

praktijk



Maximaal attent op privacy patiënt **Vroegdetectering verslavingen**
CVA patiënten beter en langer in beeld Huisarts Straus over het
afronden van zijn carrière **Transitiepsychiatrie in Maastricht**



3 Huisartsengeneeskunde in Kenia bevalt! | 4 Vroegdetectering verslavingen werkt bij één op de acht mensen | 6 Zorg verlenen in een multiculturele samenleving | 8 Uit de praktijk: Een goede samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg, wat merkt u ervan? | 9 Huisarts Straus over het afronden van zijn carrière | 10 Prof. Dr. Jos van Engelshoven en huisarts Gaspar Knops over privacy patiënt | 12 Nazorgpoli CVA Maastricht UMC+: CVA patiënten beter en langer in beeld | 14 Therese van Amelsvoort nieuwkomer in Limburgse psychiatrische zorg | 16 Column door Peter van Dijk

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

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

Kennis is de sleutel tot menselijke ontwikkeling

Huisartsengeneeskunde in Kenia; dat bevalt!

Het Maastricht University Centre for International Cooperation in Academic Development (Mundo), een onderdeel van de Universiteit Maastricht, kreeg in 2004 vanuit Moi University in Eldoret, West Kenia, het verzoek om in Kenia eerstelijns gezondheidszorg te ontwikkelen. Een samenwerkingsverband werd opgericht met als doel het aanbieden van een Masterstudie in huisartsengeneeskunde. Inmiddels zijn in Kenia 14 huisartsen afgestudeerd en zijn er 16 in opleiding.



Van de afgestudeerde artsen worden de volgende taken vereist: poortartsfunctie, verlenen van spoedeisende hulp, acute chirurgie, verloskunde en gynaecologie, chronische zorg, preventieve zorg en palliatieve zorg. Deze laatste drie zijn geheel nieuw voor Kenia en met name voor deze aandachtsgebieden wordt onze Nederlandse expertise erg gewaardeerd.

Vorig jaar bracht huisarts Caroline Robertson, op verzoek van MUNDO, een bezoek aan het ziekenhuis in Webuye om de Keniaanse afgestudeerden uitleg te geven over ICPC-codering. Om efficiënt in kaart te kunnen brengen welke problematiek zich aandient bij de huisartsen is het van groot belang dat er met de codering gewerkt wordt. Inzicht krijgen in het werkveld van de Keniaanse artsen kan alleen door actief mee te werken in het ziekenhuis, samen met de Family Physician werkte ze dan ook in de Emergency Room en liep mee met het 'inloopspreekuur'. Na ieder consult werd getraind met coderen volgens de ICPC-richtlijn.

Onder de bezielende leiding van een Keniaanse vroedvrouw mocht ze haar eigen verloskundige vaardigheden weer ophalen en bracht een gezonde baby ter wereld.

Voor de huisartsenopleiding is de vakgroep Family Medicine opgericht, waar inmiddels de eerste Keniaanse Family Physicians werkzaam zijn. Alle Family Physicians zijn werkzaam in regionale ziekenhuizen waar ze tevens tot taak hebben om nieuwe artsen op te leiden. Op termijn zullen ze in gezondheidscentra verspreid over heel Kenia gaan werken zodat de gehele bevolking toegang krijgt tot degelijke basisgezondheidszorg.

Het Keniaanse Ministerie van Gezondheidszorg heeft huisartsengeneeskunde als nieuw specialisme erkend en in de afgelopen jaren 16 studenten een studiebeurs ter beschikking gesteld. Studenten die zich nu aanmelden dienen zelf hun opleiding te bekostigen.

Wilt u meer weten en/of hebt u interesse om een huisarts in opleiding financieel te ondersteunen? Neem dan contact op met Geraldine van Kasteren: G.vanKasteren@maastrichtuniversity.nl



Huisarts Ruud Heg: “Als het drinken stopt, verdwijnen de klachten direct”

Vroegdetectering verslavingen werkt bij

Vroeg problematisch alcoholgebruik signaleren door een samenwerking van huisartsen en andere eerstelijns professionals, helpt patiënten sneller hun gedrag te veranderen. Dit gebeurt dankzij het nieuwe project van Re-Set, dat zorgprofessionals traint om sneller zicht te krijgen op middelengebruik van patiënten. Re-Set is onderdeel van de Holding Mondriaan en biedt verzekerde zorg bij problematisch middelen/medicijngebruik (alcohol, cannabis en benzodiazepines). Het betreft ambulante behandeling via internet (online) of face to face. Daarnaast biedt Re-Set een uitgebreid dienstverleningspakket voor bedrijven en instellingen.

“Lange tijd is problematisch alcoholgebruik een ondergeschoven kind geweest,” vindt huisarts Ruud Heg. “Maar bij veel klachten van mijn patiënten kan alcoholgebruik aan de basis liggen. Zoals hoge bloeddruk, spanningen, depressies, etc. Toch is drinkgedrag bijzonder moeilijk met patiënten te bespreken. En daarnaast moet je er ook nog eens een constructieve oplossing voor zien te vinden die past bij je patiënt.”

Heg is al sinds 2007 betrokken bij het Preventieproject Vroegsignalering Alcohol (PVA) dat door de afdeling Verslavingspreventie van Mondriaan werd opgezet en nu bij Re-Set wordt voortgezet. Tegelijkertijd zag hij de meerwaarde van een intensievere samenwerking met

andere eerstelijns zorgverleners. Het is dan ook niet toevallig dat de huisartsenpraktijk deel uitmaakt van Medisch Centrum Mosa Forum waarin onder andere ook een fysiotherapeut en een psycholoog huist.

