

praktijk



Thema Preventie Ketenzorg geeft mensen hun leven terug na een beroerte **Dialyseren op locatie** Telemonitoring succesvol bij patiënten met hartfalen **Bevolkingsonderzoek Darmkanker**

THEMA Bij preventie wordt al snel gedacht aan een gezonde leefstijl. Maar preventie in het toekomstig zorglandschap gaat veel verder. Het overheidsbeleid is gericht op het terugdringen van de zorgconsumptie. Veel meer mensen moeten zorg thuis krijgen in plaats van in de zorginstellingen. Het aantal verzorgingshuisplaatsen wordt de komende jaren drastisch verminderd. Hoe bevorder je zelfredzaamheid, hoe voorkom je eenzaamheid, hoe voorkom je overbelasting van de mantelzorger? Zorgvernieuwing betekent onder meer het pro-actief terugdringen van de vroegtijdige zorgvraag door niet te wachten totdat mensen ziek en hulpbehoevend zijn. De bestuurders van Envida en hoogleraar Jos Schols hebben daar ideeën over. Ook nieuwe zorgtechnologie kan bijdragen aan preventie. En wat te denken van nazorgprogramma's zoals CVA Ketenzorg en een project voor jonge kankerpatiënten. Preventie in optima forma, daar gaat deze Praktijk over.



3 Oncologen Maastricht UMC+ sluiten zich aan bij de Carrousel | 4 CVA Ketenzorg geeft mensen hun leven terug na een beroerte | 6 Dialyseren op locatie | 8 Bestuurders Envida: "Geef de zorg terug aan de wijk" | 10 Jos Schols: "Ouderenzorg moet pro-actief in plaats van re-actief" | 11 Uit de Praktijk | 12 Bevolkingsonderzoek Darmkanker | 14 Kort nieuws | 15 Marja van Diejzen nieuw lid Raad van Bestuur | 16 Telemonitoring succesvol bij patiënten met hartfalen | 18 Project nazorg voor jonge mensen met kanker is een succes | 20 Column door Prof. Ad Masclee

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: www.mumc.nl/actueel/media/magazine-praktijk

Suggesties voor de redactie? Bel of mail Stephanie Klomp-Hameleers
 Stafdienst Communicatie Maastricht UMC+,
 telefoon 043 387 19 63, e-mail stephanie.hameleers@mumc.nl

Huisartsen Servicedesk telefoon 043 387 44 80

Maastricht UMC+
 academisch ziekenhuis
 Maastricht
 azm | Maastricht University

Oncologen Maastricht UMC+ sluiten zich aan bij de Carrousel

De huisartsenpraktijk leent zich niet voor een consult van de oncoloog. Dat is voor de medisch oncologen van Maastricht UMC+ echter geen reden om niet naar buiten te treden. Nog dit jaar sluiten ook zij zich aan bij de Carrousel van RVE Patiënt en Zorg. De bedoeling is dat elke praktijk de komende jaren tenminste vier bezoeken krijgt. Hierbij staat de uitwisseling van kennis over de behandeling van de meest voorkomende kankersoorten centraal.

Initiatiefnemer is Vivianne Tjan-Heijnen, hoogleraar en hoofd van de afdeling Medische Oncologie. Als coördinator zal zij in de Carrousel het spits afbijten. Dat doet ze met een themabezoek over haar specialisatie borstkanker. Maastricht UMC+ is een van de ziekenhuizen waar grote successen worden geboekt als het gaat om de behandeling van kankerpatiënten mede dankzij de bundeling van kennis in het Oncologiecentrum. Hier komen specialisten en behandelaars dagelijks bij elkaar om kennis uit te wisselen over de behandeling van patiënten. Alhoewel het Oncologiecentrum laagdrempelig is opgezet, zijn er nog maar weinig huisartsen die het centrum benaderen of een dagje meelopen. Tjan hoopt dat dit door deelname aan de Carrousel verandert.

Op haar bureau in het ziekenhuis staan verschillende kaarten. Niet alleen rouwkaarten, maar ook geboorte-kaartjes. De oncologe legt uit dat borstkankerpatiënten met kindervens uit het hele land naar Maastricht afreizen om zich door haar te laten adviseren over fertiliteitsvraagstukken. "Vorige week kreeg ik nog een blijde mail van een patiënte die me liet weten dat ze zwanger is. Dat zijn de leuke kanten van mijn vak."

Borstkanker is nog steeds een potentieel dodelijke ziekte, maar er wordt grote vooruitgang geboekt. Zo wordt de behandeling steeds gericht. Zo is dankzij CT-scan geleide bestralingen de kans dat gezonde organen als

het hart en de longen beschadigd raken gering. Daarnaast is er meer kennis op het gebied van moleculaire diagnostiek waardoor de behandeling beter kan worden afgestemd op de specifieke tumorkenmerken van een bepaalde patiënt. Hierdoor is de overlevingskans aanzienlijk toegenomen. "Er is steeds meer aandacht voor de kwaliteit van het leven van de patiënt. Niet alleen worden steeds meer directe borstreconstructies uitgevoerd, ook worden niet langer meer automatisch alle okselklieren verwijderd. Als de okselklieren maar beperkt zijn aangetast bekijken we of chemotherapie en bestraling volstaat. Hierdoor neemt het risico op lymfoedeem of schouderfunctieproblemen af", licht ze toe. "Patiënten kunnen sneller hun normale leven weer oppakken."

Tegenwoordig heeft nog maar vijf procent van de borstkankerpatiënten uitzaaiingen bij de eerste diagnose. Dat heeft volgens Tjan te maken met de vroege opsporing door het bevolkingsonderzoek en een bewustwordingsproces. Steeds meer vrouwen ontdekken zelf een verdacht knobbeltje in de borst. Desondanks krijgt een kwart van de patiënten na verloop van tijd alsnog uitzaaiingen op afstand. Maar dankzij de technologische en farmaceutische ontwikkelingen zal ook bij deze groep de overlevingskans in de toekomst alleen maar toenemen. "Er is al zoveel mogelijk. Maar er zijn ook grenzen. Deze kennis gaan we delen met huisartsen."

CVA Ketenzorg geeft mensen hun leven terug na een beroerte

Sinds 1996 is er al CVA Ketenzorg in Maastricht. In de loop der jaren is ketensamenwerking sterk ontwikkeld en hebben veel patiënten baat bij deze gezamenlijke nazorg. Ieder jaar krijgen ruim 41.000 mensen een CVA. 10.000 Mensen overlijden hieraan. Het is doodsoorzaak nummer twee en de grootste oorzaak voor invaliditeit. In Nederland moeten circa 500.000 mensen met de gevolgen van een beroerte leven. Die gevolgen kunnen onder meer zijn: sociaal disfunctioneren, depressie of karakterverandering en overbelasting van de mantelzorger. “Het doel van de ketenzorg is om het herstelproces bij de individuele patiënt zo goed mogelijk te begeleiden en te ondersteunen, waarmee de kwaliteit van leven wordt verbeterd”, aldus Miranda Hendriks, CVA-ketencoördinator bij het Maastricht UMC+.



V.l.n.r. Miranda Hendriks, Rita Fleur en Geerie Winnubst.

In het Maastricht UMC+ worden jaarlijks 600 mensen met een CVA opgenomen. De meeste patiënten die een beroerte hebben gehad, gaan na een periode van ziekenhuisopname, gemiddeld zes à zeven dagen, naar huis (65%). “Eventuele nazorg vindt plaats bij therapeuten dicht bij huis, of poliklinisch in een revalidatiecentrum, of bij azM Herstelzorg. 10% Van de patiënten komt in aanmerking voor intensieve revalidatie en wordt opgenomen in een revalidatiecentrum (Adelante).

Bij de overige 25% wordt een verpleeghuisopname geïndiceerd. Dit vanwege de ernst van de gevolgen van de beroerte, een minder actief leven of andere ziekten die al voor de beroerte bestonden. Een deel van deze patiënten zal revalideren in een laag tempo en een deel zal in een verpleeghuis verblijven”, aldus revalidatiearts Geerie Winnubst.

“90% van de patiënten met nazorg, kunnen weer zelfstandig leven.”

