

MEDITTA MAGAZINE



JAARGANG 1 | NUMMER 2 | WINTER 2017/18

‘Maar 1 op de 130 dingen die je als arts doet, is evidence based’

ERWIN VIJGEN, HUISARTS, BESTUURDER EN ONDERNEMER

‘Geen enkele huisarts hoeft om financiële redenen weinig tijd te hebben voor een patiënt’

eHEALTH IN DE EERSTE LIJN

‘We gaan niks bouwen waar de patiënt niet op zit te wachten’



MEDITTA

INHOUD MEDITTA MAGAZINE



Meditta Magazine is een tweejaarlijkse uitgave voor huisartsen en medewerkers van Meditta. Meditta ondersteunt huisartsen facilitair, organisatorisch en medisch inhoudelijk en stelt zich ten doel de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg te bevorderen en te borgen.

Redactieadres

Milaanstraat 100
6135 LH Sittard
info@meditta.nl
www.meditta.nl
046 426 23 22

Redactieraad

Jos Cober
Jules Coenegracht
Jaak Crasborn
Brigitte Ummels
Max Visser

Vormgeving & productie

Crasborn Communicatie Vormgevers
Valkenburg a.d. Geul

Fotografie

Crasborn Communicatie Vormgevers
Valkenburg a.d. Geul

Cartoon

Joep Bertrams

Tekst

Jules Coenegracht Maastricht

Drukwerk

Schrijven Lippertz Voerendaal

Niets uit deze uitgave mag
zonder toestemming
worden overgenomen.
Meditta is niet aansprakelijk
voor kennelijke fouten of
onjuistheden.

EEN KIND ALS MANTELZORGER

Het komt zijdelings even ter sprake, in een langer interview met Jo Maes, directeur van het Huis van de Zorg. Dat interview gaat over de noodzaak van regionale zorgnetwerken en ergens noemt Maes het: kinderen als mantelzorgers. Het woord 'zorg' wordt vaak gebruikt als onderdeel van het langere woord 'zorgkosten'. Daar zijn goede redenen voor, ergens moet iemand de rekening betalen. Maar kinderen als mantelzorgers? Dat zet je toch even aan het denken.

U leest het tweede nummer van Meditta Magazine. Een nieuw magazine moet groeien. Het eerste nummer was ook een beetje een vingeroefening, een introductienummer waarin we onder meer mensen aan u hebben voorgesteld. Dit nummer gaat meer de richting op die we willen opgaan: inhoudelijke artikelen waarin landelijke thema's besproken worden vanuit het gezichtspunt van de regio waarin wij werken. Met daarnaast aandacht voor mensen, voor uw collega's en hun ervaringen.

Behalve de al genoemde regionale zorgnetwerken worden in dit nummer de onontkoombaarheid van eHealth-toepassingen en de initiatieven die Meditta op dit gebied ontloopt besproken. Onderwerpen als 'Samen beslissen' en het opnemen van gesprekken door patiënten komen aan bod. En u kunt lezen hoe een huisarts in Roermond het certificeringsproces rond de HaZo24-norm ervaren heeft. Dat alles proberen we te benaderen op een min of meer journalistieke manier, dat wil zeggen: waar nodig gaan we kritische vragen niet uit de weg.

Dat brengt ons bij twee andere artikelen. Het eerste is een gesprek met Erwin Vijgen, al 33 jaar huisarts, bestuurder en ondernemer. Interessante uitspraak: "Geen enkele huisarts hoeft om financiële redenen weinig tijd te hebben voor een patiënt." Het tweede is een gesprek met een huisarts die op zijn 70^{ste} met pijn in het hart afscheid neemt van zijn vak: Gerrit ten Oever, een huisarts 'die open staat voor alternatieve methodes', zoals hij het zelf formuleert.

Neemt u dit tweede nummer van Meditta Magazine op een avond mee naar bed en leest u het vervolgens met rode oortjes van cover tot cover uit? Dat mag, natuurlijk. Maar we zijn al heel blij als u bij het lezen van een artikel denkt: hm, dat is interessant.

