

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

nummer 2 | 2012

praktijk



RHZ actief aan de slag met herstructurering zorg **Gezocht opleiders huisartsgeneeskunde** Voedings- en dieetadvies moet voor iedereen toegankelijk blijven **Ouderenzorg als speerpunt in 'grijze' praktijk**



3 Oncologische zorg: Nazorg ‘cancersurvivors’ kan beter | 4 Regionale Huisartsenzorg Heuvelland actief aan de slag met herstructurering zorg | 6 Regio blijft achter: Gezocht opleiders huisartsgeneeskunde | 8 Uit de praktijk: Gezonde eetgewoonten | 9 Een bezoek aan Beijing hospital | 10 Voedings- en dieetadvies moet voor iedereen toegankelijk blijven: Meedenken in oplossingen | 12 Ouderenzorg als speerpunt in ‘grijze’ praktijk | 13 Huisarts en hobby: De bizon van Dr. Harrie Huijben | 14 Centrum voor thuisbeademing bestaat 25 jaar | 16 Column door Dirk Ruwaard

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, Geertjan Wesseling,
Caroline Robertson, Bert Panis, Stafdienst Communicatie Maastricht UMC+, Strategyminds

Eindredactie Liesbeth van Hoef

Fotografie Appie Derks, Danja Zurek

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

In de bres voor betere samenwerking eerste en tweede lijn bij oncologische zorg

“Nazorg ‘cancersurvivors’ kan beter!”

In welke delen van de keten rondom oncologische zorg kunnen we elkaar ondersteunen? Hoe kunnen we op deze gebieden dichter bij elkaar komen? Wie doet wat in welke fase? En weten wij voldoende over wat huisartsen te bieden hebben in deze keten en weten zij wat wij te bieden hebben?

Stuk voor stuk vragen over de samenwerking tussen eerste en tweede lijn in de zorg van oncologische patiënten die bij Dr. Geerard Beets opkomen nu hij naast zijn werk als oncologisch chirurg sinds kort ook medisch hoofd is van het oncologiecentrum van Maastricht UMC+. “Als chirurg en specialist ben je veelal gefocust op dat stukje waar je eigen specialisme ligt. Het grote stuk ervoor en erna, daar sta je niet altijd bij stil,” aldus Beets. “Vanuit het oncologiecentrum willen we in de toekomst meer inzoomen op het hele traject rondom kanker en niet alleen het stuk waar de specialist in actie komt. We willen onze focus verbreden en meer aansluiting zoeken bij huisartsgeneeskunde.”

Beets vervolgt: “Uit onderzoek van het KWF en de Nederlandse Kankerregistratie en ook onze eigen bevindingen blijkt dat er steeds meer ‘cancersurvivors’ zijn, en dat aantal gaat nog verder stijgen in de toekomst. De nazorg van deze groep is heel belangrijk en ik heb het idee dat die beter kan. Ik heb de indruk dat in het palliatieve traject, de samenwerking tussen eerste en tweede lijn al goed geregeld is. Zo beschikken we in het oncologiecentrum ook over een speciale zorglijn voor palliatieve zorg en dit verloopt heel transmuraal. Voor de ‘survivors’ mag de zorg ook beter gecoördineerd worden. Ik heb het dan voornamelijk over de opvang van

o.a. mensen die met veel vragen en onzekerheden zitten, die problemen ondervinden bij de re-integratie en die kampen met psychische problemen als gevolg van hun ziekte. Voor wie uit de zorgketen is daar welke rol weggelegd? Ik denk dat het heel zinvol is, ons hier samen over te buigen. Er zou een rol weggelegd kunnen zijn voor ons als specialisten en chirurgen vanwege de specialistische vragen waar deze patiënten mee zitten. Anderzijds ligt er ook een rol voor de huisarts omdat deze vaak meer betrokken is en dichterbij staat. Als de acute fase voorbij is, zien wij patiënten vaak nog maar één of twee keer jaar. Dat is niet direct een situatie waarin zij hun problemen open op tafel leggen. Een huisarts heeft die band meestal wel omdat het contact frequenter is. Het is belangrijk dat we dit goed op elkaar afstemmen.”

Nauwere samenwerking, een zorgvuldige overdracht, een persoonlijk plan voor elke patiënt,... mogelijke middelen om de nazorg te verbeteren. Ook het meer en beter inzetten van de digitale snelweg als communicatiemiddel speelt daarbij een rol volgens Beets. Het juiste antwoord en de perfecte oplossing heeft hij echter nog niet. Iets waar hij in de komende tijd wel werk van maakt en waarover hij graag met huisartsen van gedachten zou wisselen.

RHZ actief aan de slag met herstructurering zorg

In een tijd waarin de vraag naar zorg groeit, maar de middelen drastisch afnemen, is herstructurering van zorg een onvermijdelijke zaak. De Regionale Huisartsenzorg Heuvelland (RHZ) neemt deze taak buitengewoon serieus en ziet zichzelf tegenwoordig zelfs meer als een eerstelijnszorg bedrijf waar daadwerkelijk projecten ontwikkeld en uitgevoerd worden die verder reiken dan huisartsenzorg en waarbij diverse disciplines met elkaar verbonden worden. Ronald Meerlo, Projectmanager 'RHZ In Zorg', vertelt over de laatste stand van zaken betreffende een aantal van hun initiatieven, waaronder de implementatie van anderhalvelijnszorg.

