

praktijk



Thema Geestelijke gezondheidszorg Marktwerving funest voor GGZ
Wiro Gruisen: 'oude huisarts in nieuw jasje' Anderhalvelijnszorg
wordt de toekomst **Meer psychiatrische zorg met minder bedden**

THEMA Er is veel aan de hand in de geestelijke gezondheidszorg. Juist hier wil de overheid flink bezuinigen. Nederland is een koploper als het gaat om het aantal klinische opnames. Het aantal bedden moet minder, terwijl het aantal patiënten niet afneemt. De insteek is meer ambulante zorg, een multidisciplinaire aanpak en meer zorg in de eerstelijns. De huisartsen spelen hierin een sleutelpositie. In de toekomst zullen zij ook langdurige zorg gaan bieden aan patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Praktijk sprak met een aantal belangrijke spelers in de geestelijke gezondheidszorg over hun visie op de geestelijke gezondheidszorg nu en in de toekomst.



3 U-center begint waar reguliere zorg op houdt | 4 Jim van Os: Markttwerking funest voor GGZ | 6 Wiro Gruisen: Terugkeer 'oude' huisarts in nieuw jasje | 8 Anderhalvelijnszorg wordt de toekomst | 10 Uit de Praktijk | 11 Wolfgang Buhre houdt van de Nederlandse aanpak | 12 Mondriaan steekt in op ambulante zorg | 13 Kort nieuws | 14 Eerste resultaten De Maastricht Studie: Risico op hart- en vaatkwalen groter in regio Maastricht | 16 Philippe Delespaul: Meer psychiatrische zorg met minder bedden | 18 Huisarts Herman Debets over de meewaarde van een eigen apotheek | 19 Promotieonderzoek: Diabeteszorg kan goedkoper | 20 Column

Colofon

Praktijk is een uitgave van Maastricht UMC+, RVE Patiënt en Zorg i.s.m. Zorg in Ontwikkeling (ZIO)

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

Maastricht UMC+



Maastricht University

U-center begint waar reguliere zorg op houdt

De onvrede over de geestelijke gezondheidszorg in Nederland is een vruchtbare voedingsbodem voor particuliere initiatieven. Eén hiervan is de privé-kliniek U-center in Epen die is opgericht door twee ondernemers die negatieve ervaringen hadden met de Nederlandse zorg. Geen wachtlijsten, een groot genezingspercentage en een patiënttevredenheidscijfer van 8,3. Een succesverhaal.

Op het eerste gezicht is U-center, gevestigd in een voormalig hotel in het mooie groene heuvelland, een vakantieresort. Schijn bedriegt. Hier werken de hotelgasten zeven weken lang intensief aan hun herstel in de maatschappij. Het 'vakantiegevoel' - weg uit de vertrouwde omgeving - hospitality en de rust van de natuur dragen bij aan het genezingsproces, verklaart psychotherapeut Ingrid Weijnen, directeur behandeling van de kliniek. Het is dan ook niet toevallig dat de oprichters vijf jaar geleden zochten naar een hotel in het Heuvelland voor de realisatie van hun plannen.

U-center biedt derdelijnsgezondheidszorg waarbij gebruik wordt gemaakt van de expertise van Maastricht UMC+. De intensieve samenwerking met de universiteit en buitenlandse klinieken en wetenschappers leidt tot voortdurende verbetering van de behandelmethodes. De meeste behandelingen zijn dan ook wetenschappelijk effectief bewezen. "Waarom wij verschillen van de reguliere zorg is onze integrale werkwijze van alle klachten tegelijk. Verslaving en psychische klachten worden tegelijk behandeld. Hierdoor besteden we tegelijkertijd aandacht aan depressie, verslaving, trauma, angst en burn-out. Daarnaast werkt de kliniek met multidisciplinaire teams, waarin de behandelaars zeer nauw met elkaar samenwerken. Zij delen inzichten met elkaar en kunnen elk aan een andere behandeldoel-



Psychotherapeut Ingrid Weijnen.

stelling werken. Zo is het mogelijk om in samenhang verschillende klachten intensief aan te pakken", aldus Weijnen.

"Alle cliënten krijgen zonder uitzondering een op maat gesneden, therapeutische behandeling van 40 uur per week, zeven weken lang. Daarna volgt een ambulante traject van zeven weken. Onze behandeling is effectief. Dat blijkt ook uit de permanente ROM-onderzoeken die de universiteit verricht. Ruim driekwart van de patiënten herstelde binnen 7 weken aanzienlijk van vrij ernstige problemen. In de geestelijke gezondheidszorg is dit in een heel hoog percentage. Bij ons is de kans op terugval beduidend minder groot dan in de reguliere zorg, blijkt uit follow up studie."

De verzekeraars vergoeden de behandeling. Van de cliënten zelf wordt een eigen bijdrage van 7.500 euro gevraagd voor niet-verzekerde kosten. "Het lijkt een fors bedrag, maar wij zijn er van overtuigd dat deze investering het geld dubbel en dwars waard is. Je krijgt er zoveel voor terug. Dat merk je aan de positieve reacties van onze cliënten. Trouwens, in veel gevallen betaalt de werkgever. De meeste cliënten zijn na 4 weken al weer aan het werk. Voor de mensen die niet draagkrachtig zijn en die al van alles hebben geprobeerd, en echt gemotiveerd zijn, hebben we wel een stichting opgericht."

Hoogleraar Jim van Os pleit voor groot, onafhankelijk onderzoek

Marktwerving funest

Door zijn vakgenoten is de Maastrichtse hoogleraar psychiatrie Jim van Os herhaaldelijk uitgeroepen tot toppsychiater. Geen wonder dat hij de redactrice die door autopech iets te laat op Vijverdal is met slechts enkele zinnen weet gerust te stellen. Het is het begin van een interview waarin hij niet te beroerd is om zijn ongezouten mening te geven over de geestelijke gezondheidszorg die volgens hem door de marktwerving is veranderd in een complete puinhoop.

“De kosten van de geestelijke gezondheidszorg zijn gestegen van 2,5 naar 6 miljard euro. Het College voor Zorgverzekeringen wijst met een beschuldigende vinger naar de GGZ, maar ze moet wijzen naar de politiek die heeft bedacht dat marktwerving een goede oplossing is voor het behandelen van psychische problemen”, aldus Van Os, die daarmee meteen de kritische toon van het gesprek heeft gezet. “Wat je krijgt is nieuwe aanbieders die niet gaan concurreren en die, weliswaar goed bedoeld, gaten in de markt zoeken. Voor de mensen die voorheen geen hulp kregen door de lange wachtlijsten is het prettig. Huisartsen hebben er meer verwijskanalen bij gekregen. Maar zo zijn de kosten van de geestelijke gezondheidszorg wel gestegen naar 6 miljard euro en hebben we er duizenden nieuwe aanbieders bij. Omdat de overheid de kraan even heeft opengezet is er een zuigwerking ontstaan. Het probleem zelf is niet aangepakt. In plaats daarvan heeft de mislukte marktwerving geleid tot een overbehandeling van de lichte problematiek en een onderbehandeling van mensen met ernstige psychiatrische stoornissen, want die doelgroep is niet interessant voor commerciële aanbieders.”