Miranda Hendriks: “In het ziekenhuis wordt iedere CVA-patiënt binnen twee à drie dagen na opname gezien door de revalidatiearts en besproken in het multidisciplinair overleg (mdo). Dit team komt twee keer per week bij elkaar en bestaat uit een revalidatiearts, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, neuroloog, neuropsycholoog, transferconsulent en de ketencoördinator. Hier wordt per patiënt bekeken welke nazorg er nodig is om het herstelproces zo goed mogelijk in te richten. Afhankelijk van de beperkingen die iemand heeft over-

gehouden aan een beroerte zijn er drie behandelopties: klinische of poliklinische specialistische revalidatie-geneeskundige zorg in samenwerking met Adelante, geriatrische herstelzorg (azM herstelzorg) of hulp in de eigen woonomgeving in samenwerking met Envida. Na de revalidatieperiode is zeker 90% van deze mensen weer in staat om zelfstandig te leven.”

Patiënten kampen na een CVA vaak met lichamelijke en geestelijke klachten. Fysieke gevolgen kunnen onder meer zijn verlamming en incontinentie. Emotionele gedragsmatige consequenties kunnen onder andere zijn: geen rem op emoties, depressie en cognitieve gevolgen; trager denken, geheugenzwakte, afasie, apraxie, neglect en agnosie.

De patiënten die naar huis gaan, worden bezocht door een thuiszorgcoördinator van Envida. “Tijdens een huisbezoek wordt samen met de patiënt bekeken of een vervolgbehandeling nodig is; fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en/of psychische ondersteuning. De huisarts wordt in een brief geïnformeerd na dit eerste bezoek. Bij deze intake wordt gebruik gemaakt van de SIGEB-procedure (Signaleringsinstrument voor de lange termijn Gevolgen van een Beroerte). De Engelse benaming is ACAS (Assessment tool for long-term Consequences After Stroke). Het signaleringsinstrument is ontwikkeld door het Maastricht UMC+ en Maastricht University in het kader van het promotieonderzoek van Manon Fens. Het doel van het instrument is een algemene en snelle inventarisatie te maken van de problematiek van patiënten met een CVA, die zijn teruggekeerd naar de thuis-

situatie. Het instrument kan gebruikt worden door gespecialiseerde CVA-verpleegkundigen of praktijkondersteuners. Bij ieder contact met de patiënt kan dit signaleringsinstrument worden gebruikt als hulpmiddel bij het in kaart brengen van de zorgproblemen en de benodigde zorg. Aan de hand van deze inventarisatie kan er een plan van aanpak worden opgesteld en adequate zorg worden gegeven. Er wordt samen met de patiënt en de mantelzorger gekeken welke beperkingen er zijn en hoe die aangepakt kunnen worden. Er worden doelen gesteld en nagestreefd. Dat kunnen ook hele praktische dingen zijn zoals boodschappen doen, koffie zetten, koken en de televisie bedienen”, zo legt Rita Fleur thuiszorgcoördinator bij Envida uit.

“Huisartsen die patiënten in de praktijk krijgen die kampen met de gevolgen van een CVA raden we aan deze mensen door te sturen.”

CVA Ketenzorg maakt voor veel mensen het verschil. Zowel de patiënt als de mantelzorger krijgen op het juiste moment de zorg die ze nodig hebben. Daarbij zijn alle disciplines betrokken die kunnen bijdragen aan een adequate behandeling en het herstel van de patiënt. Daarmee worden de zelfredzaamheid én de kwaliteit van leven van zowel de patiënt als de mantelzorger aanzienlijk verbeterd. Zonder deze nazorg zouden veel van deze mensen in een sociaal isolement terecht komen, zou de druk op de mantelzorg toenemen, depressies op

de loer liggen, kortom de naweeën van een CVA zouden een veel grotere negatieve impact hebben.

Geerie Winnubst: “Huisartsen die patiënten in de praktijk krijgen die kampen met de gevolgen van een CVA raden we aan deze mensen door te sturen. Een huisarts kan een patiënt aanmelden voor de nazorg via mdo-nazorg. Ook als iemand een aantal jaren geleden een CVA heeft gehad en de huisarts merkt dat het slechter gaat kan hij zijn patiënt doorsturen via mdonazorgcva@mumc.nl.”

“Zes weken na ontslag uit het ziekenhuis komt de patiënt terug bij de CVA-verpleegkundige of neuroloog. Na zes maanden volgt nog een consult op de nazorgpoli. Er wordt besproken hoe het gaat en indien er nog klachten zijn wordt ondersteuning aangeboden. Er wordt onder meer gevraagd naar bewegen/lopen, eten en drinken, dagelijkse bezigheden, werk, sociale leven en relaties, aandacht, concentratie, communicatie etcetera. Patiënten in het nazorgtraject worden één keer per twee maanden besproken door het team van professionals dat ondersteuning biedt aan de betreffende patiënt”, aldus Miranda Hendriks.

Door de toenemende vergrijzing zal het aantal mensen dat getroffen wordt door een CVA nog jaarlijks toenemen. Toch is het geen ouderdomsziekte: bijna een kwart van de patiënten is jonger dan 65 jaar. Mede dankzij CVA Ketenzorg worden mensen adequaat geholpen om hun leven na een beroerte weer op te pakken en leren ze zo goed om te gaan met hun beperkingen.

“In november vorig jaar zijn we gestart met deze pilot; dialyseren op locatie. Het is niet alleen een stuk gemakkelijker voor veel patiënten, je houdt ze weg uit het ziekenhuis. Geen witte jassen, geen klinische omgeving. Dat spreekt mensen aan.”



Patiënt Gusta Konings met Marlies van Wersch, hoofd van de dialyse-afdeling van het Maastricht UMC+.

Zorg dichterbij de patiënt: **Dialyseren op locatie**

Gusta Konings (76), bewoonster van La Valence, ligt op haar gemak te dialyseren in de Dia-hub van het verpleeghuis in de Maastrichtse wijk Heugem. Voorheen moest ze drie keer per week naar het Maastricht UMC+. Nu kan ze in alle rust ‘in huis’ de behandeling ondergaan. “Ik kan je niet vertellen hoe blij ik daarmee ben”, zegt Gusta Konings.

Voor veel patiënten is het een hele opgave om naar het ziekenhuis te gaan voor een dialyse. Ik herinner me uit de tijd dat ik zelf in een verpleeghuis werkzaam was dat ik een man al om 6.00 uur aan het ontbijt trof, omdat hij al heel vroeg met de taxi werd opgehaald voor een dialyse in het ziekenhuis. En dat drie keer per week. Toen dacht ik al, dat kan anders. De grootste groep patiënten zijn ouderen die vanwege hun nierziekte een speciaal dieet volgen en op veel dingen moeten letten. In veel gevallen zijn ze slecht ter been en hebben ze een rolstoel of rollator. Voor deze mensen is het een hele tour om drie keer per week naar het ziekenhuis te gaan. Het kost ze veel energie”, aldus Marlies van Wersch, hoofd van de dialyse-afdeling van het Maastricht UMC+.

In november vorig jaar zijn we gestart met deze pilot; dialyseren op locatie. Dat doen we in samenwerking met Envida. De plannen zijn om dit in meer verpleeg- en verzorgingshuizen te gaan doen. Het is niet alleen een stuk gemakkelijker voor veel patiënten, je houdt ze weg uit het ziekenhuis. Geen witte jassen, geen klinische omgeving. Dat spreekt mensen aan. Die ervaring hebben we ook in Valkenburg, waar een dialysecentrum is gevestigd in Hotel Prinses Juliana. Dat is een succes. We hadden daar zes behandelplekken. Dat worden er twaalf. De verbouwing is in volle gang.”

Uniek in Nederland

De nieuwe verpleeghuisarts komt binnen samen met de pedicure die wil dat de dokter even naar de voet van Gusta kijkt. Het dialyse-apparaat doet intussen zijn werk onder toezicht van de verpleegkundige. Ook de behandelend specialist van het ziekenhuis komt één keer per week langs in de Dia-hub. Gusta zou niet meer anders willen. “Ik vond het verschrikkelijk om naar het ziekenhuis te gaan. Als de taxi niet op tijd was, raakte ik al in paniek. Als ik terugkwam was ik te laat voor het avondeten. Nee, dat was niet prettig. Dit bevalt me veel beter.”

Zoals Gusta Konings zijn er velen. Het aantal dialysepatiënten neemt snel toe. We willen graag dat patiënten alleen naar het ziekenhuis komen als het nodig is. Er is altijd een groep die niet op locatie gedialyseerd kan worden omdat er een te groot risico is, zoals bij nierpatiënten met hartfalen en andere complexe gevallen. Maar bij stabiele patiënten is dat geen probleem.”