TIPP Een van de eerste ontwikkelingen, waar de RHZ hoge verwachtingen van heeft, is de realisatie van het Transmuraal Interactief Patiënten Platform, kortgezegd TIPP. "Een tussenschakel in de vorm van een soort call-center waar doktersassistenten aan de telefoon zitten om de verwijzingen van de huisarts en aanvragen voor diagnostiek centraal te coördineren," legt Meerlo uit. "Het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) is ten behoeve hiervan zodanig aangepast dat een digitale verwijzing tot stand komt die enerzijds logistieke info bevat en tevens een medisch dossier dat alleen voor de betreffende artsen en specialisten toegankelijk is. Vanuit TIPP wordt de doorverwijzing opgepakt en wordt aan de patiënt, indien gewenst, keuze-informatie verstrekt over kwaliteit van zorg, toegangstijden en andere relevante zaken over omliggende ziekenhuizen."

Het toevoegen van TIPP als tussenschakel tussen eerste en tweede lijn biedt volgens Meerlo voordelen voor alle partijen. "Voor de patiënt is er een keuzemogelijkheid én hij wordt begeleid bij het maken van de keuze. Tijdens het consult bij de huisarts is er vaak te weinig tijd om deze informatie te verstrekken. Voor de patiënt is er nu meer mogelijkheid om te 'shoppen' tussen het zorgaanbod, op zoek naar de beste zorg. Bovendien volgt TIPP de patiënt in het vervolgtraject erna en checkt of de verwijzing is aangekomen en de afspraak is ingepland. Na de behandeling worden de ervaringen van de patiënt opgevraagd, zodat die meegenomen kunnen worden in het advies aan volgende patiënten. Voor de huisarts geldt dat deze niet over de keuze-informatie hoeft te beschikken tijdens een consult. Hij kan verwijzen naar TIPP. De informatieuitwisseling bij doorverwijzingen

verloopt nu nog weleens grillig, de huisarts heeft vaak geen zicht op wat er met de fax gebeurt die verstuurd wordt vanuit zijn praktijk. Met TIPP is dit straks veel inzichtelijker. Het uitwisselen van informatie, waarvoor normaal veel communicatie vanuit praktijk naar ziekenhuis is, wordt nu vanuit een centraal punt bewaakt en dus uit handen van assistentes genomen. Dat geldt ook voor de retourinformatie richting HIS. Bovendien worden aanvragen voor diagnostiek vergemakkelijkt en komt er een einde aan het werken met verschillende aanvraagformulieren. Het nieuwe formulier stimuleert het verbeteren van rationeel en efficiënt aanvraaggedrag en maakt meer kostenbewust. 'Last but not least' heeft ook het ziekenhuis er baat bij, alleen al vanwege het feit dat verwijzingen voortaan digitaal verlopen en niet meer per fax. Het ziekenhuis kan zelf prioriteiten stellen waarin en hoe zij zich wil profileren en in welke zorg zij zich wil specialiseren." Meerlo benadrukt dat het er primair om gaat dat TIPP de prestaties van de zorgaanbieders transparant maakt. "Het Academisch Ziekenhuis is vanuit de kern meer gericht op het leveren van zorg bij complexe situaties, hiermee prikkelen we hen om ook basiszorg scherp te houden."

Over de termijn waarop we de eerste acties vanuit TIPP kunnen verwachten, stelt Meerlo dat er per 1 april gestart is met een pilot van een tiental huisartsen die gaan oefenen. "De verwijzing vanuit de huisarts is vrij eenvoudig op korte termijn te realiseren, maar de koppelingen die gemaakt moeten worden met de ziekenhuizen zijn iets complexer. Daar moeten goede afspraken over worden gemaakt. Technisch gezien een tijdrovende klus. Daar wordt nu hard aan gewerkt!"

Anderhalvelijnszorg In het kader van kosten besparen en het verwijsproces rationaliseren, speelt ook de discussie rondom anderhalvelijnszorg een belangrijke rol. "Bij anderhalvelijnszorg heb ik het over een type zorg waar geen IC en minimale OK voor nodig is. Een zorg ook die heel dichtbij het behandelarsenaal van de huisarts ligt," aldus Meerlo. "Anderhalvelijnszorg kan geleverd worden in gezondheidscentra. De kosten zijn in die setting een stuk lager. Wij schatten in dat hiermee ca. 25 tot 30 mln Euro per jaar bespaard kan worden voor de regio Maastricht Heuvelland. Onze voorkeur gaat ernaar uit om die zorg te leveren in een joint venture met Maastricht UMC+. Op die manier kunnen we samen werken aan een goed alternatief voor de regionale basiszorg."

Eerste anderhalvelijnszorg gezondheidscentrum In de Maastrichtse wijk Scharn worden momenteel plannen ontwikkeld voor een eerste anderhalvelijnszorg gezondheidscentrum waar allerlei disciplines samenkomen. Meerlo: "De bovenste verdieping gaan we helemaal inrichten voor anderhalvelijnszorg. De oplevering wordt eind 2013 verwacht. Daar zal echt duidelijk worden hoe met het implementeren van anderhalvelijnszorg een andere dimensie aan zorg wordt gegeven. Een dimensie die nieuwe inzichten en een efficiënte werkwijze zal opleveren. Een dimensie ook die onverbidde-lijk is in een tijd als deze."