Tegelijkertijd heeft de politiek ervoor gezorgd dat de tweedelijnszorg in belangrijke mate wordt geboden

door dertig mega-instellingen wat volgens van Os niet heeft geleid tot betere zorg, maar tot logge, onbestuurbare organisaties met grote managementlagen. De inhoudelijke focus is naar de achtergrond verdrongen. En de romantiek in het vak is verdwenen, wat studenten ervan weerhoudt om te kiezen voor de psychiatrie. Nieuwe maatregelen, zoals het overhevelen van de jeugdzorg naar de gemeenten voorspellen weinig goeds. Van Os houdt zijn hart vast. Hij pleit dan ook voor een goed onderzoek, het liefst een parlementaire enquête, naar de gestegen kosten van de geestelijke gezondheidszorg en naar hoe de zorg er in de toekomst moet uitzien. “Laat er nu eens mensen naar kijken die er verstand van hebben, zoals de Gezondheidsraad. Stop met de ad-hocmaatregelen. Is dit wat we willen: dertig mega-instellingen en duizenden aanbieders erbij?”

In plaats van te investeren in maatregelen die de zorg afbreken, kunnen de overheid en verzekeraars volgens hem beter investeren in goedkope en efficiëntere alternatieven waarmee veel meer mensen kunnen worden geholpen. Gemiddeld heeft een op de vijf Nederlanders psychische problemen. In veel gevallen gaat het niet om een psychische ziekte, maar een verwerkingsproces. Een depressie of een burnout is een natuurlijk signaal dat

voor GGZ



aangeeft dat mensen hun leven moeten veranderen of dat ze iets moeten verwerken. Mensen hebben emoties nodig om hun leven weer op de rit te krijgen. Ook deze groep zoekt hulp. Een één op één behandeling is veel te duur. Van Os heeft een alternatief.

“Trek 50 miljoen uit voor het opzetten van een groot, nationaal online GGZ-centrum, zoals dat nu in Engeland gebeurt. Een virtueel centrum met minimale telefonische ondersteuning waar mensen vrijwillig kunnen aankloppen voor zelfhulp en zelfdiagnose bij milde psychische klachten. Een online-centrum waar de huisartsen met een gerust hart hun patiënten naar kunnen doorverwijzen voordat de dure zorgaanbieders er bij worden betrokken. Helaas is er nog geen draagvlak voor een dergelijk, nationaal initiatief. De systeemdenkers op het ministerie van WVS en de zorgverzekeraars denken nog steeds dat marktwerking de oplossing is en steken hun kop in het zand.”

Terwijl de politiek en zorgverzekeraars bezuinigingsplannen uitwerken, ontwikkelt de hoogleraar in samenwerking met diverse partijen hulpmiddelen die een deel van de problemen kunnen oplossen. Zo bedachten van Os en zijn team de PsyMate. Een apparaatje dat mensen

inzicht verschaft in hun psychische leven. Meerdere momenten van de dag stelt de PsyMate hen vragen met betrekking tot symptomen als stress, slaap en inspanning. “De patiënt is zelf betrokken bij de diagnose en de behandeling van zijn klachten. Hij wordt zelf aan het werk gezet en stippelt samen met de huisarts of de hulpverlener een pad uit. Op eigen kracht kom je uiteindelijk de psychische problemen te boven. In het najaar komt de bijbehorende app uit die de interpretaties geeft voor diagnostisch gebruik op non-profit basis.”

De behandeling van psychische klachten is, volgens Van Os, in Nederland veel te veel doorgeslagen naar medicalisatie omdat de diagnostiek is ondergebracht bij de geneeskunde. Dat is een van de redenen waarom er in het verleden veel te snel antidepressiva zijn voorgeschreven waar mensen soms weer moeilijk vanaf kunnen komen. “Een aan onze vakgroep verbonden ervaringsdeskundige heeft een non-profit organisatie gezocht die speciale afbouwstrips wil maken. De huidige doseringen zijn niet geschikt om langzaam af te bouwen. Vanaf de zomer zijn de strips verkrijgbaar bij de apotheek. Ik hoop dat huisartsen de strips gaan voorschrijven en patiënten aansporen om ze te gebruiken.”



De zorg in Nederland kan veel efficiënter en kosteneffectiever. Dat zeggen dokters zelf. Als zorgaanbieders en maatschappelijke organisaties op regionaal niveau meer samenwerken, zorgen we voor een betere en betaalbare en daarmee toekomstbestendige zorg.. Dat is de insteek van de regioregie van zorgverzekeraar CZ. De Westelijke en Oostelijke Mijnstreek zijn twee van de vier regio's waar CZ experimenteert met deze nieuwe aanpak. De eerste resultaten zijn volgens Gruisen veelbelovend: "er is veel enthousiasme bij alle regionale partijen om hier samen de schouders onder te zetten"

"Alles voor betere zorg is ons motto. Wij willen onze klanten begeleiden naar een betere en goedkopere zorg door scherper in te kopen en meer samen te werken. Dat lukt voor grote delen van de zorg het beste als de zorgverleners en patiëntenorganisaties en op termijn ook de andere relevante spelers zoals gemeenten, maatschappelijke organisaties en zelfs werkgevers meedoen. CZ heeft vijf jaar uitgetrokken om regioregie een kans te geven, maar we streven ook naar quick wins."

"De juiste zorg op de juiste plek tegen de juiste prijs. Als je deze drie elementen vasthoudt, kun je met elke initiatief voor welke doelgroep dan ook, verbeteringen aanbrengen. Doelgroepen met het meeste verbeterpotentieel zijn de kwetsbare ouderen, de mensen met chronische aandoeningen, maar ook met psychische klachten. Zijn we in staat om zaken anders te organiseren om betere resultaten te bereiken?"

“Terugkeer van ‘oude’ huisarts in nieuw jasje”

“Terug naar vroeger. De revival van de huisarts oude stijl, maar dan in een nieuw jasje. Ja, dat is een mooie kop”, merkt Wiro Gruisen, manager Regioregie bij CZ, op tijdens het interview. “Een huisarts werkt al lang niet meer als die eenling van vroeger. Regioregie creëert een zodanige setting dat de huisarts in staat is om zijn oude rol nieuw leven in te blazen en beter dan ooit te vervullen.”

De rode draad is meer multidisciplinaire samenwerking. Daarbij kijken we vooral door de bril van de patiënt. Wat zijn zijn ervaringen en hoe kunnen we de patiënt ondersteunen, zodat hij zelf de regie houdt over zijn leven en minder beroep hoeft te doen op professionele zorg?”

De regio's bepalen zelf de agendapunten, zoals interventies op het gebied van diabetes en meer bewegen. In de Oostelijke Mijnstreek wordt nu in samenwerking met patiëntenorganisaties, het Atrium en HOZL een project gestart om het voorschrijfgedrag in de behandelkamers te optimaliseren. “Onderzoek laat zien dat dure geneesmiddelen door goedkope kunnen worden vervangen zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit. De huisarts heeft hierbij ondersteuning nodig, in de vorm van informatie over de verbetermogelijkheden in zijn eigen praktijk en een beter formulier. Ook liggen er mogelijkheden voor huisarts en apotheker om beter en meer te communiceren met de patiënt de therapie te bevorderen en daarbij ondersteunen.”

