eight How Might We questions are briefly introduced so participants understand the focus of the ideation session.
12:40–12:42	Instructions	Prepare for the brainwriting exercise	Participants receive an explanation of the workshop format. Eight sheets are placed in the room, each containing one How Might We question. Participants work in silence and write down as many ideas as possible. After every four minutes, they move to another sheet and build on the ideas already written down.
12:42–13:14	Brainwriting rounds	Generate ideas for all eight HMW questions	Participants rotate through the eight sheets in eight rounds of four minutes. During each round, they add new ideas, refine previous suggestions, or combine existing thoughts. This format supports rapid idea generation while allowing participants to build on each other's input.
13:14–13:24	Clustering	Group similar ideas and identify patterns	After the writing rounds, all sheets are reviewed collectively. Similar ideas are clustered into broader directions or recurring patterns. This helps reveal which kinds of interventions, touchpoints, or themes appear most promising across the different HMW questions.
13:24–13:30	Wrap-up	Reflect on the most relevant directions	The session ends with a short discussion of the most interesting clusters and the main insights from the workshop. These outcomes serve as input for identifying design opportunities and for the further development of the patient journey.

O - BRAINSTORM SESSION OUTCOMES





Title cluster: PEER SUPPORT

Buddy system
↳ someone who is more experienced helps someone less experienced

Group therapy


Meet people that have the same thing

Let patients connect with the peers. A community focused on joint complaints + discussion forums w/ basic details (age, sex) can help connect w/ people from same by ^{class} ^{type} recovery buddy

A support group where patients meet, share and tips work together on steps.

Make sure they have a friend/family member who joins them.

-Videos (promotional) with peers telling their stories
- Website

Give space and time to discuss lifestyle changes they would need to make, to live with or recover from their pain.

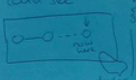
Stay that they are not alone in this
↳ campaign
↳ Facebook group
↳ community platform
↳ meet people who share their experiences and support relationships

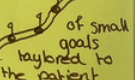
OR Health Blocks
STARTING SHARING
↳ running a live community

Share patient stories of people with similar complaints.

Community building, led by nurses ^{around diff points}
↳ Group support
↳ into a support

Title cluster: Tracking

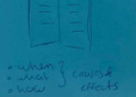
App with progress over the doctor and see 

Visual pathway of small goals layered to the patient 

having patients write a diary for a week to judge the pain/ need for help + documentation w/ lifestyle as well.

Let them keep a diary and make their habit with a X (cross) → they will ask themselves what causes the habit and this can be changed

They should be able to log it into an app

Keep a diary 

A trackboard/ dashboard containing all the discussed info and steps to be taken.

Let patients fill in a joint complaints checklist.

CREATE VISUAL OVERVIEW OF EXPECTED CHIEF PAIN
 (not like one investigation a long time one make more than one make more than one)

Create this visual out of the summary of the first consult in at GP with AI

Using computer vision
 ↳ video diary for recommended exercises
 ↳ form correction
 ↳ maintain regularly

* Ankle?
 keeps track of how many days you exercise.
 + smart watch could be more convenient than a watch

Put bone to take care of making bad lifestyle choices = worsening bone
 good = healing bone

A physical goal which is to and shows examples, help and chronic patient

A small widget which nudges them to take small daily steps + track.

Title cluster: Education

Educate the younger population so they can convey this to their parents/grandparents, as they have a higher chance of listening to their family (trust is better)

An event/expo of alternative care pathways where GPs and patients can learn more about possibilities

Explain the theory behind that it is better to take small steps instead of big steps for long-term behaviour change

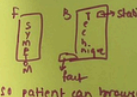
1024
 look into the theory of behaviour change (Pain)

Title cluster: PRE-PRIMARY CARE

Title cluster: PRE-PRIMARY CARE

Make a smart that patients bring fill in before the appointment so they can discuss this together with the doctor

As joint complaints are a growing problem, they should get extra lessons (bijzetting) cursus

During waiting room you have cards
 
 so patient can browse while waiting

Video call the rheumatologist to discuss next steps

Video explaining what to expect

a heavily supervised AI-assistant, a pre-check before the GP

Maybe a pre-app questionnaire, so that the GP and you can go through it together and explain. (in question over call feels cold/unsettling)

A consultant after the appointment who shares info and possibilities? (like academic consultant)

GP should explain this ↓ expectation management

Title cluster: FOLLOW-UP EDUCATION & TRACKING

End of session
- doctor summary
- patient summary
- feedback

Let them make a plan with feasible goals/milestones. Make sure the changes are small and doable.

Let them fill in a checklist before lifestyle change, 2w after 1 month & after 3 months

Checklist with tailored advice. Questions about lifestyle → check on their experience

A follow up questionnaire to check up on how you feel now.

Let the patient draw/write the next steps

Follow-up sessions/calls
- progress tracking
- reassurance

A format for next steps plan filled in together with the GP
- treatment
- next steps

Mico interventions
→ what can you do 1% better each day
- up text/ after appointment a key point at steps.
(every 3 days for 2 weeks).

A checklist focused on joint complaints that recommends suitable treatment options/pathways

How long the next steps do you want → so do a after-keeping track by a summary checklist

Title cluster: ~~PROVIDE~~ HUMAN-DIGITAL SUPPORT

AI buddy that you can chat with to find out what steps fit you

USE TOOLS LIKE AN AI CONVERSATION LOGGER (AMAZON, AI)

Emphasize what they are not alone. Peer support.