Gezocht: Opleiders Huisartsgeneeskunde

Regio Maastricht Heuvelland blijft achter als opleider

De 'appendix' van ons land. Een omschrijving die regelmatig wordt gebruikt voor Zuid Limburg om het afwijkende karakter, geografisch en demografisch gezien, aan te duiden. De vergrijzing en ontgroening die de regio teisteren, zijn van invloed op het wel en wee van de opleiding en het voortbestaan van huisartspraktijken in dit gebied. De aanwas van jong bloed én voldoende opleidingsplekken is de komende tijd dus erg belangrijk.



Uitbreiding stage-capaciteit Binnen enkele jaren voorziet men een tekort aan huisartsen op de arbeidsmarkt in Maastricht. Een opmerkelijk gegeven, daar Maastricht landelijk gezien hoog scoort als (huisarts) opleiding. Zo blijkt ook uit de nieuwe aanmeldingen van artsen in opleiding die in september willen starten. Jean Muris, Hoofd Huisartsopleiding: "Het gros daarvan is eigen kweek, dus studenten van de Universiteit Maastricht. De verbintenis met de regio is er dus, gedurende een lange periode zelfs. Dat is eigenlijk een optimale uitgangssituatie en een kans die we moeten benutten om hen na het afstuderen hier te houden. Dat kan alleen als we hen ook de juiste opleidingsplaatsen in dit gebied kunnen bieden. Daar blijkt echter een groot knelpunt te zitten, want we kampen hier momenteel met een stageplaatschaarste voor stagiaires uit het basiscurriculum en artsen in opleiding. Laury de Jonge, hoofd sector onderwijs basiscurriculum: "Vreemd genoeg blijft, uitgekend het gebied waar de opleiding gesitueerd is, ach-

ter, ook ten opzichte van Oostelijk Zuid Limburg, als het gaat om actief betrokken zijn als opleider bij het coschap en de huisartsopleiding. We zijn momenteel zelfs genoodzaakt om naast Brabant voor opleidingsplaatsen uit te wijken naar Zeeland."

Investeren in toekomstige artsen Een jammerlijke ontwikkeling vindt Muris. "Te meer omdat deelname aan het coschap essentieel blijft en je daarin als rolmodel functioneert voor studenten. Een veelgehoord bezwaar is gebrek aan tijd en ruimte, met name in stadspraktijken en praktijken aan huis. Heel begrijpelijk, vooral met de komst van steeds voller wordende praktijken met praktijkondersteuners en anderen. Toch blijkt in de praktijk veel meer mogelijk te zijn dan men denkt. De Jonge vult aan: "Uiteraard vraagt het om een investering in tijd en energie, het is immers geen 'snuffelstage'. Er wordt wel diepgang en supervisie verwacht. Maar investeren in toekomstige artsen betekent ook investeren in

collega's en mogelijke opvolgers. Een stagiaire in de praktijk zorgt bovendien voor verdieping en feedback voor je eigen communicatie en functioneren als arts. Dat is bijzonder waardevol in elke fase van je carrière. Dit wordt nog eens extra aangescherpt door de scholing die aangeboden wordt aan opleiders."

Interesse in het opleiderschap? HAG Maastricht is altijd op zoek naar nieuwe enthousiaste opleiders die willen starten als opleider bij de coschappen Huisartsgeneeskunde of bij de Huisartsopleiding. De coschapstage vindt plaats in het vijfde studiejaar en duurt 10 weken. Deze stage in de huisartspraktijk is de langste in heel Nederland. Studenten hebben op dat moment de coschappen interne geneeskunde, chirurgie, oogheelkunde, dermatologie en KNO al doorlopen. Eén hele dag en drie halve dagen neemt de student gedurende tenminste 20 uur per week deel aan de patiëntenzorg in de praktijk. Zij zien zelfstandig patiënten met

gezamenlijke nabespreking met de opleider. Ook is het de bedoeling dat de student deelneemt aan diensten. De huisartsopleiding duurt drie jaar. Het praktisch onderwijs vindt plaats in opleidingspraktijken in Limburg en Brabant. Het ondersteunend theoretisch onderwijs wordt gegeven in Maastricht en op regionale locaties. Het team docenten werkt op een enthousiaste professionele wijze samen met huisartsopleiders in de praktijk en opleiders in de kliniek om het leerproces van de aios tot een succes te maken.

Voor meer informatie over het opleiderschap kunt u terecht bij Lilian Aarts, onderwijscoördinator huisartsgeneeskunde, tel. 043-3882921 of via lilian.aarts@maastrichtuniversity.nl of kijk op de website: www.hag.unimaas.nl/huisartsopleiding

Minimaal 2 ons groenten en 2 stuks fruit per dag. Regelmatig producten met gezonde voedingsvezels gebruiken. De inname van suiker, zout en vet beperken. We weten allemaal hoe een gezond dieet eruit ziet. Maar weten is nog geen eten. Praktijk stelde de vraag: "Bent u zich bewust van het belang van gezonde eetgewoonten?"