We wensen u een heel voorspoedig en aangenaam 2018 toe!

Jos Cober,
Max Visser

Drie keer 1.475 euro. Bedankt!

Dit jaar kozen 34 medewerkers van Meditta niet voor een kerstpakket, maar voor een bijdrage aan een goed doel. De Raad van Bestuur verdubbelde het bedrag zodat de volgende organisaties nu elk 1.475 euro ontvangen:

- MOVEOO Roermond
- Inloophuis Bie Zefke in Sittard
- Stichting Vrienden van Zelfregiecentrum Weert



Het Meditta Medisch Centrum Echt ligt aan de Nobelweg 10, vlakbij de A2 en A73. Links van het gebouw ligt een grasveld. Dat is relevant, maar daarover later meer. Op een gemiddelde dag zijn in dit medisch centrum aanwezig: twee administratief medewerkers aan de balie, vier röntgenlaboranten, een radioloog en vanuit het Laurentius Ziekenhuis in Roermond, twee à drie doktersassistenten en naar gelang de behoefte ook medisch specialisten: Een orthopeed bijvoorbeeld, een neuroloog of cardioloog. Waarom komen patiënten zelfs van ver buiten de regio hier naartoe?

Waarom gaan patiënten van Maastricht tot Venlo naar het **MMC Echt?**



MEDITTA
MC ECHT

Jos Linssen, manager van het MMC Echt, heeft het over de drie 'lagen' van het medisch centrum. Eerste laag: laagdrempeligheid. De wachttijden zijn kort, de sfeer is gemoedelijk, mensen voelen zich als mens en niet als nummer behandeld. De tweede laag: het MMC Echt richt zich op laagcomplexe zorg. Het gaat vaak om patiënten die vanuit een thuissituatie of poliklinische setting in het centrum behandeld worden. Laag drie: lage kosten. Door zorg vanuit de eerste lijn te organiseren, wordt in de meeste gevallen het eigen risico van de patiënt niet aangesproken. Als de patiënten naar de tweede lijn worden doorverwezen, zijn ze al gediagnosticeerd, en dat leidt weer tot kortere doorlooptijden in het ziekenhuis. ►

Wat wil je als er iets met je aan de hand lijkt te zijn?

Stel, je huisarts constateert een probleem en verwijst je door naar het ziekenhuis. Er moet een afspraak gemaakt worden met de specialist, dat kan even duren. De specialist onderzoekt je en vraagt een MRI-scan aan. Daarvoor moet je een nieuwe afspraak in het ziekenhuis maken. Als de MRI-scan klaar is, moet weer een afspraak met de specialist ingepland worden zodat hij de uitslag van de scan met jou kan bespreken. Het is niet uitzonderlijk dat een dergelijk proces weken in beslag neemt. Nu het Meditta Medisch Centrum in Echt. Je komt op consult en de specialist onderzoekt je. MRI-scan nodig? Dat gebeurt meteen, aansluitend op het consult. Als de MRI-scan klaar is, ga je direct terug naar de specialist die de uitslag van de scan heeft en meteen het behandelplan met je bespreekt. Binnen één zitting is alles duidelijk. Dat is wat je wil als er iets met je aan de hand lijkt te zijn: zo snel mogelijk duidelijkheid.

Het grasveld

Terug naar het lege grasveld dat links naast het MMC Echt ligt. “Het gaat goed met het MMC”, zegt Jos Linssen, “we denken na over uitbreiding.” Onderdeel van die uitbreidingsplannen is de gedachte om het proces met specialistische zorg vanuit Meditta te regelen – nu zijn het nog specialisten die vanuit het ziekenhuis spreekuur houden in het MMC Echt. Linssen: “Als je datzelfde proces vanuit Meditta organiseert, wordt het huisartsenzorg. Je kunt dat idee ook uitbreiden met doorverwijzing naar een gespecialiseerd kaderhuisarts.” ►

‘Binnen één zitting is alles duidelijk’

”







Het intercollegiale contactnummer



Heeft u als huisarts een patiënt doorverwezen naar het MMC Echt en behoefte aan snelle ruggespraak met de radioloog? Bel het intercollegiale contactnummer en u krijgt de radioloog aan de lijn: **0475 - 384 169**



DON KRAWCZYK

‘Waar heb je dat geregeld? Geef mij dat adres ook eens!’