Huisarts Heg: “Als een patiënt me voor de zoveelste keer probeert wijs te maken dat zijn enorme kegel nog van een biertje van de avond ervoor is, word ik veel directer.”

Ruud Heg: “Door die samenwerking kun je mensen snellere, effectievere zorg geven. Hier is alle zorg gecentraliseerd en zijn mensen meer geneigd ook onze adviezen op te

Wilma Noteborn,
projectleider Re-Set.

Vroegsignalering in een notendop

Met de huidige ontwikkeling van een behandelaanbod voor lichte tot matig ernstige verslavingsproblematiek, is Re-Set niet aan haar proefstuk toe voor wat betreft haar samenwerking met huisartsen. Al in 2007 werd met behulp van subsidie van onder andere de provincie en Robuust, het Preventieprogramma Vroegsignalering Alcohol (PVA) gestart. Huisartsen en andere collega-professionals in de eerstelijnszorg zoals praktijkondersteuners, psychologen en maatschappelijk werkers, kregen training en ondersteuning bij het in een vroeg stadium signaleren van alcoholproblemen bij hun patiënten. Ze kregen hiervoor vooral bepaalde gesprekstechnieken aangeleerd. Ook werden door de projectmedewerkers zelf gesprekken met patiënten gevoerd. Zo werden mogelijke verslavingen actiever opgespoord waardoor herstel van problematisch gebruik werd versneld.

Medio 2011 stopte de subsidie en daarmee het preventieproject. Re-Set is inmiddels een soortgelijk project gestart dat zich niet alleen op alcohol maar alle drugs richt. Vijftien praktijken in Zuid-Limburg worden hierbij ondersteund, waarbij de inzet de ontwikkeling van een behandelaanbod is voor 'lichtere' verslavingsproblemen. Wilma Noteborn, projectleider Re-Set: "Huisartsen spelen een belangrijke rol hierbij. Hoe eerder een verslavingsprobleem wordt gesignaleerd, hoe sneller je het kunt oplossen. Het is daarom de kunst en de taak van de huisarts om er sneller achter te komen of er problematisch alcoholgebruik is. Vooral doorvragen is belangrijk. Hoe groot is dat glas wijn? Wat is voor jou 'gezellig drinken'? Die tactieken krijgen huisarts van ons aangeleerd. En daarnaast ondersteunen wij de huisartsen ook door adviserende gesprekken aan te gaan met de patiënten. Onderzoek heeft aangetoond dat vroegsignalering erg effectief is. Één op de acht drinkers verandert zijn gedrag na een beperkt aantal gesprekken in de eerste lijn. Dat lijkt misschien weinig, maar het is juist een succescijfer! Het rookstopprogramma bijvoorbeeld, heeft 'maar' een succescijfer van 1 op 20."

Re-Set Kruisstraat 1, 6231 LJ Meerssen, 043 368 53 16

1 op de 8 mensen

volgen. Daarom is hier in het centrum regelmatig een hulpverlener van Re-Set aanwezig voor de patiënten. Bovendien kunnen alle hulpverleners veel gemakkelijker met elkaar overleggen en leren van elkaars disciplines."

Heg is ervan overtuigd dat vroegsignalering effectief werkt. "Als het drinken stopt, verdwijnen lichamelijke en geestelijke problemen vaak als sneeuw voor de zon." Maar niet elke patiënt is even gemakkelijk benaderbaar. Ruud Heg: "Als een patiënt me voor de zoveelste keer probeert wijs te maken dat zijn enorme kegel nog van een biertje van de avond ervoor is, word ik veel directer. Wat ik dan zeg? 'U wilt een oplossing van mij, maar gaat mijn vragen uit de weg. Daar heb ik veel moeite mee, want door uw opmerking kan ik mijn werk niet goed doen. Hoe moet ik nu verder?' Meestal worden ze wel stil van zo'n opmerking. Maar als ze uiteindelijk toegeven, heb ik toch een handvat waarmee ik verder kan. Dankzij de technieken van het vroegsignaleringsprogramma kan ik sneller problemen opsporen. En hoef ik niet onnodig medicijnen voor te schrijven voor klachten die verdwijnen als het alcoholmisbruik stopt. Zo mooi is dat: je helpt mensen zonder een lichamelijke aanpak."

“Sta open en neem

Hoewel Maastricht een relatief ‘witte’ stad is en het aantal patiënten van een andere afkomst voor een praktijk in het centrum nog vrij betrekkelijk is, gaat zorg verlenen in een multiculturele samenleving ook op voor huisartsen Gerton Reitz van Huisartsenpraktijk Mosae Forum Heg/Reitz en waarnemend huisarts Radia Lakraoui van de praktijk van Dr. Swijgman. Beiden gevestigd in Medisch Centrum Mosae Forum in het centrum van Maastricht. Hoe zij hiermee omgaan en tegen welke knelpunten ze aanlopen, vertellen ze graag.

In hoeverre hebben jullie hier in hartje Maastricht daadwerkelijk te maken met een multiculturele patiëntenpopulatie?

Radia: “Uiteindelijk valt dat, vergeleken met een aantal Maastrichtse buitenwijken en andere delen in het land, best wel mee. Een groot deel van onze buitenlandse patiënten zijn internationale studenten.”

Gerton: “Ook voor mijn praktijk geldt dat het grootste deel van onze buitenlandse contacten studenten zijn uit o.a. Duitsland, Spanje, maar ook Arabische landen en steeds meer Oost Europese landen.”