Uit de praktijk



Mevrouw Backs uit Maastricht: "Mijn man en ik zijn er al jaren van overtuigd dat voeding een grote bijdrage kan leveren aan een goede gezondheid. We eten minimaal twee keer per week vis omdat het de kans op hart- en vaatziekten kan verminderen. Iedere dag komen er ruimschoots groenten op tafel en varkensvlees wordt bij ons niet gegeten. We zorgen ervoor dat we voldoende drinken, met name water. Natuurlijk eten we ook wel eens een snack of drinken een glaasje alcohol, maar alles met mate. We willen ons lekker fit en gezond blijven voelen en overmatig zondigen wrekt zich meteen."

De Duitse **Nora Koldekoff** reageert enthousiast: "Absoluut! Ik koop alleen biologische producten. Ik wil zeker weten dat er tijdens het verwerkingsproces geen chemische toevoegingen zijn gebruikt. Ik ben me vooral bewust geworden van het belang van gezonde voeding na gewrichtsproblemen. De voorgeschreven medicatie had vervelende maag- en darmklachten als bijwerking. Ik ging beter letten op wat ik at en merkte dat mijn algehele gezondheid met sprongen vooruit ging.

Ik woon in Keulen, een grote stad met een uitgebreide keuze in reform- en natuurvoedingswinkels. Er wordt voor elke productgroep een ruim assortiment aangeboden. Het is echt niet moeilijk om gezond en verstandig te eten. Bovendien heb ik drie kinderen die ik een goede gezondheid gun en waar ik alleen het allerbeste voor wil. Natuurlijk mogen ze ook wel eens een snoepje. Een goede balans vinden, dat is het belangrijkste."



"Ik probeer samen met mijn gezin volgens de Schijf van Vijf te eten." Ook **mevrouw Schram** is zich bewust van het belang van gezond eten. "s Morgens ontbijten we met volkoren crackers, bij de lunch met kaas belegde boterhammen met een tomaatje en voor het avondeten aardappelen met voldoende groente. Het hele gezin doet er graag aan mee, al moet ik soms diverse soorten groenten klaarmaken om beide kinderen tevreden te houden. Twee stuks fruit eten lukt niet iedere dag, dat geef ik heel eerlijk toe. Alleen als ik de meer exotische fruitsoorten in huis haal. Over appels en peren worden we bij ons thuis niet enthousiast."



Een bezoek aan Beijing Hospital

In december vorig jaar verbleven Josiane Boyne, hartfalenverpleegkundige en promovendus en Jeroen Hendriks, atriumfibrilleren-verpleegkundige en promovendus, in Beijing voor een bezoek aan het BIT's 3rd Annual International Congress of Cardiology. Een gelegenheid die ze tevens benutten om een kijkje te nemen in het Beijing Hospital en kennis te maken met de dagelijkse zorg voor cardiologische patiënten aldaar. Een verslag over hun bevindingen en vooral de verschillen. "De visie 'de dokter bepaalt en de patiënt slikt het tabletje' gaat hier in elk geval nog wel op", aldus de twee promovendi.

Beijing Hospital "Met ruim 1200 bedden, 2327 werknemers waarvan 532 artsen en ongeveer 4500 patiëntenbezoeken per dag, is Beijing Hospital voor Chinese begrippen een 'middelgroot' ziekenhuis. Het gebouw ademt een jaren 60/70 sfeer uit. Ondanks enige modernisering is goed te zien dat het gebouw toe is aan renovatie. Eén van de eerste dingen die opvallen tijdens de rondleiding is dat de privacy hier nogal te wensen overlaat. De patiënten in de zes bedden tellende CCU worden van elkaar gescheiden door gordijnen. In een hoek is een wastafel waar men zich wat kan opfrissen. Op de gang bevindt zich één doucheruimte of badkamer voor alle patiënten, waar men één keer per week gebruik van maakt, indien de arts het toestaat. De afdeling is zeer summier geoutilleerd. Zo wordt er bijvoorbeeld geen intra-aortale ballonpomp gebruikt op de CCU, enkel - en met uitzondering - tijdens interventies op de behandelkamer. Volgens de arts overbodig omdat patiënten worden gestabiliseerd met medicatie. Voor ons aanleiding om enige vraagtekens te plaatsen bij het niveau van de acute cardiologische zorgverlening. De spreekkamer is een kleine ruimte met op het bureau een computer, maar ook een waterkoker en een magnetron. Patiënten - ook met hartfalen - worden zittend op een krukje onderzocht, waarbij het lichamelijk onderzoek niet verder gaat dan het meten van de bloeddruk en het beluisteren van hart en longen.

Nalstig in nazorg In het kader van onze onderzoeken ging onze interesse uiteraard ook uit naar de nazorg voor patiënten met atriumfibrilleren en hartfalen. Deze blijken niet nader te worden geïnformeerd over de hartritme-stoornis, het waarom van de therapie en de noodzaak van bijvoorbeeld het gebruik van antistolling. Bij ontslag krijgen ze een lijstje mee van de cardioloog met een medicatie-overzicht en termen als 'zoutbeperking' en 'melden bij klachten'. De patiënt verlaat het ziekenhuis zonder nazorg en krijgt de opdracht zich weer te melden bij nieuwe klachten of als de medicatie op is. Een verpleegkundige is op geen enkele manier betrokken bij de nazorg. Volgens de artsen is de therapietrouw zeer laag. Dit verduidelijkt voor ons dat in Beijing Hospital een duidelijke hiërarchie bestaat: de arts bepaalt het beleid, de verpleegkundige voert het uit en de patiënt heeft geen inspraak.

