

Praktijk is een uitgave van Maastricht Universitair Medisch Centrum+ voor huisartsen en andere verwijzers

nummer 3 | 2011

praktijk



Huisarts maakt jongensdroom waar Fibromyalgiepatiënten niet in de kou
Nieuw oogziekenhuis zegen voor patiënt Neurologen willen huisartsen nascholen
Uitdaging in de chronische zorg



3 Huisarts maakt jongensdroom waar | 4 Nieuwe Oogziekenhuis Maastricht zegen voor de patiënt | 6 Maastricht UMC+ heeft als eerste zorgpad systeem voor mensen met borstkanker | 7 Bert Schilte over GGZ-ketenzorg | 8 Fibromyalgiepatiënten niet in de kou | 9 Thuistransfusie mogelijk? | 10 Hagerpoort is de toekomst | 12 Uit de praktijk: de afdeling Spoed Eisende Hulp voor acute problemen | 13 Nieuwe ontwikkelingen: neurologen willen huisartsten nascholen | 14 Wesseling en Vrijhoef over uitdagingen voor huisartsen in de chronische zorg | 16 Column Mieke Damsma, wethouder Onderwijs, welzijn en zorg

Colofon

Praktijk is een uitgave van Maastricht UMC+, RVE Patiënt en Zorg i.s.m. de Stichting Regionale HuisartsenZorg
Ontwerp en grafische vormgeving Strategyminds, Maastricht

Redactie Hans Fiolet, Ber Huijnen, Job Metsemakers, Liesbeth van Hoef, Guy Schulpen,
Bert Panis, Stafdienst Communicatie Maastricht UMC+, Strategyminds

Eindredactie Liesbeth van Hoef

Fotografie Appie Derks

Druk Pietermans Lanaken

Praktijk is ook digitaal te lezen: http://www.azm.nl/info/Verwijzen/huisartsmagazine_praktijk

Suggesties voor de redactie? Bel of mail Jos van Cann, Stafdienst Communicatie Maastricht UMC+,
telefoon 043 387 51 13, e-mail jos.van.cann@mumc.nl

Huisartsen Servicedesk telefoon 043 387 44 80



Paardenliefhebber pur sang

Huisarts maakt jongensdroom waar

Waar zijn onvoorwaardelijke liefde voor paarden vandaan komt is glashelder. Huisarts Roel Delissen in Berg en Terblijt werd grootgebracht met een buitengewone passie voor de natuur en haar bewoners. “Al heel jong wist ik, later wil ik een huis met paardenstallen en een groot weiland. Vanuit het keukenraam de eigen kudde aanschouwen”. Hij leeft inmiddels zijn jongensdroom: naast de schitterende familiewoning staan drie paarden en een pony op stal.

Trots en met pretlichtjes in de ogen verhaalt hij over de merrie waar het allemaal mee begonnen is, de 11-jarige Tessa DC, moeder van Botango DC en Ebel DC. Begin juli verwacht Tessa haar 3e veulen. Hij kijkt er reikhalzend naar uit. “Ook bij de geboorte van haar twee eerdere veulens ben ik erbij geweest. Twee weken voor de uitgerkende datum sta ik dan iedere nacht elke 2 uur op om te controleren of ze het goed maakt. Ik wil de bevalling voor geen goud missen. Na de geboorte vieren we dan midden in de nacht met een smakelijk Belgisch biertje de goede afloop”.

Het fokken van paarden is een belangrijk onderdeel van de hobby. Hij is fier op ‘zijn nakomelingen’. En dat geldt in dezelfde mate voor echtgenote Juul Delissen-Camps, de toevoeging DC achter de naam van de paarden staat voor de eerste letters van beider achternamen. “Juul is zo mogelijk nog fanatieker dan ik, gaat een paar keer per week rijden, voert de paarden twee keer per dag en houdt de stallen schoon. Zelf probeer ik natuurlijk ook zo veel als mogelijk mijn steentje bij te dragen. Onze kinderen Saniyé, Charlotte, Gigi en Sjoerd zijn in de verzorging iets minder enthousiast als ik zou willen, maar dat is begrijpelijk. De meiden zijn fervente hockeyers en onze zoon is vaak druk met school en vriendjes. Maar goed, hij is dan ook pas zeven”.

Zelf is hij niet zo vaak als gehoopt in de gelegenheid om met merrie Tessa van een buitenrit te genieten. De huisartsenpraktijk kent een hoge werkdruk. Maar het zadel voelt al snel weer vertrouwd en dan brengt de rit stilte, ontspanning en evenwicht. Roel Delissen hoopt in de nabije toekomst meer tijd te kunnen vinden voor zijn favoriete vrijetijdsbesteding. “Misschien zelfs met de paarden op reis. In onze vakantie worden de paarden door goede vrienden verzorgd, maar Tessa en Botango meenemen voor een ontspannen ruitervakantie is nog altijd een grote wens.” Zelfs blessures hebben hem nooit van het opzadelen weerhouden. “Ik ben inderdaad al eens van mijn paard gevallen, de laatste keer met een bont en blauwe rug als gevolg. Een collega is zo behulpzaam geweest om drie dagen mijn visites over te nemen, mijn vrouw hielp met aankleden. Dat is vervelend, maar hoort er mijns inziens gewoon bij.” Maar heeft hij de hartstocht voor het edele ros op zijn beurt ook aan het nageslacht doorgeven? “Onze tienerdochters zitten midden in de puberteit en hebben heel andere zaken aan hun hoofd. Onze zoon is nog jong, maar krijgt wekelijks dressuur- en springles met zijn pony Tweety van goede vriend Tim Drummen bij stoeterij Bäumler in Berg en Terblijt. Hij doet het buiten verwachting goed. Wij hopen dan ook dat hij te zijner tijd met de door ons gefokte paarden in wedstrijdverband zal gaan rijden. Alle hoop is nu op hem gevestigd.”