Opvallend is dat dialyseren op locatie in deze vorm uniek in Nederland is. “Het is niet eventjes geregeld. Dialyseren is niet zonder risico’s. Er moet aan allerlei voorwaarden worden voldaan, onder andere voor het water en de elektriciteit. In de tweede plaats is het een nieuwe mindset dat we mensen uit het ziekenhuis willen, in plaats van erin. Maar dit is wel waar het naartoe gaat. Dat is ook het principe van blauwe zorg: alleen naar de tweede lijn als het echt nodig is.”

Meer samenwerken met huisartsen

Het Maastricht UMC+ heeft 145 dialysepatiënten. Twintig dialyseren thuis. Als de unit in Valkenburg klaar is kunnen er samen met La Valence (twee dialyse-apparaten) zo’n 60 patiënten op locatie behandeld worden, bovenop de patiënten die het thuis doen. De Dia-hub in La Valence is niet alleen voor de mensen in het verpleeghuis, ook omwonenden of patiënten uit bijvoorbeeld Gronsveld of Eijsden kunnen hier terecht. Ik hoop dat huisartsen hun patiënten informeren over deze mogelijkheid. Ook in de pré-dialyse-fase zouden we meer moeten samenwerken met de huisartsen. Naar analogie van de blauwe zorg-visie, zou een nefroloog een consult kunnen doen samen met de huisarts als er sprake is van een vermeende nierfunctiestoornis bij een patiënt. Het vroegtijdig diagnosticeren kan betekenen dat iemand langer van de dialyse kan worden afgehouden, bijvoorbeeld met medicatie en een dieet.”

Bestuurders Envida Dik Mol en Jan Maarten Nuijens focussen op wijkgerichte zorg:

“Geef de zorg terug aan de wijk”

Envida. De nieuwe naam van GroenekruisDomicura en Vivre. ‘Met deze naam willen wij iedereen die betrokken is bij onze organisatie zeggen dat wij uitnodigend zijn en midden in het leven staan. Met zorgteams en tehuizen midden in de wijk.’ Met deze tekst introduceert Envida zijn nieuwe organisatie. De samenvoeging van GroeneKruisDomicura en Vivre is geen noviteit in zorgland. Sterker nog, de Maastrichtse zorginstelling zit in het landelijk staartje van fusies tussen intramurale en extramurale instellingen. Fuseren in de staart en demarreren naar de kop. Envida wil gestalte geven aan de zorg van de toekomst: in de wijk en vanuit de wijk.



“Onze focus ligt op ouderen en chronisch zieken in een tijd dat er veel dynamiek is in het speelveld en ook veel gebeurt. We kunnen niet anders dan ons klantperspectief vernieuwen. We moeten met een full service concept komen, een handreiking doen richting wijk en dorp. Wijkgerichte zorg stond al hoog op de agenda bij GroeneKruisDomicura, nu moeten we dit doorontwikkelen”, aldus Jan Maarten Nuijens, bestuurder bij Envida. Geef de zorg terug aan de wijk is het adagium, herkenbaar en dichtbij voor de burgers.

“We hebben een heel luxe zorgsysteem.”

“De aansluiting tussen de zorgproducten is nog ver te zoeken. Dat maakt het voor kwetsbare ouderen moeilijk. Wij willen het juist makkelijker maken. Dat betekent onder meer dat we elkaar als zorgaanbieders niet langer als concurrent moeten zien, maar samen moeten zoeken naar zorgarrangementen die bij de klant passen. Bijvoorbeeld, nu gaat iemand permanent naar een instelling terwijl ook een combinatie mogelijk is van thuiszorg en dagopvang. Wij moeten daar naar toe werken, maar ook de financieringsstructuur moet daarop ingericht worden. Dat bewustzijn is er steeds meer, ook bij verzekeraars en gemeenten, maar er zijn nog wat stappen te zetten”, aldus Dik Mol bestuurder bij Envida. Het samenvoegen van twee organisaties en twee culturen is al een hele klus en dan krijg je ook nog eens de kabinetshervormingen op je nek. “Vierhonderd ontslagen als je net gefuseerd bent met de belofte dat er geen arbeidsplaatsen verloren gaan, dat komt niet goed over. Maar de maatregelen van de regering zijn onverbidlijk. Voorheen zouden we zo’n ontslagronde met de kaasschaaf hebben afgedaan, nu gaan we met

de bijl te werk. Niet omdat we het graag willen, maar omdat we niet anders kunnen. We moeten als organisatie de komende jaren met 20% krimpen. We moeten ons realiseren dat de bestaande ordening passé is. De zorgconsumptie moet worden ingedamd. Het aantal verzorgingshuisplaatsen gaat drastisch omlaag. Dus moeten we naar een nieuwe infrastructuur, nieuwe zorgarrangementen creëren. We hebben een heel luxe zorgsysteem. Zorg kost bij ons drie keer zoveel als in Frankrijk per hoofd van de bevolking. De overheid dwingt ons te hervormen. Voor ons betekent dat voortborduren op waar we mee bezig waren; werken met kleinschalige wijkteams. De wijkverpleegkundige wordt in ere hersteld”, aldus Jan Maarten Nuijens.

Meer gezondheid per euro

Een andere ontwikkeling is het betrekken van de specialist ouderengeneeskunde bij een consult van de huisarts. Deze beweging past in het gedachtegoed van Blauwe Zorg, en vergelijkbaar met de medisch specialist die in de eerste lijn wordt betrokken. “Blauwe Zorg is vooral gericht op samenwerking tussen de eerste en tweedelijns zorg, met als doel mensen zolang mogelijk uit het ziekenhuis te houden. In Manifest Santé bekijken wij het in een breder perspectief. Deze alliantie is een partnership van diverse partijen die direct en indirect zijn betrokken bij zorgverlening in Maastricht en Heuvelland. Het doel is: meer gezondheid per euro in de regio Maastricht en Heuvelland; een gezamenlijke opgave om de beschikbare middelen in de gezondheidszorg zo goed en effectief mogelijk in te zetten en samen tot de hoogste kwaliteit van zorg komen die toegankelijk is voor alle lagen van de bevolking”, aldus Dik Mol.

De strategie van de overheid is niet zonder risico’s. De capaciteit van verzorgingshuisplaatsen wordt afgebouwd. Meer mensen in de thuissituatie de zorg bieden die nodig

is. Maar tegelijkertijd blijft de beschikbaarheid van levensloopbestendige woningen achter. De woningcorporaties zijn lam gelegd en hebben bouwplannen in de ijskast gelegd. Een tweede sluimerend gevaar is vereenzaming. Intramuraal wordt voor alles gezorgd: eten, drinken, slapen. Er is altijd een zuster in de buurt en je kunt een praatje maken met medebewoners als je daar behoefte aan hebt. Als je de zorg naar de thuissituatie verplaatst is dat (sociale) vangnet er niet. De kans dat meer mensen vereenzamen is daarmee veel groter. Daar moet je wel wat aan doen. En dat kan alleen met hulp van mantelzorgers en vrijwilligers”, zo zegt Dik Mol.

“Waarom zou het zangkoor niet bij ons kunnen repeteren.”

“Het proces gaat heel langzaam. Kijkend naar de snelheid en omvang is dit proces niet van vandaag op morgen gerealiseerd. Er gebeurt wel al heel veel, maar er moet ook veel werk verzet worden. Bijvoorbeeld op het gebied van financiering. Onze specialist ouderengeneeskunde kijkt mee in de eerste lijn, maar er staat geen tarief voor. Dus krijgen we niks betaald. Anderzijds is het wel zo dat het bewustzijn er is dat het roer om moet en dat er daadwerkelijk kosten bespaard kunnen worden. Niet alleen de financieringsstructuur moet nog ingrijpend veranderd worden. De wijken en buurten zijn er nog niet klaar voor. Veel van onze klanten zijn mensen met weinig geld, lage opleiding en veel problemen. In hoeverre kun je deze mensen motiveren om de ambitieuze participatiemaatschappij aan het draaien te krijgen? Maar we hebben geen keuze. De overheid heeft de terugweg geblokkeerd. Dat legt extreem veel druk op het doorvoeren van een nieuwe orde in de zorg.” “In dit proces moeten we ook kritisch naar onszelf kijken.