De zoon van Don Krawczyk is 14 jaar en speelt op hoog niveau voetbal, bij Genk. Krawczyks zoon had last van zijn knie, maar uit de echo bleek niet wat er aan de hand was. Er moest een MRI-scan gemaakt worden. Maar de wachttijd voor een scan in België was enkele weken. Ja, in België! Toen dacht Krawczyk aan het Meditta Medisch Centrum in Echt, waar hij zelf ook al eens snel en goed geholpen was. Zijn zoon kon meteen terecht voor een scan. Naar aanleiding van de diagnose kreeg hij een kort revalidatieprogramma voorgescreven en binnen *no time* kon hij weer voetballen. Don Krawczyk: “Hij kreeg die MRI-scan in het MMC heel snel, zo snel dat de clubarts in Genk zei: ‘Waar heb je dat geregeld? Geef mij dat adres ook eens!’ Maar waarschijnlijk is door die snelle scan ook veel ellende voorkomen. Je weet hoe het is met die jongens. Als de trainer vraagt: wil je spelen, dan zeggen ze ‘ja’. Als hij na die echo, in afwachting van een MRI-scan in België, nog weken gewoon had doorgespeeld ... Dat had waarschijnlijk behoorlijk wat ellende opgeleverd.” ■

MMC Echt
Nobelweg 10
6101 XB Echt
0475 - 384 150
www.mmc-echt.nl



GERRIT TEN OEVER, EEN HUISARTS DIE OPEN
STAAT VOOR ALTERNATIEVE METHODES

**‘1 op de 130 dingen
die je als arts doet,
is evidence based’**



Gerrit ten Oever is huisarts in Roermond. Hij houdt zijn vak goed bij, vindt het fijn een family doctor te zijn en zegt dat hij niemand de spreekkamer uit laat zonder dat hij begrijpt waarom die persoon naar binnen kwam. Hij maakt gebruik van alternatieve geneeswijzen. ‘Daar waar dit nut heeft’, staat in zijn LinkedIn-profiel. Een gesprek over evidence based werken en de meerwaarde van energetische geneeskunde.

Gerrit ten Oever en zijn vrouw Ellinor zeiden wel eens gekscherend tegen elkaar dat ze het klooster in wilden. Vijf jaar geleden werd die droom werkelijkheid: hun huisartsenpraktijk is sinds die tijd gevestigd in het voormalig redemptoristenklooster Kapel in 't Zand in Roermond. Het is wat je noemt een multifunctioneel gebouw: naast twee huisartsenpraktijken vind je er een apotheek, een zaal waar het koor oefent en nascholingscursussen gegeven worden en een kapel waar de mis opgedragen wordt. Door de laatste redemptorist die bovenin in het klooster woont. “Hij woont daar heel mooi”, zegt Ellinor ten Oever lachend.

Cashewnoten

Het gesprek is nog maar nauwelijks begonnen of er volgt een reallife demonstratie. Gerrit ten Oever pakt een doos vol kleine flesjes van doorzichtig glas. Hij neemt één van de flesjes uit de doos, er zitten een paar cashewnoten in. De verslaggever moet het flesje met noten in de linkerhand houden, terwijl Ten Oever zijn rechterpols voelt. “U reageert er hevig op”, zegt de dokter. Wat hier heeft plaatsgevonden, is een intolerantietest. Een vorm van energetische geneeskunde. Doordat de verslaggever het flesje met cashewnoten vasthield, veranderde zijn pols. De test wijst op een intolerantie voor cashewnoten. Ten Oever: “Ook als uit een bloedtest geen allergie blijkt, kan via zo’n energetische test intolerantie voor bepaalde stoffen blijken.” ►