Maken jullie tijdens je spreekuur onderscheid in de wijze waarop jullie patiënten van een andere afkomst benaderen?

Gerton: “Ik vind het belangrijk om bij mijn introductie de plek van de huisarts in de Nederlandse maatschappij te verduidelijken. In veel andere (Europese) landen neemt de huisarts een andere, meer beperkte, plaats in. Alleen in Groot Brittannië en Scandinavië is deze vergelijkbaar met Nederland. Je merkt dus dat patiënten meteen om doorverwijzing vragen. Om dat te ondervangen, begin ik met uit te leggen wat de huisarts in Nederland doet. Daarnaast vind ik het leuk om zoveel mogelijk consulten in het Duits en Engels te doen en zo mijn talenkennis op peil te houden.”

Radia: “Voor mij geldt dat er in grote lijnen eigenlijk nauwelijks verschil is. Ik doe mijn spreekuur in het Engels. Het is niet zo dat ik mijn anamnese anders aanpak. Tenzij er problemen van de andere kant komen, dan haak ik daar natuurlijk op in.”

Buiten patiënten uit Europa is er natuurlijk ook een patiëntengroep uit Turkije, Marokko of andere Arabische en Aziatische landen. Is dat nog een verschil?

Radia: “Dat is het wel. Bij deze groep vormt de taal meestal wel een barrière. Daarbij is er inmiddels wel een groot verschil tussen de eerste en tweede generatie immigranten. Bij de tweede generatie kun je een anamnese vaak gewoon in het Nederlands doen. De eerste generatie beheerst de taal niet en spreekt vaak ook geen Engels, dan moet er dus iemand bij zijn om het te vertalen. Dit maakt zo’n consult een stuk intensiever.”

Gerton: “Taal en tijd vormen in deze gevallen inderdaad wel een knelpunt. Ik probeer wel de tijd te nemen en vraag specifiek of een Nederlands sprekend iemand mee kan komen. Je wil dat mensen zich begrepen voelen en dat de klacht zo duidelijk is dat je ook de juiste diagnose stelt.”

Is er voor deze patiënten nog een drempel om naar een Nederlandse arts te gaan? Hoe gaan jullie daarmee om?

Radia: “Ik ben zelf van Marokkaanse afkomst, dus ik ken de cultuur en dat is voor sommige Marokkaanse patiënten wel prettig. Toch probeer ik het zoveel mogelijk in het Nederlands te houden. Als iemand echt moeite heeft om op woorden te komen, kan hij het in het Marokkaans omschrijven. Ik heb zelf in Nederland gestudeerd, dus zo eenvoudig is het voor mij ook niet om een anamnese in het Marokkaans te doen. Er zijn bepaalde patiënten van wie ik weet dat het iets meer moeite kost, daar plan ik extra tijd voor in.”

de tijd”

Gerton: “Ik weet dat in bepaalde geloven de voorkeur wordt gegeven aan een vrouwelijke arts voor vrouwelijke patiënten, daar probeer ik rekening mee te houden, uitgezonderd van spoedsituaties. Ook merk je dat oudere mensen door verschil in taal en cultuur vaak aan huis gekluisterd zijn en minder contact hebben met de buitenwereld. Dat geldt niet alleen voor doktersbezoeken. Het heeft ook invloed op hun lichaamsbeweging, ze fietsen en wandelen minder, dat leidt tot overgewicht. Radia: “Bovendien is het in bepaalde culturen, bijvoorbeeld in de Marokkaanse samenleving, zo dat psychische klachten niet of nauwelijks worden erkend. Het is niet gebruikelijk hierover te spreken of hiervoor een arts te bezoeken. Dan blijkt achteraf pas dat een bepaalde klacht te maken heeft met stress, angst, verwerking van een trauma o.i.d. Dat is soms wel een uitdaging. Ook hier geldt dat dit meer van toepassing is op mensen uit de eerste generatie.”

Is het voor deze patiëntenpopulatie duidelijk hoe hun weg te vinden in het telkens veranderende Nederlandse zorgstelsel?

Radia: “Voor de gemiddelde Nederlander is dat al een hele uitdaging, dus dat geldt zeker voor deze groep!”

Gerton: “Dat klopt zeker. Als ik als huisarts problemen signaleer op dat gebied, bijvoorbeeld van financiële aard, dan kan ik daar als medicus minder mee. Voor deze problematiek verwijs ik naar het maatschappelijk werk binnen ons centrum. Zo’n multidisciplinaire aanpak geldt overigens ook bij andere hulpvragen en meer ingewikkelde problematiek.”



Uit de praktijk

In de afgelopen jaren zijn er steeds meer en betere samenwerkingsafspraken ontwikkeld en ingevoerd tussen huisartsen en medisch specialisten. Kennis en kunde worden overdragen en patiëntgegevens uitgewisseld. Een goede samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg is voor u van wezenlijk belang, de kwaliteit en continuïteit van de zorg worden ermee gegarandeerd. Praktijk vroeg: “Wat merkt u hiervan als cliënt?”



Lucille Ravesteyn uit Maastricht vergezelt regelmatig haar moeder bij haar medische afspraken en is ook vandaag haar steun en toeverlaat. Zij is van mening dat de huisarts en de specialisten die haar moeder behandelen, een goede samenwerkingsrelatie hebben opgebouwd en elkaar adequaat van feedback voorzien. “We hebben wat dat betreft geen reden tot klagen. Eén keer ben ik van mening geweest dat een huisarts niet voldoende op de hoogte was van de medische geschiedenis van mijn moeder alvorens met ons het gesprek aan te gaan. Gelukkig is deze huisarts werkzaam in een groepspraktijk met meerdere artsen en kunnen we voor vervolgsconsulten kiezen voor iemand anders.”