We merken dat het fusieproces op een andere manier verloopt. De focus ligt heel sterk op extern. We zijn niet bezig met het integreren van interne culturen. Er ontstaat bijna vanzelf een nieuwe cultuur. Er wordt geschakeld, mensen weten elkaar te vinden. Ze hebben geen tijd om na te denken over de verschillen. De druk noopt tot oplossingen en die vinden ze samen. Vanuit die samenwerking ontstaat een nieuwe cultuur. Dat werkt. Maar we realiseren ons ook de uitdaging. Er zijn goede infrastructurele voorzieningen nodig, waardoor we snel kunnen schakelen en elkaar snel kunnen vinden. Dwarsverbanden leggen op buurtniveau. Wij zitten in de wijk en kunnen in onze zorghuizen ook de functie van buurtcentra overnemen. Waarom zou het zangkoor niet bij ons kunnen repeteren. Professionals moeten elkaar vinden in sociale wijkteams. De instellingsstructuur wordt netwerkstructuur”, aldus Jan Maarten Nuijens.

Waar Nuijens ook voor pleit is een verdergaande implementatie van technologie in de zorg: “De virtuele zuster kan de zorg veel efficiënter en betaalbaarder maken. Er zijn al veel systemen op de markt die de zorg ondersteunen. Wij passen vooruitstrevende technieken toe in nieuwe zorgcentra. Maar wat ontbreekt is een gezamenlijke aanpak op dit gebied. Er is een aanzet gemaakt met De Academische Werkplaats Limburg. Dit is een voorbeeld van samenwerking waarin kennis en kunde wordt gedeeld om de publieke gezondheidszorg te verbeteren, onder andere op het gebied van nieuwe technieken. Het is een netwerkorganisatie waarin Zuid-Limburgse gemeenten, gezondheidsinstellingen, Maastricht Universitair Medisch Centrum+ en de GGD Zuid-Limburg participeren. Maar ook de inzet van nieuwe technologieën noopt tot een aangepast financieringsmodel.”

Jos Schols, hoogleraar oudergeneeskunde

“Ouderenzorg moet pro-actief in plaats van re-actief”

“In Nederland zijn twee keer zoveel hulpbehoevenden geïnstitutionaliseerd als in andere West-Europese landen. We hebben 100.000 verzorgingshuisplaatsen en 60.000 verpleeghuisplaatsen. Door die 100.000 haalt de overheid een dikke streep. Bij die 60.000 komen 30.000 plaatsen bij. Met andere woorden we gaan van 160.000 naar 90.000 intramurale plaatsen. De rest moet thuis worden opgelost.”

Dat is de uitdaging voor de komende jaren volgens Jos Schols, hoogleraar oudergeneeskunde aan de Maastricht University. “Dat betekent een andere manier van denken. De ouderenzorg is nu re-actief. Je bent gezond, vervolgens kwetsbaar en uiteindelijk hulpbehoevend. Als je in de kwetsbare fase niks doet, wordt je sneller hulpbehoevend. Om dat te voorkomen moeten we transformeren naar een pro-actieve ouderenzorg; ervoor zorgen om de kwetsbaarheid te verminderen en niet wachten totdat iemand hulpbehoevend is. Iemand die vereenzaamt is sneller hulpbehoevend dan iemand die wordt betrokken in zijn sociale omgeving. Die sociale activering is leidend in het nieuwe zorgmodel. De participatiesamenleving noemen we dat. Daarin ligt een rol voor de ouderen zelf, voor de mantelzorg én voor de professionals.”

Een andere mindset dus; pro-actief. En dat geldt volgens Jos Schols ook voor de huisarts. “De huisarts moet niet pas in actie komen als er problemen zijn. Iedere huisarts heeft in zijn patiëntenbestand tussen de honderd en tweehonderd 75-plussers. Deze mensen zouden bezocht moeten worden door de praktijkondersteuners. Om te kijken of deze mensen nog goed functioneren en of er hulp nodig is om te voorkomen dat ze vroegtijdig of onnodig zorg nodig hebben of in een zorginstelling terecht komen. Deze trend om weer naar de mensen toe



Jos Schols.

“De huisarts moet niet pas in actie komen als er problemen zijn.”

te gaan zien we ook in de thuiszorg met kleinschalige thuiszorgteams en de terugkeer van de wijkverpleegkundige. Deze aanpak is nieuw en er gaat misschien wel een generatie overheen voordat die attitude er is. Die verandering moet de burger ook doormaken. Nu is het nog heel gebruikelijk dat mensen bellen naar een verzorgingshuis en zeggen dat pap of mam opgenomen moet worden. En ze verwachten dat het geregeld wordt. Zo was het, maar we zitten nu in een overgangsfase waarin steeds meer een appèl wordt gedaan op zelfredzaamheid en een langer verblijf in de thuissituatie.”

Het idee is goed, volgens Jos Schols. De vraag is of dit kan in het tempo dat de overheid oplegt met haar maatregelen. Jos Schols heeft er een hard hoofd in. Zo zijn er bijvoorbeeld te weinig levensloopbestendige woningen en het is nog maar de vraag of de woningcorporaties de benodigde investeringen kunnen en willen doen. Zij zijn immers vleugellam gemaakt door diezelfde overheid. Onder druk wordt alles vloeibaar, lijken ze in Den Haag te denken. Maar zo eenvoudig is het niet. Dit transitieproces heeft tijd nodig. En die is er niet. Het afbouwen van verpleeghuisplaatsen is begonnen. Maar het afbreken van stenen is toch iets eenvoudiger dan het opbouwen van een nieuwe zorgcultuur.

Bij vroegtijdige behandeling is de kans op genezing van kanker groter. Daarom is in januari het landelijke Bevolkingsonderzoek Darmkanker van start gegaan. In Nederland kennen we al borstkanker- en baarmoederhalskankeronderzoeken. Naast lovende geluiden is er ook kritiek op deze preventieve onderzoeken. Wat vinden de patiënten van het AZM van de grote bevolkingsonderzoeken naar kanker?

Uit de praktijk

Barbara Rovers (48) uit Maastricht is een groot voorstander van de bevolkingsonderzoeken. “Sterker nog, wat mij betreft mag het bevolkingsonderzoek naar borstkanker al veel eerder plaatsvinden, bijvoorbeeld vanaf 35 jaar. In mijn omgeving zijn veel vrouwen die voor hun vijftigste borstkanker hebben gekregen”, merkt ze op. Zelf ontdekte ze in één van haar borsten een verdacht en gevoelig knobbeltje dat borstkanker bleek te zijn. “Waarschijnlijk was het eerder aan het licht gekomen als ik al aan het bevolkingsonderzoek had mogen deelnemen. Gelukkig was ik alert en was ik er daarom op tijd bij. De behandeling is goed verlopen. Over een paar weken heb ik een mammografie die daarover definitief uitsluitsel moet geven.”



“Er gaan toch ook mensen dood aan de griep”, stelt **Harrie Simmelink (84) uit Roermond** zodra de ‘risico’s’ van darmonderzoek ter sprake komen. “En mensen zijn toch niet verplicht om er aan deel te nemen?” De Roermondenaar is onder controle voor een zeldzame vorm van wangkanker. “Bij mij was het de tandarts die constateerde dat er bij mij iets niet in de haak was. Gelukkig ben ik meteen doorverwezen naar het ziekenhuis.” Bij zijn controleonderzoek wordt hij vergezeld door zijn **nichtje Marian Simmelink (54) uit Maastricht**. Beiden juichen ze de bevolkingsonderzoeken naar kanker toe. “Als je kanker hebt, kun je het beter zo snel mogelijk weten”, vult Marian Simmelink haar oom aan. “Des te meer kans heb je op genezing. Dat wil toch iedereen.”

Echtpaar Carla en René Smeets (58 en 65) uit Helmond hoeft niet lang na te denken. Bijna gelijktijdig antwoorden ze dat ze de bevolkingsonderzoeken naar kanker toejuichen. Carla Smeets is in het AZM voor een bezoek aan de oncoloog. Dankzij het bevolkingsonderzoek is vorig jaar bij haar borstkanker ontdekt. De tumor was al flink uitgezaaid. Binnenkort hoopt ze de laatste borstoperatie te ondergaan. Haar echtgenoot is bijna hersteld van blaaskanker. “We moeten blij zijn dat er zulke onderzoeken zijn”, redeneert hij. “Het kan wel zijn dat er risico’s kleven aan darmonderzoek, maar volgens mij staan die niet in verhouding met de levens die je er mee redt. Ik heb zelf ook al een darmonderzoek ondergaan omdat het voorkomt in mijn familie. Het is geen lolletje zo’n slang die naar binnen wordt gebracht, maar het hoort er nu eenmaal bij.”





