

praktijk



Thema Substitutie in de ketenzorg Zorgsubstitutie in de huisartsenpraktijk **Nieuwe stadspoli** De juridische kant van substitutie in de zorg **Brugpoli COPD nu ook voor patiënten met astma**

THEMA Substitutie in de ketenzorg. Wie verleent welke zorg? De zorg differentieert. De huisarts en de praktijkondersteuner. De specialist, gespecialiseerd verpleegkundige en physician assistant. Verschuiving van werkzaamheden naar paramedici. Doen waar je goed in bent. Maar het splitsen van taken betekent ook het splitsen van verantwoordelijkheden. Wie is uiteindelijk verantwoordelijk? Wie is de hoofdbehandelaar? En is deze aanpak in de praktijk ook doelmatiger of worden er zaken dubbel gedaan. Wordt de zorg daarom duurder en diffuser voor de zorgverlener, voor de klant én voor de verzekeraar? Een verkenning, waarbij we verschillende zorgverleners aan het woord laten. Over hun werk, hun visie en de toegevoegde waarde voor de patiënt. De juiste zorg op de juiste plaats.



3 Ellen de Goeij, praktijkondersteuner COPD huisartsenpraktijk Meerssen | 4 Lutgart Bastiaens over de nieuwe stadspoli | 6 Hoofd afdeling Logopedie Marylene Frints aan het woord | 8 Wiel Wijnen: “Patiënten Vroege Artrose poli waarderen ons met een 8,8” | 10 Uit de Praktijk | 11 Kort nieuws | 12 Huisarts Caroline Robertson: Zorgsubstitutie in de huisartsenpraktijk | 14 Kort nieuws | 16 Annet Frijlink over de juridische kant van substitutie in de zorg | 18 Bruggoli COPD nu ook voor patiënten met astma | 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: 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



Ellen de Goeij, praktijkondersteuner COPD huisartsenpraktijk Meerssen:

“We willen dat de patiënt ook zelf verantwoordelijkheid neemt voor zijn behandeling”

Al meer dan tien jaar is er een praktijkondersteuner COPD in de huisartsenpraktijk in Meerssen. Zorgsubstitutie van het eerste uur. De laatste zes jaar werkt Ellen de Goeij in deze functie. Patiënten met een vermoeden op astma of COPD worden door de huisarts naar de praktijkondersteuner doorverwezen.

Als praktijkondersteuner doet Ellen het intake-consult, ze bespreekt het klachtenpatroon van de patiënt en doet de anamnese en spirometrie.

“De resultaten zet ik in Medix en bespreek ik met de huisarts. Ik geef leefstijladviezen, begeleid de patiënt bij stoppen met roken en help hem met correct medicijngebruik, goede inhalatietechniek en therapietrouw. Ik kan ondersteuning inroepen van andere disciplines zoals de fysiotherapeut en de diëtiste. De medicatie wordt voorgeschreven door de huisarts”, aldus Ellen de Goeij. “Het gaat erom om de patiënt zo goed mogelijke zorg te verlenen. Zelfmanagement speelt daarbij een grote rol. We willen dat de patiënt ook zelf verantwoordelijkheid neemt voor zijn behandeling en een gezonde leefstijl volgt. Kennisoverdracht en de patiënt zelf mee laten beslissen over de aanpak, dragen bij aan deze methode. Heel veel patiënten kunnen we op deze manier helpen in de eerste lijn en bijdragen aan hun kwaliteit van leven. Ik overleg met de arts als ik denk dat iemand naar de Bruggoli of rechtstreeks naar de tweede lijn moet worden verwezen.”

Om het effect van de medicijnen te controleren, het verloop van de ziekte te volgen en om de patiënt te ondersteunen bij zijn leefstijl, wordt er altijd een vervolgspraak gemaakt door de praktijkondersteuner. Dat kan na een half jaar of een jaar zijn, afhankelijk van wat nodig wordt geacht. “Als praktijkondersteuner heb je meer tijd voor de patiënt. Patiënten ervaren dat als prettig. Ze zien me niet als dokter, wat de drempel verlaagt. Overigens werkt dat ook een relatief no-show gehalte in de hand. Veel patiënten zijn redelijk klachtenvrij, waardoor de urgentie er niet is om te komen. We proberen dit te beperken door te bellen.”

Volgens Ellen de Goeij is COPD lange tijd onderbelicht geweest en daardoor zijn COPD en ook astma vaak onderbehandeld. In Nederland hebben meer dan een half miljoen mensen de diagnose astma. Er zijn meer vrouwen dan mannen met de ziekte. Van deze groep mensen zijn er rond de 115.000 kind. De verwachting is dat het aantal mensen met astma tot 2025 stijgt met twee procent. 320.000 Mensen hebben de diagnose COPD.

Lutgart Bastiaens:

“De stadpoli is nieuw, daar moet iedereen zijn weg in vinden”

Sinds 15 april is de Stadspoli West geopend. De poli is gevestigd bij de nieuwe Zorgboulevard Caberg. Specialisten van het Maastricht UMC+ houden hier een meekijkconsult. Het doel is om patiënten niet onnodig door te verwijzen naar de tweedelijns zorg. In de praktijk blijkt dat 85% bij beschouwende specialismen en 60% bij ‘snijdend’ niet in de tweede lijn terecht komt dankzij het meekijkconsult.

Meekijkconsult “Er is een pilot geweest bij vier huisartspraktijken. Daaruit kwam naar voren dat een dergelijke aanpak alleen mogelijk is door meekijkconsulten te centraliseren. Om twee redenen. In de eerste plaats omdat het praktisch niet haalbaar is met zo’n negentig huisartsen in Maastricht en Heuvelland. In de tweede plaats omdat is gebleken als specialisten in de huisartsenpraktijk hun meekijksprekeuur houden, het contact met de huisarts ‘te warm’ is. Dat wil zeggen dat de specialist te gemakkelijk wordt ingezet om ‘even mee te kijken’. Met de stadspoli is die afstand en daarmee de drempel wat groter. Als de huisarts samen met een specialist een patiënt wil bekijken, kan dat in een mdo-consult”, aldus Lutgart Bastiaens.

De specialismen in de stadspoli zijn dermatologie, reumatologie, interne geneeskunde, oogheekunde, orthopedie en neurologie. Binnenkort start ook een poli kindergeneeskunde en naar verwachting eind dit jaar KNO. De spreekuren zijn op dinsdag- en donderdagochtend. Na de zomer, op 15 september start in Maastricht Oost een tweede stadspoli, identiek aan die in West. Deze stadspoli Oost wordt gevestigd in het nieuwe Zorgpark Scharn. “De Universiteit Maastricht onderzoekt de ervaringen tot nu toe. Hoewel de resultaten van de eerste evaluatie nog niet bekend zijn, kan wel al worden vastgesteld dat iedereen tevreden is”, aldus Lutgart.