De CZ-manager benadrukt de sleutelrol van de huisarts. “De huisarts krijgt steeds meer op zijn bordje, wat je nu ziet in de geestelijke gezondheidszorg; hij is verantwoordelijkheid voor alle niet complexe chronische zorg. Deze zorg zal steeds vaker worden verleend door de goedkopere eerstelijnszorg die bovendien dicht bij de patiënt gegeven wordt, maar gebeurt wel onder de verantwoordelijkheid van de huisarts die daarvoor geëquipeerd moet worden”, licht Gruisen toe.

De huisarts nieuwe stijl heeft ook een gidsrol. “Als hij zelf de problemen niet kan oplossen, moet hij doorverwijzen, maar daar houdt zijn taak niet op. Hij zoekt samen met de patiënt uit wat de beste keuze is. Dat hoeft niet direct het ziekenhuis om de hoek te zijn. Het hangt af van wat de patiënt belangrijk vindt. Onze taak is zorgen voor voldoende informatie om de juiste keuze te kunnen maken. Daarnaast blijven we de huisarts ook aankijken als de patiënt in behandeling is bij de tweedelijnszorg. De patiënt stroomt terug naar de eerstelijnszorg zodra zijn toestand stabiel is. De huisarts blijft medeverantwoordelijk voor zijn patiënt, ook als deze niet bij hem in behandeling is.”

De eerste resultaten van de actieve inkooprol van de zorgverzekeraar zijn al zichtbaar. Dankzij betere inkoopresultaten wist CZ vorig jaar het positieve resultaat te verdubbelen. “Op feestjes word ik er regelmatig op aangesproken. Dat vind ik niet erg. Ik zie het als een prachtige kans om mensen uit te leggen hoe het echt zit. Een zorgverzekeraar heeft geen winstoogmerk. ‘De aandeelhouders’ zijn de verzekerden zelf, die het rendement terug zien in een lagere premie, betere zorg en begeleiding. Onze kerntaak is ervoor zorgen dat onze verzekerden goede toegankelijke zorg krijgen tegen een betaalbare premie. Een verzekeraar is meer dan een partij die nota's beoordeelt en vergoedt. Wij hebben van de overheid de taak gekregen om dit te regelen in samenspel met andere spelers.”

Van alle projecten in de zorg vraagt ‘Anderhalvelijnszorg’ wellicht om de grootste cultuurverandering. Van de specialisten wordt verwacht dat ze nauwer samenwerken met de huisartsen. Bovendien moeten ze hun vertrouwde polikliniek verruilen voor een werkplek in een huisartsenpraktijk. In oktober 2012 zijn Maastricht UMC+ en ZIO (Zorg in Ontwikkeling) begonnen met een proefproject. De eerste resultaten zijn veelbelovend.

“Anderhalvelijnszorg wordt de toekomst”

Anderhalvelijnszorg wordt de zorg van de toekomst. Dat leidt volgens huisarts Annemiek Nijholt en internist Jeroen Nijhuis geen twijfel. Alleen als een deel van de specialistische tweedelijnszorg in de wijk wordt aangeboden, is het mogelijk om in de toekomst het groeiende aantal patiënten te helpen met hetzelfde aantal zorgaanbieders. Huisartsen en specialisten kunnen gezamenlijk efficiëntere hulp bieden tegen beduidend minder kosten. Nijholt en Nijhuis spreken uit ervaring.

Sinds oktober stelt Nijholt een dag in de week haar werkruimte in de groepspraktijk in Heer ter beschikking aan de internist Nijhuis. Hier ziet hij patiënten die normaal gesproken zouden worden doorverwezen naar het ziekenhuis. Er wordt een diagnose gesteld waarna hij de huisartsen adviseert over het te voeren beleid. Daarnaast worden vragen van de huisartsen over patiëntenzorg besproken. De insteek is dat patiënten niet langer onnodig worden doorverwezen naar de specialist in het ziekenhuis. Ervaring leert dat nog maar twintig procent van alle patiënten hoeft te worden doorverwezen. Het overgrote deel kan verder worden geholpen door de huisarts als wijk, specialisten, ze daarbij ondersteunen.”

Naast de kostenbesparing levert anderhalvelijnszorg talloze voordelen op. “Het grote verschil is dat wij nu elke week een half uur intensief patiëntenoverleg hebben met de specialisten in onze praktijk, naast de internist zijn dat de orthopeed, neuroloog en cardioloog. De specialisten horen van ons het hele verhaal over de patiënt. Een mondelinge toelichting werkt beter dan een brief, waarin niet alle details zijn vermeld”, licht Nijholt toe. “Wij kennen de patiënt. En een internist als Jeroen is getraind om de complexe problematiek in kaart te brengen. Omdat je als huisarts de specialist goed leert kennen, stap je bovendien gemakkelijker op hem af met vragen.”

Het grote voordeel voor de patiënt is dat hij niet langer de tocht naar het ziekenhuis hoeft te maken. Hij krijgt de behandeling in een vertrouwde omgeving door zijn eigen huisarts en weet dat er altijd een specialist in huis is als er vragen zijn. Dat gegeven slaat niet alleen aan bij de ‘gewone’ patiënten. Nijholt vertelt dat ook de specialisten die onder haar praktijk vallen de voorkeur geven aan een behandeling in de wijk, al is dat meestal om privacyredenen. Ze willen liever niet hun collega’s in de gang tegen komen als ze zelf een specialist bezoeken.



Momenteel rouleert in het kader van het proefproject nog maar een beperkte groep specialisten over een vijftal huisartsenpraktijken in het Heuvelland. In de loop der tijd moet nog worden bekeken of er nog specialismen aan kunnen worden toegevoegd en hoe vaak de specialisten aanwezig moeten zijn. “Bij de start zijn we nog uitgegaan van een specialist op 10.000 patiënten, maar het ziet er naar uit dat dit kan worden opgeschaald naar 15.000 patiënten. Voor mij als internist is dat aantal groot genoeg voor een dag werk in de week. Maar het kan best zijn dat een neuroloog genoeg heeft aan een dag in de twee weken. Dat zoeken we nu uit”, licht Nijhuis toe.

De huisartsen zijn enthousiast. Er was zoveel belangstelling voor deelname aan het project dat de meeste verzoeken moesten worden afgewezen. “Wie wil er niet mee werken aan de zorg van de toekomst”, stelt Nijholt. Ze hoopt dat het niet bij een proefproject van een jaar blijft, net als bij de Carrousel gezamenlijke consulten. “Je wordt als huisarts uitgedaagd om je grenzen te verleggen, zaken anders aan te pakken. Daar heb je best lef voor nodig. Maar de kennis en ervaring zakt ook weer in

als er niets meer mee wordt gedaan. Ik hoop dat Jeroen hier nog lang blijft, zodat ik als huisarts op hem kan terugvallen.”