Gezondheidszorg in China Hoewel de Chinese gezondheidszorg wordt gekenmerkt door het principe 'rich gets more, poor gets less' is het opmerkelijk om te zien hoe tevreden en vriendelijk de mensen zijn, zowel binnen als buiten het ziekenhuis. De collectie vaandels, als dankbetuiging geschonken door tevreden patiënten, die ons toelicht op de afdeling cardiologie onderstreept dit...en dat zou dan weer best een voorbeeld kunnen zijn voor ons!"



Voedings- en dieetadvies moet voor iedereen toegankelijk blijven

Meedenken in oplossingen

Minister Edith Schippers van Volksgezondheid heeft het dieetadvies per 1 januari 2012 uit de basisverzekering overgeheveld naar de aanvullende verzekeringspakketten. Alleen voor patiënten met ketenzorg bij COPD, diabetes of vasculair risico is een uitzondering gemaakt, zij houden het recht op dieetadvies vanuit het basispakket.

Phil Geerlings, afdelingshoofd Diëtetiek Maastricht UMC+: "Het besluit van de minister om het dieetadvies uit de basisverzekering te schrappen, heeft voor grote onduidelijkheid gezorgd onder cliënten. Onze doelgroep is veel breder dan de uitzonderingsgroep. Denk bijvoorbeeld aan patiënten die kampen met gezondheidsrisico's die samenhangen met overgewicht, kinderen met een voedselallergie of patiënten met een groot risico op ondervoeding zoals oncologiepatiënten. Ook voor deze mensen willen wij toegankelijk blijven.

Onze poliklinische verwijzingen werden in het verleden uitgevoerd door diëtisten van het azM, Groenekruis-Domicura en andere eerstelijnspraktijken. Voor deze samenwerkingsvorm is gekozen om brede service te kunnen verlenen. Elke patiënt kon een deskundige behandeling worden aangereikt op de plek die de voorkeur had van de patiënt.

Voor 2012 kunnen wij een patiënt die behandeld wordt in het Maastricht UMC+ nog steeds 4 uur dieetbegeleiding per kalenderjaar aanbieden. Dit kan omdat we met dr. Hans Fiolet, directeur Patiënt en Zorg Maastricht UMC+, voor 2012 een tussenoplossing zijn overeengekomen. Daarbij zoeken we naar de meest haalbare financiële mogelijkheden passend binnen het gezondheidsprobleem en –pad van de patiënt. Ook kunnen we in een groot aantal gevallen de aanvullende verzekering van de patiënt inzetten. Middels deze zorgconstructie zijn wij in staat hetzelfde zorgniveau aan te bieden als vorig jaar, ondanks de landelijke bezuinigingen."

Petra Paulus, manager Voeding & Dieet Groenekruis-Domicura, knikt instemmend. "Vorig jaar zijn wij door het besluit van de minister overvallen. Doordat we onvoldoende tijd hadden om op haar besluit te anticiperen, zijn er weinig concrete afspraken gemaakt met zorgverzekeraars. Nu, na enkele maanden, worden de gevolgen duidelijk. Patiënten met voedingsproblemen en mensen met bijvoorbeeld darmklachten of een allergie, zien van begeleiding af omdat ze in de veronderstelling zijn dat

de voedingsadviezen geheel uit eigen zak gefinancierd moeten worden. Patiënten die kampen met ondervoeding, informeren bezorgd over de vergoeding. We leggen dan uit dat de dieetvoeding nog altijd vanuit de basisverzekering wordt vergoed. Dat is een vervelende bijwerking van de vooral negatieve berichtgeving omtrent dit onderwerp, men wordt té voorzichtig. Cliënten zijn gebaat bij een grotere mate van transparantie. De doorverwijzer kan hierin een grote rol spelen. Huisarts en praktijkondersteuner kunnen blijven doorverwijzen en goede samenwerkingsafspraken met de diëtisten maken, waarbij de vraag en behoefte van de cliënt centraal wordt gesteld."

"Op de vergoeding van dieetadvies uit de aanvullende verzekering in 2012 is geen eigen risico van toepassing, waardoor verzekerden die verder geen gebruik maken van gezondheidszorg in feite goedkoper uit zijn dan vorig jaar."

Mensen met voedingsvragen of voedingsproblemen die begeleid willen worden door een diëtist, wil Phil, als voorzitter van het Diëtisten Overleg in de Regio Maastricht, op het hart drukken altijd contact op te nemen. "Iedere diëtist in onze regio weet de beste weg in het complexe systeem van vergoedingsregelingen. Er zijn diverse moe-

lijkheden per zorgverzekeraar en de diëtist kan samen met de patiënt bekijken op welke wijze er een vergoeding mogelijk is. Daarbij zal de diëtist met de patiënt samenwerken, wat zijn de doelen van het behandelingstraject, hoe kunnen we de consulten en consulttijden maximaal afstemmen, hoe kunnen we de eventuele kosten bijvoorbeeld in maandelijkse bijdragen spreiden. Op deze manier kunnen we 75% van de patiënten die dieetbehandeling behoeven, toch van de juiste en betaalbare zorg voorzien."