Chantal van Diest: “Over het algemeen ben ik tevreden over de samenwerking tussen mijn huisarts en de diverse medisch specialisten die mijn zontje en ik in het azM bezoeken. Medicijngebruik en verloop van de behandeling worden correct aan elkaar doorgegeven. Wel valt mij op dat de gezondheidshistorie niet altijd bekend is bij de arts en ik bij aanvang van het consult zelf nog informatie dien aan te reiken. Maar dat heeft waarschijnlijk alles te maken met een gebrek aan tijd van de desbetreffende dokter om zich in het medisch dossier in te lezen en niet zozeer met een tekort aan informatievoorziening.”



De Roermondse **Lizia Boer** heeft geen klachten wat betreft de relatie tussen haar eerste- en tweedelijns zorgverlener, maar heeft minder goede ervaringen opgedaan met betrekking tot de communicatie tussen medisch specialisten onderling. “Ik ben al enkele jaren onder behandeling in het Laurentius Ziekenhuis in Roermond. Enige tijd geleden ben ik doorverwezen naar Maastricht. De communicatie tussen beide ziekenhuizen verloopt niet tot mijn tevredenheid. Een wijziging in behandeling of lichamelijke toestand wordt pas afdoende geregistreerd als ik het zelf naar voren breng tijdens een consult. Ik heb dan ook noodgedwongen de gewoonte ontwikkeld om al het besprokene te noteren, zo kan ik zelf altijd alles correct terugkoppelen.”



Huisarts Straus over het afronden van zijn carrière:

” Je kunt beter zelf de beslissing nemen dan dat anderen de beslissing voor je moeten nemen”

Vanuit die overtuiging besloot huisarts Cees Straus (64) uit Valkenburg zo'n vier jaar geleden om zijn praktijk over te dragen en zijn werkzaamheden als huisarts anders in te richten. “Ik wilde door blijven werken, maar op een andere manier.” Hij werkt momenteel als scen-arts, als waarnemend huisarts op de huisartsenpost en stelt medische verklaringen op. In zijn ogen een prima manier om de laatste jaren van zijn medische carrière door te brengen. Wat niet wegneemt dat hij toch met gemengde gevoelens afstand doet van zijn registratie als huisarts aan het einde van dit jaar.

Wat bewoog u ertoe om op deze manier de laatste jaren van uw medische carrière in te vullen? Het was meer een kans die zich voordeed dan een keuze die ik moest maken. Er diende zich een geschikte kandidaat aan om de praktijk aan over te dragen. Ik was niet ziek, niet overspannen, maar nog gezond en fit. Maar je weet nooit wat er nog komen gaat en ik had er behoefte aan mijn tijd anders in te delen.

Nooit spijt gehad? Nee, ik heb het werk in de huisartsenpraktijk al die jaren met plezier gedaan. Zeker de patiëntenzorg. Wat me steeds meer tegen begon te staan, waren alle zaken eromheen. De administratie, de verantwoordelijkheid voor de hele organisatie, automatisering, etc. Je bent overal eindverantwoordelijk voor en dat heb ik nu niet meer. Dat mis ik zeker niet. De praktijk was al die jaren allesoverheersend, dat is intensief, dan is dit een prettige manier om langzaam afstand te doen en toch nog je vak te blijven uitoefenen.

Aan het einde van dit jaar verloopt uw registratie, en dan? Ik vind het jammer, ik heb nog niet het gevoel dat ik al helemaal uitgewerkt ben. Het is uiteraard goed dat er een grens gesteld wordt tot hoe lang je mag blijven doorwerken, maar ik blijf nog wel actief als scen-arts en het opstellen van medische verklaringen. Ik had

in de afgelopen jaren nog steeds tijd te kort en heb een aantal hobby's en activiteiten weer intensiever opgepakt waaronder bestuurslidmaatschappen, mijn grootvaderschap van drie kleinkinderen, fotograferen, viool spelen en vele andere zaken. Ik voorzie dat ik tijd te kort blijf houden, maar dat heb ik uiteraard zelf in de hand.

Zijn er ook zaken die u gemist heeft na het overdragen van uw praktijk? Ja, het continue contact met patiënten, de follow-up en begeleiding bij bijvoorbeeld sterfgevallen. Dat is heel intensief, maar ook heel bijzonder.

Is er nog iets dat u zou willen meegeven aan collega artsen? Dat ik me ervan bewust ben dat dit geen verkeerde tijd is om het huisartsen vak anders in te richten, met nadruk op en voorrang voor het primaat van de patiënt met zijn klacht. Niet vanwege het vak, maar wel vanwege alle omstandigheden eromheen. De marktwerking bijvoorbeeld, die in mijn ogen niet goed is voor artsen, want dat zorgt voor concurrentie terwijl je juist zou moeten samenwerken. De verzekeraar die steeds meer bepaalt en vele andere politieke omstandigheden die het niet aantrekkelijk maken om arts te zijn. In die zin is dit dus een mooi moment om na te denken over een andere invulling.



Maximaal attent op

Privacy als primair patiëntenbelang. Beslist niets nieuws, want dat is het altijd al geweest, maar al enige tijd extra in de spotlight vanwege alle ontwikkelingen op het gebied van automatisering en de discussie rondom de invoering van het EPD. In de zorg kun je je niet bewust genoeg van zijn van de veiligheid en privacy van elke patiënt en niet alleen daar waar het ICT betreft, maar vanaf het eerste contact, on- of offline. Dat is althans zoals Prof. Dr. Jos van Engelshoven, voorzitter van de privacy commissie van Maastricht UMC+ en huisarts Gaspard Knops uit Valkenburg, tegen het aspect privacy aankijken.