Nu moeten alleen de specialisten nog overtuigd raken van de voordelen van anderhalvelijnszorg. Gevreesd wordt, met name door de zorgverzekeraars, dat de specialisten de consulten die wegvallen gaan opvullen met een nieuw soort zorg. Of dat mensen die worden behandeld door huisarts alsnog met complicaties moeten worden doorverwezen naar het ziekenhuis. Nijhuis deelt die vrees niet.

“Huisartsen kunnen geen academische zorg bieden. Voor sommige problemen moeten mensen toch echt naar het ziekenhuis. Specialisten kunnen gerichter worden ingezet en zich bijvoorbeeld verdiepen en meer richten op onderzoek en onderwijs. Ik zie juist een winwinsituatie. Het gaat er om dat je de patiënt centraal stelt en bereid bent om over grenzen heen te stappen. Dan komt alles goed. Ik ken genoeg internisten die het leuk vinden om samen te werken met een team huisartsen, vooral omdat het mooie en goede zorg oplevert.”

Hoe goed worden patiënten voorbereid op een ingreep? Weten zij waar ze aan toe zijn? Een rondje langs de wachtkamers in Maastricht UMC+.

Uit de praktijk



En of ze goed voorbereid was op een mogelijke ingreep. Zo hield de bejaardenzorgster **Tiny Houten** uit Meerssen vanaf het moment dat ze viel tijdens volleybal rekening met een operatie. “Mijn voor gevoel was juist. Mijn pols was op twee plaatsen gebroken. De eerste arts die mij hier onderzocht dacht dat een operatie onvermijdelijk was’, merkt ze op tijdens haar laatste controlebezoek. “Gelukkig greep een collega in. Hij wilde eerst de foto’s afwachten. Als de breuken in de gespalkte pols na een week niet waren verergerd, dan was het aanbrengen van gipsverband voldoende. Vijf weken lang heb ik met mijn arm in het gips gelopen. Daarna heb ik het vier weken rustig aan moeten doen. Dat vergde wel aanpassingen in mijn werk als bejaardenverzorgster. Maar nu ziet het er goed uit. Alleen de zware klussen moet ik voorlopig nog laten liggen. Gelukkig weet ik dankzij de goede voorbereiding wat ik wel en niet kan doen.”

Voor **Peter van den Broek** uit Tegelen is het al weer het derde bezoek aan Maastricht UMC+ in nog geen twee weken tijd. Via zijn huisarts en het ziekenhuis in Venlo werd hij doorverwezen naar de oogarts in Maastricht omdat het netvlies in zijn rechteroog was losgeraakt. Ondanks de plaatselijke verdoving werd het toch een pijnlijke ingreep. “Van te voren was ik wel goed ingelicht. Toen mijn oog tijdens de operatie begon te trekken, hebben ze verdoving bij gespoten. Ik denk dat de dosis eerst te licht was omdat ik niet zeker was van mijn gewicht. Helaas zie ik nu, een week na de operatie, nog steeds niet goed met het oog. Er is mij verteld dat ik eerst moet wachten tot ik vier weken heb gedruppeld. Tot nu toe ben ik tevreden over de behandeling. Wat ik zo mooi vind, is dat ze hier nog tijd nemen voor een praatje. Ze zijn echt in je geïnteresseerd.”



Anouk Bullens, student geneeskunde aan Maastricht UMC+ heeft haar krukken naast zich neergelegd. “Hopelijk krijg ik zo meteen te horen dat ik binnenkort weer zonder of op zijn minst met één kruk mag lopen. Drie weken geleden ben ik via een kijkoperatie geholpen aan een scheur in mijn kraakbeen. Gelukkig heb ik niet veel pijn gehad. De voorbereidingen waren goed. De specialisten hadden een duidelijk verhaal en ze hebben me als patiënt nauw betrokken bij de ingreep. Nu hoop ik dat het voorbij is. Zeven jaar lang heb ik met klachten rondgelopen. Omdat er zo weinig bekend was over mijn aandoening, kon de diagnose nu pas worden gesteld. De specialisten vermoeden dat het te maken heeft met de heupdysplasie waarmee ik ben geboren. Maar helemaal zeker is het nog steeds niet.”

Wolfgang Buhre houdt van Nederlandse aanpak

“Hier staat men ten minste open voor discussie”

Professor Wolfgang Buhre, geboren in het Duitse Goettingen, werkt sinds maart als anesthesioloog en medisch hoofd van de afdeling Anesthesiologie aan Maastricht UMC+. Daarvoor werkte hij bij het UMCU in Utrecht. “Over de gezondheidszorg in Duitsland kan ik weinig meer zeggen. Al bijna acht jaar werk ik in Nederland. Je hoort nog wel dingen, maar je bent toch niet meer zo goed geïnformeerd.”

Zijn werkkamer in het ziekenhuis is sober ingericht. Weinig persoonlijke spullen. Geen grote stapels met dossiers op zijn bureau. Alles zit in de iPad. Niets dat hem afleidt van zijn werk. Zijn bezoek ontvangt hij met een kopje koffie. Wat dat betreft is hij al helemaal ingeburgerd. Hij voelt zich helemaal thuis in zijn nieuwe werkomgeving en in het bijzonder in Maastricht, op relatief korte afstand van Duitsland waar zijn gezin woont.

“Ik wilde altijd al mijn horizon te verbreden. Daarom heb ik mijn studie medicijnen afgerond in het Zwitserse Zurich, waar ik daarna ook nog een verdiepingsstage heb gedaan. Natuurlijk zijn er verschillen tussen Duitsland, Zwitserland en Nederland, zoals de opzet van de gezondheidszorg, de systematiek waarmee wordt gewerkt en natuurlijk culturele verschillen. Maar voor iemand met een open mindset is dat geen enkel probleem.”

Vanaf 2005 werkte hij bij het UMC Utrecht waar hij onder meer verantwoordelijk was voor het nieuwe OK-complex. “De diversiteit van het werk en de combinatie zorg en onderzoek sprak me aan. Verder ben ik een grote voorstander van de manier van werken in Nederland. Hier staat men open voor discussie. Dat patiënten mondiger zijn geworden, juich ik alleen maar toe. Als lid van een landelijke richtlijnencommissie over kankerzorg heb ik



louter positieve ervaringen met patiëntenorganisaties. Ondanks de soms negatieve publiciteit is er nog steeds een grote vertrouwensband tussen dokters, verpleegkundigen en patiënten.”

Inmiddels is Buhre bezig met een kennismakingsronde langs zorgopleidingen in de regio. Daarnaast bereidt hij zich voor op een grootschalig, internationaal onderzoek naar de kwaliteit van leven van patiënten die een grote operatie hebben ondergaan. “We willen meer weten dan of ze last hebben gehad van complicaties of dat ze alsnog zijn overleden. Hoe gaat het een jaar na de operatie met hun cognitie en hoe functioneren ze in het dagelijks leven? Daarvoor heb ik de hulp nodig van de huisartsen, want zij zien de patiënten vaker en weten alles van het zorgdossier en de achtergrond van hun patiënt. Wat dat betreft hoop ik nog veel huisartsen hier in de regio te ontmoeten en te kunnen spreken.”