Petra: "Bovendien is op de vergoeding van dieetadvies uit de aanvullende verzekering in 2012 geen eigen risico van toepassing, waardoor verzekerden die verder geen gebruik maken van gezondheidszorg in feite goedkoper uit zijn dan vorig jaar. Ook biedt de diëtist van de thuiszorgorganisatie betaalbare cursussen met als doel gewichtsvermindering en het verbeteren van de leefstijl, die in veel gevallen wel vergoed worden door de verzekeraar. Als diëtisten willen wij met de cliënt meedenken én oplossingen bieden."



Ouderenzorg als speerpunt in 'grijze' praktijk

Steeds meer praktijken in deze regio krijgen te maken met een 'vergrijsde' patiëntenpopulatie. Een groep die extra aandacht vraagt en een multidisciplinaire vorm van zorg vereist. Voor huisartsen Marianne Van Oosterhout en Stan Kempinski in Meerssen en Thijs Wiertz in Bunde reden om negen jaar geleden al ouderenzorg tot een speerpunt te maken in hun praktijk. Een aanpak die onder meer tot uiting komt door het aanstellen van een gezamenlijke 'praktijkondersteuner ouderenzorg' en een speciaal spreekuur op locatie in verzorgingsinstellingen. Een aanpak bovendien die resulteert in het bieden van gestructureerde totale zorgverlening met aandacht voor zowel somatische als psychische zorg.

Psychische & Somatische zorg Vincent Janssen, praktijkondersteuner ouderenzorg: "Naast het behandelen van chronische aandoeningen, heb ik mij als praktijkondersteuner vanaf het begin gefocust op de oudere doelgroep omdat deze in dit gebied een groot deel van de patiëntenpopulatie beslaat. Ik heb een HBO-V opleiding gevolgd en vervolgens veel ervaring opgedaan in het ziekenhuis, in verzorg- en verpleeginstellingen en bij de thuiszorg. In mijn functie als praktijkondersteuner voor de praktijken in Bunde en Meerssen heb ik in de afgelopen jaren diverse disciplines binnen ouderenzorg in kaart gebracht en een uitgebreid netwerk opgebouwd rondom de ouderenzorg. Bij de invoering van de ketenzorg GGZ heb ik besloten de opleiding POH GGZ te gaan volgen. Deze hoop ik binnenkort af te ronden waarna we als praktijken een totaalplaatje kunnen aanbieden met aandacht voor zowel de somatische als psychische hulpverlening aan de oudere patiënt.

Thuis & op locatie Wiertz: "In de praktijk komt dit onder andere tot uiting in het speciale spreekuur dat wekelijks plaatsvindt 'op locatie' in een verzorgingshuis. Vincent is in Bunde één dag in de week aanwezig namens mij en in Meerssen één dag in de week namens Kempinski en Van

Oosterhout. Hij beschikt inmiddels over voldoende expertise om een groot deel van de zorgvragen ter plekke af te kunnen handelen. Daar waar nodig, worden wij uiteraard ingeschakeld. Er vindt tevens regelmatig multidisciplinair overleg plaats met familie en betrokken zorgverleners." Van Oosterhout: "Ook voor de zorgverlening aan huis hebben we onze krachten gebundeld en is Vincent er als centraal aanspreekpunt die inventariseert wat er nodig is en de zorg(aanvraag) coördineert. Ook dat is erg belangrijk, zeker met oog op de toenemende zelfstandigheid en zelfredzaamheid van ouderen in de toekomst. Vincent weet precies de weg en is op de hoogte van de laatste ontwikkelingen en mogelijkheden binnen ouderenzorg." Wiertz vult aan: "Zo voorkomen we ook dat we voor acute zorgproblematiek en -vragen komen te staan. En als die zich al voordoen, kunnen we snel actie ondernemen."

(G)OUD & Nieuw De praktijken in Meerssen en Bunde hebben met hun aanpak een voorsprong opgebouwd wat betreft ouderenzorg in Zuid-Limburg en vormen inmiddels een mooi voorbeeld voor de ambities zoals die in het regionale project (G)OUD zijn geformuleerd. Vincent: "Een goede samenwerking binnen ouderenzorg levert mooie resultaten en is mijns inziens onmisbaar in deze regio."



Bizons in de achtertuin

*Mechelse huisarts enige Nederlandse
particuliere fokker Wisenten*

"Natuurlijk wil ik meewerken aan een kort artikel, ik weet alleen niet of mijn verhaal zo interessant is." Dr. Harrie Huijben, huisarts in Mechelen en woonachtig in het pittoreske dorp Vijlen, is een bescheiden man. Té bescheiden, want tijdens het gesprek geeft hij blijk van grote kennis van en omgang met de natuur die door velen als bewonderenswaardig wordt gezien.



"Jaren geleden ben ik in het bezit gekomen van een stuk grond, een kalkgraslandhelling, botanisch het meest soortenrijke graslandtype van ons land. Er waren resten aanwezig van bijna uitgestorven plantensoorten die zich door de jaren heen flink hebben uitgebreid. Hierdoor zijn voor Zuid-Limburg karakteristieke dieren, zoals de geelbuikvuurpad en de das, ook teruggekomen in het landschap."