Privacy tussen de oren

“Als je erover nadenkt, is het eigenlijk bijna vreemd dat er zoiets als een ‘privacy commissie’ moet zijn. Het waarborgen van de privacy van een patiënt moet immers als vanzelf ingebakken zijn bij het voltallige personeel van een ziekenhuis en alle andere mensen in de zorg. Bij iedereen die op wat voor wijze dan ook in contact staat met een patiënt, moet dat standaard tussen de oren zitten,” aldus van Engelshoven. Vanwege de bijzondere aandacht die hij ten tijde van zijn Hoogleraarschap Radiologie had voor het onderdeel privacy, werd hij een jaar geleden benaderd voor de functie als externe voorzitter van de speciale privacy commissie van Maastricht UMC+. “Deze commissie richt zich in het bijzonder op privacy in het kader van alle ontwikkelingen op het gebied van automatisering en de totstandkoming van het EPD. Maar in mijn ogen gaat het veel verder. Privacy begint bij de baliemedewerker aan de entree van het ziekenhuis en hoort door te dringen in de totale cultuur en attitude van iedere hulpverlener en instelling. Het is inherent aan deze tijd dat automatisering moet bijdra-

gen aan verbetering van efficiency en kwaliteit van zorgverlening, maar dat mag nooit ten koste gaan van de privacy.”

Email is open envelop

Iets waar ook huisarts Gaspard Knops zich nadrukkelijk bewust van is in zijn dagelijkse doen en laten. Knops werkt weliswaar vanuit de klassieke, karakteristieke omgeving van een praktijk die gevestigd is in een oud internaat waarvan nog veel oude elementen in tact zijn gelaten, maar hanteert daarentegen een praktijkvoering die vrij innovatief is. Zo correspondeert hij al geruime tijd via email, ook met patiënten, was hij een van de eersten die een systeem invoerde waarbij patiënten zelf online hun afspraken kunnen inplannen, probeerde hij het werken met beeldconsulten uit en doet hij momenteel samen met een praktijk in Nijkerk een proef met de gratis app. ‘Healthbook’ waarbij patiënten hun eigen dossier kunnen opvragen en inzien. Knops: “Eigenlijk allemaal ontwikkelingen in het kader van een betere bereikbaarheid én om patiënten meer te betrekken bij



privacy patiënt

hun eigen zorg. Ik geloof er namelijk in dat dat de toekomst heeft. Het kan voor sommigen misschien bedreigend overkomen, maar in een tijd als deze met alle online media is dat onvermijdelijk." Ondanks deze vooruitstrevende technieken die hij toepast in zijn praktijk, verliest Knops het aspect privacy niet uit het oog en kan dit wat hem betreft heel goed samen. "Het digitaal uitwisselen van patiëntgegevens gebeurt inmiddels al heel veel en kan ook goed, zolang eenieder zich maar goed realiseert dat email onuitwisbaar is en hoe dan ook gevoelig blijft. Een email is hetzelfde als post verzenden in een open envelop. Ik heb het idee dat hier nog wel eens laconiek mee wordt omgegaan. Zorg er dus voor dat dit altijd in een beveiligde omgeving plaatsvindt of dat je alleen initialen of geboortedata gebruikt."

Hij vervolgt: "Met de komst van automatisering is er een schakel bijgekomen. Was het voorheen nog alleen de assistente die een patiëntenkaart onder ogen kreeg, nu is daar een categorie mensen, automatiseerders, bijgekomen. Daar gaat natuurlijk de hele landelijke discussie om rondom het invoeren van het EPD. Je kunt je afvragen hoezeer het nodig is om op zo'n grote schaal gegevens uit te wisselen, wellicht dat het op beperkte, regionale schaal al volstaat. Er moet dan wel een splitsing komen in de gegevens die iedere hulpverlener kan zien en de gegevens die alleen voor huisarts en patiënt inzichtelijk zijn. Huwelijksproblemen, die met de huisarts besproken worden, hoeven niet zichtbaar te zijn bij bijvoorbeeld huisartsenpost of fysiotherapeut."

Privacy vs. gebruiksvriendelijkheid

Bekend terrein voor Van Engelshoven die zich momenteel vanuit de commissie buigt over het interne EPD van Maastricht UMC+. "Maastricht UMC+ is goed op weg met het EPD. Aan ons de taak om de structuur uit te werken voor wie wat toegankelijk is, zodat iedereen datgene kan zien dat voor het uitvoeren van zijn taak t.b.v. de individuele patiënt nuttig is. Dat is lastig in regelgeving uit te drukken. Het is voor mij geen gebruikelijke houding om van het kwade in de mens uit te gaan, maar in deze is argwaan wel nodig om zoveel mogelijk barricades op te bouwen om 'ongebruikelijke raadplegingen' in het systeem tegen te gaan. Momenteel beschikken we over een systeem waarbij we maandelijks steekproefsgewijs kunnen terugkijken wie in het systeem is geweest. Iedereen wordt geregistreerd en wordt hiervan op de hoogte gebracht middels een pop-up scherm wanneer het systeem opstart. Misschien ook wel om mensen te beschermen tegen hun eigen nieuwsgierigheid. Er gelden bovendien zware sancties voor het moedwillig schenden van privacy." Knops voegt daar aan toe: "Privacy wordt niet verstoord door techniek, maar door ontwikkelingen in de zorg waar niet goed over nagedacht wordt. Zoals bijvoorbeeld de tussenkomst van een groep automatiseerders. De wet- en regelgeving moet daarop worden aangepast." Van Engelshoven: "Bovendien staan gebruiksvriendelijkheid en privacy bij veel systemen nu nog haaks op elkaar met gevaar voor onzorgvuldigheid en laksheid. Er is nog een aantal slimme toepassingen vereist om hier een juiste balans in te vinden en optimale privacy ook in dit geautomatiseerde tijdperk te kunnen garanderen."