Short program with (large) personal trainer

Database with similar patient stories
- what worked
- what did not

Communities
- long term/older patients on call to help new patients.

Post GP conversation
- journal (AI conversation)
- right software at points that put come up in a conversation

An AI assistant with model do both things → give reassurance → called info for the GP

Journal chatbot

Chatbot before seeing GP
→ patient must explain complaints and this is summary for GP

A dashboard or trackboard with your symptoms (level, frequency) and tips (powered by ai) non-medical.

USE AN AI CHAT BOT THAT IS SIMILAR AND WORKS LIKE A MENTOR

Common interactions through 3rd person

TELL STORIES OF OTHER PATIENTS TRACKER WITH PRIVATE CASE

his summary could be send to rheumatologist to do a second opinion

Outcomes described per cluster

To explore possible design directions, a brainstorm session was conducted with the goal of generating a wide range of ideas that could help fill the patient journey with meaningful touchpoints. The full outcomes of this session can be found in Appendix X. The ideas were grouped into six clusters, each representing a different theme.

The first cluster focused on peer support. Many ideas in this group revolved around connecting patients with each other, whether through buddy systems, group therapy, or community platforms. The underlying idea is that patients can benefit from knowing they are not alone and from learning from others who share the same experience.

The second cluster was about tracking. Ideas in this group centered on making progress visible, both for the patient and for the care provider. This ranged from simple diary keeping to dashboards and apps that track symptoms, goals, and daily steps.

The third cluster covered education. The ideas here were about helping patients better understand their condition and the options available to them. This included reaching different audiences and explaining the reasoning behind certain lifestyle changes.

The fourth cluster was around pre-primary care. These ideas focused on the period before a patient sees their GP or specialist. The main theme was about better preparing patients for their appointments and making sure they know what to expect.

The fifth cluster combined follow-up, education and coaching. This group looked at what happens after an appointment. Ideas included check-ins, micro interventions, and tools that help patients stay on track with small, consistent steps.

The sixth and final cluster explored human-digital support. This cluster brought together ideas around using AI and digital tools to support patients in a more personal way, such as AI chatbots, personalized dashboards, and platforms that share stories from other patients.

Together, these six themes point toward a range of design opportunities that span the entire patient journey, from the moment before a first appointment to long-term follow-up and self-management.

P - BRAINSTORM OUTPUT PER DESIGN VALUE

Let people read other stories and let them give feedback on those people	Use a wearable that reacts when something happens	Create a "receipt" of daily choices	Let people vote on what they think is true	Make a "museum of ignored signals."
Create a "you are here" map of someone's current situation	Show a before-and-after contrast	A physical metaphor: your joint as a battery. What charges it, what drains it?	Use smell or touch to trigger attention	Make people physically experience the limitation/problem for one minute
Create a "you are here" map of someone's current situation	Personal insights	Show what you could achieve	Pattern recognizer that reveals connections	Buzzing phone when you didn't move for an hour
Use a shocking statistic, but make it personal	Comparing desired and current behavior	A notification (at the right moment)	Before and after examples of other users	View from how your joints experience certain behavior
Daily score on different lifestyle factors	Top 3 factors of other users (people could recognize themselves in this)	Awareness Helping users recognise that lifestyle factors can influence joint complaints.	Daily facts	Body forecast based on behavior from the week of day before
Make a mirror that shows "future you"	Informative overview of influences from everyday life	0 reading (0 meting) on the first day	Forced daily reflection	The joint that is hurting starts to talk to you
Show the cost of doing nothing	Weekly reflection on small positive changes	Weekly summary	Quizz about joint complaints and lifestyle factors	Positive reflection messages generated by AI: "Wist je dat je vorige week 3x beter sliep en minder pijn had?"
Use sound: a short audio story, alarm, whisper, notification	Send a message to future you and you get that in 2 months	Show the impact of bad behaviour in a video	Body budget How much do you do and how much do you need or does your body ask from you?	

Use photo diaries to capture meals, activities, sleep setting, work setup	Een "leefstijl-röntgenfoto": vul in wat je eet/slaapt/beweegt en zie virtueel je gewricht reageren	Let users voice-record symptoms instead of typing	Ask users what the complaint prevents them from doing	Show the difference between symptom intensity and life impact	Show users a weekly pattern: "Your complaints often rise after poor sleep."
Joint complaints expert giving you explanation	Short explanations in simple language	Interactive what if scenario maker	Link facts to concrete moments	Show causes and effects visually	Use animations to show body responses.
Explanation through a coach in a conversational way	Common scenarios explained	Information in layers. So basic information and click here for extra information	Mythe vs facts quizz	Use a "why ladder": ask why five times	Let users choose depth: simple, detailed, expert.
Lifestyle climate: show the total picture of all the 6 pillars of lifestyle and how they connect visually	Video explanation	An overview: "What factors have a significant influence, and which ones have less?"	A one-minute mini-lesson per topic.	Let people experience the problem from another person's perspective	A "body conversation" chatbot that asks reflective questions.
Creating hypothesis. What do you think influences your complaints and test it	Small summary's	Understanding Helping users understand their complaints and which lifestyle factors are relevant to them.	A decision-making guide for every situation.	Turn data into stories.	Weekly insight report.
Let users compare "good days" and "bad days."	Knowledge quizz	A "Why this matters to you" section.	Examples of daily life	Use false assumptions as starting points	Guided self-experiment program.
Create a daily check-in with three questions: body, mood, context	Ask users what made it worse	Personal learning path with small information sections	Podcast about complaints and explained them	Let users map their complaints on a body map	A "first step finder" that chooses the easiest relevant lifestyle change.
		Let users mark flare-ups and calmer periods	Create a "complaint timeline" across days, weeks, or months	Let users rate intensity, frequency, duration, and impact separately	