Nieuwe Oogziekenhuis Maa

Vijf jaar lang hebben professor Fred Hendrikse en manager Astrid Hacking samen met de oogartsen van de Kliniek voor Oogheelkunde van het azM elk detail doordacht van het nieuwe Oogziekenhuis Maastricht, dat binnenkort in gebruik wordt genomen. Het resultaat is ernaar. Of het nu gaat over de logistiek van de intake, de ontvangst van de patiënten, de looproutes van de artsen of de kleuren op elke afdeling. Het nieuwe ziekenhuis is nu met afstand het modernste oogcentrum in Europa, met vier operatiekamers en voorzien van de beste technische apparatuur en faciliteiten. De digitalisering is doorgevoerd in het zorgproces en in de administratieve afhandeling van zaken.

Hendrikse: "Waar dat allemaal toe leidt? De wachtlijsten zullen weldra - dankzij vier eigen OK's die we maximaal gaan benutten - tot het verleden behoren. Patiënten gaan in het vervolg direct een planning met ons afspreken. De logistiek is zo ingericht dat de wachttijd minimaal is voor patiënten die voor onderzoek bij ons komen. Dankzij bijvoorbeeld de digitalisering heeft de arts de gegevens van het laatste onderzoek al voor zich als de patiënt nog naar zijn kamer aan het lopen is. En moeten patiënten al eens even wachten, dan kan dat nu op een aangename manier." Hacking: "Dankzij de auto-

matisering van het administratieve proces zitten onze medewerkers niet langer verscholen achter een computer. We leiden ze nu op om ook gastheer- en vrouw te zijn."

Hendrikse: "Waar het uiteindelijk om gaat is natuurlijk de kwaliteit van de geleverde zorg. Die was al van een hoog niveau, die wordt wellicht nog net iets beter. We hebben alle sub-specialismen op topniveau in huis. Daarbij komt dat we nu ook een top-omgeving hebben. Onze deskundigheid strekt zich uit over honderden ziektebeelden



stricht zegen voor patiënt

en we hebben zo'n zeventig operatietechnieken in huis. Dat is werkelijk een totaalpakket. Voor de patiënt is dat het beste: hij of zij krijgt precies de juiste behandeling. Als je, zoals bijvoorbeeld private klinieken, maar twee of drie technieken aanbiedt dan heb je feitelijk alleen een hamer tot je beschikking. Dan gaat elk probleem al snel op een spijker lijken. Nog anders: als je in een winkel de keuze hebt uit drie maten pakken, is de kans op succes natuurlijk niet zo groot als bij een winkel met twintig maten pakken en een beschikbare kleermaker om het laatste stukje maatwerk te leveren."

Een belangrijke noviteit is het introduceren van 'angstreductie'. Hendrikse: "Oogheelkundige ingrepen betekenen voor veel mensen een grote psychische belasting. Iemand wil liever aan de buik geopereerd worden dan aan zijn of haar ogen. Historisch hebben we daar nooit veel aandacht voor gehad, met de ingebruikname van dit gebouw des te meer. Het is heel goed als patiënten op een harmonieuze manier ontvangen worden in een gebouw waar rust heerst voor het welbevinden van die patiënt. Dat geeft de patiënt het vertrouwen dat hij zich over kan geven aan de arts."

Communicatie met huisartsen

De huisartsen hebben het al gemerkt: de communicatie van de oogartsen uit Maastricht verloopt weer vlot. De Kliniek voor Oogheelkunde bericht de huisartsen nu tijdig en compleet over de patiënten die langs zijn geweest. "Dat is mede te danken aan de invoering van de nieuwe SAP-automatisering", legt Hendrikse uit.

Na de zomer worden huisartsen nog verder bediend: oogartsen gaan in een carrousel langs in huisartsenpraktijken, waar dan enkele huisartsen samen met hun patiënten bij elkaar komen. De huisartsen kunnen natuurlijk hun eigen patiënten selecteren. Onze oogartsen geven meteen ook een stukje nascholing en opleiding. We passen ons zo aan aan het drukke ritme van de huisarts. En natuurlijk gaan we ze straks uitnodigen om ons nieuwe oogziekenhuis te komen bekijken."