Opname onderbreking van herstelproces thuis

Op een steenworp afstand van het hoofdkantoor van Mondriaan in Heerlen wordt een state of the art-kliniek gebouwd voor de oudere cliënten. De andere afdelingen van de GGZ hebben al een metamorfose ondergaan. Niet zichtbaar, maar net zo belangrijk is de ambulante zorg die Mondriaan biedt en nog gaat uitbreiden. Een gesprek met bestuursvoorzitter Hans de Veen over de geestelijke gezondheidszorg in de praktijk.

Twee jaar geleden stond hij nog op het Malieveld in Den Haag te protesteren tegen de drastische bezuinigingen op de geestelijke gezondheidszorg. De bezuinigingen werden niet geschrapt. En ook de invoering van de eigen bijdrage voor GGZ-cliënten werd vorig jaar ingevoerd; al is deze omstreden maatregel al weer teruggedraaid. “Die eigen bijdrage heeft veel mensen er van weerhouden om de gang naar de tweedelijnszorg te maken. Vorig jaar hadden we een vraaguitval van 10 procent, oftewel bijna 1400 cliënten. Iedereen kon voorspellen dat een eigen bijdrage lokale effecten heeft. Onze cliënten hebben vaak een gering inkomen en zijn zieker dan gemiddeld. Daarom ben ik blij dat deze discriminerende maatregel is geschrapt. Gelukkig vinden ook deze mensen langzaam maar zeker weer de weg terug naar onze zorg.”

De Veen kan niet ontkennen dat de bezuinigingen de kwaliteit van de zorg in gevaar brengen. Op de specialistische zorgprogramma's moet Mondriaan nu al geld toeleggen. De organisatie heeft flink moeten bezuinigen, maar ook geïnvesteerd in de uitbreiding van de 'goedkopere' ambulante zorg. Volgens De Veen is Mondriaan zelfs toonaangevend bezig op dit gebied. Hij noemt psyQ en FACT. Via psyQ biedt Mondriaan stoornisgerelateerde behandelprogramma's aan mensen met een lichte problematiek. De FACT-wijkteams richten zich op mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen die een instabiele fase doormaken.

“Een klinische opname moet een onderbreking zijn in een herstelproces dat zich vooral thuis afspeelt. Daar is onze zorg opgericht. In samenwerking met andere aanbieders en zorgverzekeraars ontwikkelen we concepten die daar op inspelen. Voor onze sector zijn het pittige tijden, maar we hebben een prachtige, moderne instelling met toegewijde en deskundige medewerkers waardoor we goede zorg kunnen bieden en toekomstige bedreigingen kunnen pareren. De ambulantisering en de digitalisering helpen ons daarbij.”

Hij benadrukt dat Mondriaan midden in de samenleving staat en in dat opzicht werkt aan de vermaatschappelijking van de psychiatrie. “We besteden veel aandacht aan participatie van patiënten en familie. Om de mantelzorg te ontlasten beginnen we met familiesprekuren. Alles doen we vanuit het besef wat goed voor de patiënt is. Waar we nog wel slagen in kunnen maken is de toegankelijkheid en serviceverlening naar de huisartsen. We verwachten dat de invoering van de basis-GGZ volgend jaar een extra prikkel biedt om daar verbeteringen in te brengen.”

Volgende maand komt de eerste uitgave van de digitale nieuwsbrief speciaal voor verwijzers. Huisartsen kunnen zich hiervoor aanmelden op de website www.mondriaan.eu.



Hans de Veen.



Gratis familiespreekuur bij Mondriaan

Familieleden en naasten van mensen met psychische en/of verslavingsproblemen hebben vaak vragen, maken zich zorgen en/of lijden daar zelf onder. Daarom is er een speciaal spreekuur voor zowel familieleden en naasten van mensen die in behandeling zijn bij Mondriaan als familieleden van niet-patiënten.

Een familielid of naaste kan kosteloos maximaal drie gesprekken voeren met een familiecoach of familievertouwenspersoon. Tijdens de gesprekken staat het familielid en de ondersteuning aan hen centraal. Mensen kunnen hun verhaal kwijt en vragen stellen. Ze krijgen praktische adviezen, informatie over geestelijke gezondheidszorg en/of verwijzingen naar cursussen of belangorganisaties. Er wordt geen patiëntinhoudelijke informatie verstrekt, maar alles staat in het belang van hun eigen welzijn. De ervaring leert dat mensen daarna vaak zelf weer verder kunnen.

Verwijzen Hebt u familieleden in uw praktijk die deze extra ondersteuning kunnen gebruiken? Dan kunt u hen doorverwijzen voor een afspraak naar het informatiecentrum van Mondriaan:

Telefoon 06 50 40 13 33 of via info@mondriaan.eu of kijk op www.mondriaan.eu/familie. Gratis posters voor in de wachtkamer zijn te bestellen via info@mondriaan.eu.

kort nieuws uit de praktijk

Zorg op maat voor jonge mensen met kanker

Na de behandelingsperiode wil men weer actief deelnemen aan de maatschappij maar men kan geconfronteerd worden met klachten op het gebied van vermoeidheid, pijn, relatie, seksualiteit, kinderen, werk en re-integratie, etc. Dit nazorgprogramma is bedoeld voor jonge kankerpatiënten tussen de 18 en 40 jaar die net klaar zijn met de behandeling.

Wat kan men van ons verwachten? Na doorverwijzing, bijvoorbeeld door de behandelend arts of verpleegkundig specialist, wordt er contact opgenomen met de patiënt voor een eerste afspraak. Tijdens de eerste afspraak zal er samen met de patiënt een vragenlijst worden doorgenomen op het gebied van lichamelijke problemen, psychische problemen, werk, relatie, seksualiteit, kinderen en andere voor de patiënt relevante onderwerpen. Er wordt een prioriteitenlijst opgesteld. Daarnaast vindt er een screening plaats op de afdeling fysiotherapie van het Maastricht UMC+ waar gekeken wordt naar spierkracht, conditie en de mogelijkheden voor een fysiek revalidatieprogramma op maat. Na het invullen van de vragenlijst en de screening door de fysiotherapeut bespreken we de gegevens in een gezamenlijk overleg van professionele zorgverleners en wordt een individueel behandelplan opgesteld. Dit specifieke behandelplan 'op maat' zal hierna met de patiënt besproken worden. Afhankelijk van de behoefte en situatie kunnen we verwijzen naar andere zorgverleners zoals een maatschappelijk werker, psycholoog, orthopedagoog of re-integratiecoach. Vervolgafspraken vinden plaats om de vooruitgang te evalueren en zo nodig aan te passen.

Neem bij vragen contact op met Maril van Kimmenade, casemanager project jonge kankerpatiënten. E-mail: maril.van.kimmenade@mumc.nl, tel. 06 - 519 157 32 of het Ontmoetingscentrum, tel. 043 - 387 26 00.