75% van de patiënten blijft in de eerste lijn “Bij de specialist moest vooral de mindset om. Het is geen verplaatste ziekenhuiszorg. Als de huisarts aangeeft dat hij behoefte heeft aan de expertise en advies van de specialist, kan hij de patiënt doorverwijzen naar de stadspoli voor een meekijkconsult via TIPP (Transmuraal Interactief Patiënten Platform). De specialist bekijkt of de patiënt in

de eerste lijn blijft of dat er tweedelijns zorg nodig is in het ziekenhuis. De meeste patiënten blijven in de eerste lijn, gemiddeld 75%. Een patiënt wordt maximaal twee keer gezien. Via een track en trace-systeem kan de huisarts zijn patiënt ‘volgen’ en ziet hij ook of de patiënt naar de tweede lijn gaat.”

De zorgsubstitutie zal zich steeds verder ontwikkelen. Belangrijk is om de ervaringen te monitoren en zaken aan te passen of door te ontwikkelen waar nodig. Voor de huisarts is het belangrijk om een reflectie te krijgen op zijn verwijzingen; ‘deze patiënt had ik niet hoeven zien’ of ‘deze patiënt was duidelijk een tweedelijns geval’. Andersom moet ook de huisarts zijn bevindingen terugkoppelen met de specialist. “Het is een nieuwe zorgvorm en daar moet iedereen zijn weg in vinden. Het is een ontdekkingstocht waarin wordt ervaren wat het beste werkt. In de stadspoli wordt vooral gediagnosticeerd. Nu zien we al dat er ook laag complexe ingrepen plaatsvinden, met name bij dermatologie. Maar géén chirurgie. De huisarts moet weten wat er wel gebeurt en wat niet op de stadspoli. Het is een goede aanpak om patiënten zo lang mogelijk in de eerste lijn te houden. Bij reumatologie zijn jaarlijks 500 poli-bezoeken door mensen die achteraf geen reumatische aandoening blijken te hebben, maar wel de klachten. Die patiënten komen onnodig in de tweede lijn.

Gelijkblijvende kwaliteit van zorg en patiënttevredenheid In de stadspoli wordt specifiek gekeken naar de klachten van de patiënt. Op basis daarvan wordt beoordeeld hoe verder. Er is geen sprake van uitgebreide diagnostiek. Een ziekenhuisconsult duurt drie kwartier, een eerstelijns consult twintig minuten. Op basis daarvan beoordeelt de specialist wat met de patiënt moet gebeu-

stadspoli

Uw specialist in de buurt

ren. Je haalt de specialist uit de dure infrastructuur van het ziekenhuis, verkort de wachtlijsten en houdt de regie zo lang mogelijk bij de huisarts. Daarbij is het uitgangspunt gelijkblijvende kwaliteit van zorg en patiënttevredenheid.” De specialisten zijn in loondienst. Daardoor zijn ze niet profit gedreven. Laagcomplexe zorg kan commercieel interessant zijn waardoor de motivatie om een patiënt naar de tweede lijn te halen een commerciële dimensie heeft. Dat geldt binnen het Maastricht UMC+ niet. Daar is juist een sterke behoefte om academische zorg te bieden en de laag complexe zorg op een andere manier in te vullen. De zorgvraag groeit met anderhalve procent. Er zit een plafond aan wat de tweede lijn aankan. Dan houden specialisten zich toch liever bezig met ingewikkelde gevallen. Uit het onderzoek dat is verricht in de pilot, blijkt dat patiënten heel tevreden zijn over het meekijkconsult. Een issue is wel de eigen bijdrage. Het blijkt dat een aantal patiënten die worden doorverwezen naar de tweede lijn zich uiteindelijk niet melden, mogelijk als gevolg van de eigen bijdrage. Het meekijkconsult zou gevrijwaard kunnen worden van de eigen bijdrage omdat het eerstelijnszorg blijft. De onderhandelingen hieromtrent worden momenteel gevoerd met de zorgverzekeraars.

De stadpoli begint goed op gang te komen. Momenteel vinden 30 tot 40 consulten per week plaats. Na 15 september verdubbelt de capaciteit. Indien de vraag groter wordt, zal hierop geanticipeerd worden. Het doel is uiteindelijk om minder onnodige doorverwijzingen naar de tweede lijn te krijgen en de regie zo lang mogelijk bij de huisarts te houden. Het is een buffer. “Dat geldt ook voor de shortlooppoli en de brugpoli. Vooralnog is er geen sprake dat deze poli’s zich bijten, maar we zullen zien hoe zich dit ontwikkelt.”



Marylene Frints, hoofd afdeling Logopedie:

“We hebben vooral een adviserende rol richting huisartsen”

De afdeling Logopedie van het Maastricht UMC+ biedt zorg op het gebied van voedings- en communicatieproblemen; zowel klinisch als poliklinisch en zowel aan volwassenen als aan kinderen. Het gaat vooral om complexe logopedische problemen qua voeding/slikken, taal, spraak en stem. Er wordt uitgebreid onderzoek gedaan en advies gegeven. Patiënten worden verwezen door de huisarts (rechtstreeks) of door medisch specialisten in het Maastricht UMC+. Ook komen er patiënten die zijn verwezen door, onder andere, verpleegklinieken, revalidatiecentra of andere ziekenhuizen.

Patiënten die verwezen worden door de huisarts hebben een complexe logopedische problematiek, of het gaat om last resort vraagstellingen dan wel een second opinion. “De afdeling Logopedie heeft een adviesfunctie richting huisartsen. Daarbij zijn wij de schakel tussen de logopedisten in de periferie, de huisarts en multidisciplinaire teams en zorglijnen in het Maastricht UMC+”, aldus Marylene Frints, hoofd afdeling Logopedie.