Meer continuïteit in de behandeling en ondersteuning van CVA patiënten en hun mantelzorgers, een betere kwaliteit van leven mede mogelijk maken en een vraagbaak zijn en blijven voor deze patiëntengroep, ook in de chronische fase na een CVA, TIA of beroerte. Zo luiden de doelstellingen van de Nazorgpoli CVA van Maastricht UMC+ die in januari van dit jaar geopend werd.

*Nazorgpoli CVA als sluitstuk van het
Transmuraal Zorgmodel CVA Maastricht en Heuvelland*

CVA patiënten beter en langer in beeld

“Uit onderzoek blijkt dat veel mensen na een CVA of beroerte ook na langere tijd nog diverse klachten hebben. Om deze lange termijn gevolgen in kaart te brengen en ondersteuning te blijven bieden in de chronische fase, wordt vanaf nu drie tot zes maanden na het ontslag uit het ziekenhuis of revalidatiecentrum een afspraak ingepland op de Nazorgpoli CVA in het Maastricht UMC+,” vertelt Jeske Nelissen, CVA verpleegkundige. “Voorheen was het zo dat patiënten na ontslag uit Maastricht UMC+ of revalidatiecentrum, indien gewenst, direct bezocht werden door iemand van de speciale CVA thuiszorg om te inventariseren of aanvullende hulp, therapie of informatie gewenst cq. noodzakelijk was. Hier maakte niet iedereen gebruik van. Vaak ook omdat in deze fase nog niet meteen merkbaar is welke gevolgen zich op lange termijn daadwerkelijk aandienen. Een deel van de patiënten werd daardoor dus niet meer gezien. Met de komst van de nazorgpoli worden nu in principe alle patiënten die opgenomen zijn geweest in het Maastricht UMC+ in ieder geval nog één keer gezien en indien nodig daarna ook gevolgd. Tijdens de afspraak bij de nazorgpoli, wordt met behulp van een aantal meetinstrumenten, waaronder een uitvoerige vragenlijst (die zorgvuldig aansluit bij de screeningsmiddelen van de specialistische thuiszorg), gescreend of er nog problemen zijn. Daarbij gaat het vaak om problemen die vlak na een CVA of beroerte, misschien niet direct merkbaar waren, maar die zich pas voordoen bij terugkeer

in het alledaagse leven. Daarbij denken we aan emotionele, cognitieve, lichamelijke en gedragsmatige veranderingen die optreden en mogelijk voor problemen zorgen bij de patiënt en mantelzorger. De poli is bedoeld voor CVA, TIA en in de toekomst ook voor SAB patiënten.”

Sluitstuk van keten

De poli vormt hiermee de ontbrekende laatste schakel in de keten Maastricht en Heuvelland rondom de zorg voor CVA patiënten. Jeske: “In de rest van het land zijn reeds in diverse ziekenhuizen CVA nazorgpoli’s actief. In onze keten ontbrak deze poli en daarmee ook de continuïteit in de follow up van deze patiëntengroep vanuit het ziekenhuis. Vanuit de nazorgpoli kunnen mensen nu, indien nodig, doorverwezen worden naar een bepaalde schakel in de keten die gespecialiseerd is in datgene waar behoefte aan is. Dankzij de korte lijnen met neuropsychologie, therapeuten en de revalidatieartsen, kunnen we snel doorverwijzen. Bovendien onderhouden we contact met patiëntenorganisaties en het steunpunt mantelzorg en zoeken ook contact met de huisarts als wij signaleren dat een extra oogje in het zeil noodzakelijk is. We maken daarmee de keten compleet en blijven tevens een vraagbaak en informatiepunt voor patiënten en ook hun mantelzorgers. Dit alles met als doel een verbeterslag te maken in de kwaliteit van leven van een CVA patiënt en mantelzorg, niet alleen in de acute fase, maar vooral in de chronische fase die volgt.”

Reacties vanuit de keten op komst van Nazorgpoli CVA:

Prof. dr. Rudolf W.H.M. Ponds:

“In het eerste jaar na een CVA zijn patiënten er vooral op gefocust te herstellen, weer te leren bewegen en het geheugen te trainen. Als dit eenmaal lukt en de revalidatie stopt, wil men het liefste zo snel mogelijk het normale leven hervatten. Vaak komen dan pas de problemen aan het licht, zoals verandering in gedrag en emotie, die vervelende gevolgen kunnen hebben voor de patiënt en diens omgeving. Omdat de hulpverlening in principe gestopt is, was het voor deze mensen moeilijk waar ze terecht konden met hun problemen. Vaak raakten zij tussen wal en schip. Via de Nazorgpoli CVA kunnen deze mensen nu heel makkelijk doorverwezen worden naar de hersenletselpoli waar wij naast het uitvoeren van goed onderzoek en het starten van de juiste behandelmethodes, ook praktische hulpmiddelen aanreiken voor de patiënt en diens omgeving om te leren omgaan met de problematiek.”