"Voor het onderhoud van het grasland heb ik gekozen voor Mergelland schapen, de kudde heb ik enige tijd later met Schotse Hooglanders uitgebreid. Dat is een runderas dat uitermate geschikt is om het hele jaar door als grote grazer te worden ingezet. Met deze runderen heb ik gefokt voordat ik ben overgegaan tot de aanschaf van twee Wisenten, Europese bizens. Wist je dat de Wisent het grootste Europese landzoogdier is? Een soort dat aan het begin van de twintigste eeuw in het wild was uitgestorven. En dat terwijl in de Middeleeuwen de Wisent zelfs nog in België en Duitsland voorkwam. Dat raakt mij. Het is een enorm en imposant dier dat al in de vroegste door de mens gemaakte tekeningen, bijvoorbeeld in de grotten in de Dordogne, wordt afgebeeld. In de mythologie van de Europese oervolkers had de Wisent een magische positie. En dan laten we dat oerdier zomaar uitsterven? Voor mij is het van belang dat ik –al is het dan in bescheiden mate – kan bijdragen aan de instandhouding en verspreiding van een uitstervende soort die aan de basis stond van ons bestaan. Daar ligt ook de link naar mijn vak, als huisarts ben je op een heel rudimentaire manier betrokken bij de levens van mensen. En dat heeft voor mij, ook na 32 jaar, nog niet aan kracht en betekenis ingeboet."

25 jaar centrum voor thuisbeademing

“Het beeld dat patiënten met beademing alleen nog maar een beetje ‘in leven worden gehouden’, klopt in elk geval niet.”

Het centrum voor thuisbeademing in Maastricht vierde onlangs haar 25-jarig jubileum. Een bijzondere mijlpaal voor de instantie die in de afgelopen jaren uitgroeide tot multidisciplinair centrum van waaruit de zorg rondom thuisbeademing wordt gecoördineerd voor een diverse groep patiënten in Zuidoost Nederland. Door de technologische ontwikkelingen, het samenvoegen van meerdere disciplines binnen één centrum en de toename van patiënten die in aanmerking komen, groeide het centrum uit zijn voegen en verhuisde begin dit jaar naar een nieuwe locatie in MECC Maastricht.

Toen en nu “Ooit begonnen met puur en alleen het regelen van het apparaat en de vergoeding, is er inmiddels veel veranderd en draait het nu om het faciliteren van de héle zorg rondom thuisbeademing en het waarborgen van de veiligheid, 24 uur per dag. Een eenvoudige afdeling is daarmee uitgroeid tot een compleet centrum waar diverse disciplines integraal samenwerken, waaronder drie longartsen, maatschappelijk werk, thuisbeademingsverpleegkundigen, een callcenter, secretaresses en technici.” Aan het woord is Camiel van Keeken, verpleegkundig hoofd van het centrum voor thuisbeademing. “Dat is vooral het gevolg van de vele ontwikkelingen van de apparatuur waardoor thuis beademen makkelijker en veiliger is geworden.” Nicolle Cobben, longarts/intensivist en medisch coördinator: “Vroeger volstonden een anesthesist en verpleegkundige voor de beperkte patiëntengroep die toen voor thuisbeademing in aanmerking kwam. Nu zijn we met een heel multidisciplinair team werkzaam. We bedienen momenteel zo’n 460 patiënten in diverse leeftijdscategorieën en met uiteenlopende aandoeningen, want ook de patiëntengroep heeft een behoorlijke ontwikkeling doorgemaakt. Thuisbeademing is in de jaren vijftig ontstaan voor een voornamelijk neuromusculaire groep. Met name door de mogelijkheid van beademing via een kap (gezichtsmasker), heeft thuisbeademing een toevlucht genomen, waardoor meer mensen non invasief, zonder inbreng van canule, beademd kunnen worden.”

Kwaliteit van leven “Inmiddels beschikken we dus over een heel gevarieerde patiëntengroep waaronder ook mensen met snel progressieve aandoeningen voor wie we vaak nog een half jaar of jaar verlenging van leven kunnen betekenen,” aldus Nicolle. “Belangrijk daarbij is uiteraard



Nicolle Cobben



Camiel van Keeken

dat er kwaliteit van leven moet zijn. Iets wat we samen met de patiënt bepalen.” Camiel: “Dat blijft hoe dan ook een heel zware afweging, want de impact van chronisch beademen is enorm groot. Het vergt veel van de patiënt en diens omgeving. Afhankelijk van het feit of iemand 24 uur per dag beademd moet worden, moet diegene ook 24 uur per dag zorg binnen handbereik hebben. Voor ons als centrum geldt dat we zo iemand een veilig kader moeten kunnen bieden en diegene 24 uur per dag terug moet kunnen vallen op een deskundig team. Die garantie bieden we. Ook ten aanzien van huisartsen. Zij blijven weliswaar de hoofdbehandelaar van een patiënt, maar het gaat in dit geval om zulke specifieke en technische problematiek, waar ze meestal niet vaak en veel mee te maken hebben, dus ook zij kunnen ons te allen tijde bellen voor verpleegkundige en technische vragen. Bij problemen zorgen we dat er binnen vier uur een nieuw beademingstoestel beschikbaar is. Mensen die echt niet zonder beademing kunnen, hebben altijd een tweede toestel en ballon voor handbeademing in huis.”

Frenk: “De eerste jaren moest ik naar Utrecht, dus de komst van een centrum in Maastricht was voor mij een uitkomst.”