*Een complex logopedisch
probleem staat niet op zichzelf.
Vaak is er meer aan de hand.*

“We hebben we een bovenregionale functie; van de kinderen is 40% regionaal en 60% afkomstig van buiten de regio. Bij volwassenen is het de verdeling 60% regionaal en 40% bovenregionaal. We beschikken over kennis en klinische expertise op het gebied van complexe logopedische problematiek en onderscheiden ons daarmee van

de periferie. Binnen ons team werken acht logopedisten die ieder hun specialisme hebben. Vier zijn er gericht op kinderen, de andere helft op volwassenen. Het is van belang een duidelijk inhoudelijk onderscheid te maken tussen eerstelijns en tweedelijns zorg. En ook een onderscheid wat betreft tweedelijnszorg in een academische setting. Een complex logopedisch probleem staat vaak niet op zichzelf. Er kan meer aan de hand zijn. Dat geldt bijvoorbeeld voor kinderen bij wie de spraak- en taalontwikkeling ernstig achterblijft of die voedings-/slikproblemen hebben. De behandeling door de logopedist geeft niet altijd voldoende resultaat, waarop wordt besloten het kind door te sturen via de huisarts. Wij doen diagnostiek en geven advies. Als er een vermoeden is van co-morbiditeit kunnen we het kind doorverwijzen naar het Academisch Team Spraak Taal+, dat inmiddels een jaar operationeel is. Hier wordt verder onderzoek gedaan door de kinderarts, KNO-arts, kinderneuroloog en/of de ontwikkelingspsycholoog, afhankelijk van wat nodig wordt geacht. Voor sommige ouders kan dit een moeilijk proces zijn. Het is niet altijd gemakkelijk te accepteren dat er meer aan de hand kan zijn. Wanneer gedragsproblemen zijn ontstaan rondom slik-



en voedingsproblematiek, kan doorverwezen worden naar het Pediatrisch eetteam.”

“Bij de volwassenen zien we steeds vaker patiënten met onbegrepen (stem-, spraak- en slik)klachten van foniatrische aard, waarbij het vermoeden bestaat van een psychogene oorzaak. Bij deze patiënten wordt vaak diagnostiek gedaan met behulp van proefbehandelingen. In verband met de toename van deze patiëntenpopulatie, werken we nog meer samen met de afdelingen KNO, MDL en Psychiatrie in het ziekenhuis.

In het geval van foniatrisch somatische problematiek nemen we samen met de KNO-arts deel aan de multidisciplinaire spreekuren Foniatrie- en Dysfagie. Verder houden we Logopedisch polispreekuur op de locatie Hoofdhals oncologie van het Oncologiecentrum in nauwe samenwerking met de KNO-arts en de Radiotherapeut.

Kinderen en volwassenen kunnen terecht bij onze stotterdeskundige logopedist.”

Wiel Wijnen (midden).



Wiel Wijnen is verpleegkundig specialist bij Orthopedie in het Maastricht UMC+. Voor twee zorglijnen op het gebied van kinderorthopedie, klompvoeten en heupdysplasie, is hij verantwoordelijk, onder supervisie van een orthofoon, voor de behandeling en de nazorg van deze patiënten. Met deze zorgsubstitutie in de tweede lijn wordt de specialist minder belast en is er meer tijd en aandacht voor de patiënt. “Als je patiënten goed voorlicht en uitlegt wat ze zelf kunnen doen, geeft dat vertrouwen en rust. Dat geldt voor kinderorthopedie, maar net zo goed voor Artrosezorg”, aldus Wiel Wijnen, die tevens verpleegkundig specialist is van de Vroege Artrosepoli.

Wiel Wijnen, verpleegkundig specialist:

“Patiënten *Vroege Artrosepoli* waarderen ons met een 8,8”

De in 2011 gestarte Vroege Artrosepoli is neergezet als een soort anderhalvelijnsproject voor mensen met beginnende (knie)artrose. De verpleegkundig specialist doet de consulten onder supervisie van een orthofoon. Deze verpleegkundig specialist onderzoekt de patiënt en stelt de diagnose. Op grond van de bevindingen wordt een persoonlijk behandelplan opgesteld, onder meer met specialistische informatie over progressiepreventie en zelf-management. Zonodig verricht de verpleegkundig specialist kleine interventies. “We besteden veel aandacht aan educatie en voorlichting. Dat is van belang om de zelfredzaamheid van de patiënten te vergroten. Pijnstillers, voldoende bewegen, gewichtsregulering, gewrichts-sparende maatregelen, hoe ga je om met de aandoening.

Het aantal patiënten met artrose zal door de toenemende vergrijzing en door een toename van mensen met overgewicht sterk stijgen. De Vroege Artrosepoli voorziet nu in taaksubstitutie in de tweede lijn, maar zou als echte anderhalvelijns poli ook voor taaksubstitutie in de eerste lijn kunnen zorgen.

Het uitgangspunt van de Vroege Artrosepoli is dat we patiënten duidelijk maken wat ze hebben en wat voor hen de beste behandeling is. In de regel is het zo dat patiënten met milde en matige artrose in de eerste lijn behandeld worden en patiënten met ernstige artrose in de tweede lijn. Deze scheiding is overigens niet altijd duidelijk.

Op de Vroege Artrosepoli zien we vooral mensen uit de eerste lijn met mild/matige knieartrose met een plotse linge verergering van hun klachten (Flare gonartrose). Daarnaast zijn er veel patiënten met de vraag naar de medische diagnose of het uitsluiten van andere diagnosen. Verder zien we hier ook patiënten die al langere tijd

door de fysiotherapeut behandeld worden, zonder tevredenstellend resultaat. En er komen patiënten die gewoon willen weten wat ze zelf het beste aan hun klachten kunnen doen. Voor de patiënt betekent een verwijzing naar de Vroege Artrosepoli, dat er meer tijd is tijdens het consult en dat de toegangstijd korter is.

We willen dat patiënten zo goed mogelijk geholpen worden op de juiste plek door de juiste zorgverlener. Met het in 2009 ontwikkelde Transmurale Zorgmodel, waarin staat wat de beste behandeling is voor mensen met heup en knie artrose, hopen we dat de diverse zorgverleners naar patiënten toe, dezelfde taal spreken. Om twijfel en shopgedrag bij patiënten te verminderen, is dit niet onbelangrijk”, aldus Wiel Wijnen.

Iets meer dan 80% gaat terug naar de eerste lijn Artrose komt veel voor. 1.189.000 mensen met deze ziekte zijn bekend in Nederland. “Artrose patiënten zijn de grootste groep die we zien bij orthopedie, zeg maar 50%. Bij de Vroege Artrosepoli komen zes nieuwe patiënten per week. Dat zijn er zo’n 250 per jaar. De grootste groep (80%) gaat terug naar de eerste lijn. 35% wordt verwezen naar een fysiotherapeut, bij 41% vindt een kleine interventie plaats, zoals een injectie in de knie. 12% wordt alsnog doorverwezen voor een operatie of arthroscopie. Meer dan 90% van de patiënten is tevreden tot zeer tevreden over de poli (cijfer: 8,8). De voorlichting, deskundigheid en de mogelijkheid tot meebeslissen worden zeer goed gewaardeerd.