*‘Wat hier heeft plaatsgevonden,
is een intolerantietest. Een vorm
van energetische geneeskunde’*

‘Placebo, wat is placebo?’ Placebo is ook een geneeswijze’

Geen verstand

Gerrit ten Oever gebruikt ook homeopathische middelen. Hij pakt een oud uitzienend boek en opent het. Het is de *Repertory of the Homeopathic Materia Medica*. Onlangs adviseerde de Wetenschapsraad van de EU dat homeopathische middelen en diensten niet meer vergoed zouden moeten worden. Hoogleraar interne geneeskunde Jos van der Meer, die namens de KNAW meescreef aan het rapport, zei in de Volkskrant: “Te gek om los te lopen natuurlijk dat we daar geld aan uitgeven, zonder dat die middelen ook maar enige bewezen werking hebben.”

Wat vindt Gerrit ten Oever daarvan? “Dat klopt niet, die middelen worden beoordeeld door mensen die er geen verstand van hebben. Je moet gewone geneesmiddelen niet vergelijken met homeopathische middelen. Het is een controverse die al meer dan twee eeuwen bestaat, en zo nu en dan begint het weer van voren af aan.” Ten Oever past ook acupunctuur toe. “De Franse oor-acupunctuur volgens Nogier.” We leggen hem twee uitspraken voor. ‘Nog nooit is door middel van behoorlijk wetenschappelijk onderzoek aangetoond dat acupunctuur inderdaad werkzaam is, hoewel er vrij veel onderzoek

is verricht. Evenmin heeft men ooit door middel van microscopisch weefselonderzoek het bestaan van meridianen en/of acupunctuurpunten kunnen bevestigen.’ En: ‘het wetenschappelijk onderzoek zegt: het is een placebo.’ Ten Oever: “Placebo, wat is placebo? Placebo is ook een geneeswijze. Als je bij mij op spreekuur komt, ik onderzoek je en ik zeg: er is niets met je aan de hand, dan ga je bevrijd naar buiten. *The doctor is a medicine*. Het gaat vaak over *evidence based*, maar volgens Yvo Smulders, hoogleraar interne geneeskunde, is maar 1 op de 130 dingen die je als arts doet *evidence based*. Misschien moeten we wat minder stellig willen zijn en wat vaker zeggen: ik denk dat ... het zou wel eens kunnen zijn dat ... Ik krijg een patiënt, behandel hem met acupunctuur en na een paar dagen is hij van zijn klachten af.”



‘Wat er ook gebeurt, ik ben er voor je’

Gerrit ten Oever is altijd een family doctor geweest, zegt hij. “Je maakt een patiënt en zijn gezin in alle levensfasen mee. Geboorte, gezondheid en ziekte, huwelijk en sterven. Je kunt het levensloopgeneeskunde noemen. Het is fijn om als dokter bij het leven van je patiënten betrokken te zijn. Tijd speelt geen rol, mijn spreekuur loopt ook altijd uit. Ik zeg tegen een patiënt: wat er ook gebeurt, ik ben er voor je. Misschien is het van de oude stempel, maar ik vind het geweldig family doctor te zijn. Ik krijg er energie van.” Na het gesprek zegt zijn vrouw Ellinor, die al 43 jaar met hem in de praktijk samenwerkt: “Het is nu een andere tijd, ik begrijp de artsen van nu wel. Ik geef ze gelijk, er zijn ook andere dingen. Wij hadden geen kinderen, je bent verder aan niemand iets verschuldigd.”