Maastricht UMC+ eerste aanbieder

Zorgpad systeem voor vrouwen met borstkanker

Het Oncologiecentrum van Maastricht UMC+ gaat als eerste 'care companion' inzetten bij de behandeling van vrouwen met borstkanker. 'Care companion' is de meest vernieuwende, interactieve internettoepassing voor mensen met kanker en hun zorgverleners, die 24 uur per dag inzicht geeft in ziektebeeld en persoonlijk zorgpad.

Care companion

Care companion is een persoonlijke internetpagina waarin de patiënt een overzichtelijke weergave van haar/zijn persoonlijk zorgpad ziet. Daardoor krijgt de patiënt een beter inzicht in de diagnose, het ziekteverloop, het persoonlijke behandelplan en de nazorg. Ook kan een bibliotheek met betrouwbare informatie over de aandoening en de behandeling worden geraadpleegd. De afspraken met zorgverleners staan altijd overzichtelijk op een rij en de patiënt kan informatie delen met naasten of lotgenoten.

“Het belang van goede patiëntenvoorlichting is groot. Door dit programma zal de patiënt betere keuzes kunnen maken, meer tevreden zijn en daardoor later sneller herstellen“



Maastricht UMC+

In het Maastricht UMC+ gaat het borstkankerteam, onder leiding van prof. dr. Vivianne Tjan-Heijnen, medisch oncoloog, aan de slag met care companion. Het Maastricht UMC+ biedt het systeem aan borstkankerpatiënten aan. “Het belang van goede patiëntenvoorlichting is groot. Door dit programma zal de patiënt betere keuzes kunnen maken, meer tevreden zijn en daardoor later sneller herstellen“, aldus prof. dr. Vivianne Tjan-Heijnen.

Het Maastricht UMC+ leverde een belangrijke bijdrage aan de totstandkoming en het testen van het programma. Kijk voor een filmpje over care companion op: www.azm.nl



Het resultaat van al dat vergaderen is, behalve een tachtig pagina's dikke 'bijbel' die als gids dient, dat patiënten uiteindelijk beter af zijn. Schilte: “De zorg is beter omdat je patiënten beter volgt. Daarmee kun je voorkomen dat mensen zich ineens niet meer melden voor vervolgspraken. Een ander voorbeeld is misschien nog duidelijker: de verzekeraar vergoedt nu acht gesprekken met een psychotherapeut. De praktijk is dat de ene patiënt misschien genoeg heeft aan zes gesprekken terwijl bij iemand anders misschien elf gesprekken nodig zijn. Met de verzekeraar VGZ-Uvit is afgesproken dat de behandelaars gesprekken die ze bij de ene cliënt niet gebruiken, extra mogen inzetten bij anderen.”

De verzekeraar VGZ-Uvit stimuleert het inrichten van deze GGZ-keten, ook financieel. Voor overleg tussen psychotherapeut en huisarts is er bijvoorbeeld een vergoeding om zo de terugkoppeling te waarborgen. Dat overleg is waardevol: de huisarts kent vaak al meerdere generaties van families. Schilte: “Verzekeraars hebben natuurlijk belang bij een efficiënte en effectieve ketenzorg. Wat wij doen is heel goed registreren wat de resultaten zijn van deze GGZ-keten. We doen dat overigens anoniem: de verzekeraar krijgt geen namen en rugnummers, wel aantallen en resultaten.

Bert Schilte, huisarts in Medisch Centrum Caberg:

“Met GGZ-ketenzorg stijgt de kwaliteit”

Het lijkt soms wel een modewoord: ketenzorg. En dat is maar goed ook: ketenzorg duidt op samenwerken tussen verschillende disciplines, op afspraken maken zodat er een logisch geheel ontstaat, op een logistiek logische en efficiënte gang van zaken. Huisarts Bert Schilte, die werkt vanuit Medisch Centrum Caberg, weet er alles van. “Met ingang van 1 april is er nu een eerstelijns GGZ-ketenzorg in Zuid-Limburg. We hebben eerst twee jaar vergaderd met huisartsen (RHZ), met alle GGZ-instellingen als Riagg, Mondriaan, Virenze en Lionarons en met ‘losse’ psychotherapeuten.”

Huisartsen zijn al gewend aan het principe van ketenzorg. Schilte: “Het bestaat natuurlijk al langer. Kijk naar de zorg rond diabetes bijvoorbeeld, of rond COPD, harten vaatziekten, cholesterol en bloeddruk. Voor de geestelijke gezondheidszorg is het echter nieuw in Zuid-Limburg.” Schilte hoopt dat alle huisartsen mee gaan doen aan de keten, net als alle verzekeraars. Het is natuurlijk zuur als je een patiënt krijgt die je in de keten beter zou kunnen helpen, maar voor wie geldt dat zijn of haar verzekeraar dat niet vergoedt. Gelukkig zie ik dat de andere verzekeraars nu ook interesse hebben in onze aanpak.”

Schilte ziet nog een groot voordeel van het invoeren van ketenzorg. “De huisarts wordt meer en meer de spin in het web van de eerstelijns-zorg. In het verleden had je wel eens het gevoel dat je naast het veld stond. Een heel naar gevoel. Kwamen mensen een verwijsbriefje halen voor een specialist waar ze al drie gesprekken mee gevoerd hadden. Nu heb je toch meer het idee in de spits te staan van het team.”