Met deze resultaten ligt het voor de hand dat we ook zouden participeren in de Stadspoli en qua financiering eerstelijns zorg worden. Zo ver is het nog niet.”

Steeds vaker nemen praktijkondersteuners 'simpele' routinewerkzaamheden over van de huisarts die een overvolle agenda heeft. Dit zijn HBO-verpleegkundigen of doktersassistenten met een extra opleiding en gespecialiseerde kennis over bepaalde onderwerpen als diabetes. In het ziekenhuis wordt de specialist regelmatig bijgestaan door een assistent. Wat vinden de patiënten van deze trend?

Uit de praktijk



Peter Laming uit Houthem (72), op bezoek bij zijn partner die net is geopereerd, geeft aan dat hij in het ziekenhuis liever geholpen wordt door de specialist zelf, omdat deze de meeste kennis heeft. "De specialist is degene die de meeste vragen direct kan beantwoorden. Toch begrijp ik dat sommige taken, zoals controleonderzoeken, worden overgelaten aan de assistent. Dat gebeurt ook in de huisartsenpraktijk. Daar vind ik het al heel normaal dat de praktijkondersteuner de reguliere controles uitvoert. Zolang ze maar weten wat ze doen. Ik kom bij de dokter om van iets te genezen. Dan maakt het mij niet uit wie me daarbij helpt, de huisarts of de praktijkondersteuner."

"Als je het gevoel hebt dat de mensen kwaliteit leveren en dat je wordt doorverwezen als het echt nodig is, vind ik het allemaal prima" zegt **Ans Bennis (70) uit Maastricht**. Ze komt voor het eerste consult na een langdurige opname voor een levensbedreigende alvleesklierontsteking. "Een patiënt moet wel keuzevrijheid houden. Als hij of zij de voorkeur geeft aan een consult bij de huisarts moet dat worden gerespecteerd. Voor het ziekenhuis idem dito. Als je de hoofdbehandelaar wilt spreken, moet dat zonder meer kunnen. Zolang de kwaliteit van de zorg is gewaarborgd, is er niets aan de hand. Wellicht kunnen ze de drempel zelfs nog iets optrekken. Wel moeten ze er voor waken dat ze niet doorschieten. Taken overhevelen naar lager geschoold personeel is in mijn ogen toch een verkapte bezuinigingsmaatregel."



Op de bank bij het hart- en vaatcentrum van het AZM wacht **Rob Bex (66) uit Landgraaf** op de uitslag van een onderzoek. In het ziekenhuis wordt hij vaker geholpen door een assistent. "Dat vind ik prima", merkt hij op. "Zolang het personeel kundig is. Gelukkig is dat meestal zo. Het begrip assistent vind ik sowieso relatief. Het zegt alleen iets over de status. Hier is een assistent nog altijd een basisarts met een bovenmodale opleiding. Indirect is het een bezuinigingsmaatregel. Zo wordt er bespaard op opleidings- en loonkosten. Wel houd ik mijn hart vast over het uithollen van de competenties van het personeel in de zorg. Het mag nooit ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg." Over de ontwikkelingen in de huisartsenpraktijk heeft hij een andere mening. Hij hamert op de keuzevrijheid van de patiënt. "Anders dan een specialist in het ziekenhuis, heeft een huisarts nog altijd een vertrouwensband met zijn patiënten."

Geheugenklachten kunnen microbloedingen in de hersenen voorspellen

Als patiënten met hoge bloeddruk aangeven dat ze bijvoorbeeld last hebben van lichte vergeetachtigheid kan dat duiden op microbloedingen in de hersenen. Als gevolg van die minuscule bloedingen kan ook het denkvermogen sterk achteruit gaan. Dat concluderen onderzoekers van Maastricht UMC+ uit onderzoek bij patiënten. De onderzoekers pleiten daarom voor de invoering van nieuwe richtlijnen om patiënten met hoge bloeddruk te screenen op hun eigen denkvermogen.

Gemiddeld heeft een derde van de Nederlandse bevolking tussen de 30 en 70 jaar last van een te hoge bloeddruk. Deze mensen hebben een verhoogd risico op het krijgen van onder andere hart- en vaatziekten, hartfalen of een herseninfarct. De oorzaak van een hoge bloeddruk is meestal onduidelijk en sluiert vaak onopgemerkt door. Het kan op een gegeven moment echter voorkomen dat patiënten om onverklaarbare redenen moeite krijgen met het onthouden van informatie of meer tijd nodig hebben voor het uitvoeren van eenvoudige taken. Volgens de onderzoekers van Maastricht UMC+ zijn deze symptomen dus niet geheel zonder gevaar.

Microbloedingen In het onderzoek werden patiënten met een hoge bloeddruk allereerst vragen gesteld over hun eigen denkvermogen.

Ze moesten daarbij zelf aangeven of zij problemen ervaren met onder andere hun geheugen en hun denkcapaciteit. Daarna werd een neuropsychologische test afgenomen en ondergingen ze een MRI-scan. Patiënten die zelf al aangaven bijvoorbeeld moeite te hebben met het onthouden van informatie, bleken op de MRI-scan in een aantal gevallen microbloedingen in de hersenen te hebben. Daarnaast bleken ze ook de neuropsychologische test slechter te maken dan patiënten die aangaven geen problemen te hebben met hun denkvermogen.



Symptomen van hooikoorts veroorzaken vergelijkbaar risico met alcoholconsumptie

Hooikoorts beïnvloedt rijvaardigheid

Uit onderzoek van Maastricht UMC+ blijkt voor het eerst dat hooikoorts een negatieve invloed heeft op de rijvaardigheid van patiënten. Het effect van de symptomen van hooikoorts op de rijvaardigheid kunnen zelfs overeenkomstig zijn met een alcoholpromillage van 0.05 in het bloed, vergelijkbaar met de consumptie van twee tot drie glazen alcohol. Hooikoortsmedicatie herstelde de rijvaardigheid voor een groot gedeelte weer. "Met name mensen van wie de rijvaardigheid door andere factoren al beïnvloed kan zijn, bijvoorbeeld door gebruik van medicijnen of andere ziektes, moeten daarom extra alert zijn," zegt de Maastrichtse KNO-arts prof. dr. Bernd Kremer.