A "body negotiation chatbot" that helps users choose a doable action.	Make the professional a coach, not only an expert.	Create a shared plan between user and professional.	Let a professional validate the user's chosen action.	Let users see how others started small.	Create peer tips organized by symptom or barrier.
Only suggest actions they rate as realistic.	Show weekly summaries.	Ask what changed in body, energy, mood, or confidence.	Visualize symptom influence as a dial, not an on/off switch.	Show that symptoms can be influenced even when not fully removed.	Teach rest as active recovery.
Show that doing something imperfectly still counts	A summary of small successes achieved in the past.	A starting level that is intentionally very achievable.	Build up the difficulty in small steps.	Personal archive with things that worked for you	Teach users how to adapt on bad days.
Create a "small wins" log	A visual comparison between the past and the present.	A reminder of obstacles that have already been overcome.	A choice among several feasible options.	Show how far you have come	Create a "what I can still do today" list.
Show progress as evidence, not motivation fluff	A person as example for similar situations	Self efficacy Helping users feel capable of influencing their symptoms through their own actions.	Focus on the positive. What could you do today?	Define your own definition of success	Let users downgrade an action instead of skipping it.
Show users their own patterns over time	An overview of factors that a person can actually control.	An accessible practice mode with no pressure.	A mentoring tone rather than a corrective tone.	Create small goals, what do you want to accomplish in life?	Let users create their own action.
Compare today with their own baseline, not with healthy people	Personal impact meter. Every action pushes the measure thing	Reflecting yourself on positive change and gains	Mensen schrijven zelf hoe ze zich voelen, en het systeem reflecteert patronen terug	Give three action levels: tiny, normal, ambitious.	Offer a menu of possible actions.
Create a "symptom experiment lab."	Create experiment cards.	Let users save proven personal strategies.	Create a "my influence map."	Show factors users can influence directly.	Let users choose whether the goal is pain, energy, function, mood, sleep, or confidence.

Use short cycles: try, notice, adjust, repeat.	Message from future you when you stop for a while	Small surprises like compliments	An AI twin that becomes more accurate the more the user engages.	An ongoing conversation with a fictional mentor	Let users use voice input.
Use recurring "body check" moments.	Weekly challenges	Motivational messages	A pet you have to take care of by logging in each day	Secret rewards or thins to unlock after consistency	Use the tool as a bridge between appointments.
Let users work in weekly experiments instead of permanent goals.	Badges you get after succesfully completing a challenge	Seeing progress over time	A daily check-in that takes less than 10 seconds.	Spotify wrapped but then monthly	Give users feedback based on their own data.
Let users compare this month with last month.	A streak system for consistency.	Engagement Helping users stay involved and continue working on behaviour change over time.	A "continue where you left off" function.	Cliffhanger so people come back	Let users bring their progress summary to appointments.
Let users switch from improvement mode to maintenance mode.	A weekly theme or focus area.	Fresh content released in small pieces over time.	Tiny challenges that can be completed in one day.	A digital pet that you have to take care of.	A "lifestyle lab" where users run ongoing experiments.
Connect actions to personal values.	Short milestone moments every few days	AI coach that calls you everyday	Notifications	Jokes and funna moments/things	A "one-minute check-in booth."
Link behavior change to meaningful activities, not abstract health.	Show how small actions support work, family, hobbies, independence, energy, or freedom.	Show progress in daily life, not only symptom scores.	Create a long-term progress timeline.	Make the daily interaction under one minute.	A "personal progress documentary" built from reflections.



Create a "someone like me" story library.	Match users with peers based on symptoms, lifestyle barriers, age, or life situation.	Me too button to react on someones post	Sharig tips and things that work for you	Being able to react to eachothers progress
Show that struggling with lifestyle change is common.	Let users choose between listening, reacting, or actively sharing.	Buddy system	Group therapy	A forum with familiar topics.
Create a simple "what I need from you" card.	Let users share "I wish I knew this earlier" messages.	A peer-to-peer Q&A feature.	A collection of personal stories.	Video's of peers telling their stories
Teach relatives that symptoms can vary by day.	Help users explain their complaints to family.	Weekly group challenge	Social support Helping users feel supported and connected to peers and the people around them.	A community prompt: "How do others do this?"
Let users invite one trusted person into part of the service.	Teach relatives that lifestyle change is easier with environmental support.	An overview of local or digital support options.	A coach or mentor who checks in.	A shared milestone.
Create "today I'm feeling..." check-ins.	Show how many users struggled with the same barrier this week.	A group goal or community theme of the week.	A system where peers can leave tips on posts.	Highlighting others' progress and struggles
Walking groups.	Patient ambassador sessions.	Local resource maps.	A "support passport" where users collect people, places, and routines that help.	A "support map" showing who can help with what.
Podcast with peers talking about their journey	A "what helped me today" collective board.			

Q – SEMI-STRUCTURED INTERVIEW GUIDE FOR EVALUATION

GP

1. Wat is uw eerste indruk van Jointly als digitaal hulpmiddel voor patiënten met gewrichtsklachten?
2. Ziet u toegevoegde waarde in dit concept voor patiënten, huisartsen of het bredere zorgtraject?
3. Voor welke patiënten of situaties zou deze app het meest relevant zijn?
4. Op welk moment in het zorgtraject zou de app het best kunnen worden geïntroduceerd?
5. Wat zou u als huisarts nodig hebben om deze app met een gerust hart aan patiënten aan te bevelen?
6. Welke praktische, medische of organisatorische voorwaarden zijn nodig om dit concept in de eerstelijnszorg te implementeren?
7. Welke belemmeringen of risico's zouden de implementatie kunnen bemoeilijken?
8. Waar moet rekening mee worden gehouden bij de verdere ontwikkeling van het concept?