Rogier de Ridder, MDL-arts over het Bevolkingsonderzoek Darmkanker:

2.400 sterfgevallen per jaar voorkomen, dat is indrukwekkend

In januari is het Maastricht UMC+ gestart met het Bevolkingsonderzoek Darmkanker. Het onderzoek is een besluit van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dat daarmee wil bereiken dat dikkedarmkanker in een vroeg stadium wordt opgespoord en behandeld. Vrouwen en mannen tussen de 55 en 75 jaar krijgen iedere 2 jaar een uitnodiging voor dit bevolkingsonderzoek.

“Darmkanker is een toenemende ziekte. Jaarlijks komen er 14.000 nieuwe gevallen bij. Hiervan overlijdt ongeveer de helft. Bij vroege ontdekking is de kans op genezing groter en de behandeling minder zwaar. Het bevolkingsonderzoek moet op termijn 2.400 sterfgevallen voorkomen per jaar. Dat is indrukwekkend. Het aantal verkeersdoden per jaar ligt rond de 650. Dat is net 27% van het aantal mensen dat overlijdt aan darmkanker. Er wordt meer geïnvesteerd in verkeersveiligheid dan wat het bevolkingsonderzoek kost”, Aldus Rogier de Ridder, maag-, darm- en leverarts bij het Maastricht UMC+. Hij maakt deze vergelijking omdat er ook kritiek is op het bevolkingsonderzoek. Deze richt zich met name op de kosten en op de consequentie dat gezonde mensen in een onderzoek worden betrokken dat niet geheel risicovrij en pijnlijk is. Bovendien kunnen deze mensen onnodig ongerust worden gemaakt als de ontlasting niet goed is. Dat wil nog niet zeggen dat er iets aan de hand is, maar ze krijgen wel de uitslag ‘ongunstig’. “Een ongelukkige term”, vindt Rogier de Ridder. Achterliggende gedach-

te is dat de begrippen positief en negatief verwarrend zijn. Vandaar ‘ongunstig’. “Dat geldt voor 6,4% van de deelnemers aan het onderzoek. Van de 1.000 enveloppen die de deur uitgaan, doet 60% mee aan het onderzoek. Van deze 600 hebben er 38 bloed in de ontlasting. Deze mensen krijgen een darmonderzoek. Bij 18 van hen wordt een afwijking geconstateerd. Twee hebben er uiteindelijk kanker. Dat lijkt weinig, maar de slotsom is dat we per jaar 2.400 levens kunnen redden.”

66.000 extra coloscopieën

Het Bevolkingsonderzoek Darmkanker heeft onder meer tot gevolg dat er een groot aantal extra coloscopieën worden uitgevoerd. In Limburg zijn er dat 2.250 in 2014, oplopend tot 5.707 in 2020. Gemiddeld leiden 2 op de 1.000 coloscopieën tot een perforatie of bloeding. Daarnaast wordt een darmonderzoek ervaren als pijnlijk en vervelend. Dat laatste lijkt volgens recent onderzoek meer op negatief sentiment dan op waarheid te berusten. “We hebben alle

50-plussers in het Maastricht UMC+ uitgenodigd voor een darmonderzoek. 40% Deed mee. 8% had last van buikpijn, 3% van een opgeblazen gevoel, 1% van misselijkheid. Eén deelnemer gaf aan angst te hebben. Daarmee moeten we die horrorverhalen over coloscopieën relativeren, maar ook niet bagatelliseren. Om incidenten zoveel mogelijk te beperken, moeten de artsen die coloscopieën mogen uitvoeren in het kader van het bevolkingsonderzoek aan specifieke toelatingseisen voldoen. Tevens worden de endoscopisten regelmatig geaudit. Ook voor de coloscopiecentra gelden toelatingscriteria. In Maastricht zijn inmiddels twee endoscopisten gecertificeerd. Landelijk gaat het uiteindelijk om 66.000 extra coloscopieën.”

De poesjes worden gevonden, de tijgers niet

Huisarts Katrien Verstraete was sceptisch over het onderzoek, maar staat er nu achter. Ze verwacht wel dat ze vragen krijgt van haar patiënten en vindt dat ze daarom goed op de hoogte moet zijn. “Patiënten bellen mij voor uitleg. Al is het maar over hoe ze de poep moeten opvangen. Zo’n buisje met pipetje is handig, maar daarvoor moet je wel de ontlasting opvangen. Met de diepspoel toiletten van tegenwoordig is dat nog niet zo makkelijk. Daar krijg ik vragen over, dat weet ik zeker. We zullen ons moeten voorbereiden. Aanvankelijk was ik niet positief. Mensen worden ongerust gemaakt. We leven in een angstcultuur, een nieuw bevolkingsonderzoek wakkert overdiagnose en overbehandeling aan. Luc Bonneux, een Belgische arts, epidemioloog en publicist zei treffend; de gezondheidszorg is ongezond leven en gezond aftakelen. Diezelfde Bonneux zegt over het borstkankeronderzoek: de poesjes worden gevonden, maar de tijgers niet. Ik vraag me ook wel eens af wat daadwerkelijk het rendement is van het bevolkingsonderzoek borstkanker. Er zijn cijfers die erop wijzen dat het aantal sterfgevallen niet terugloopt, terwijl het onderzoek naar borstkanker wel tot emotionele schade leidt bij veel vrouwen, met name als ze worden doorverwezen. Toch ben ik inmiddels wel overtuigd dat het darmkankeronderzoek goed is. Puur op basis van de cijfers. Darmkanker is een vervelende ziekte die traag evolueert. Door het onderzoek kunnen we er sneller bij zijn en een behandeling starten. 2.400 Minder sterfgevallen is veel. De voorlichting die we als huisartsen krijgen is goed, vooral omdat er ook aandacht wordt besteed aan de nadelen van het onderzoek. Moeten mensen meedoen? Iemand met levenslust die nog alles uit het leven wil halen, zal eerder meedoen dan iemand die al ziek is en geen polonaise aan zijn lijf meer wil, maar het wel goed vindt. Het is aan ons, om onze patiënten zo goed mogelijk te informeren, om de juiste beslissing te kunnen maken en als iemand een advies wil, krijgt hij dat. Daar zijn we dokter voor. Het onderzoek zelf gaat een beetje langs ons door. Ik vind dat geen bezwaar. Het kost toch tijd en ik denk dat we nog genoeg vragen krijgen van patiënten.”

Goede voorlichting

Anders dan bij het baarmoederhals- en borstkankeronderzoek, gaat de uitslag niet naar de huisarts, maar rechtstreeks naar de patiënt, waarin bij een ongunstige uitslag meteen een afspraak in het ziekenhuis zit. Er zijn zeker mensen die zich naar aanleiding van de oproep of van het onderzoek tot de huisarts zullen wenden. Dat is prima. We zijn gewend aan defensieve geneeskunde. Een patiënt heeft klachten en gaat naar de dokter. Nu benaderen we gezonde mensen zonder klachten. Hoe ga je daarmee om. Daar moet de huisarts ook zijn weg in vinden en dat zal iedere dokter op zijn eigen manier doen”, aldus Rogier de Ridder. De overheid heeft er in ieder geval voor gezorgd dat er voldoende informatie ter beschikking is voor de huisarts. Op het bureau van Katrien Verstraete ligt een paarse box; een toolkit van het Bevolkingsonderzoek Darmkanker met alle informatie. Verder is er nog een e-learning-programma (stiP) en is er informatie te vinden op de website bevolkingsonderzoekzuid-west.nl, nhg.org en rivm.nl. Het onderzoek is inmiddels gestart. In 2014 ontvangen alle mannen en vrouwen die zijn geboren in 1938, 1939, 1947, 1949 en 1951 een uitnodiging om deel te nemen. In de jaren daarna volgen steeds meer geboortejaren, tot in 2019 iedereen in de doelgroep ten minste één keer is uitgenodigd. Eenmaal uitgenodigd, volgt iedere twee jaar een nieuwe uitnodiging. De eerste keer ontvangen ze een paarse envelop met informatie over het onderzoek. Twee weken later krijgen de mensen weer een paarse envelop met een afnamebuisje (iFOBT) waarmee eenvoudig wat ontlasting verzameld kan worden. “De eerste mailing is om te voorkomen dat de mensen de envelop met het buisje zien als een reclame-uiting en deze vervolgens meteen weggooiden.” De deelnemers aan het bevolkingsonderzoek sturen hun monster op naar een laboratorium waar het onderzocht wordt. Bij een ongunstige iFOBT-uitslag ontvangt de deelnemer een uitnodiging voor een coloscopie als vervolgonderzoek. Uiteindelijk zullen jaarlijks ruim 2 miljoen mensen een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek darmkanker ontvangen.