Een goede vraag

Gerrit ten Oever werd geboren in Hoensbroek en studeerde Algemene geneeskunde aan wat nu de Radboud Universiteit Nijmegen heet. Daar leerde hij ook zijn vrouw kennen. Toen hij in 1974 afstudeerde, was er nog geen huisartsenopleiding, hij ging na zijn afstuderen meteen waarnemen. Vanaf 1975 had hij een eigen praktijk in Roermond. Op 1 januari 2018 stopt hij. Vanaf dat moment is hij, na 43 jaar, geen huisarts meer. Hij is 70 nu en oogt bijzonder vitaal. De manier waarop hij over zijn vak spreekt, roept de vraag op: waarom stopt hij? “Dat is een goede vraag.” Emotie trekt over zijn gezicht. “Ik heb er drie jaar over gedaan om dit besluit te nemen. Ik heb nog wel zin, maar ooit moet je een keer ophouden. Het is met pijn in het hart. Ik denk aan de ervaring die ik heb opgebouwd, aan het vertrouwen en respect dat

ik heb gekregen. Ik stop als huisarts, maar ik blijf wel nog wat klussen met alternatieve geneeskunde. Manuele therapie, acupunctuur, voedseltesten. En ik denk erover een boek over energetische geneeskunde te schrijven.” ■

‘Je maakt een patiënt en zijn gezin in alle levensfasen mee. Je kunt het levensloopgeneeskunde noemen’





3

DEBBIE BERTRAND Spoedpost Roermond

MONIQUE RUIJTEN Spoedpost Weert

DAISY HESEN Spoedpost Westelijke Mijnstreek

TRIAGISTEN & EVA'S*

* Eerst Verantwoordelijke Assistentes

DEBBIE BERTRAND
TRIAGISTE EN EVA BIJ SPOEDPOST ROERMOND

Op 27 juni 2017 ging de Huisartsenpost van Meditta in Roermond samen met de Spoedeisende Eerste Hulp van het Laurentius Ziekenhuis. Wat vindt Debbie Bertrand (29), die al vierenhalf jaar voor Meditta werkt, van de nieuwe werksituatie?

“Voor de patiënt is één loket duidelijker. Wat mijn werk betreft: doordat je minder aan de balie zit, heb je minder direct patiëntcontact. Maar tegelijk geeft dat ook rust: je hebt niet tegelijkertijd een patiënt aan de telefoon en een voor je aan de balie. Het patiëntcontact is nu boeiender: je krijgt meer zelfverwijzers en dat zijn vaker spoedgevallen. Het directe contact tussen de eerste en tweede lijn maakt het werk makkelijker, ik denk dat je betere zorg kunt leveren.”

DE DIRECTE LIJN TUSSEN EERSTE EN TWEEDE LIJN



MONIQUE RUIJTEN,
TRIAGISTE EN EVA BIJ SPOEDPOST WEERT

‘HET IS WERKINHOUDELIJK VEEL PRAKTISCHER GEWORDEN’

Op 1 januari 2017 ging de Huisartsenpost van Meditta in Weert samen met de Spoedeisende Eerste Hulp van het St. Jans Gasthuis. Triagiste Monique Ruijten (52) werkte al vanaf 2001 bij de Huisartsenpost van Meditta. Wat vindt zij van haar nieuwe werkomgeving? “Het is werkinhoudelijk veel praktischer geworden. Het oude pand waarin we zaten, was een notariskantoor. Wel sfeervol hoor, maar qua logistiek had het nogal wat haken en ogen. De hele tijd heen en weer lopen tussen de beneden- en bovenverdieping. Nu is alles gelijkvloers en veel overzichtelijker. Praktischer. De dynamiek die ontstaat door de samenwerking met collega's van de SEH is ook prettig. En voor de patiënt is één loket natuurlijk veel duidelijker.”