Goede voorlichting, gezonde voeding en beweging noodzakelijk voor psychose patiënten

Antipsychotica zorgen voor aanzienlijke gewichtstoename Gebruik van medicatie voor de behandeling van o.a. psychoses en schizofrenie leidt er toe dat patiënten aanzienlijk zwaarder worden. Hoe langer de medicatie wordt gebruikt, des te groter het effect. Dat blijkt uit een uitgebreide studie door wetenschappers van Maastricht UMC+ naar de invloed van diverse zogeheten antipsychotica op lichaamsgewicht. Psychiater en onderzoeker Maarten Bak pleit er dan ook voor dat psychiatrische patiënten goede voorlichting krijgen en gestimuleerd worden om meer te gaan bewegen en gezonder te eten.

Caroline Robertson, huisarts

Zorgsubstitutie in de

Substitutie in de zorg. De huisarts heeft er veel mee te maken. Misschien verandert voor hem wel het meeste. Het uitgangspunt is, dezelfde kwaliteit van zorg bieden maar voor minder geld. De eerste lijn is goedkoper dan de tweede en dus gaat de verschuiving die kant op. Richting huisarts dus. “Er komt inderdaad veel meer op ons af”, zegt Caroline Robertson van Gezondheidscentrum Dr. Van Kleef in Maastricht.

“We hebben de eerste lijn onder meer versterkt met praktijkondersteuners. En niet alleen voor somatische klachten, zoals COPD en diabetes, maar we hebben ook een POH GGZ. Stabiele psychiatrische patiënten met schizofrenie of een bipolaire stoornis kunnen daardoor ook in de eerste lijn worden geholpen. Ik vind dat een goede ontwikkeling. Als huisarts ken je de patiënt als mens. Je hebt een goed beeld van hem en van zijn omgeving. Dat komt de zorg ten goede. Dat is onze kracht. We kunnen verder kijken dan de klachten waarmee hij komt. We moeten er wel voor waken dat we een grens stellen. We kunnen kijken naar wat we wel kunnen overnemen vanuit de 2e lijn maar vooral scherp houden wat we niet kunnen. Een nadeel vind ik dat je als arts tegenwoordig meer manager bent dan dokter. Dat werk komt erbij, de spreekuren van de huisarts blijven vol en de overleggen komen erbij. Ik ben toch liever met de inhoud bezig ben. Maar we ontkomen er niet aan. In een multidisciplinaire aanpak is het bespreken van de patiënten belangrijk. Je wil toch zaken toelichten aan de praktijkondersteuners of overleggen wat er met een patiënt moet gebeuren. Daarnaast moeten we met de komst van de ondersteuners de patiënten goed voorlichten. We hebben een folder over onze POH's en hun aanpak en spreekuren. De meeste mensen vinden het prettig om zo lang mogelijk in de eerste lijn te blijven. Het is vertrouwd en laagdrempelig. Dat leidt er wel toe dat het 'no show'-percentage bij de POH's relatief hoog is. Patiënten komen niet opdagen, misschien omdat ze het als te vrijblijvend ervaren.”

“Wat is er mis met een ‘warme relatie’ tussen huisarts en specialist?”

“Een andere vorm van substitutie is specialisten raadplegen in de eerste lijn. Een goed idee wat mij betreft, vooral als de specialist in de praktijk komt. Daarvan wordt nu gezegd dat dit praktisch niet haalbaar is, maar ook dat de contacten met de huisarts ‘te warm’ zouden zijn. Huisartsen zouden meer patiënten verwijzen naar de specialist als die werkzaam is in de praktijk. ZIO heeft dit in een pilot onderzocht maar ik denk dat deze tekort heeft gelopen om hier een conclusie uit te trekken. Een dergelijke verandering heeft tijd nodig. Zowel de specialist als de huisarts moeten daar hun weg in vinden. Ik ben ervan overtuigd dat anderhalvelijns zorg het beste resultaat heeft in de huisartsenpraktijk. Wat is er mis met een ‘warme relatie’? Dat de huisarts te veel neerlegt bij de specialist? Dat kan in het begin zo zijn. Maar als de specialist feedback geeft zal de huisarts zijn kennis kunnen vergroten. Die zal dan op den duur juist minder mensen verwijzen doordat je meer kennis hebt. Waar vooral de meerwaarde in zit is dat je samen naar een patiënt kijkt. Dat is de kracht. De stadspoli nu is eigenlijk verplaatste ziekenhuiscare. Daarin mis ik de persoonlijke interactie met de huisarts. Daar zit geen winst in voor de patiënt”, aldus Caroline.

huisartsenpraktijk

Naast de praktijkondersteuner en de specialist in de eerste lijn, zijn er ook nog kader-artsen. Deze huisartsen hebben zich gespecialiseerd in een discipline, zoals bijvoorbeeld COPD of diabetes, waar ze meer van weten dan de gemiddelde huisarts. Deze vorm van horizontale substitutie wordt in sommige regio's ook al toegepast en maakt als zodanig deel uit van het hele transformatieproces in de zorg. "Daarbij ga je te rade bij een collega huisarts die meer weet van een bepaald deelgebied in de zorg. Dat kan je ook al goed op weg helpen."

Caroline Robertson kijkt liever naar de praktijk dan naar theoretische exercities als het om zorgsubstitutie gaat. En nog belangrijker, ze denkt vanuit het belang van de patiënt. En dan is haar conclusie dat juist het samen bekijken van een patiënt van toegevoegde waarde is. En of dat nu binnen de praktijk met de POH's is of met de specialist uit het ziekenhuis, samenwerking daar gaat het om. Nu is het naar haar idee teveel 'bedacht'. Zo moest ze ook wennen aan de constructie van het verwijzen via TIPP. Voorheen maakte je een verwijsbrief die je faxte naar degene naar wie je de patient wilde verwijzen. Nu maak je de brief die naar TIPP gaat en moet je de patient vervolgens uitleggen wat TIPP is en naar wie ze moeten bellen. Patiënten raken soms verdwaalt in zorgland, weer een instantie erbij en wat doen ze precies concreet in de zorg. Ze kunnen wel bemiddelen als wachttijden lang zijn. Je moet als huisarts alleen heel duidelijk boven de brief zetten naar wie je verwijst als het je als verwijzer wél uitmaakt naar welke specialist of instantie een patient gaat.

Mijn devies is, regel de zorg zoveel mogelijk dichtbij de patiënt in de eerste lijn. Doe het samen met de hulpverleners die nodig zijn om de best mogelijke zorg te kunnen bieden aan de patiënt."