Schilte: “Het vak van huisarts wordt ook nog interessanter. Je moet meer overleggen met andere disciplines. Je leert ook weer van de diagnoses en van de behandelingen van andere specialisten, psychologen en therapeuten.



Vroeger had elke huisarts wel een paar contacten in de GGZ-wereld of met de psycholoog in het dorp waarnaar ze patiënten verwezen. Nu is er een veel breder netwerk gecreëerd dat veel meer mogelijkheden biedt. Als je vroeger een huisarts had wiens hobby het was om zich ook in de psyche van de mens en in de geestelijke gezondheidszorg te verdiepen, hadden zijn patiënten in zekere zin geluk. Nu kan elke patiënt erop vertrouwen dat-ie de beste zorg krijgt. “Tenslotte is de aansluiting op de tweedelijns GGZ zorg ook beter vormgegeven en profiteert de tweedelijnszorg van de nieuwe aanpak in de eerstlijn.”



Fibromyalgiepatiënten niet in de kou

Samenwerk redt

In het kader van het ketenzorgproject voor fibromyalgie in Zuid-Limburg hebben Adelante en azM Herstelzorg twee multidisciplinaire behandelprogramma's ontwikkeld voor fibromyalgiepatiënten. Een basisprogramma en een intensief programma.

Door deze samenwerking tussen Adelante en azM Herstelzorg, in afstemming met Atrium MC en azM, de regionale huisarts- en fysiotherapieorganisaties en de fibromyalgie patiëntenvereniging, blijft een multidisciplinaire groepsbehandeling voor fibromyalgiepatiënten in de regio Zuid-Limburg beschikbaar. Zorgverzekeraars vonden namelijk dat er te weinig werd samengewerkt en dat daardoor de bestaande zorg te kostbaar en te versnipperd was. Ketenzorg maakt het mogelijk dat de patiënt de meest effectieve behandeling krijgt, gegeven de ernst van zijn klachten, behoeften en mogelijkheden. Binnen nu en 3 jaar moet er een ketenzorgmodel ontwikkeld en geïmplementeerd zijn, zodat de zorg goed op elkaar afgestemd is, aansluit bij de behoefte van de patiënt en duidelijk is voor patiënt en verwijzers waar deze zorg geleverd wordt.

Fibromyalgie

Fibromyalgie is een chronisch pijnsyndroom dat gekenmerkt wordt door algemene spierpijn en spierstijfheid gepaard gaande met vermoeidheid, slaapstoornissen, concentratie- en geheugenstoornissen, angst, depressie en prikkelbare darm syndroom. De aandoening komt vooral voor bij vrouwen in de leeftijd van 25 tot 65 jaar en leidt veelal tot een door patiënten als slecht ervaren

kwaliteit van leven, veelvuldig zorggebruik en verminderde maatschappelijke participatie. In de huisartspraktijk komt fibromyalgie voor bij 5-8% van de volwassenen en op de polikliniek reumatologie bij 10-20%. De diagnose fibromyalgie is controversieel door een gebrek aan causale verklaringen en genezende behandelingen. Toch hebben patiënten met chronische gegeneraliseerde pijnklachten zorg en aandacht nodig.

Multidisciplinaire groepsbehandeling

De therapie is gericht op het vergroten van de psychologische en lichamelijke flexibiliteit van de deelnemers, met als doel dat zij hun leven met fibromyalgie beter vorm kunnen geven. Er zijn 2 programma's (een basisprogramma en een intensief programma) die qua intensiteit verschillen. Van beide programma's duurt de 1e fase 12 weken waarbij de patiënt in groepsverband lichaamsgerichte-, psycho- en sociotherapie ontvangt. Het basisprogramma bestaat uit 2 dagdelen en het intensieve programma uit 3 dagdelen. Na 12 weken start de 2e fase, waarin de cliënt in 5 nazorgbijeenkomsten ondersteund wordt het in de behandeling bereikte resultaat in stand te houden. Deelnemers aan het basisprogramma krijgen gedurende 3 maanden nog maandelijks een groepsbij-

ing behandelvorm

eenkomst. Deelnemers aan het intensieve programma krijgen 5x in de loop van 6 maanden een groepsbijeenkomst aangeboden met daarnaast maximaal 7 individuele contactmomenten.

De doelgroep

Om in aanmerking te komen voor het behandelprogramma dient bij de patiënt de diagnose fibromyalgie gesteld te zijn. Als deze diagnose al door een reumatoloog is bevestigd, kunt u de patiënt voor indicatiestelling rechtstreeks verwijzen naar een revalidatiearts in het Maastricht UMC+ of Atrium MC. Indien deze de patiënt geschikt geacht vindt, zal aanmelding bij Adelante plaatsvinden. Indien de diagnose nog niet door de reumatoloog is bevestigd, adviseren wij u de patiënt naar de reumatoloog/reumaverpleegkundige te verwijzen die na bevestiging van de diagnose de patiënt naar de revalidatiearts verwijst.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de ketencoördinator fibromyalgie Mariëlle Kroese (043-3874406/06-21810059). Op de website www.azmherstelzorg.nl vindt u een aantal interviews met deelnemers en verwijzers.