DAISY HESEN,
TRIAGISTE EN EVA BIJ SPOEDPOST WESTELIJKE MIJNSTREEK IN SITTARD-GELEEN

‘DE SPOEDPOST IS MIJN DERDE KIND GEWORDEN’

Al in 2015 gingen de Huisartsenpost van Meditta en de SEH van het Zuyderland Medisch Centrum Sittard-Geleen officieel samen verder als Spoedpost Westelijke Mijnstreek. Voor Daisy Hesen (36) veranderde niet zoveel: de SEH en de Huisartsenpost zaten namelijk al bij elkaar in het ziekenhuis. Daisy werkt al 16 jaar als triagiste: eerst voor de Huisartsen Dienst Westelijke Mijnstreek, nu dus voor de Spoedpost Westelijke Mijnstreek. Ze heeft twee kinderen en een man en werkt alleen 's avonds, 's nachts en in het weekend. Toen ze begon, dacht ze dat die werktijden tijdelijk zouden zijn. Maar gaandeweg bleek het praktisch met de kinderen: als pappa weg is, is mamma thuis. Als mamma weg is, is pappa thuis. Hoe is het om alleen 's avonds, 's nachts en in het weekend te werken? “Wisselend. Soms vind ik het niet zo erg, andere momenten denk ik: mis ik niet veel?” Het gaat ten koste van je sociale leven, zeker, maar ze heeft hiervoor gekozen. “De spoedpost is mijn derde kind geworden.”

REGIONALE ZORGNETWERKEN

Directeur van het Huis voor de Zorg Jo Maes:

‘Je hebt elkaar nodig’

In Maastricht had je al *Blauwe Zorg*, in de Westelijke Mijnstreek participeert Meditta in de proeftuin *Anders Beter*. Ook in Roermond en Weert wordt - mede dankzij de initiatieven van Meditta - gewerkt aan de verwezenlijking van wat ‘regionale zorgnetwerken’ wordt genoemd. Wat is de gedachte achter dergelijke netwerken? Wat levert zo’n netwerk op? Betere zorg? Kostenbesparing? Een gesprek met een vertegenwoordiger van de klanten: Jo Maes, directeur van het Huis voor de Zorg. Over de populatiegebonden inzet van middelen, kinderen als mantelzorger en het ‘shared savings’-model.

In regionale zorgnetwerken werken de verschillende partijen uit de zorg samen: zorgaanbieders, klanten en zorgverzekeraars. Waaróm die partijen uit ‘de Driehoek’ samenwerken, is an sich vrij helder. Het doel is de gezondheid van mensen te verbeteren, de ervaren kwaliteit van zorg te verbeteren en de kosten te verlagen. Want zoals iedereen wel weet stijgen, mede door de vergrijzing, de zorgkosten. Gekoppeld aan het naar verwachting explosief groeiende tekort aan arbeidskrachten in de zorg, vraagt dat om nieuwe oplossingen. Oplossingen waarmee de zorg goed en betaalbaar gehouden kan worden. Samenwerking is daarbij onontbeerlijk, lijkt het. Belangrijk punt is verder:

de klant staat centraal. Dat is op zich geen nieuw idee, maar een regio is qua grootte het meest logische gebied om dat idee ook daadwerkelijk waar te kunnen maken.

De gezondheid van mensen verbeteren, de ervaren kwaliteit van zorg verbeteren én de kosten verlagen – dat wordt de Triple Aim-gedachte genoemd. Het klinkt een beetje te mooi om waar te zijn: én beter, én goedkoper.

Jo Maes: “Toch kan het. Je kunt *quick wins* maken. Kijk bijvoorbeeld naar de farmacie. Op dit moment worden om onverklaarbare redenen allerlei medicijnen voorgeschreven die niet de goedkoopste zijn. Als

gevolg van farmacieprojecten in regionetwerken krijgen mensen zoveel mogelijk de medicijnen voorgeschreven die het beste werken en tegelijk het goedkoopst zijn. Neem cholesterolverlagers. Het generieke middel waar geen octrooi meer op rust, kost twee cent per tablet. Sommige farmaceutische bedrijven bieden diezelfde tablet – met een kleine toevoeging, om te kunnen zeggen dat het iets bijzonders is – aan voor één euro twintig. Je kunt op je vingers uitrekenen wat je bespaart als je een jaar lang drie cholesterolverlagers voor zes cent of voor drie euro zestig per dag slikt. Ander voorbeeld. Een patiënt komt bij de huisarts met hartklachten. ►