Huisarts Katrien Verstraete.



kort nieuws uit de
praktijk



Vijf jaar Praktijk

Het blad Praktijk bestaat vijf jaar. Het magazine is een samenwerking van de RVE Patiënt en Zorg en Zorg in Ontwikkeling (ZIO). Het doel is om verwijzers te informeren over relevante innovaties en ontwikkelingen in het Maastricht UMC+. Tegelijkertijd wordt er vanuit de huisartsen inzicht gegeven over de 'Praktijk in de praktijk'. Er worden visies gedeeld en samenwerkingsvormen voor het voetlicht gebracht. Het blad wordt goed gewaardeerd zo blijkt uit een recent gehouden lezersonderzoek. De verzendlijst groeit omdat steeds meer lezers zich aanmelden, ook buiten de regio. Genoeg redenen om op deze voet verder te gaan en nu even stil te staan bij het jubileum met een feestelijke toast.

Proactief aanbieden van de leefstijlinterventie verbetert gebruik

Op 31 januari promoveerde Francine Schneider van het Maastricht UMC+ op het onderzoek naar het optimaliseren van bereik en gebruik van leefstijlinterventies via internet. Het programma was gericht op fysieke activiteiten, groente- en fruitconsumptie, rookgedrag en alcoholinname.

Eén van de conclusies van de promovendus luidt dat online programma's kunnen en moeten worden verbeterd om mensen met een ongezondere leefstijl effectiever te bereiken.

Internet vormt een veelbelovend platform voor het aanbieden van leefstijlinterventies gericht op bevordering van de gezondheid. Toch voldoen allerlei online leefstijlinterventieprogramma's niet aan de hoge verwachtingen, met name als het gaat om het bereiken van groe-

pen die de interventie het best kunnen gebruiken. Om de impact van deze interventies op de volksgezondheid te vergroten, is in het onderzoek gekeken naar factoren die bereik en gebruik van die programma's kunnen vergroten. Het blijkt dat het proactief aanbieden van de leefstijlinterventie een positief effect heeft op het bereik en eerste gebruik van de interventie. Mensen die de interventie herhaald gebruiken, hebben veelal een gezonde leefstijl.



PoliTaxi

Voor mensen die minder goed ter been of snel buiten adem zijn, rijdt er elke dag op niveau 1 (niveau van de Serrehal) de interne PoliTaxi. Deze taxi brengt vooral mensen die de wat grotere afstanden moeilijk kunnen afleggen naar hun bestemming. Deze 'binnen-taxi' wordt bemenst door vrijwilligers van het UVV (Unie Van Vrijwilligers). Inmiddels is een tweede taxi bijgekomen.

Marja van Dieijen, nieuw lid van de Raad van Bestuur van het Maastricht UMC+:

“De samenwerking met huisartsen wordt steeds belangrijker”

Vanaf 14 januari is Marja van Dieijen (1954) lid van de Raad van Bestuur van het Maastricht UMC+. De eerste vrouw op deze positie binnen het Maastricht UMC+. Terugkijkend op haar carrière tot nu toe is dat geen primeur. Ze was de eerste vrouwelijke hoogleraar in het ziekenhuis en ook de eerste vrouw als RVE-directeur. Ze is bovendien voorzitter van Stichting De Beauvoir die als doel heeft de participatie van vrouwen in de hogere wetenschappelijke posities aan universiteiten te bevorderen. “Het is een mooie bijkomstigheid, maar het was niet mijn drijfveer om als vrouw deze stap te zetten.”

“Het is eerder een logische volgende stap in mijn loopbaan. Ik heb al heel wat bestuurlijke dingen gedaan. Alle veranderprocessen binnen dit ziekenhuis heb ik meegemaakt en een actieve rol in gespeeld. Dat procesmatige past bij me, het zit ook besloten in mijn vak als klinisch chemicus.” Als directeur-bestuurder van de RVE Beeldvorming & Laboratoria was zij verantwoordelijk voor het samenvoegen van hematologie, klinische chemie en immunologie tot één Centraal Diagnostisch Laboratorium. Een megaproject zoals ze het zelf noemt met als voornaamste doel een lab dat klaar is voor de toekomst en kan concurreren in de markt. “In dit vernieuwingsproces hebben we ook heel intensief ingezet op de samenwerking met huisartsen. Er is een business development manager aangesteld die alle huisartsen heeft bezocht en gevraagd welke behoeftes er waren. Veel klantgericht, servicegericht en marktgericht. We hebben ook nascholing georganiseerd in de warfummcursussen waarbij het onder meer ging over de zin en onzin van diagnostiek. De samenwerking tussen de eerste en tweede lijn wordt steeds belangrijker. Kijk maar naar de ontwikkelingen van blauwe zorg. Niet alleen de samenwerking met huisartsen wordt steeds belangrijker, maar ook met andere ziekenhuizen in de regio. Strategische allianties en netwerken.”

Marja van Dieijen vindt het nog wat te vroeg om krachtige uitspraken te doen over haar visie, ambities en toekomstbeeld van het ziekenhuis. “Laat ik me eerst maar eens in de zaken verdiepen. Ik loop natuurlijk al heel lang in dit ‘huis’ rond en heb ook heel veel gezien. Maar mijn focus lag heel sterk bij het lab. Nu krijg ik meer zorginhoudelijke RVE's onder mijn hoede. Die wil ik leren kennen onder andere door een aantal dagen mee te lopen. Dit is op mijn pad

“Er is zoveel dynamiek hier, zoveel mensen met ambitie zowel aan de onderzoekskant als in de patiëntenzorg.”



Marja van Dieijen.

gekomen. Als dat niet zo was, was ik met evenveel plezier mijn werk blijven doen. Wat ik vooral niet wilde is een bestuurlijke functie in een streekziekenhuis of in een niet-academisch ziekenhuis. Dergelijke kansen hebben zich wel voorgedaan, maar daar ben ik niet op ingegaan. Ik heb elf jaar in het Atrium, toen nog De Weverziekenhuis gewerkt. Dat was een mooie tijd en waarschijnlijk had ik het er nu nog leuk gevonden. Je moet het toch zelf naar je zin maken. Maar eenmaal in een academische setting wil ik niet meer anders. Er is zoveel dynamiek hier, zoveel mensen met ambitie zowel aan de onderzoekskant als in de patiëntenzorg. De combinatie tussen onderzoek en patiëntenzorg spreekt me aan. Ik begeleid vijf promovendi. Dat blijf ik doen. De rest van mijn taken heb ik neergelegd.”

Marja van Dieijen-Visser studeerde chemie met wiskunde aan de Universiteit van Leiden en promoveerde in 1981 aan de Universiteit van Maastricht op het onderwerp 'Behaviour of tissue enzymes in the circulation'. Zij is sinds 1993 hoogleraar Klinische Chemie en als hoofd afdeling Klinische Chemie aangesteld bij het azM. Deze afdeling is opgegaan in het Centraal Diagnostisch Laboratorium waarvan Marja van Dieijen-Visser vanaf begin 2011 tot januari 2014 hoofd was. Van 2006 t/m 2013 was zij tevens directeur-bestuurder binnen het azM, laatstelijk als directeur-bestuurder van de resultaat verantwoordelijke eenheid (RVE) Beeldvorming & Laboratoria.

Josiane Boyne: “Zorg op afstand en toch dicht bij de mensen”

Telemonitoring succesvol bij patiënten met hartfalen

Innovaties zijn nodig om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. De overheid stuurt aan op verdere extramuralisering en zelfzorg: de patiënt zolang mogelijk in zijn eigen omgeving houden. Telemonitoring helpt daarbij, onder andere bij patiënten met hartfalen. Met telemonitoring kan de patiënt op afstand in de gaten gehouden en begeleid worden. De hartfalenverpleegkundige kan deze dagelijkse metingen en antwoorden op de vragen in het ziekenhuis inzien en krijgt een alarmmelding als de gezondheid lijkt te verslechteren en er ingegrepen moet worden. De patiënt krijgt hiervoor een kastje (health buddy) thuis. Josiane Boyne, onderzoeker en coördinator verpleegkundigen hartfalen in het Maastricht UMC+, onderzocht of telemonitoring bij patiënten met hartfalen, de kwaliteit van de zorg, de kennis, zelfzorg en therapietrouw daadwerkelijk verbetert, in vergelijking met de reguliere zorg bij deze patiënten. Het antwoord is ja.