Eerste resultaten De Maastricht Studie:

Risico hart- en vaatkwalen regio

De eerste cijfers van De Maastricht Studie liegen er niet om. Een inwoner van de regio Maastricht loopt meer risico om te overlijden aan een hart- of vaatziekte dan een gemiddelde Nederlander. Toch spreekt Ronald Henry, internist aan de Maastricht UMC+ en medisch directeur van de studie, niet van een hopeloze situatie. “We weten ook wat de mensen kunnen doen om de risico’s terug te brengen. Maar daarbij moeten ze wel geholpen worden. Dat is een inspanning van de huisarts en de patiënt samen, maar ook van de politiek en beleidmakers.”



Bijna 35 procent van de inwoners van Maastricht Heuvelland, zit in de risicogroep tegenover 23 procent landelijk. Heeft u al een idee waar het mee te maken heeft?

“De eerste cijfers tonen aan dat de situatie erger is dan we verwachtten. Dat heeft te maken met meerdere factoren, zeker niet alleen met de Bourgondische instelling van de mensen hier. Ook de sociaal-demografische opbouw van de regio speelt een rol. Maar de belangrijkste oorzaak is volgens mij onze veranderde leef- en eetstijl die obesitas in de hand werkt. We eten meer, we bewegen minder en hebben een druk sociaal leven. Neem ons voedingspatroon. Vroeger aten we drie keer per dag. Tegenwoordig kennen we maar liefst zes eetmomenten. Tegelijkertijd vindt er een verschuiving plaats naar de consumptie van calorierijk gemakvoedsel dat te veel zout en vet bevat. Maastricht Heuvelland is ook nog van oudsher een regio met veel uitstoot van fijn stof en inmiddels wordt het verband tussen de uitstoot van fijn stof en hart- en vaatziekten ook steeds duidelijker.”

U noemt de eet- en leefstijl als de belangrijkste risicofactor. Is juist deze factor niet het moeilijkst te beïnvloeden?

“Dat is absoluut de moeilijkste opgave. Als je dingen je hele leven lang doet, dan verander je dat niet zo maar. Echter, veel mensen onderschatten de impact van een gezonde leefstijl op ziekten. Dat geldt niet alleen voor diabetes en hart- en vaatziekten, maar ook voor ziekten als kanker.”

Welke rol spelen de huisartsen hier in?

“Dit is iets wat we samen moeten doen; de patiënt en de huisarts en in tweede instantie pas de specialist. De

Maastricht **groter** dan elders

ondertitel van De Maastricht Studie is ook: Samen beter! De huisarts is bij uitstek degene die vroegtijdig kan signaleren wanneer de risicofactoren uit de pas lopen. Hij kan zijn patiënten stimuleren om er wat aan te doen. Een belangrijke boodschap daarbij is dat mensen met obesitas echt niet terug hoeven naar het gewicht van toen ze achttien jaar oud waren. Letterlijk en figuurlijk is iedere kilo eraf winst voor de gezondheid. Regelmatig een wandeling maken en meer bewegen is al gunstig. Je hoeft echt geen marathon te rennen.

Nu is het niet gemakkelijk om gezonde keuzes te maken. In gebouwen is een trap vaak weggestopt en neemt iedereen zonder nadenken de lift. En in de supermarkt worden we overspoeld met gemaksvlees en producten met een maximale dosis aan vet- en zoutgehalte. Ook de voedselproducenten hebben een verantwoordelijkheid. Ik ben er voorstander van dat de politiek desnoods veranderingen met maatregelen afdwingt. Wat dat betreft juich ik een vettaks toe. Alleen met actief beleid zijn we in staat om de trend om te buigen. Maar het is een zaak van lange adem.”

“Nu is het niet gemakkelijk om gezonde keuzes te maken. In gebouwen is een trap vaak weggestopt en neemt iedereen zonder nadenken de lift.”

Ziet u de toekomst somber tegemoet?

“Het is geen somber verhaal. Juist door de bijzondere omstandigheden en De Maastricht Studie zijn we in staat om een gezondheidsbeleid van de grond te tillen met nieuwe interventies. Dankzij de studie weten we straks welke diabetespatiënten de meeste risico's lopen op complicaties. Daar kunnen we de behandeling en therapie op af stemmen. Zo vermoeden we dat osteoporose en longziekten als COPD verband houden met diabetes type 2 en dat er ook een genetische component meespeelt. Op dergelijke vragen krijgen we nu een antwoord. En het is toch een goede boodschap dat men zelf ook iets kan doen. Straks hebben we in deze regio voldoende initiatieven die bijdragen aan een gezonder leven. Over een paar jaar komen professionals uit binnen- en buitenland kijken naar hoe goed wij het hier doen.”

Onderzoek heeft meer diabetespatiënten nodig

Om een duidelijk beeld te krijgen van waarom mensen type 2 diabetes en andere chronische aandoeningen krijgen, volgt De Maastricht Studie vijf jaar lang 10.000 inwoners van Zuid-Limburg. De helft bestaat uit 'gezonde' mensen die nog geen diabetes hebben; de andere helft is de groep diabetespatiënten. Twee jaar na de start is deze laatste groep nog ver ondervertegenwoordigd.

Het vermoeden bestaat dat de huisartsen nog te weinig diabetespatiënten aansporen om zich aan te melden. Onlangs is de huisarts Pie Castermans aangetrokken om dit te veranderen. “Waar het precies aan ligt weten we niet. Misschien zijn ondanks de pr-activiteiten nog niet alle huisartsen goed geïnformeerd. Of het komt omdat de huisartsen in de startfase onvoldoende bij de dialoog zijn betrokken. Duidelijk is dat nog niet alle huisartsen beseffen welke belangrijke rol ze spelen in de wetenschap en het oplossen van dit belangrijke maatschappelijke probleem. Het gaat om een stuk inzicht dat ze kunnen verschaffen waarvan ze later zelf ook profijt hebben”, merkt Castermans op.

Samen met de internisten werkt hij nu aan een plan de campagne om de mindset van de huisartsen te veranderen. Na de zomer zal hij regelmatig te zien zijn op voorlichtingsavonden en bijeenkomsten voor huisartsen. Hier zal hij ingaan op de belangen van de studie, de eerste uitkomsten en de rol van de huisartsen. “Mijn bijdrage is er voor zorgen dat huisartsen systematisch de diabetespatiënten in hun wachtkamer vragen om deel te nemen aan de studie. Natuurlijk, het vraagt ook om inspanning van de patiënt zelf, maar hij levert daarmee wel een bijdrage aan zijn eigen toekomst.”



Meer psychiatrische zorg met minder bedden

FACT; tweedelijns geestelijke gezondheidszorg als partner van de eerste lijn

Hij noemt zichzelf geen pleitbezorger van psychiatrie zonder bedden, maar hij is wel een voorstander van psychiatrie met weinig bedden. Dit is volgens hem de enige stimulans om pro-actief te werken met perspectief voor de patiënt. Klinische opname is alleen nodig voor tijdelijke bescherming of een time-out. Professor Philippe Delespaul, programmaleider Integrale Zorg in Zuid-Limburg, geeft zijn visie op een innovatieve en duurzame psychische hulpverlening.