Geerie Winnubst, revalidatiearts:

“Met de komst van de Nazorgpoli CVA kunnen wij als revalidatieartsen, naast onze taak in de acute fase, ook meer toegevoegde waarde leveren in de chronische fase. Hierin hebben wij dan voornamelijk een adviserende en coördinerende rol. We staan in nauwe verbinding met disciplines zoals ergotherapie, fysiotherapie en neuropsychologie. We beschikken over een soort helicopterview en kunnen kijken waarom iemand vastloopt en waar of door wie de patiënt of zijn/haar partner het beste geholpen kan worden en brengen zo de juiste verbindingen tot stand.”

Rita Fleur, thuiszorgcoördinator CVA:

“Een groot deel van de patiënten die ontslagen zijn vanuit het ziekenhuis en verpleeghuis maakt gebruik van ons aanbod voor een thuisbezoek kort na hun thuiskomst, maar er zijn ook patiënten die ons aanbod afwijzen en in eerste instantie geen hulp nodig lijken te hebben en liever even met rust gelaten worden. Er is dus een aantal cliënten dat niet gezien wordt. Dit geven wij door aan de nazorgpoli zodat zij in een later stadium op de nazorgpoli gezien worden. En dan eventueel alsnog naar ons doorverwezen worden. Dat geldt ook voor patiënten die buiten ons zorggebied vallen. Met de komst van de nazorgpoli worden nu dus alle patiënten, opgenomen geweest in Maastricht UMC+, gezien én gevolgd, dat is een heel goede zaak.”

Huisarts Rene Minnaard uit Maastricht:

“De poli vormt de noodzakelijke handige schakel tussen de patiënt en de follow-up die door een huisarts eventueel nodig is. De garantie op de juiste begeleiding, ook na de acute fase, is hiermee meer gegarandeerd. Een groot deel van de zorg rondom een CVA geschiedt buiten het gezichtsveld van de huisarts om, dit kan ertoe leiden dat wij mensen pas heel laat zien, wanneer er problemen blijken te zijn als gevolg van een CVA. De nazorgpoli signaleert dit en kan ons inzien zodat wij er iets mee kunnen doen of beter nog, de problemen eerder kunnen ondervangen.”

CVA verpleegkundige is te bereiken via polikliniek Neurochirurgie/ Neurologie: 043-387 65 00 of per mail: nazorgpolicva@mumc.nl

Therese van Amelsvoort, nieuwkomer in Limburgse psychiatrische zorg

UM verwelkomt Hoogleraar

“Niet elke ‘lastige’ puber, is zomaar een ‘lastige puber’. Juist op die jong volwassen leeftijd, bevinden jongeren zich in een fase waarin psychiatrische stoornissen voor het eerst tot uiting komen. Dit maakt deze levensfase tot een heel belangrijke en interessante voor ons als psychiaters. Een fase die vraagt om extra aandacht en meer continuïteit. Het is dan ook niet altijd logisch dat juist in deze fase, met het bereiken van de achttiende leeftijd, de voorzieningen veranderen en deze jongeren vanaf dan als een volwassenen benaderd en behandeld worden.”

Aan het woord is Therese van Amelsvoort, Hoogleraar Transitiepsychiatrie en sinds 1 januari van dit jaar neergestreken in Maastricht en hier werkzaam voor de Universiteit, Stichting Mondriaan en Virenze. “Transitiepsychiatrie is een redelijk nieuwe term, misschien een nieuwe trend, maar het staat voor de psychiatrie die zich richt op de overgang van jeugd naar volwassenen,” aldus Therese.



Huisarts zorgt voor continuïteit

Therese vervolgt: “Door de grens te trekken bij het achttiende levensjaar, ontstaat er discontinuïteit in de behandeling van jong volwassenen. Omdat ze bijvoorbeeld niet langer meer onder jeugdgezondheidszorg vallen, worden ze makkelijk uit het oog verloren. Vervolgens is deze groep moeilijk te ‘vangen’, ze zoeken niet of nauwelijks hulp uit zichzelf als er problemen zijn. Dat maakt het

Tijdens haar studie en werkzaamheden in Engeland en later voor het AMC in Amsterdam, zag Therese veel jongeren in allerlei leeftijdscategorieën, soms ook met een verstandelijke beperking. Ze ontwikkelde in de loop der jaren een duidelijke visie ten aanzien van psychiatrische zorg bij jong volwassenen. Therese: “In de leeftijdsfase van 15 tot 25 jaar beginnen de meeste psychiatrische stoornissen. Dat geldt bijvoorbeeld voor aandoeningen als schizofrenie, maar ook bipolaire stoornissen en angststoornissen. Hoe bizar is het dan dat wij uitgerend in deze fase bij de leeftijd van 18 jaar een ‘knip’ maken en de hele zorg rondom deze jongere aangepast wordt? De maatschappij is zo ingericht dat alles verandert als je 18 bent, maar de vraag is of dat wel kan, want de hersenontwikkeling en dan met name de voorste delen van de hersenen, die rijpen nog door tot circa 25 jaar. Cognitief gezien ben je misschien al veel verder dan sociaal en emotioneel gezien.”