Patient

1. Wat is je eerste reactie op de app?
2. Welke onderdelen van de app lijken je nuttig of minder nuttig voor mensen met gewrichtsklachten?
3. Zou deze app je kunnen helpen om met leefstijlfactoren aan de slag te gaan in relatie tot je gewrichtsklachten? Waarom wel of niet?
4. Wat zou jou motiveren om de app langere tijd te blijven gebruiken?
5. Hoe kijk je aan tegen het gebruik van een AI-chatbot en het delen van persoonlijke of medische gegevens in de app?
6. Welke voorwaarden of verbeteringen zijn belangrijk voordat deze app in de praktijk gebruikt kan worden?

R - VALIDATION INTERVIEWS WITH GPS

Interview 1

[Interviewer] Wat is volgens u het belangrijkste om dit concept in de huisartsenpraktijk te kunnen gebruiken?

[Interviewee 1] Het belangrijkste is dat huisartsen weten dat de app bestaat en hier ook aan herinnerd blijven worden. Er zijn veel apps, folders en hulpmiddelen beschikbaar, waardoor veel informatie verloren gaat. Idealiter wordt de app gekoppeld aan het huisartsinformatiesysteem. Wanneer een huisarts bijvoorbeeld een ICPC-code voor gewrichtsklachten invoert, zou er een melding kunnen verschijnen dat deze app beschikbaar is.

[Interviewer] Geeft u op dit moment leefstijladvies aan patiënten met gewrichtsklachten?

[Interviewee 1] Dat gebeurt wel, maar te weinig. Leefstijl wordt niet altijd uitgebreid besproken, mede door de beperkte tijd tijdens een consult. Een app kan hierbij ondersteunen, omdat de huisarts dan niet alles zelf hoeft uit te leggen, maar patiënten wel een concreet hulpmiddel kan meegeven.

[Interviewer] Zou een app als Jointly u ondersteunen in het geven van leefstijladvies?

[Interviewee 1] Ja, mits de huisarts gelooft dat de app betrouwbaar en behulpzaam is. Een vergelijkbaar voorbeeld is een digitaal platform voor eczeem, dat in de praktijk wordt meegegeven aan patiënten omdat het duidelijke en bruikbare informatie biedt. Een app voor gewrichtsklachten zou op dezelfde manier kunnen functioneren.

[Interviewer] Heeft het waarde als patiënten data uit de app meenemen naar een vervolgconsult?

[Interviewee 1] Dat kan waardevol zijn, maar alleen wanneer de informatie compact en concreet wordt weergegeven. Als een huisarts veel tijd nodig heeft om alle data door te nemen, werkt het niet. De app zou daarom vooral de belangrijkste inzichten of een duidelijk advies moeten samenvatten. Hoe concreter de output, hoe groter de kans dat het bruikbaar is in de praktijk.

[Interviewer] Voor welke patiënten zou de app geschikt zijn?

[Interviewee 1] De app kan geschikt zijn voor patiënten met gewrichtsklachten, vooral wanneer er geen aanwijzingen zijn voor een inflammatoire aandoening. Het aantal patiënten met gewrichtsklachten is groot, terwijl het percentage met een inflammatoire aandoening relatief klein is. Bij verdenking op inflammatoire klachten worden patiënten alsnog naar de reumatoloog verwezen.

[Interviewer] Is het consult bij de huisarts een passend moment om de app aan te bieden?

[Interviewee 1] Ja, vooral wanneer de huisarts redelijk zeker kan inschatten dat er geen inflammatoire aandoening speelt. In sommige gevallen worden patiënten alsnog verwezen voor bevestiging door een specialist, vooral wanneer patiënten behoefte hebben aan extra zekerheid. De app kan in andere gevallen een alternatief of tussenstap bieden, waarbij patiënten eerst zelf aan de slag gaan met leefstijlfactoren.

[Interviewer] Hoe kijkt u aan tegen het verplicht inzetten van de app voordat iemand verwezen wordt?

[Interviewee 1] Het verplichten van gebruik wordt afgeraden. Patiënten moeten gemotiveerd worden in plaats van gedwongen. Wanneer een patiënt verplicht eerst drie maanden met een app moet werken, ontstaat er minder intrinsieke motivatie. De huisarts kan de app beter positief aanbieden als mogelijkheid om meer inzicht te krijgen in klachten en leefstijl, met de optie om later alsnog te verwijzen als dat nodig is.

[Interviewer] Wat is de toegevoegde waarde voor patiënten?

[Interviewee 1] De app kan patiënten meer ondersteuning bieden dan zij nu krijgen. Patiënten worden soms naar de reumatoloog verwezen om te bevestigen dat er niets inflammatoirs aan de hand is, maar zij houden wel klachten. Een app kan patiënten helpen om meer inzicht te krijgen in factoren die hun klachten beïnvloeden en mogelijk beter met hun klachten om te gaan.

[Interviewer] Wat is nodig om de app blijvend onder de aandacht van huisartsen te houden?