Nieuwe Database van Laboratorium Analyses



Het Centraal Diagnostisch Laboratorium (CDL), de Klinische Farmacie en Toxicologie (KFT) en het laboratorium voor Erfelijke Metabole Ziekten (EMZ) van het Maastricht UMC+ hebben een nieuwe database ontwikkeld waarin snel en overzichtelijk alle relevante informatie over hun analysepakket kan worden opgezocht. Op 1 mei jongstleden is deze database via intranet en internet beschikbaar gemaakt voor aanvragers uit de eerste, tweede en derde lijn.

In de nieuwe database van laboratorium analyses wordt een overzicht gegeven van de meest voorkomende analyses die het CDL, KFT en EMZ kunnen uitvoeren. De database bestaat uit informatie over de aan te vragen bepalingen, type monster, de benodigde monsterhoeveelheid, de gehanteerde meetmethode, eventuele eisen voor de afname/transport omstandigheden en referentiewaarden.

De database biedt de mogelijkheid om bepalingen op te zoeken op naam, laboratorium of type afname-materiaal en bevat alle relevante informatie over zowel de bepalingen als contactgegevens van de verantwoordelijke laboratoriumspecialist. De database staat op: www.labmaastricht.nl/analyses

Welke laboratoria doen mee?

Centraal Diagnostisch Laboratorium (CDL)

Het CDL verricht klinisch chemisch, hematologisch en immunologisch onderzoek. Het CDL maakt voor de diverse onderzoeken gebruik van lichaamsmateriaal zoals bloed, urine, feces, liquor etcetera, waarin een scala aan biomarkers wordt onderzocht. Het virologisch onderzoek dat in het CDL plaatsvindt (infectieserologie), valt onder verantwoordelijkheid van de afdeling Medische Microbiologie. www.labmaastricht.nl/centraal-diagnostisch-laboratorium

Klinische Farmacie en Toxicologie (KFT)

Klinische Farmacie en Toxicologie staat garant voor specialistische farmaceutische zorg voor patiënten

van het Maastricht UMC+, zowel in het ziekenhuis, op de polikliniek als thuis. Een CCKL geaccrediteerd laboratorium staat ter beschikking voor het bepalen van geneesmiddelen in lichaamsvloeistoffen. Klinische Farmacie en Toxicologie werkt nauw samen met de apotheek van het Radboud UMC in Nijmegen. Deze samenwerking levert op het gebied van lab bepalingen een aantal unieke specialties op.

www.labmaastricht.nl/

[klinische-farmacie-en-toxicologie](http://www.labmaastricht.nl/klinische-farmacie-en-toxicologie)

Laboratorium voor Erfelijke Metabole Ziekten (EMZ)

Het Laboratorium voor Erfelijke Metabole Ziekten van de afdeling Klinische Genetica verzorgt de diagnostiek voor patiënten die verdacht worden van een erfelijke stofwisselingsziekte middels onderzoek van lichaamsvloeistoffen als urine, plasma/serum en liquor. Het voorkomen van abnormale stofwisselingsproducten of afwijkende concentraties van normale metabolieten in genoemde fysiologische vloeistoffen vormt de basis voor de uiteindelijke diagnose. <http://www.labmaastricht.nl/laboratorium-erfelijke-metabole-ziekten>

Innovatieve kracht UMC's stimuleert maatschappelijke ontwikkeling

Maastricht UMC+ stimuleert economie met 1,9 miljard euro

Uit een onderzoeksrapport naar de economische impact van de acht landelijke UMC's blijkt dat Maastricht UMC+ een aanzienlijke bijdrage levert aan de Limburgse en Nederlandse arbeidsmarkt en economie. Zo levert iedere euro die wordt geïnvesteerd in het academisch ziekenhuis de maatschappij uiteindelijk vier euro op, door onder

andere het vermarkten van medische kennis. Maastricht UMC+ stimuleert de economie op die manier met bijna twee miljard euro en genereert landelijk 19.400 banen. In totaal zijn de acht Nederlandse UMC's bij elkaar goed voor ruim 20 miljard euro en 200.000 arbeidsplaatsen. De zorg kost dus niet alleen geld, het levert ook veel op.



Onderzoekers tonen voor het eerst direct verband aan tussen auto-immuunziekten en allergie

Groter risico op allergisch astma en hooikoorts door overerving

Onderzoekers van Maastricht UMC+ tonen aan dat kinderen een aanzienlijk grotere kans hebben op een allergie wanneer één van de ouders lijdt aan een zogeheten auto-immuunziekte, zoals bijvoorbeeld psoriasis of reuma. Bij dergelijke aandoeningen is het afweersysteem van het lichaam ontregeld. Voor het eerst wordt nu bewijs geleverd dat er een direct verband bestaat tussen deze immuunziekten en allergieën. Voorheen werden ze nooit aan elkaar gerelateerd.

Zowel auto-immuunziekten als allergieën zijn verschijnselen waarbij het afweersysteem van het lichaam ontregeld is. Bij een auto-immuunziekte valt het afweersysteem lichaamseigen cellen of weefsels aan. Dat is anders dan bij een allergie, waarbij een hevige reactie juist kan ontstaan door niet-lichaamseigen stoffen, zoals huisstofmijt, stuifmeel of pinda's.

Naast dat er een verschil zit in de symptomen, zijn er ook andere typen afweercellen betrokken bij ieder van de twee aandoeningen. Dat maakt dat men tot voor kort altijd heeft aangenomen dat de ziekten niet aan elkaar waren gerelateerd.

Genetisch verband De Maastrichtse wetenschappers onderzochten bij ruim 5.600 patiënten van huisartsen

DE MAASTRICHTSE
WETENSCHAPPERS
ONDERZOCHTEN BIJ
RUIM 5.600 PATIËNTEN
OF ER SPRAKE WAS
VAN ALLERGIEËN
BINNEN HET GEZIN

of er sprake was van allergieën binnen het gezin. Patiënten met een auto-immuunziekte werden daarbij vergeleken met mensen bij wie een dergelijke aandoening niet aanwezig was. Uit de analyse bleek dat reuma en de ziekte van Bechterew bij de moeder en psoriasis bij de vader een risicofactor vormen voor het ontwikkelen van allergie bij de kinderen, waaronder allergische

astma, hooikoorts en allergisch eczeem. "Bijzonder opmerkelijk," zegt Tanja Maas, huisartsgeneeskundig onderzoeker bij Maastricht UMC+. "Er blijkt uit de analyse wel degelijk dat er binnen opeenvolgende generaties een direct verband bestaat tussen de twee aandoeningen die voorheen nooit aan elkaar werden gerelateerd." Waardoor deze relatie precies ontstaat is echter nog onduidelijk, dat zal verder onderzoek moeten uitwijzen.