Althans dat is de conclusie van het onderzoek waarop Josiane Boyne onlangs promoveerde. Telemonitoring, waarbij enerzijds educatie wordt aangeboden, anderzijds de lichaamsfuncties van een patiënt op afstand worden gecontroleerd door zorgverleners, blijkt voor mensen met chronisch hartfalen een aantal belangrijke voordelen op te leveren. De beter geïnformeerde patiënt kan zijn gezondheidstoestand beter bewaken en dus invloed uitoefenen op het zorggebruik. Zo resulteert het gebruik van telemonitoring in meer ziektespecifieke kennis en zelfzorg. Het onderzoek toont verder aan dat door telemonitoring eventuele complicaties vroegtijdig kunnen worden gesignaleerd zonder dat patiënten naar het ziekenhuis hoeven te komen. De onderzoeksgroep met telemonitoring, beantwoordde dagelijks een aantal vragen met betrekking tot hun aan hartfalen gerelateerde klachten en leefregels, variërend van hun gewicht tot hun eet- en beweegpatroon en emoties: ben u kortademig, heeft u dikke voeten, etcetera. Bij klachten werd telefonische feedback aan de patiënt gegeven en zo nodig de therapie aangepast door een gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige. Bij onvoldoende kennis of

therapietrouw werden patiënten geïnformeerd over het belang van het naleven van de leefregels.

Minder vaak naar het ziekenhuis

“Het is de bedoeling dat patiënten niet naar de cardioloog komen omdat het half jaar om is, maar omdat het nodig is en dat kan na drie maanden zijn, maar ook na een jaar. In de praktijk blijkt dat patiënten minder vaak op consult hoeven te komen. We willen de zorg zo goed mogelijk afstemmen op de individuele situatie van de patiënt. We zijn tien jaar geleden al gestart met de health buddy. Het probleem was dat het programma onvoldoende was toegespitst op de patiënt. De vragen waren te algemeen.

Maar mede dankzij de voortschrijdende techniek kunnen we nu al gebruik maken van vier verschillende dialoogprogramma's, waarbij we onderscheid maken tussen patiënten met veel en weinig klachten en patiënten met veel en weinig kennis van zelfzorg. Samen met Sananet uit Sittard werken we aan een volgende stap: de digitale hartfalencoach via internet. Deze is nog specifiekier toegespitst op de patiënt en kan via een app geraadpleegd

Josiane Boyne.



“Nu is het een project van de tweedelijnszorg, maar ik denk dat telemonitoring een samenspel moet worden tussen eerste en tweede lijn.”

worden op de computer of tablet. Voor mensen die geen computer of internet hebben, blijft de health buddy beschikbaar”, aldus Josiane Boyne.

“Een patiënt is dagelijks drie à vier minuten kwijt aan zijn praatje met de digitale buddy. Ze doen dit, omdat het ongerustheid en angst wegneemt. Ze weten dat ze worden gebeld als een hartfalenverpleegkundige iets constateert wat niet goed is. Meldingen die erop duiden dat er misschien iets aan de hand is komen automatisch bovenaan het scherm te staan van de verpleegkundige in het ziekenhuis. Bij voorkeur willen we dat mensen 's ochtends inloggen. Wij moeten immers ook onze bezetting en werkzaamheden daarop inrichten. Iemand die twee weken niet reageert, bellen we op. Als de situatie daarna niet verandert, halen we het kastje weg. Hoewel we het in het onderzoek niet wetenschappelijk kunnen aantonen, leidt telemonitoring bij patiënten met hartfalen tot minder ziekenhuisopnames.”

Anderhalvelijnszorg op afstand

“De implementatie verloopt moeizaam. De dagelijkse metingen en de alarmmeldingen van een patiënt kunnen

alleen worden ingezien in het telemonitoringsysteem, terwijl de overige medische gegevens in het patiëntendossier staan. Hierdoor heeft de medisch specialist vaak niet op het juiste moment de beschikking over alle informatie. Hij kijkt in eerste instantie in het patiëntendossier. Als alle gegevens hierin geïntegreerd worden is dat probleem opgelost. Daar zijn we druk mee bezig en ik hoop dat we dat op korte termijn kunnen realiseren”, zo zegt Josiane Boyne.

“Nu is het een project van de tweedelijnszorg, maar ik denk dat telemonitoring een samenspel moet worden tussen eerste en tweede lijn. Als het echt om alarmerende zaken gaat, moeten wij reageren. Maar de huisartsen en praktijkondersteuners kunnen ook taken overnemen. Er zijn praktijken die veel kennis en ervaring hebben op het gebied van cardiovasculaire zorg. Andere hebben daar minder affiniteit mee. Zo zul je met iedere huisartsenpraktijk afspraken moeten maken over wie doet wat en waar liggen de verantwoordelijkheden. Anderhalvelijnszorg op afstand.”



Project nazorg voor jonge mensen met kanker is een succes

Jonge kankerpatiënten (18-40) staan midden in het leven. Na de behandeling willen ze hun leven weer zo snel mogelijk oppakken, maar worden vaak geconfronteerd met vragen en situaties, bijvoorbeeld over vermoeidheid, pijn, relatie, seksualiteit, kinderen of werk. En dan? Je stapt niet zomaar even naar de psycholoog of een re-integratiecoach. Het Maastricht UMC+ biedt voor deze patiënten een begeleidingsprogramma op maat.

Casemanager Maril van Kimmenade is het aanspreekpunt voor de jonge kankerpatiënten die dit programma willen volgen: "Ik onderhoud contacten met de patiënten, ik zoek dingen voor ze uit en breng ze in contact met andere specifieke zorgverleners, zoals een psycholoog, maatschappelijk werker of re-integratiecoach. De eerste afspraak vindt plaats met de patiënt, zijn partner of een familielid. We nemen samen een vragenlijst door op het gebied van lichamelijke en psychische problemen, werk en andere relevante onderwerpen. Aan de hand van deze inventarisatie stellen we een prioriteitenlijst op. Daarnaast vindt er een fysieke test plaats, waar wordt gekeken naar conditie en spierkracht. Op basis van de vragenlijst en de conditietest wordt een individueel behandelplan opgesteld. Indien nodig worden andere zorgverleners zoals een psycholoog, maatschappelijk werker, orthopedagoog of re-integratiecoach ingezet. Na vier én na negen maanden vindt er een evaluatie plaats en wordt het plan tussentijds eventueel bijgesteld."

"Het programma heeft me geholpen de keuze te maken om weer te gaan studeren"

Rick Aquarius (26) uit Weert volgde het jongerenprogramma. Hij is zeer te spreken over de aanpak en geeft

aan profijt te hebben van deze nazorg. Rick heeft zelfs naar aanleiding van het traject besloten om weer te beginnen met een studie. Hij wil People en Business Management gaan volgen in Sittard. Zijn ambitie is om uiteindelijk als re-integratiecoach aan de slag te gaan en jongeren te helpen die na hun behandeling tegen kanker weer terug willen keren in het arbeidsproces. Het is inmiddels dik twee jaar geleden dat bij Rick teelbalkanker werd geconstateerd. Hij ging naar de dokter omdat hij last had van zijn rug. Longontsteking was de eerste diagnose. Maar nader onderzoek toonde aan dat het teelbalkanker was met uitzaaiingen. Er volgde een intensieve behandeling en een operatie. De oncoloog wees Rick op het programma van Maril van Kimmenade. De fysiotest vond hij nuttig en de rest ook: "Ik kon er niet slechter van worden", aldus de Weertenaar. Het klinkt nuchter, bijna onverschillig. Maar het past in de manier waarop Rick deze moeilijke periode heeft doorstaan. Vanaf het moment dat hij hoorde dat hij kanker had, was hij overtuigd dat het goed zou komen. "Ik ben altijd heel positief geweest." Niet groter maken dan het is, was het adagium van Rick. Hij stuurde zijn vrienden een sms'je toen hij het slechte nieuws had gekregen. Ze reageerden vol ongeloof. Het was een volslagen verrassing. Rick bleef Rick; stoïcijns met een positieve mindset. Zijn

vrienden, ouders en familie stonden ervan te kijken hoe goed hij de behandelingen doorstond. Zelfs de oncoloog kon zijn verbazing niet verbergen. "Met overtuiging en vertrouwen dat het goed zou komen, zo heb ik de ziekte bestreden. Daaraan heb ik geen moment getwijfeld. Ik heb de ziekte zelf overwonnen. Tijdens de behandeling ben je heel erg met jezelf bezig. Na de behandeling moet je de draad weer oppakken. Dan is het heel fijn als er mensen zijn die je daarbij helpen. Het is absoluut aan te raden, ik heb veel baat bij het project gehad. Het heeft me bijvoorbeeld geholpen de keuze te maken om weer te gaan studeren. Ik werk vier dagen in het ziekenhuis in Weert, één dag in de week ga ik naar school en daarbij werk ik nog af en toe in een kroeg. Bijzonder is dat in deze periode ontdekt is dat ik ADD heb, een subtype van ADHD, waarbij vooral sprake is van een verminderd concentratievermogen. Dat verklaart voor mij een hoop."