[Interviewee 1] Huisartsen moeten niet alleen weten dat de app bestaat, maar hier ook regelmatig aan herinnerd worden. Een pop-up of melding bij relevante klachten of diagnoses zou daarvoor ideaal zijn. Richtlijnen zijn minder geschikt als enige vindplek, omdat huisartsen niet bij elk bekend probleem opnieuw de richtlijn raadplegen.

[Interviewer] Waar zou de app het beste vindbaar moeten zijn voor patiënten?

[Interviewee 1] Thuisarts.nl wordt gezien als een geschikte plek. Huisartsen verwijzen patiënten daar vaak naar door, en patiënten gebruiken de website zelf ook. Wanneer de app daar gekoppeld zou worden aan informatie over bijvoorbeeld artrose of gewrichtsklachten, is de kans groter dat patiënten de app vinden en gebruiken.

[Interviewer] Zouden fysieke flyers werken?

[Interviewee 1] Nee. Flyers verdwijnen vaak op stapels of worden na verloop van tijd weggegooid. Het rendement van fysieke folders is waarschijnlijk laag. Digitale vindbaarheid is belangrijker.

[Interviewer] Is digitale vaardigheid bij oudere patiënten een probleem?

[Interviewee 1] Dat wordt vaak gedacht, maar hoeft niet zo te zijn. Veel oudere mensen gebruiken digitale middelen zoals WhatsApp, e-mail en online bankieren. De app moet wel eenvoudig zijn, maar dat geldt niet alleen voor ouderen. Ook laaggeletterde patiënten hebben baat bij een simpele en toegankelijke opzet.

[Interviewer] Welke grenzen moet de app bewaken?

[Interviewee 1] De app moet medisch veilig zijn. Patiënten moeten altijd weten dat zij contact moeten opnemen met een huisarts wanneer klachten veranderen of verergeren. Daarnaast mag de AI-assistent geen onjuiste informatie verzinnen. Wanneer de app iets niet weet, moet dat duidelijk worden aangegeven.

[Interviewer] Welke rol mag de AI-coach wel of niet hebben?

[Interviewee 1] De AI-coach moet geen medisch advies geven dat buiten zijn verantwoordelijkheid valt. De informatie moet kloppen en de app moet voorkomen dat de AI gaat hallucineren. De focus moet liggen op ondersteuning, inzicht en kleine haalbare stappen, niet op diagnose of behandeling.

[Interviewer] Wat is belangrijk in de manier waarop de app gedragsverandering ondersteunt?

[Interviewee 1] De app moet kleine, haalbare doelen geven. Adviezen moeten concreet en uitvoerbaar zijn, bijvoorbeeld een kleine aanpassing in slaapgedrag in plaats van algemeen advies zoals “beter slapen”. De stappen mogen zelfs klein lijken, omdat de kans op uitvoering dan groter wordt.

[Interviewer] Moet de app positief of confronterend zijn?

[Interviewee 1] De app moet vooral positief stimuleren. Een stappenteller werkt bijvoorbeeld goed omdat deze laat zien wat iemand heeft gedaan en beloningen geeft, zonder negatieve feedback. De app moet niet benadrukken wat iemand fout doet, maar waarderen wat wel lukt.

[Interviewer] Wat kan implementatie moeilijk maken?

[Interviewee 1] Regelgeving, AVG, medische claims en mogelijke CE-markering kunnen implementatie bemoeilijken. De app moet voorzichtig zijn met medische claims. Het is beter om de app te positioneren als hulpmiddel om met klachten om te gaan dan als app die klachten aantoonbaar vermindert.

[Interviewer] Is er bereidheid onder huisartsen om de app te adviseren?

[Interviewee 1] Dat hangt af van de kwaliteit van de app. De app moet professioneel, betrouwbaar en inhoudelijk goed onderbouwd zijn. Huisartsen zullen de app eerder adviseren als zij het gevoel hebben dat deze meerwaarde heeft en medisch-inhoudelijk klopt.

[Interviewer] Met wie moet de app worden ontwikkeld?

[Interviewee 1] De app moet samen met huisartsen, reumatologische professionals, fysiotherapeuten en mogelijk zorgverzekeraars worden ontwikkeld. Ook aansluiting bij bestaande initiatieven zoals het Leefstijlroer of Arts en Leefstijl kan de betrouwbaarheid vergroten.

[Interviewer] Moet de app gratis zijn voor patiënten?

[Interviewee 1] Ja. Kosten vormen een extra drempel. Voor brede toepassing in de eerstelijnszorg moet de app bij voorkeur gratis toegankelijk zijn voor patiënten.

[Interviewer] Wat bepaalt of u de app zelf zou inzetten?

[Interviewee 1] De informatie moet begrijpelijk zijn, medisch-inhoudelijk kloppen en patiënten moeten er praktisch iets mee kunnen. De app moet wetenschappelijk onderbouwd zijn. Wanneer er feitelijke fouten in staan, kan dat de betrouwbaarheid van de app direct aantasten.

Interview 2

[Interviewer] Wat is uw eerste reactie op het concept van Jointly?

[Interviewee 2] Het concept sluit aan bij bestaande digitale informatiebronnen zoals Thuisarts.nl, maar gaat verder dan alleen informatie geven. Het kan worden gezien als een vorm van preventie en ondersteuning in de nulde of eerste lijn. Er bestaan al websites over artrose en leefstijl, maar die bieden vooral statische informatie. De meerwaarde van dit concept kan liggen in persoonlijke begeleiding en coaching.

[Interviewer] Waar ziet u de app binnen de zorgroute?