Thuistransfusie nieuw leven ingeblazen

Groene Kruis Domicura, huisartsen Heuvelland en het azM zijn recent een samenwerking aangegaan om de vele aanvragen voor thuistransfusie te kunnen honoreren. Dit initiatief vindt zijn grondslag in het in 2002 gelopen pilotproject rondom thuistransfusie voor terminale patiënten. De kwaliteit van leven neemt voor vele patiënten aanzienlijk toe indien deze zorg op maat geleverd wordt, omdat de patiënt voor de transfusie niet naar het ziekenhuis hoeft te komen.

Het opstellen van richtlijnen en protocollen is echter essentieel, evenals het duidelijk afbakenen van bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Hoge eisen moeten worden gesteld aan met name de toediening van het bloed, het bewaren van het bloed tot toediening, de ervaring van de verpleegkundige en de zorg rondom de patiënt bij een transfusiereactie. Door contractueel afspraken te maken, door het opstellen van nieuwe ODIN protocollen voor de logistiek, veilig en gekoeld transport en door het offrenen van kennis en kunde aan de thuiszorgverpleegkundigen is men er nu van overtuigd thuisbehandeling zonder complicaties te kunnen aanbieden.

Om als patiënt in aanmerking te kunnen komen dient aan enkele voorwaarden te worden voldaan. Woonachtig in de regio Heuvelland, indicatie door een azM arts die tevens als eindverantwoordelijke fungeert, de huisarts dient op de hoogte te zijn en de patiënt heeft ooit een transfusie zonder problemen (geen antistoffen of transfusiereactie) in het azM ondergaan.

De Thuistransfusie is een voor Zuid- en Midden Limburg uniek initiatief dat aan de individuele zorgbehoefte van vele patiënten tegemoet komt.





Hagerpoort is de toekomst

In het nieuwe - en prachtig gebouwde - woonzorgcomplex Hagerpoort in Amby lopen wonen en zorg doordacht in elkaar over. Niet alleen een dak boven je hoofd en medische zorg, maar ook een restaurant met een belangrijke ontmoetingsfunctie en de aanwezigheid van bijvoorbeeld een kapper. Hagerpoort past precies in de strategische visie van Vivre, dat van grote instellingen met kleinere complexen terug de wijken in wil. Een belangrijke ontwikkeling, ook voor huisartsen.

Voor Anke Huppertz, clusterdirecteur bij Vivre, is het duidelijk dat Hagerpoort een grote stap in de goede richting is. “We hebben in de zorg met zijn allen uiteindelijk minder geld te verdelen als gevolg van de bezuinigingen, terwijl de vraag toeneemt en we dezelfde kwaliteit willen blijven leveren. Dan moeten we elkaar beter gaan vinden en efficiënter samenwerken. Ik nodig de huisartsen graag uit met ons mee te denken.”

De ketenzorg bij Hagerpoort is nu nog redelijk basaal. Vanuit Vivre Amby is er ongeveer één keer per twee tot drie maanden een overleg met de huisartsen. Hagerpoort moet het antwoord zijn op vele ontwikkelingen: vergrijzing, nieuwe zorgvragen, innovatie in de zorg en een verwacht toekomstig tekort aan verpleeg- en huisartsen en zorgpersoneel.

Anke Huppertz: “Wij hebben dertig verpleeghuisbedden, voor vooral dementerenden. Voor die mensen hebben wij een eigen verpleeghuisarts. Daarnaast hebben we hier nu 24 verzorgingshuisplaatsen, waarvoor de huisarts komt. En ook nog eens 52 aanleunwoningen waarvan de bewoners ook zijn aangewezen op de huisartsen. Huisartsen krijgen nu in hun praktijk misschien te maken met mensen die vereenzamen: die kunnen wellicht bij onze dagbesteding terecht. Het is goed om met elkaar na te denken hoe je de zorg organiseert, zeker als er in de toekomst minder artsen zijn. Hetzelfde geldt voor onze relatie met het ziekenhuis. Hagerhof is bijna een wijk op zich, waar veel hulpbehoevenden komen. Met het ziekenhuis zou je bijvoorbeeld kunnen nadenken over het houden van poli's bij ons. Dan kom je hier bloed prikken en hoeven niet alle mensen uit Amby naar het ziekenhuis te gaan.”

In Hagerpoort is het overgrote deel van de bewoners afkomstig uit Amby, zegt locatiemanager John Bos van Vivre. Dicht bij huis kunnen de mensen uit Amby nu doorstromen in de zorgketen: van aanleunwoningen, naar verpleeghuiszorg, naar psycho-geriatrie. Ze kunnen in hun vertrouwde omgeving in Amby blijven, dichtbij familie en bekenden. “De belangstelling is groot. We hebben al een wachtlijst van zo'n tachtig mensen. De druk op voorzieningen zoals Vivre ze nu hier heeft gerealiseerd is groot.”