'Terug naar af met de GGZ', de titel van de inaugurele rede waarmee hij in april de bijzondere leerstoel 'Zorginnovaties in de GGZ' aan de Maastricht UMC+ aanvaardde, spreekt boekdelen. De geestelijk gezondheidszorg moet over een andere boeg worden gegooid. Met name de geestelijke gezondheidszorg wordt hard getroffen door de economische crisis. Er moet flink worden bezuinigd, terwijl het aantal patiënten met een psychische aandoening niet minder wordt. Delespaul vindt dat de GGZ niet moet wijzen naar de overheid en zelf oplossingen moet aandragen. Alternatieven om met minder geld meer mensen te kunnen behandelen.

"Dat je betere psychiatrische zorg kunt leveren met weinig bedden, daarvan ben ik overtuigd. Nederland is in Europa koploper als het gaat om het aantal klinische opnames van patiënten. De vraag is of je de patiënt met een ernstige problematiek ook altijd helpt door hem op te nemen. Mensen uit de maatschappij halen en ze geen perspectief bieden, is volgens mij geen oplossing", stelt Delespaul.

En zelfs al heeft Nederland zoveel bedden. De capaciteit om mensen te behandelen is nu al kleiner dan de behoefte en naar verwachting zal het aantal mensen dat hulp zoekt nog groeien. Nu wordt een op de twintig Nederlanders behandeld voor psychische problemen. Daarvan wordt slechts een klein deel opgenomen. Steeds vaker worden ook de patiënten met zeer ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) geholpen met ambulante zorg. Dat is volgens Delespaul ook de enige oplossing om de zorg betaalbaar te houden en de patiënten weer perspectief op genezing te bieden.

Bij de behandeling van EPA-patiënten, maar ook mensen met mildere klachten, is het volgens Delespaul essentieel dat ook de levensomstandigheden worden aangepakt. "De levensomstandigheden voeden de psychopathologie. Daarom moet je zorgen dat deze veranderen. Een patiënt die constant in de stress raakt omdat hij schulden maakt, geen werk vindt en zich eenzaam voelt, kun je niet succesvol behandelen. Het domein van het maatschappelijk functioneren en het domein van de psychiatrie moet je samen behandelen. Daarvoor is een multidisciplinaire aanpak nodig. Daarom is de hulpverlening van de FACT-teams zo succesvol."

Bij FACT (Flexible Assertive Community Treatment) worden mensen met ernstige psychiatrische problemen in hun thuissituatie actief benaderd door een multidisciplinair team. In Nederland zijn nu 200 teams actief, waarvan 10 in Zuid-Limburg. Dat aantal zal de komende jaren nog uitgroeien tot 4 à 500. Een team bestaat onder meer uit een psychiater, psycholoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, juridisch consulent en ervaringsdes-

kundige. De teams bieden niet alleen psychische hulp bij een crisis of problemen, maar helpen de patiënt ook met bijvoorbeeld het afhandelen van belastingaangiften en schulden of het vinden van werk. Het zijn dit soort problemen waardoor patiënten door het lint gaan.

"De mensen waarop de teams zich richten zijn vaak al enige tijd in behandeling bij GGZ. Soms wil de stabilisatie maar niet lukken of ze dreigen opnieuw in een crisis te vervallen. Zo krijgen mensen met een psychotische stoornis of schizofrenie al fasegerichte zorg via FACT. Hun psychische problemen hebben te maken met het tijdelijk niet kunnen managen van het dagelijks leven. De teams leren patiënten om weer op eigen benen te staan", licht Delespaul toe. "Want het laatste wat we willen is dat de patiënt afhankelijk blijft van de zorg. De insteek is om van uitkeringstrekkers belastingbetalers te maken. Des te sneller knappen ze op. Werk zorgt niet alleen voor een inkomen, maar ook dat de mensen niet maatschappelijk geïsoleerd raken."

De zorgvragers komen via diverse kanalen terecht bij het team dat gemiddeld zo'n 200 mensen begeleidt. Soms is het de huisarts of de wijkagent die aan de bel trekt of de mantelzorgers. Ook de patiënt zelf kan bij het team aankloppen voor hulp. Daarnaast benadert het team uit eigen initiatief patiënten om te kijken hoe het met ze gaat. "We brengen de ambulante zorg naar de wijk. Wat dat betreft bieden we tweedelijns zorg op het territorium van de eerste lijn. We moeten accepteren dat geestelijke gezondheidszorg mensenwerk blijft waarbij de zorg van dure deskundigen nodig is. Maar dat is niet erg als de zorg wordt ingezet op plaatsen waar ze echt renderen. Dat kan alleen als je alternatieven creëert die zorgen voor betere omstandigheden. Daarbij kunnen familieleden of buurtbewoners een rol spelen, maar dan wel op voorwaarde dat ze niet in de steek gelaten worden."

De zorgverlening van FACT maakt nog een ontwikkeling door. Zo kan Delespaul zich voorstellen dat er op termijn nog meer wordt gewerkt met moderne digitale middelen zoals e-health en mobile-health of consulten via de iPad zodat de hulpverleners minder 'dure' huisbezoeken hoeven af te leggen. Daarnaast verwacht hij dat de huisartsen en de eerstelijns zorgaanbieders in de toekomst ook langdurige zorg bieden aan patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. In zijn vaderland België is dat heel normaal. "Voorwaarde is wel dat de GGZ zorgt voor een goede ondersteuning. Als het moeilijk wordt kan het FACT-team het overnemen. De psychiaters in de teams kunnen nu ook al door de huisartsen worden benaderd voor consulten. Ik verwacht dat de FACT-psychiaters zich gaan ontwikkelen als liasonfiguur voor de huisarts in de wijk."

“Onze zorg houdt niet op bij het uitschrijven van een recept”

In Nederland zijn nog zo'n vierhonderd huisartsenpraktijken met een eigen apotheek, waarvan vier in Zuid-Limburg. Apotheekhoudend huisarts Herman Debets in Mheer over de meerwaarde van een eigen apotheek.

“Het was destijds geen bewuste keuze om een huisartsenpraktijk met apotheek over te nemen. Mijn vrouw Els en ik waren op zoek naar een praktijk in Zuid-Limburg, nadat ik twee jaar had waargenomen in de Westelijke Mijnstreek. Mheer sprak ons aan. Els is van huis uit verpleegkundige. Nu is ze ook parttime doktersassistente en apothekersassistente. Het is een ideale combinatie. Al is het wel veel werk. Daarom hebben we na een jaar besloten om een extra apothekers- en een doktersassistente aan te nemen.”

De huisartsenpraktijk van Debets ligt helemaal aan de rand van Mheer met uitzicht op het glooiende platteland. Het gebouw valt op door de moderne architectuur en de opvallende kleuren lichtgeel en grijs. Debets liet het bouwen toen hij achttien jaar geleden de praktijk overnam. De bescheiden apotheek heeft een plek midden in het gebouw, direct achter de ontvangstbalie bij de ingang.

“Een eigen apotheek heeft voordelen. Zo houdt bij ons de zorg niet op bij het uitschrijven van een recept. De patiënt krijgt uitgebreide begeleiding bij het gebruik van de medicatie. Daarnaast heb ik als huisarts meer zicht op het medicijngebruik van de patiënt. Als een patiënt komt voor een recept van de specialist kan dat voor mij reden zijn om hierover contact op te nemen met de voorschrijver”, merkt Debets op.