[Interviewee 2] De app kan zowel in de nulde lijn als in de eerste lijn worden ingezet. In de eerste lijn kan de huisarts de app adviseren wanneer er voldoende diagnostische zekerheid is. In de nulde lijn kunnen patiënten de app mogelijk al gebruiken voordat zij met klachten naar de huisarts gaan.

[Interviewer] Wat is volgens u een belangrijk aandachtspunt bij gedragsverandering?

[Interviewee 2] Continuïteit is een van de grootste uitdagingen. Veel patiënten kunnen gedrag tijdelijk veranderen, maar vinden het moeilijk om dit vol te houden. Dat geldt voor leefstijl, bewegen, afvallen en oefentherapie. De app zou daarom niet alleen moeten helpen bij het starten van gedragsverandering, maar vooral bij het volhouden ervan.

[Interviewer] Hoe kan de app patiënten helpen om gedrag vol te houden?

[Interviewee 2] De app kan functioneren als een soort buddy die patiënten ondersteunt op momenten dat motivatie afneemt.

Digitale begeleiding kan patiënten eraan herinneren om door te gaan, maar dit moet zorgvuldig gebeuren. Sommige patiënten vinden reminders prettig, terwijl anderen dit als storend ervaren. De mate van ondersteuning moet daarom afgestemd kunnen worden op de voorkeuren van de patiënt.

[Interviewer] Welke informatie moet de app geven bij leefstijlverandering?

[Interviewee 2] De app moet ook aandacht besteden aan verwachtingsmanagement. Wanneer patiënten bijvoorbeeld meer gaan bewegen, kunnen klachten tijdelijk toenemen. Als dit niet vooraf wordt uitgelegd, kunnen patiënten denken dat bewegen schadelijk is en stoppen. De app moet daarom uitleg geven over normaal beloop, mogelijke reacties van het lichaam en wanneer klachten wel reden zijn om contact op te nemen.

[Interviewer] Geldt verwachtingsmanagement alleen voor bewegen?

[Interviewee 2] Nee. Gedragsverandering is breder dan bewegen. Ook voeding, slaap, ontspanning, middelengebruik en sociale omgeving spelen een rol. Oude patronen geven mensen houvast, waardoor verandering moeilijk is. De app moet patiënten helpen begrijpen welke factoren invloed hebben op hun gedrag en welke consequenties gedragsverandering kan hebben in hun dagelijks leven.

[Interviewer] Welke rol speelt de sociale omgeving bij leefstijlverandering?

[Interviewee 2] De sociale omgeving kan gedragsverandering ondersteunen of juist belemmeren.

Bijvoorbeeld bij stoppen met roken, minder drinken of gezonder leven kan de sociale context bepalend zijn. De app moet hier aandacht voor hebben en patiënten bewust maken van sociale druk, gewoontes en omgevingsfactoren.

[Interviewer] Wat is nodig om de app effectief in te zetten via huisartsen?

[Interviewee 2] De app moet wetenschappelijk onderbouwd zijn, inhoudelijk betrouwbaar zijn en idealiter worden omarmd door professionele organisaties of wetenschappelijke verenigingen. Wanneer de app onderdeel wordt van richtlijnen of erkende platforms, wordt de kans groter dat huisartsen deze gebruiken.

[Interviewer] Is integratie in het huisartsinformatiesysteem realistisch?

[Interviewee 2] Volledige integratie in het huisartsinformatiesysteem wordt als lastig en weinig waarschijnlijk gezien. Een realistischer route kan zijn om aan te sluiten bij patiëntenplatforms of digitale omgevingen die al door huisartsenpraktijken worden gebruikt. Daar zou de app gekoppeld kunnen worden aan relevante thema's of diagnoses.

[Interviewer] Welke partijen zijn belangrijk voor implementatie?

[Interviewee 2] Naast huisartsen zijn patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en mogelijk patiëntenplatforms belangrijk. Samenwerking met zorgverzekeraars kan bijdragen aan toegankelijkheid en vergoeding. Voor leefstijlinterventies kan dit ook relevant zijn.

[Interviewer] Kan de app ook vóór het huisartsbezoek worden ingezet?

[Interviewee 2] Ja. Patiënten zoeken steeds vaker zelf naar informatie of digitale ondersteuning voordat zij naar een arts gaan. De app zou in de nulde lijn kunnen helpen om patiënten eerder bewust te maken van de relatie tussen leefstijl en gewrichtsklachten. Dit kan mogelijk zorgvragen voorkomen of uitstellen.

[Interviewer] Zullen patiënten zelf de link leggen tussen gewrichtsklachten en leefstijl?

[Interviewee 2] Niet vanzelfsprekend. Er wordt door verschillende partijen steeds meer geprobeerd om die link duidelijk te maken. Bij artrose verschuift het beeld bijvoorbeeld van een puur botprobleem naar een breder probleem waarbij metabole factoren en ontstekingsprocessen ook een rol spelen. De app kan helpen om die relatie begrijpelijk te maken.

[Interviewer] Hoe kunnen patiënten de app vinden voordat zij bij de huisarts komen?

[Interviewee 2] Voor inzet in de nulde lijn zijn open kanalen belangrijk, zoals sociale media, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars. Uiteindelijk moet de app zichzelf bewijzen door bruikbaar te zijn en resultaat te laten zien.

[Interviewer] Hoe kijkt u naar betaling door patiënten?

[Interviewee 2] Patiënten zijn vaak minder bereid om direct te betalen voor zorggerelateerde digitale ondersteuning, zeker wanneer zij gewend zijn dat zorg verzekerd is. Vergoeding of gratis toegang via zorgverzekeraars kan daarom belangrijk zijn om gebruik te stimuleren.