Wie is verantwoordelijk, wie is hoofdbehandelaar

Door Annet Frijlink, jurist stafdienst bestuur Maastricht UMC+

Bij zorgsubstitutie wordt voor een bepaalde behandeling de ene zorgverlener vervangen door een andere. Dat kan een zorgverlener zijn die zelfstandig bevoegd is om die zorg te verlenen, of een zorgverlener die dat in opdracht doet. Deze taakherschikking brengt ook een andere verantwoordelijkheidsverdeling met zich mee.

Arts en verpleegkundige De Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant zijn vanaf 2012 door een wijziging van de wet BIG en de wet op de Geneesmiddelenvoorziening (tijdelijk) zelfstandig bevoegd geworden voor bepaalde voorbehouden handelingen, waaronder het voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen. De Gespecialiseerde Verpleegkundigen zoals de diabetesverpleegkundigen, zijn sinds 2014 onder bepaalde voorwaarden ook zelfstandig bevoegd om bepaalde geneesmiddelen voor te schrijven. Deze groep is echter niet zelfstandig bevoegd tot andere voorbehouden handelingen.

De zelfstandige bevoegdheid is aan deze verpleegkundigen toegekend om via taakherschikking tegemoet te komen aan de groeiende zorgvraag. De zelfstandige bevoegdheid betekent dat er geen opdracht, toezicht en tussenkomst van een arts nodig is. De arts is hoofdbehandelaar, de verpleegkundige is als medebehandelaar verantwoordelijk voor het eigen aandeel in de behandeling.

Huisarts en praktijkondersteuner Het beroep van praktijkondersteuner is (nog) geen BIG beroep. Daarom wordt de opdrachtconstructie van de wet BIG gebruikt. Bij de opdrachtconstructie blijft een deel van de verantwoordelijkheid bij de arts. De huisarts geeft een

opdracht om de voorbehouden handeling te verrichten, toetst of de praktijkondersteuner bekwaam is, geeft zo nodig aanwijzingen en zorgt dat de mogelijkheden van toezicht en tussenkomst verzekerd zijn. De huisarts is hoofdbehandelaar van de patiënt.

Stadspoli ZIO en Maastricht UMC+ De huisarts kan de patiënt naar de Stadspoli verwijzen voor een consult van een specialist uit het azM. De Stadspoli levert specialistische inbreng in de vorm van een consult, verplaatst naar een aparte poli. De patiënt gaat voor dit consult een behandelingsovereenkomst aan met de specialist van het azM. De specialist van het azM heeft de verantwoordelijkheid voor het consult. De huisarts blijft de hoofdbehandelaar.

Handreikingen verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg Landelijke koepels van zorgpartijen hebben praktijkhandreikingen opgesteld voor verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking, voor de implementatie van taakherschikking en voor de voorschrijfbevoegdheid van verpleegkundig specialisten en physician assistants. Zorgverleners die deelnemen aan samenwerkingen zoals bovengenoemde, moeten afspraken maken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden. Deze afspraken moeten voor de patiënt ook duidelijk zijn.

Annet Frijlink:

*“De zelfstandige bevoegdheid
betekent dat er geen opdracht,
toezicht en tussenkomst van
een arts nodig is.”*



*Marleen Vaassen, gespecialiseerd
verpleegkundige brugpoli COPD:*

“Poli nu ook voor patiënten met astma”

De Brugpoli COPD in het Maastricht UMC+ draait vanaf 2008. Sinds een jaar kunnen ook patiënten met astma hiernaar verwezen worden. Patiënten zijn tevreden over deze ketenpoli. In één ochtend wordt alles afgewikkeld. 95% Gaat weer terug naar de eerste lijn.

De gespecialiseerde longverpleegkundige doet de anamnese (MRC, CCQ of ACQ, FFM meting indien nodig). Ze controleert de inhalatietechniek en stelt mede afhankelijk van de vraag van de huisarts/POH het aanvullend vervolgonderzoek vast. In geval van COPD is dat flow na farmaca, bodybox in geval van verlaagde VC of verdenking hyperinflatie en een diffusiecapaciteit bij verdenking op emfyseem.

Bij onduidelijke diagnose astma kan een histamine provocatietest gedaan worden. Dit kan niet in één consult. In de praktijk regelen we dat de histamine-provocatietest plaats vindt voor het bezoek aan de ketenpoli. De patiënt komt dan bij de longarts om de diagnose astma wel of niet bevestigd te krijgen. De longarts rapporteert in Medix en patiënten krijgen het advies om op korte termijn met hun POH een afspraak te plannen. Vanaf daar wordt het in de huisartsenpraktijk weer opgepakt. "Wij schrijven geen recepten uit, doen geen vervolgspraken en schrijven geen poliklinische brief. Alles gaat via het digitale patiëntendossier. We geven de patiënt wel advies over gebruik van medicatie en leefstijladviezen. We kijken bijvoorbeeld ook of de inhalatietechniek goed is", aldus Marleen Vaassen, gespecialiseerd verpleegkundige COPD.

"40% Van de patiënten die onze poli bezoekt heeft geen COPD. Vaak is het astma (20%), is er wat anders aan de hand of is er geen obstructie. Bij COPD heeft de grootste groep GOLD 2. De gemiddelde leeftijd is 50 jaar en er komen meer vrouwen (40%) dan mannen (60%). Jaarlijks bezoeken zo'n 180 patiënten de brugpoli."

Snelle verbinding tussen huisarts en ziekenhuis

"De brugpoli zorgt voor een snelle verbinding tussen de huisarts en het ziekenhuis. De patiënt krijgt snel een afspraak, binnen een paar dagen. De poli is laagdrempelig en we hebben geen wachtlijst. Op deze manier kunnen we goede zorg leveren aan een groep chronisch zieken, zonder dat deze meteen in de tweede lijn terecht komt. De tweede lijns longpoli wordt daardoor minder belast en kan zich richten op de ernstigere gevallen." Opvallend is dat het aantal bezoekers van de ketenpoli ongeveer gelijk blijft. De reden hiervoor is, dat door de inzet van de POH en de scholingen vanuit ZIO, de kwaliteit van zorg voor de COPD patiënt in de eerste lijn verbeterd is. De ketenpoli is een van de middelen om ook de zorg omtrent de astmapatiënt te optimaliseren.