De apotheek zorgt ook voor extra werk. Zo is Debets op dit moment bezig met een certificering voor het apothekersgedeelte. Ook het preferentiebeleid waarbij de verzekeraars bepaalde medicijnen van een generieke fabrikant voorschrijven kost hem tijd en energie. “Het systeem is niet transparant en leidt regelmatig tot discussies. Voor ons is het lastig omdat we met onze beperkte ruimte meer labels op de plank moeten hebben. Vroeger hadden we alles op voorraad. Nu niet meer.”

Zijn praktijk verschilt volgens Debets niet veel met een stadspraktijk, behalve dat de mensen minder vaak de huisarts consulteren. Zijn vrouw Els ziet het anders. “Hier worden nog verse groenten en fruit afgegeven bij de balie. Dat gebeurt niet in een stad. En als ik in de supermarkt kom voor boodschappen, word ik ook aangesproken door patiënten. Het gaat soms zo ver dat ze proberen al een afspraak te regelen. Het heeft wel iets.”



Promotieonderzoek Elissen bevestigt vermoeden

Intensieve diabeteszorg kan goedkoper

Door zorg op maat te bieden kan de huidige, intensieve zorg aan diabetespatiënten in huisartsenpraktijken een stuk goedkoper. Daarvoor moet echter het huidige systeem van integrale bekostiging worden aangepast. Dat concludeert Arianne Elissen in haar proefschrift 'Voorbij het 'grote gemiddelde': verbetering van de wetenschap en het bewijs omtrent de behandeling van chronisch zieken.'



De uitkomst van het promotieonderzoek van Arianne Elissen is waarschijnlijk geen grote verrassing. Veel huisartsen en praktijkondersteuners denken dat de huidige diabeteszorg niet kosteneffectief werkt. Dat hoort professor Nicolaas Schaper, hoofd Endocrinologie bij Maastricht UMC+, regelmatig. Het grootschalige onderzoek waarvoor Elissen de gegevens van 105.000 diabetespatiënten uit 18 zorggroepen gebruikte, is enkel een bevestiging.

Uit haar onderzoek blijkt dat de huidige diabeteszorg alleen aangetoond effect heeft voor de kleine groep mensen met een slecht gecontroleerde diabetes en te veel suiker in het bloed. Deze groep heeft een verhoogd risico op complicaties en heeft baat bij een intensief en proactief programma. "Bij de rest is minder nadruk op aanbodgestuurde zorg en meer zelfmanagement wellicht even effectief en zeker meer efficiënt voor het behouden van glycemische controle", concludeert Elissen.

"Het zijn nog maar aannames. Een vervolgstudie moet nog uitwijzen of dit klopt of niet. Dit was een onderzoek op basis van spreadsheets. De resultaten zeggen nog niets over de toegevoegde waarde van de intensieve zorg of over de veiligheid en kosteneffectiviteit van min-

der controle en de effecten van zelfhulpprogramma's", relateert Schaper, lid van de beoordelingscommissie van het proefschrift. "Hopelijk weten we over een paar jaar meer en kunnen we de zorg daarop afstemmen. Zorg op maat is een van de speerpunten van Blauwe Zorg van ZIO."

Volgens Elissen is het allerbelangrijkst dat de financiële prikkels die zijn ingebed in het huidige systeem van integrale bekostiging van chronische zorg zo worden aangepast dat ze zorgverleners stimuleren om kwalitatief hoogstaande zorg te bieden. "Van artsen, verpleegkundigen en praktijkondersteuners kan niet worden verwacht dat zij op een patiënt gerichte of zelfs efficiënte manier zorg verlenen wanneer zij financieel worden afgerekend op gestandaardiseerde prestatie-indicatoren die los staan van de zorgvraag van patiënten."

In haar pleidooi voor goede zorg op maat benadrukt Elissen dat een brede implementatie van bewezen effectieve zelfmanagement programma's, die over de grenzen van het zorgsysteem heen reiken, nodig is. "Alleen zo worden patiënten voorzien van de kennis, de vaardigheden, de middelen en het vertrouwen om te zorgen voor hun aandoening."



De tijd is rijp voor de 'coproductie' van gezondheid

Wij leven in een radicale veranderende en vloeibare wereld. Een tijd waarin de kans om een psychische stoornis tijdens het leven op te lopen, zo'n 40% is. Een tijd waar 'the future depends on the minds not the backs of people' (IMF, 2002) en geestelijke weerbaarheid van de mens essentieel is voor een gezonder, veiliger en betere wereld. Maar met de geestelijke gezondheidszorg en de eerste lijn bereiken wij maximaal 8% van die zorgbehoefte en dit gaat ook nog gepaard met te hoge kosten. De realiteit is dat de huidige, persoonsgerichte en curatieve benadering volstrekt ontoereikend is voor deze situatie. Dit vraagt om een nieuwe aanpak van de medische/geestelijke gezondheidszorg. Er moet een fundamentele stap naar de samenleving worden gemaakt. Sleutelen aan het bestaande systeem terwijl onze 'welfare state' wankelt, die tijd is al voorbij. Maar hebben wij voldoende informatie om het in de toekomst anders te doen? De bevolking is er rijp voor. Uit onderzoek blijkt dat 90% van de Nederlandse bevolking zich verantwoordelijk voelt voor hun eigen gezondheid (een verplichting om gezond te zijn). Dit is ook te zien in een indrukwekkende wereldwijde markt in gezondheid en lifestyle informatie. Is het niet tijd om deze organische beweging onder de bevolking op alle medische niveaus te benutten? Nooit eerder in de geschiedenis is er zoveel informatie over gezondheid ter beschikking voor iedereen en blijkbaar nooit eerder is het besef van gezond leven zo algemeen aanwezig geweest. De tijd voor de 'coproductie' van gezondheid op alle medische niveaus is aangebroken en is ook nog kosten besparend.

Om dit te bereiken hebben Maastricht UMC+, huisartsenpraktijken, GGZ en sociale instellingen het gereedschap van sociale en traditionele media ter beschikking om de participatie van de bevolking te bevorderen: alle instellingen een publieke gezondheidstaak. Media zijn het instrument bij uitstek om de samenleving als 'massa' te bereiken en de doelen van empowerment te realiseren. Zo'n aanpak om naar de buurt en burger te stappen is op het gebied van geestelijke gezondheidszorg aangetoond, door studies die laten zien dat als je het algemene welbevinden in een populatie met maar één punt verhoogt op verschillende schalen (GHQ), dan halen we 6% winst in verminderde prevalentie van psychische problemen. Zo'n effect van welbevinden en participatie ligt binnen bereik voor veel medische problemen als we durven om meer flexibel, responsief en inclusief te zijn in ons contact met de bevolking. Het is de kunst gezondheid te zien niet als wat dokters doen maar wat mensen doen. Het lokale succesvolle publieke geestelijk gezondheidsproject in Maastricht, 'Bianca in de Buurt' (www.biancaindebuurt.nl) levert het zoveelste bewijs dat het integreren in de buurt, het gebruik van participatie en de coproductie van 'engaging' media, kan leiden tot een meer 'empowered' en daardoor gezondere populatie.

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