[Interviewer] Ziet u toegevoegde waarde in het concept?

[Interviewee 2] Er kan toegevoegde waarde zijn, maar de app moet duidelijk laten zien wat haar onderscheidt van bestaande informatiebronnen en apps. Er zijn al veel digitale hulpmiddelen. De vraag is daarom wat deze app anders of beter maakt.

[Interviewer] Draagt samenwerking met organisaties zoals ReumaNederland of het Leefstijlroer bij aan geloofwaardigheid?

[Interviewee 2] Voor professionals wel. Huisartsen en andere zorgverleners moeten kunnen verantwoorden dat zij een app adviseren. Samenwerking met betrouwbare organisaties of wetenschappelijke onderbouwing verhoogt de geloofwaardigheid. Voor patiënten kan geloofwaardigheid ook via andere routes ontstaan, bijvoorbeeld via ervaringen van anderen of aanbevelingen uit de sociale omgeving.

[Interviewer] Zijn er verschillende strategieën nodig voor verschillende stakeholders?

[Interviewee 2] Ja. Professionals worden vooral overtuigd door wetenschappelijke onderbouwing, richtlijnen en erkenning door betrouwbare organisaties. Patiënten kunnen ook worden bereikt via herkenbaarheid, sociale bewijskracht, patiëntenorganisaties of publieke kanalen. Beide routes kunnen naast elkaar bestaan.

[Interviewer] Hoe kunnen huisartsen worden bereikt?

[Interviewee 2] Huisartsen worden vooral bereikt via wetenschappelijke kanalen, vakbladen, richtlijnen, nascholing en aanbevelingen vanuit de eigen beroepsgroep.

Flyers of losse promotie werken minder goed. Huisartsen hebben weinig tijd en krijgen veel informatie, waardoor losse materialen snel verdwijnen.

[Interviewer] Wat moet duidelijk worden gemaakt om huisartsen te overtuigen?

[Interviewee 2] Voor huisartsen moet duidelijk zijn wat de app oplevert. Belangrijke vragen zijn: vermindert de app de druk op de zorg, helpt het patiënten beter, bespaart het tijd, ondersteunt het de diagnose of gespreksvoering, en voorkomt het herhaalconsulten? Deze voordelen moeten uiteindelijk wetenschappelijk worden onderbouwd.

[Interviewer] Wat is de belangrijkste voorwaarde voor verdere ontwikkeling?

[Interviewee 2] De app moet niet alleen inhoudelijk goed zijn, maar ook aantoonbaar bijdragen aan patiëntondersteuning en mogelijk zorgdrukvermindering. Voor verdere implementatie is bewijs nodig dat de app werkt, veilig is en waarde toevoegt voor zowel patiënt als huisarts.

S - VALIDATION INTERVIEW WITH PERSON WITH JOINT COMPLAINTS

Interview 1

[Interviewer] Wat is je eerste reactie op de app?

[Interviewee 1] Mijn eerste reactie is dat ik hier enthousiast van word. Ik vond de tips over het slapen erg leuk en dacht meteen dat ik die moest onthouden. De app lijkt op het eerste gezicht heel gebruiksvriendelijk. Het is makkelijk dat je de coach vragen kunt stellen door te typen, een spraakmemo te sturen of zelfs te bellen, waardoor je eigenlijk een soort gesprek kunt voeren. Ik heb een hele tijd de Weight Watchers app gebruikt en die was lang niet zo gebruiksvriendelijk als deze.

[Interviewer] Zijn er dingen die twijfels oproepen of waarvan je denkt dat het niet helemaal zou werken?

[Interviewee 1] De app is heel overzichtelijk, duidelijk en geeft je zin om dingen uit te proberen. Ik ben persoonlijk niet zo'n community-mens, maar eigenlijk zou ik daar wel aan mee moeten doen voor de stimulans en om elkaar te steunen. Ik heb in het verleden een afval-challenge gedaan waarbij we elke vrijdag moesten wegen via een app en elkaar enorm steunden, ook op slechte dagen. Hoewel mijn eerste gedachte is om zoiets niet te doen, zou deelname aan zo'n community eigenlijk heel goed voor me zijn.

[Interviewer] Zou deze app je helpen om meer aan de slag te gaan met leefstijlfactoren in combinatie met je klachten?

[Interviewee 1] Ik ben daar op dit moment al enorm mee bezig via het leefstijlloket, waar ik de juiste steun in de rug heb gekregen door echt aandacht voor mezelf te hebben. Als ik diezelfde steun via een app zou kunnen krijgen, zou ik dat heel positief vinden. Het komt in de basis op hetzelfde neer, al is het iets minder breed dan het volledige leefstijlloket dat op alle levensvlakken is gericht. Voor een app is dit echter al bijzonder uitgebreid.

[Interviewer] Wat vind je van de inzichten rondom je gewrichtsklachten?

[Interviewee 1] Als ik puur kijk naar de de lichamelijke klachten, vond ik het slaapschema heel leuk om te zien. Het toont duidelijk aan dat goed slapen leidt tot minder pijn, en slecht slapen tot meer pijn. Dit maakt de connectie inzichtelijk, want in de loop van de dagen vergeet je zoiets en sta je er niet voldoende bij stil. Het is ontzettend fijn dat de app dit op de lange termijn voor je bijhoudt. Ik weet vaak niet meer wat ik eergisteren heb gegeten of gedaan, laat staan wat de invloed daarvan was. Ik hou heel erg van lijstjes en overzicht. Dit werkt voor mij het beste wanneer ik de data echt visueel voor me zie, zodat ik me erop kan focussen en niet in mijn hoofd afgeleid raak.