Op de foto rechts Frenk van Hooydonk

Risico’s afwegen Nicolle: “We streven volledige veiligheid na, maar alle risico’s uitsluiten kunnen we niet. Juist om kwaliteit van leven te behouden, wil je geen IC nabouwen en moet de patiënt een leven kunnen blijven leiden en waar mogelijk actief kunnen deelnemen. Het is ook aan de patiënt om zelf de afweging te maken wat hij nog kan en wil en welk risico hij daarbij neemt.” Camiel: “Het beeld dat patiënten met beademing alleen nog maar een beetje ‘in leven worden gehouden’, klopt in elk geval niet. Nicolle: “Het zijn mensen die nog volop in het leven staan en waar mogelijk een bijdrage leveren aan de maatschappij. Als je hoort wat sommige mensen nog allemaal doen, dan houd ik mijn hart soms vast! Autorijles nemen, werken, op vakantie gaan... Er is veel mogelijk, soms met wat meer geregeld, maar het kan, dat bewijzen veel van onze patiënten.”

Thuisbeademing in praktijk Iemand die daar alles van weet, is Frenk van Hooydonk (54) uit Maastricht. Frenk heeft een hoge dwarslaesie en is al 28 jaar, 24 uur per dag afhankelijk van thuisbeademing. Hij behoort daarmee tot de patiënten die al vanaf het eerste uur bij het centrum voor thuisbeademing in Maastricht komen. Frenk: “De eerste jaren moest ik naar Utrecht, dus de komst van een centrum in Maastricht was voor mij een uitkomst. Bovendien is de apparatuur in de loop der jaren sterk verbeterd en ben ik daardoor veel mobieler en zelfstandiger geworden.” Frenk woont zelfstandig in een fokus woning waar hij 24 uur per dag kan terugvallen op assistentie. “Ik hecht veel waarde aan die zelfstandigheid en mijn eigen plek. Ik leid al die jaren een actief leven. Zo ben ik een tijd lang voorzitter geweest van de Fokus cliëntenraad. Daarvoor vergaderde ik regelmatig in Utrecht. Omdat ik



nu last heb van decubitus kan ik dit helaas niet meer doen.” Toch laat Frenk zich niet weerhouden om erop uit te gaan, want Rome, Madrid, New York, ... hij reist graag en veel. “Het vergt het nodige geregeld en ik heb heel wat keren mijn verhaal moeten doen bij luchtvaartmaatschappijen, maar inmiddels gaat ook dat al soepeler. Het is beslist een spannende onderneming om zo’n reis te maken. Pas als ik op mijn hotelkamer ben, al mijn spullen compleet zijn en alles werkt, dan pas ben ik helemaal ontspannen en begint de vakantie. Maar daar zal ik het niet voor laten,” aldus Frenk.

Symposium Op 31 oktober 2012 organiseert centrum voor thuisbeademing een symposium met als thema ‘De mogelijkheden en onmogelijkheden van (thuis)beademing’. Voor meer informatie kijk op www.thuisbeademingmaastricht.nl



Praktijk gericht

Column

Door Dirk Ruwaard, hoogleraar 'Public Health and Health Care Innovation' en voorzitter van de vakgroep Health Services Research, FHML, Universiteit Maastricht

De weg van nazorg naar voorzorg: buiten de gebaande paden

Dat is de titel van mijn oratie die ik op 20 april mocht uitspreken ter aanvaarding van mijn hoogleraarschap. Wat is nu mijn kernboodschap? Kort en bondig samengevat, het huidige zorgstelsel is in de toekomst financieel onhoudbaar. Volgens het CBS geven wij alles bijeen genomen al ruim € 5.000,- per persoon uit aan zorg en welzijn. Maar dat neemt in de toekomst alleen maar verder toe, mede vanwege de vergrijzing van de bevolking met een toenemend aantal chronisch zieken met multimorbiditeit.

Bij complexe zorg is een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk om vanuit het belang van de patiënt goede zorg te leveren. Maar toch lukt dat niet goed. Waarom niet? De financiële schotten bieden onvoldoende prikkels om samen te werken of werken dat juist tegen. Het voorstel in 'optima forma' is om op regionaal niveau te experimenteren met het bundelen van de verschillende financieringsstromen (verzekeraars, overheden). Het streven is om zoveel mogelijk vanuit het perspectief van de burger te sturen op gezondheidsuitkomsten in plaats van zorgproductie. Maar ook op het mijden van dure intramurale zorg door sterker in te zetten op de voorkant van het zorg- en welzijnscontinuüm ('van nazorg naar voorzorg').

De regio Zuid-Limburg is daarvoor een perfecte proeftuin. De urgentie is juist hier hoog omdat deze regio relatief ongezond is, een slechtere leefstijl kent en sneller vergrijst en ontgroent dan de rest van Nederland. Dat hier twee dominante verzekeraars zijn met een overzichtelijk aantal aanbieders maakt het ook eenvoudiger. Een integrale benadering wordt ook ondersteund door het Maastricht UMC+. De inbedding van mijn leerstoel binnen de vakgroep Health Services Research van de onderzoeksschool CAPHRI biedt ook alle mogelijkheden om verbindingen te leggen tussen de nulde, eerste en tweede lijn en wetenschappelijke ondersteuning te bieden aan een dergelijke proeftuin. Het worden spannende tijden.

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