“Dicht bij huis kunnen de mensen uit Amby nu doorstromen in de zorgketen: van aanleunwoningen, naar verpleeghuiszorg, naar psycho-geriatrie.”

In de nabije toekomst zal de ‘oude’ locatie Amby, het oude verzorgingshuis, gesloopt worden. Op de vrijkomende gronden zullen nieuwe voorzieningen gebouwd worden waarin zorg en wonen wederom gecombineerd zullen worden en aangesloten zullen worden op Hagerhof. Anke Huppertz: “En we hebben nog eens 150 plaatsen in De Zeven Bronnenn in Amby. Al met al levert ons dat een geweldige infrastructuur op om zaken slim te combineren en efficiënt te regelen. Dan kunnen we er bijvoorbeeld voor zorgen dat als van een ouder echtpaar iemand dement wordt, de wederhelft toch bij hem of haar kan blijven, omdat alle benodigde voorzieningen hier letterlijk in elkaar verlengde liggen. Of dat nu een zorgbed is of dagopvang. Als je daarover nadent: pure winst voor iedereen.”

Uit de praktijk

De afdeling Spoed Eisende Hulp (SEH, vroeger EHBO) van het azM is bedoeld voor mensen met een acuut medisch probleem en is 24 uur per dag geopend. De meeste patiënten worden doorverwezen door de huisarts, maar ook via de ambulance of op eigen initiatief kunnen patiënten terecht voor dringende medische hulp. Praktijk mocht een uurtje hectiek meeleven en vroeg enkele hulpvragers hoe ze de weg gevonden hebben naar deze dienst.



Caroline Hoen en haar moeder Ankie hebben er al bijna 4 uur op zitten als de arts die Caroline's röntgenfoto's heeft beoordeeld, haar vertelt dat ze naar huis mag. Caroline is doorverwezen door haar specialist van het Catharina-ziekenhuis in Eindhoven waar ze recent aan een beenvliesontsteking is geopereerd. De wond is pijnlijk en felblauw en Caroline was er niet gerust op. Ze heeft de afgelopen jaren ook zelf wat medische kennis opgedaan. Caroline: "Ik ben hier goed bekend. Als student aan de Sportacademie heb ik menig blessure opgelopen. Helaas hebben deze ervoor gezorgd dat ik mijn opleiding vaarwel moest zeggen".

Voor de 15-jarige **Cyriel Claessens** is dit zijn eerste kennismaking met de spoedeisende afdeling. Cyriel is student aan het St. Maartenscollege te Maastricht. Tijdens de les Techniek heeft hij 'een klein ongelukje' gehad. "Ik was aan het boren en ineens was er bloed en had ik een flinke snee in mijn vinger". Gelukkig heeft zijn docent al vaker met dit bijltje gehakt, kalm verbindt hij met grote kennis van zaken Cyriels hand. Cyriel wordt begeleid door Juul Frissen, conciërge van het St. Maartens College. Juul is niet meer zo onder de indruk van de afdeling. "Ik zit hier regelmatig. Pubers met een korte attentiespanne in combinatie met gereedschap, dat gaat wel vaker mis. We zijn ook niet doorverwezen, maar meteen op eigen initiatief gekomen. Ik ken de gang van zaken zo langzamerhand wel".



Maastrichtenaar **Peter Souren** is, nadat hij zich bij zijn huisarts met een voetblessure had gemeld, wel doorverwezen. Hij is zeer tevreden over de behandelwijze op de afdeling. "Ik ben hier pas een uurtje, er zijn al röntgenfoto's gemaakt en diverse artsen hebben hun licht al over mijn kwetsuur laten schijnen." De foto's laten geen breuk zien en zijn artsen vragen hem om 10 minuten respijt om de verdere voortgang te kunnen bespreken. Peter knikt berustend en zegt "geen punt hoor, ik heb alle tijd".





Nieuwe ontwikkelingen

Neurologen willen huisartsen nascholen

Neurologe dr. Julie Staals wil samen met haar collega's een nascholingsbijeenkomst organiseren voor huisartsen in de regio. "We willen ze de mogelijkheid bieden van de laatste ontwikkelingen in ons vakgebied, de vasculaire neurologie, op de hoogte te worden gebracht", legt de neurologe in de hal van het azM uit op 10 mei, de Europese Dag van de Beroerte.

Staals: "Nog altijd geldt in een geval van een CVA: 'Tijd is hersenen'. In geval van een acuut herseninfarct, waarbij een bloedvat in het hoofd door een stolsel is afgesloten, kan de patiënt een stolseloplossend middel via een infuus krijgen toegediend. Dat is de zogenoemde intraveneuze trombolysie-behandeling. Hiermee kan de schade worden beperkt. De tijd waarbinnen de trombolysie kan worden toegediend, is recent verruimd van drie tot viereneenhalf uur na het incident. Bovendien kunnen we behalve de intraveneuze trombolysie, nu ook tot zes uur na het incident intra-arteriële trombolysie of trombectomie toepassen. Daarbij kunnen we middels een catheterisatie de trombolysie heel lokaal in het bloedvat in het hoofd toedienen, of het stolsel mechanisch verwijderen."