moeilijk hen in beeld te krijgen. Persoonlijk zou ik er dan ook voorstander van zijn om de hele leeftijdscategorie tussen 15 en 25 jaar meer als een groep te zien en hen multidisciplinair te benaderen. Ik werk nu een deel van mijn tijd bij de kinder & jeugd psychiatrie en deel van mijn tijd bij de volwassenzorg en dat is een heel andere manier van werken. Bij de volwassenzorg is de benadering veel individualistischer, terwijl bij de kinder & jeugd psychiatrie veel meer vanuit multidisciplinaire aanpak het hele gezin benaderd wordt. Dat is juist voor die jonge adolescenten, met uiteenlopende problemen, nog heel belangrijk, ook en zeker na hun achttiende. Er wordt wel eens gezegd dat psychiatrische aandoeningen de chronische ziekten zijn onder de jongeren. Ziektelast in die leeftijdscategorie komt voor een heel groot deel door psychische problemen. Het is dus belangrijk om niet elke puber met problemen zomaar te zien als ‘lastige puber’. De huisarts is in dit verhaal de hulpverlener die een rol

Transitiepsychiatrie

kan spelen bij continuïteit in de benadering van jong volwassenen. Daar waar voor de jongere vanaf zijn achttiende het een en ander verandert in zorg en type zorgverleners (ze moeten ineens naar een andere specialist), is de huisarts een stabiele factor en degene die 'blijft'. De huisarts kan, daar waar nodig, dus signaleren als er meer aan de hand is in deze lastige fase.

Eigen poli

In haar affiniteit met de jong volwassen doelgroep gaat er bij Therese ook bijzondere aandacht uit naar jongeren met een verstandelijke beperking. Ze promoveerde op het '22q11 Deletiesyndroom', een aangeboren chromosoom afwijking waarbij op chromosoom 22q11 een stukje ontbreekt. Ze startte haar onderzoek bij deze patiënten in Engeland, en vanuit Amsterdam zette ze haar eigen poli op, die nu ook vanuit Maastricht wordt voortzet.

Therese: "Het is vooral een second opinion poli, heel af en toe zie ik mensen op locatie als dat nodig is. Het is een heel bijzonder syndroom en mensen met deze chromosoomafwijking hebben veel psychiatrische problemen, met name op de jong volwassen leeftijd. Omdat we weten welke genen er ontbreken, kan dit ons helpen onze kennis over de etiologie van psychiatrische stoornissen te vergroten. De Faculty of Health, Medicine and Life Sciences van Maastricht University heeft een goede reputatie." Een van de vele dingen die Maastricht en het zuiden voor haar aantrekkelijk maken. Problemen om te wennen aan het zuiden heeft Therese dan ook nog niet ondervonden. "Mijn partner en ik hadden al plannen om ooit richting het zuiden te gaan. Nu deed zich deze kans voor, dus een mooie gelegenheid om daadwerkelijk te verhuizen. Ik werk drie dagen voor UM, daarnaast doe ik twee dagen patiëntenzorg, een dag bij Virenze, en één dag in de week vanuit Mondriaan gedetacheerd bij de Koraalgroep in Urmond. Wat betreft psychopathologie zie ik dus een grote variatie aan ziektebeelden; van vrij milde pathologie bij Virenze tot enorme complexe ziektebeelden bij de Koraalgroep. Mijn werkweeken zijn erg afwisselend en het is op dit moment zeker nog zoeken hoe alles hier werkt en hoe de netwerken in elkaar zitten. Maar tot nu toe kan ik alleen maar concluderen dat wonen en werken hier een feest is," aldus Therese.



Therese van Amelsvoort.

Praktijk gericht

Column



Door Peter van Dijk, huisarts in Brunssum/Hoensbroek, vice-voorzitter van de regionale huisartsenvereniging 'MSH' in regio Parkstad Limburg, PvdA-gedeputeerde zorg en welzijn.

Hoe houden we de Limburgers gezond? En hoe geven we ze als ze ziek zijn zo snel en dichtbij als mogelijk de juiste zorg? Dat zijn de twee uitdagingen waarvoor zorgverleners, beleidsmakers en politici zich de komende tijd gesteld zien en waarvoor we de handen ineen moeten slaan!

Om welke ziektelast het ook gaat, in de bekende RIVM-plaatjes kleurt Limburg steevast het meest rood, geel of groen. Maar dan wel op de verkeerde manier. Van COPD tot obesitas en daaraan gerelateerde ziekten is de morbiditeit, zeker in Zuid-Limburg, het grootst. En de vergrijzing doet er nog een schepje bovenop.

Om dit sombere perspectief het hoofd te bieden moeten we alle zeilen bijzetten om het beschikbare 'zorgaanbod' zo goed mogelijk te organiseren. Het regionale budget, waar binnenkort in Limburg mee zal worden geëxperimenteerd biedt een uitgelezen kans om goede afspraken te maken tussen eerste en tweede lijn. Maar ook voor innovatie, voor nieuwe activiteiten op het grensvlak daarvan. Tweede leidend beginsel is dat de zorg zo dicht mogelijk bij de mensen moet worden aangeboden. In de buurt, bij hen thuis. Sterke wijk-zorgcentra waarin alle eerstelijnsdisciplines samenwerken onder inhoudelijke regie van de huisarts zijn daartoe een voorwaarde. De huisarts moet delen van zijn taak kunnen overdragen aan praktijkondersteuners en thuiszorgmedewerkers. Bureaucratisering moet worden tegengegaan door binnen budgettaire kaders zoveel mogelijk indicatiestelling te leggen bij de professionals.

Als we dit goed organiseren zetten we niet alleen noodzakelijke stappen om de grote zorgvraag in onze provincie efficiënt en laagdrempelig tegemoet te treden maar maken we ook een blauwdruk die landelijk tot voorbeeld kan dienen. En die een aantrekkelijke en uitdagende werkomgeving kan zijn voor artsen, verpleegkundigen om zich hier te vestigen en er juist in Limburg méé de schouders onder te zetten!

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