De longverpleegkundige kan ook geconsulteerd worden voor scholing en casuïstiek bespreking in de huisartspraktijk.

Gezamenlijke aanpak uniform voorschrijfgedrag medicatie astma en COPD

Er zijn de afgelopen jaren een heleboel nieuwe inhalatoren op de markt gekomen voor de medicamenteuze behandeling van astma en COPD. Dat maakt het kiezen steeds moeilijker en het leidt tot grote verscheidenheid in het voorschrijfgedrag van behandelaars in de eerste en de tweede lijn. Keuzes die niet altijd even rationeel en doelmatig zijn en soms voor verwarring zorgen. Dat is de reden dat nu de behoefte begint te groeien om samen keuzes te maken voor de farmacotherapie van astma en COPD. Hopelijk resulteert dat tot eenheid van beleid en tot transparante en doelmatige keuzes.

Uitgangspunt bij de totstandkoming van dergelijke voorkeursmedicatie is niet zozeer kostenbesparing op de korte termijn. Aan de basis ligt zorgvuldige diagnostiek en indicatiestelling, een rationele keuze uit de beschikbare inhalatoren en uiteindelijk ook het kostenaspect. Voor de verschillende fenotypes en verschijningsvormen van obstructieve longaandoeningen wordt eerst een keuze gemaakt voor een bepaalde categorie of type medicamenten, bijvoorbeeld ontstekingsremmers of luchtwegverwijders, dan binnen de categorie één of maximaal twee van de beschikbare opties, vervolgens voor een beperkt aantal mogelijke toedieningsvormen en ten laatste de prijs, waarbij getracht zal worden om de ideale optie zo goedkoop mogelijk in te kunnen kopen.

Naar verwachting zullen de partners in dit proces (voorschrijvers in de eerste en de tweede lijn, apothekers en verzekeraars) zes tot twaalf maanden nodig hebben om een pakket voorstellen voor te bereiden. Anders dan in enkele andere regio's wordt er hier voor gekozen om eerste en tweede lijn gezamenlijk te laten optrekken om te voorkomen dat straks een eerstelijns en een tweedelijns formularium ontstaat. Immers, wat goed is voor de ene categorie patiënten zou zeer wel ook goed kunnen zijn voor anderen, binnen de contouren van bovenstaande natuurlijk.

Prof. Dr. Geertjan Wesseling, longarts





Door Wubbo Mulder,
Internist-Geriater Maastricht UMC+

Den Haag of Maastricht, een wereld van verschil!

Vorige week legde ik op verzoek van een huisarts in Maastricht een huisvisite af bij een 70-jarige man. Hij maakte achttien jaar geleden een beroerte door en is sindsdien halfzijdig verlamd en heeft moeite met praten. Hij heeft ook al langere tijd een blaaskatheter, die een paar dagen geleden verwisseld was. Aansluitend aan deze wissel had hij koorts gekregen. Bij de koorts was hij verward geworden en ook wat onrustig. Het lijkt voor de hand te liggen dat het manipuleren van de blaaskatheter de koorts heeft veroorzaakt en met de huisarts wordt overlegd welk antibioticum moet worden voorgeschreven aan patiënt, een keuze die gemaakt wordt op basis van eerdere urinekweken die bekend zijn in het ziekenhuissysteem.

De echtgenote van patiënt is de afgelopen 18 jaar de centrale spil in de zorg voor haar man geweest. Er is een zeer betrokken thuiszorgorganisatie actief maar buiten de uren dat er een verzorgende aanwezig is, staat mevrouw er alleen voor. Gelukkig zijn er twee dochters die zo nodig bijspringen. Allengs blijkt dat de echtgenote, zeker de laatste tijd, fors overvraagd is en deze continue zorg als zeer uitputtend ervaart. Schoorvoetend geeft zij toe dat zij bang is dat zij deze zorg niet veel langer meer op deze manier kan geven.

In Maastricht is al enige tijd het zogenaamde Geriatrie-team actief. Onder regie van de Huisartsenorganisatie ZIO is dit een samenwerkingsverband tussen de internist-geriaters van het Maastricht UMC+ en de specialisten ouderengeneeskunde van Envida. In dit team is consultatie mogelijk in de thuissituatie door alle participanten. Maar ook onderlinge consultatie. Ik besluit mijn collega's van Envida in te schakelen.

Na enkele dagen wordt patiënt thuis bezocht door een cliëntenadviseur en een specialist ouderengeneeskunde. Zij stellen vast dat er sprake is van een hoge zorgzwaarte en zijn ook van mening dat de echtgenote de zorg niet langer aankan. Er wordt een CIZ indicatie aangevraagd en er blijkt in een dicht bij het woonhuis van patiënt gelegen kleinschalig verpleeghuis een kamer vrij te zijn. Twee dagen later kan patiënt naar dit verpleeghuis worden overgebracht.

Er vinden op het ogenblik grootscheepse veranderingen plaats in de zorg. Patiënten moeten thuis verpleegd worden met thuiszorg. Instellingen als bejaardenoorden, verpleeghuizen maar ook ziekenhuizen moeten inkrimpen en/of bezuinigen. Talloze mensen die werken in de zorg worden binnenkort ontslagen. Deze maatregelen worden met name op basis van Haags beleid, ingegeven door financiële overwegingen, genomen en houden niet of nauwelijks rekening met de schrijnende situaties die hierdoor (kunnen) ontstaan.

In Maastricht bestaat er gelukkig al een jarenlange traditie van samenwerking tussen eerste en tweede lijn, getuige het grote aantal huisbezoeken dat door internist-geriaters jaarlijks wordt afgelegd. Ook de anderhalve lijnszorg (blauwe zorg) is hier een mooi voorbeeld van. Geheel in deze traditie is ook de verbinding met de derde lijn (de verpleeghuiszorg) vorm gegeven in het Geriatrieteam. Huisbezoeken door de specialist Ouderengeneeskunde met hun specifieke deskundigheid op het gebied van zorg, dragen zeker bij aan effectieve blauwe zorg.

Dit zijn de momenten dat ik er trots op ben in Maastricht te kunnen werken, waar niet alleen unieke vormen van samenwerking zijn ontstaan de laatste jaren maar waar ook getracht wordt in de zorg de nadruk te leggen op de menselijke aspecten en niet uitsluitend op de financiële consequenties van ons handelen. Vanuit dat oogpunt bekeken is Den Haag inderdaad een andere wereld.