Staals waarschuwt er op de Europese Dag van de Beroerte voor dat voor die laatste mogelijkheid wel aan een aantal voorwaarden moet zijn voldaan. Maar voor die patiënten die voor deze behandeling in aanmerking komen, kan de catheterisatie uitgevoerd worden in het azM, 24 uur per dag, zeven dagen per week. Alleen het azM biedt die zorg in Limburg de klok rond. De vasculair georiënteerde neurologie zoals Staals en haar collega's Manuela Voorend en Robert van Oostenbrugge die onderzoeken, is voor het azM een speerpunt. Staals: "Maar de zorg begint vaak met een telefoontje naar de huisarts. Dat telefoontje wordt

vaak aangenomen door een assistente. Die assistentes moeten we zo goed mogelijk trainen in het herkennen van een CVA, waarbij gebruik gemaakt kan worden van de zogenaamde FAST-test. Spreekt iemand verward, is een arm en/of een been verlamd of is de mond en/of het gelaat scheefgetrokken, dan moet meteen 112 worden gebeld. Alertheid is geboden. Tijd is dan zo ongelooflijk kostbaar. Hoe sneller hulp geboden kan worden, hoe beter."

Verbetering van de acute zorg voor een CVA-patiënt is ook het streven van de zogeheten CVA-Focusgroep, waar Staals namens het azM voorzitter van is. Hierin zitten neurologen van alle Limburgse ziekenhuizen en vertegenwoordigers van de ambulancedienst en de huisartsenpost. De groep komt regelmatig bij elkaar om afspraken te maken over de acute opvang van CVA-patiënten en om de onderlinge logistiek zo efficiënt mogelijk in te richten.

Beter is het natuurlijk een CVA proberen te voorkomen. In de hal van het azM wordt duidelijk gemaakt wat je daarvoor moet doen: voldoende bewegen, niet roken, matig zijn met alcohol en gezond eten. Risicofactoren zijn een hoge bloeddruk, een te hoog suiker- of cholesterolgehalte en overgewicht. De informatiemarkt die op de Dag van de Beroerte in het azM was georganiseerd, was een succes. Veel voorbijgangers waren geïnteresseerd.



Uitdaging voor huisartsen in chronische zorg

Visie op zorg moet gericht zijn op de patiënt, niet op de ziekte

In Nederland is sprake van een steeds toenemende vraag naar zorg door mensen met een chronische aandoening. Bovendien zullen chronische ziekten in de toekomst het meest voorkomen en de grootste impact hebben op de kwaliteit van leven. Op dit moment ontvangen nog niet alle chronisch zieken de kwalitatief hoogwaardige zorg die nodig is. Praktijk sprak met prof. dr. Geertjan Wesseling en prof. dr. Bert Vrijhoef over het toekomstbestendig maken van de chronische zorg.

Uitdagingen

Prof. dr. Bert Vrijhoef, hoofd onderzoek bij de RVE Patiënt en Zorg Maastricht UMC+ en bijzonder hoogleraar Chronische Zorg aan de Universiteit van Tilburg, neemt geen blad voor de mond waar het de huidige invulling van de chronische zorg betreft. “Er liggen ons nog heel wat uitdagingen te wachten. Vooral voor de huisartsenpraktijk zie ik een grote rol weggelegd. Dat is de eerstelijnszorg. Daar wordt de diagnose gesteld, daar wordt doorverwezen. Maar daar moeten patiënten ook terecht kunnen voor zorgadvies. En dan met de tijd mee-

gaan en deze ook aanbieden via internet. Nederland heeft nota bene de grootste internetdichtheid ter wereld. We dienen zorg aan te bieden op basis van de behoefte van de zorgvrager. Nu wordt er nog te veel gekeken naar het ziektebeeld en niet naar de persoon. Ketenzorgconstructies zijn een stap in de goede richting, maar daarmee zijn we er nog niet. Zeker niet voor patiënten waarbij sprake is van multi-morbiditeit.

Kwaliteitsverbetering van de zorg voor chronisch zieken vereist volgens Vrijhoef een veelomvattende systeem-

*Vrijhoef: “We zijn zeker op de goede weg,
maar kunnen nog niet op onze lauweren rusten.”*

benadering, bijvoorbeeld het ‘chronic care model’ dat zowel de patiënt als het zorgteam als aangrijpingspunt neemt en niet gericht is op ziektes, maar op de vraag van de patiënt. Vrijhoef: “Een COPD-patient die ook aan diabetes lijdt, wil gewoon goed geholpen worden en geen last hebben van hoe de zorg geregeld is. Helaas is deze nu nog te veel georganiseerd vanuit de zorgaanbieders. Men zou vooral dienstbaar moeten zijn aan de zorgvraag die de patiënt heeft. Mijn inziens dienen de huisarts en praktijkbegeleider hierin het voortouw te nemen.”

Vrijhoef: “We zijn zeker op de goede weg, maar kunnen nog niet op onze lauweren rusten. Je kunt de beste huisarts zijn die er bestaat en volgens de hoogste richtlijnen zorg leveren, dan nog hangt de kwaliteit van die zorg af van hoe de patiënt het beleeft.”