Claudia Garcia (r).

"Mensen zien niks aan me, dus dan denken ze als snel dat het goed gaat."

Bij Claudia Garcia (36) werd anderhalf jaar geleden baarmoederhalskanker geconstateerd. Ze ging met buikpijnklachten naar de huisarts. Een antibioticakuur bracht geen verbetering. Toen volgde een uitstrijkje en het slechte nieuws. "Het dringt niet tot je door. Kanker. Een beangstigend woord. Ik had net drie dagen een nieuwe baan, een zootje van vier jaar en dan dit. De wereld staat even stil. Na de laatste chemo kwam ik in contact met Maril, via mijn arts. Ik kende wel het programma Herstel en Balans, maar dat is vooral gericht op de lichamelijke conditie. Het jongerenprogramma kende ik niet. Ik heb meteen ja gezegd. Je voelt je als jonge kankerpatiënt een vreemde eend in de bijt. Je ziet voornamelijk ouderen om je heen, waardoor je het gevoel krijgt 'ik hoor hier niet'. Ik was blij dat er ook voor mij een luisterend oor was, dat er ook voor mij aandacht was, dat je er niet alleen voor staat. Fysiek was ik behoorlijk achteruit gegaan; veel afgevallen en een slechte conditie. Ik heb alles bij elkaar vijf maanden in het ziekenhuis gelegen. Na de behandeling was ik vooral bezig om fysiek weer beter te worden. Je wilt weer terug in het ritme van alledag, de kracht hebben om mijn zootje op te pakken.

Maar dat gaat niet vanzelf. En dan merk je dat je ook mentaal moet schakelen. Ik heb een aantal keren met een psycholoog gesproken, hetgeen me enorm geholpen heeft. Dat had ik zelf nooit gedaan. Die drempel is te hoog. Bovendien ben ik niet het type dat gemakkelijk naar een psycholoog stapt. Misschien dat ik naar de huisarts was gegaan. Ik ben heel blij dat ik het programma heb gevolgd. Op het werk ben ik langzaam aan 't opbouwen en van twee uur naar zes uur per dag gegaan. Mensen zien niks aan me, dus dan denken ze al snel dat het goed gaat. Ik heb nog last van mijn concentratie en geheugen. Soms denk ik dat ik verder sta, dan waar ik eigenlijk ben. In de vragenlijst die ik moest invullen werd dat duidelijk. Het is pittig en confronterend om jezelf zo bloot te geven, maar het geeft je inzicht in waar je staat en waar je aan moet werken. Het grote voordeel van het programma is de laagdrempeligheid. Alleen zou ik die stappen nooit hebben gezet en had het herstel veel langer geduurd."

Nazorg wordt beoordeeld met 8.6

In september 2012 is een projectgroep aan de slag gegaan om een nazorgtraject op te zetten voor jonge kankerpatiënten. "De patiënten komen na de behandeling terug voor bloedafname of een scan, maar daarbij is er geen aandacht voor de patiënt zelf. Zeker deze groep jonge patiënten dreigt tussen wal en schip te raken. Het zijn mensen die midden in het leven staan en veel vragen hebben bij hun terugkeer in de maatschappij, maar ook over hun relatie, fysieke conditie, etc. Door deze patiënten de ondersteuning te geven die ze nodig hebben, kunnen ze hun gewone leven sneller en beter oppakken", aldus Maril van Kimmenade.

Het programma duurt 9 maanden en tussentijds zijn er drie meetmomenten. Dertig patiënten doen mee of hebben meegedaan tot nu toe. Twaalf patiënten hebben het programma afgerond. Het gemiddelde rapportcijfer dat ze geven is een 8,6. Het programma wordt volledig toegesneden op de situatie en de behoefte van de individuele patiënt. De specialisten die zijn betrokken bij het project, zoals psychologen en fysiotherapeuten, zijn gespecialiseerd in oncologie. De patiënten worden besproken in een multidisciplinair overleg. Het is nog een project. In oktober moet zijn aangetoond dat het succesvol is. Gelet op de hoge scores die patiënten geven lijkt die uitkomst positief, maar of dat voldoende is om het project om te zetten naar een structureel nazorgprogramma blijft voorlopig nog in het ongewisse. Maril van Kimmenade hoopt vurig dat het programma een vervolg krijgt. "Patiënten hebben er aantoonbaar profijt van."

Voor vragen en/of informatie over dit project, kunt u contact opnemen met casemanager Maril van Kimmenade, email maril.van.kimmenade@mumc.nl

Door Prof. Ad Masclee, hoogleraar Maag-darm-leverziekten Maastricht UMC+ en voorzitter NVMDL

Darmkanker de wereld uit? In februari 2014 is in Nederland het bevolkingsonderzoek naar darmkanker gestart. Een mijlpaal: na tien jaar van gedegen voorbereiding met proefbevolkingsonderzoeken in diverse regio's waaronder Maastricht, heeft minister Schippers in de zomer van 2013 het licht definitief op groen gezet.

Jaarlijks wordt bij 14.000 Nederlanders de diagnose darmkanker gesteld en overlijden er 6000 mensen aan de gevolgen van deze ziekte. Darmkanker ontstaat uit voorstadia, zogenaamde poliepen. Door die poliepen te verwijderen kan de kans op het ontstaan van darmkanker sterk worden teruggebracht. Bij volledige uitrol van het bevolkingsonderzoek is berekend dat jaarlijks 2400 levens gaan worden gered.

Elke Nederlander tussen de 55 en 75 jaar krijgt per post om het jaar een uitnodiging om deel te nemen: jaarlijks 2,2 miljoen brieven. De ontlasting wordt onderzocht op sporen van bloedverlies. Bij een afwijkende uitslag van de ontlasting (bij 6-8% van de deelnemers) wordt de persoon verwezen naar een endoscopie centrum voor een volledig darmonderzoek, een coloscopie. Hier spelen MDL-artsen een cruciale rol. Zij gaan bij volledige uitrol van het bevolkingsonderzoek jaarlijks zo'n 70.000 coloscopieën extra uitvoeren.

Een coloscopie is nog altijd een ingrijpend onderzoek met bepaalde risico's. De beroepsvereniging van MDL-artsen heeft samen met het RIVM, de regisseur van het bevolkingsonderzoek, de lat hoog gelegd wat betreft veiligheid en kwaliteit van coloscopieën. Elke MDL-arts die aan het bevolkingsonderzoek wil deelnemen dient een praktijktoets af te leggen. Aanvankelijke weerstand binnen de MDL-beroepsgroep heeft plaatsgemaakt voor enthousiasme en een zekere trots op de gemaakte kwaliteitsslag.

Van belang is om de deelnamegraad aan het bevolkingsonderzoek zo hoog mogelijk te krijgen. Daarin speelt de huisarts een cruciale rol. Voorlichting over risico's op darmkanker is van groot belang. Critici van het bevolkingsonderzoek noemen het ongevraagd confronteren van gezonde mensen met ziekte als ongepast en ongewenst.

Uit het oogpunt van participatie is het van belang wat een patiënt zelf kan bijdragen: westerse voeding en leefstijl vormen immers risicofactoren op darmkanker. Het bevolkingsonderzoek op darmkanker zou gecombineerd dienen te worden met adviezen voor gezonde voeding en leefstijl. Deze aanpak past geheel in het speerpuntenbeleid van het Maastricht UMC+: werken aan preventie. Het is aan de wetenschap om incidentie en sterfte aan darmkanker nog verder terug te dringen. Het Maastricht UMC+ is uitstekend toegerust voor die taak. Aan de slag met deze uitdagingen!

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