[Interviewer] De app moet dagelijks gebruikt worden. Wat zijn voor jou de voorwaarden om de app elke dag voor een langere periode te blijven gebruiken?

[Interviewee 1] Je moet hiervoor echt een vast moment op de dag inplannen, bijvoorbeeld standaard na het avondeten met een kopje koffie erbij.

Zodra je er voordeel uithaalt, blijf je gemotiveerd en blijf je het invullen. Het motiveert enorm als je overzicht krijgt over waar je pijn vandaan komt, tips ontvangt om bijvoorbeeld slecht slapen aan te pakken, en merkt dat die tips ook daadwerkelijk werken.

[Interviewer] Hoeveel tijd per dag zou je aan de app willen besteden?

[Interviewee 1] Niet heel veel, ik denk maximaal 10 tot 15 minuten. Daarna wil ik toch weer wat anders doen. Als het weinig tijd kost, voelt het niet als een moeite. Ik heb niet het geduld om een half uur op een app te zitten, want in die tijd kan ik veel andere nuttige dingen doen. Ik denk dat 10 minuten heel reëel is, vooral omdat de invoermogelijkheden zo makkelijk zijn. Het is zeer gebruiksvriendelijk dat je niet alles hoeft te typen of te zoeken naar waar je iets moet invullen, maar dat je ook gewoon dingen kunt inspreken. Alles is heel overzichtelijk.

[Interviewer] Wat zouden voor jou de grootste voordelen van het gebruik van deze app zijn?

[Interviewee 1] Het grootste voordeel is het moment dat het je leven vereenvoudigt doordat je de pijn beter onder controle hebt. Je krijgt meer overzicht over je klachten en leert hoe je deze kunt verminderen. Zodra de app echt nut heeft en zijn vruchten afwerpt, ben ik bereid er heel veel voor te doen.

[Interviewer] Het kan soms lang duren voordat je effect merkt in de relatie tussen leefstijl en klachten. Hoe lang zou je de app proberen voordat je positieve effecten verwacht?

[Interviewee 1] In het begin zal het invullen wat lastiger zijn omdat het nog in je systeem moet komen, maar na een aantal weken wordt dat een automatisme. Als ik een nieuw medicijn krijg voor de klachten, duurt het ook minimaal drie maanden voordat ik daar enig effect van ondervind. Ik zou zo'n app daarom ook zeker drie maanden de tijd geven, omdat je pas dan echt een betrouwbaar overzicht hebt opgebouwd.

[Interviewer] Hoe blijf je gemotiveerd om die eerste drie maanden vol te houden? Zou je bijvoorbeeld een dagelijkse melding of wekker handig vinden?

[Interviewee 1] Ik zou voor mezelf een wekkertje zetten, maar als je in de app zelf een notificatie of tijd kunt instellen is dat helemaal prima. Wel is het zo dat je er zelf de volle honderd procent voor moet gaan en de beslissing moet nemen om eraan te beginnen. Als je zelf de inzet niet toont, werkt geen enkele behandeling; ook niet die van een arts of fysiotherapeut, want je zult er thuis ook aan moeten werken. Als je chronisch ziek bent, is het hebben van veel pijn eigenlijk de beste motivator om alles aan te grijpen om het te verminderen.

[Interviewer] Wie zouden de juiste personen of instanties zijn om jou deze app te adviseren?

[Interviewee 1] De ervaringsdeskundigen en professionals moeten je hiermee bekend maken: de reumatoloog, de reumaverpleegkundige, het leefstijlloket, de fysiotherapeut, de huisarts of de praktijkondersteuner.

Daarnaast zouden platforms waar patiënten elkaar opzoeken erg waardevol zijn, zoals een Facebook-pagina over reuma, praatgroepen, bulletin boards of patiëntenverenigingen. Uiteindelijk hebben de medische professionals er ook alleen maar profijt van als patiënten hiermee aan de slag gaan.

[Interviewer] De app draait op een AI-chatbot. In hoeverre vertrouw je zo'n systeem met jouw persoonlijke en medische gegevens?

[Interviewee 1] Ik ben daar vrij naïef in en vertrouw alles eigenlijk altijd aan iedereen toe, wat natuurlijk best stom is. Nu je het vraagt denk ik er wel even over na, maar ik zou het hoogstwaarschijnlijk toch doen. Bij commerciële apps, zoals bijvoorbeeld die van Weight Watchers, deel je uiteindelijk ook alles.

[Interviewer] Welke inzichten of functies van de AI zouden voor jou het meest nuttig zijn?

[Interviewee 1] Het overzicht van de dagen met de bijbehorende grafieken en statistieken vind ik erg waardevol. Maar het allerbelangrijkste zijn de gerichte tips en tricks om bepaalde vlakken in mijn leefstijl te verbeteren. Vooral als die tips daadwerkelijk aansluiten op wat bij mij past en wat ik lichamelijk aankan.

[Interviewer] Ik vind als belangrijke voorwaarde dat de app gratis beschikbaar moet zijn voor iedereen. Hoe denk jij daarover?

[Interviewee 1] Daar ben ik het volledig mee eens. Zodra er een maandelijks bedrag aan vastzit, gaat dit mensen tegenhouden. Mensen maken zich bij een abonnement namelijk direct zorgen over hoe ze het weer moeten opzeggen en of ze er wel makkelijk vanaf kunnen komen.