Prof. dr. Geertjan Wesseling, recent benoemd in de Faculty of Health, Medicine and Life Sciences tot bijzonder hoogleraar Longziekten: “Als stelregel ben ik van mening dat de regie over de totaalzorg bij de huisarts moet liggen. De huisartsenpraktijk moet doen, wat daar gedaan kan worden. Alleen als aanvullende expertise noodzakelijk is, dient tweedelijns zorg ingeschakeld te worden. Specialisten werken complementair. Dat is een andere benaderingswijze dan in het verleden toen een doorverwijzing “neem het maar over” betekende. Om een voorbeeld te geven. De huisarts schrijft geen zuurstof voor, daarvoor wordt doorverwezen naar de longarts. Maar vervolgens dient de huisarts het verdere zorgverloop te begeleiden. Dat vereist een laagdrempel-

ligheid in communiceren tussen huisarts en specialist en een goede administratie in de desbetreffende keten-informatiesystemen. Vooral dat laatste wil nog wel eens tekort schieten. Hierin zie ik de zorgverzekeraars ook een voorname rol spelen, die kunnen de stimulerende financiële prikkel verschaffen. Het bijhouden van keten-informatiesystemen als Medix is namelijk een uiterst belangrijke manier om efficiënt zorg te verlenen en om kengetallen te verzamelen.

Kwaliteit

Het op adequate wijze leveren van chronische zorg kan in een paar woorden omschreven worden: tijdig en toegankelijk, doelmatig, transparant en kwalitatief hoogwaardig. Dat laatste is nu nog moeilijk te beoordelen, maar dat kan gemakkelijk aangepakt worden door het ontwikkelen van indicatoren waarmee de kwaliteit van het werk beoordeeld kan worden. Ook audits in huisartsenpraktijken in aanwezigheid van een specialist kunnen mijn inziens enorm bijdragen aan de kwaliteit van de geleverde zorgverlening. Ik wil er graag voor uitgenodigd worden. Het bevordert bovendien de onderlinge samenwerking en het is een manier om de zorgverzekeraar te tonen dat je bereid bent in kwaliteit te investeren. Ik ben beslist positief over de toekomst van de chronische zorg, er zit enorm veel ambitie bij de huisartsen.”



Praktijk gericht

Door Mieke Damsma. Wethouder Onderwijs, welzijn en zorg

Komt een vrouw bij de dokter De titel van een populair boek en een recente tranentrekkende film. U hebt er vast wel van gehoord. Los van de inhoud spreekt de titel voor zichzelf. Die geeft treffend aan dat er leed en complexe problematiek schuilgaat achter zoveel eenvoudig lijkende vragen in uw spreekkamer. Het is bovendien complex, omdat ons welbevinden als mens met zoveel meer te maken heeft dan alleen lichamelijke of geestelijke gezondheid. Eenzaamheid, sociale contacten, onveiligheidsgevoelens zijn factoren die mede bepalen of we ons goed voelen. U maakt het dagelijks mee in uw praktijk. En om goed te kunnen anticiperen op alle vragen en problemen van uw patiënten, heeft u naast medische kennis van lichaam en geest ook kennis nodig van preventie evenals professionele en sociale netwerken. U bent een belangrijke spil in de zorg rondom een patiënt, omdat u als geen ander zicht heeft op de sociale situatie.

Uw rol zal in de toekomst alleen maar belangrijker worden. Immers, de overheid gaat de burger steeds meer op zijn of haar eigen kracht aanspreken. Zoals u weet is de gemeente verantwoordelijk voor de uitvoering van de wet publieke gezondheid (WPG) en de wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). De WMO is er op gericht om zelfredzaamheid van burgers te stimuleren. In de uitvoering van deze wet staat de vraag centraal in hoeverre mensen, ondanks individuele beperkingen, toch zelfstandig en volwaardig kunnen participeren in de maatschappij. Het uitgangspunt is dat ze zo lang mogelijk baas blijven over hun eigen leven, samen met hun naasten, familie, burens en vrijwilligers. Dat betekent ook dat de burger steeds meer benaderd wordt vanuit het gedachtegoed: wat kunt u zelf nog, wat kan uw omgeving voor u doen? En dan pas wat kan de gemeente of een professionele organisatie voor u betekenen? Hierin speelt u als huisarts een heel belangrijke rol. U fungeert als schakel tussen partners in de zorgketen en kan zorg dragen voor uitwisseling van kennis en ervaring in de aanpak van problemen. Uw spilfunctie is onontbeerlijk.

Eén telefoontje is genoeg

De Huisartsen Service Desk

De Huisartsen Service Desk in het Maastricht UMC+ is het interne navigatiesysteem voor externe verwijzers.

Eén telefoontje en u wordt

doorverbonden met de juiste persoon of afdeling. Daar zorgt Alie Lubbersen voor, zij bemenst de Huisartsen Service Desk.



De Huisartsen Service Desk is te bereiken via 043 387 44 80.

Maastricht UMC+



Maastricht University