JO MAES



In een aantal gevallen zal de huisarts niet twijfelen en verwijst hij de patiënt meteen door naar de tweede lijn. Waar de patiënt na onderzoek toch te horen kan krijgen dat de klachten niet verontrustend zijn en geen verdere actie nodig is. In andere gevallen twijfelt de huisarts misschien: moet ik de patiënt doorsturen naar de tweede lijn? In Heerlen en Maastricht heb je nu Eerstelijns Pluscentra. Daar kijkt een cardioloog naar de patiënt zonder dat het meteen leidt tot de hoge kosten die de tweede lijn met zich meebrengt. Voor de patiënt is zo'n Eerstelijns Pluscentrum bovendien laagdrempeliger en prettiger. Het resultaat is dus: betere zorg die als beter ervaren wordt én goedkoper is. Mede dankzij Meditta zijn we in Weert en Roermond nu met vergelijkbare initiatieven bezig."

De intentieverklaring voor de oprichting van het regionaal zorgnetwerk in Roermond is niet alleen ondertekend door het Huis voor de Zorg, Meditta,

het Laurentius Ziekenhuis en zorgverzekeraars CZ en VGZ, maar ook door de gemeente Roermond. Waarom is dat?

"De gemeenten zijn, in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning verantwoordelijk voor mantelzorgers. Zorgverleners hebben er bijvoorbeeld vaak geen idee van hoeveel kinderen mantelzorgers zijn. Voor een ziek broertje of zusje, voor een ouder die aan de drank is. Gemeenten weten dat vaak wel, bijvoorbeeld doordat zo'n kind op school in de problemen raakt en dan vertelt wat er aan de hand is. Je hebt elkaar dus nodig. Dat is het mooie van het regionale zorgnetwerk in Roermond: dat ook de gemeente erbij betrokken is."

Een begrip dat je steeds vaker tegenkomt en dat ook in de regionale zorgnetwerken een belangrijke rol speelt, is de 'eigen regie' van de patiënt. Enerzijds klinkt dat goed: de patiënt krijgt meer invloed op wat er

gebeurt. Het is zijn lichaam en zijn gezondheid tenslotte. Maar zit er niet ook een financieel element in? Wat de patiënt zelf doet, hoeft de zorgverlener niet te doen? Zelf bloedsuiker opmeten, bijvoorbeeld?

"De gedachte dat kosten in de hand gehouden kunnen worden door patiënten meer eigen regie te geven, klopt. Maar het gaat nog een stap verder. De oude definitie van het begrip 'gezondheid' van de WHO uit 1948 luidt: 'Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken.' Nu is er een nieuwe definitie in opkomst die spreekt over 'positieve gezondheid'. Positieve gezondheid is het vermogen je aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, sociale en emotionele uitdagingen van het leven. Dat is een veel dynamischer omschrijving. Wat de eigen regie betreft, worden in de positieve gezondheid zes domeinen omschreven. Dan heb je het niet

‘Positieve gezondheid is het vermogen je aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, sociale en emotionele uitdagingen van het leven’



alleen over het fysieke domein, maar bijvoorbeeld ook over de vraag: heb je werk? En dat wordt interessant als je het over eigen regie hebt. Als iemand geen werk heeft, moet het belangrijkste aandachtspunt dan niet zijn: werk vinden? Met positieve gezondheid wordt een nieuwe dimensie toegevoegd en regionale zorgnetwerken omarmen het begrip. Huisartsen, ziekenhuizen en gemeenten: ze gaan er allemaal mee werken. Deze manier van eigen regie voeren levert ook heel andere gesprekken op in de spreekkamer van de huisarts.”

Wie zich verdiept in regionale zorgnetwerken, komt steeds de term ‘populatiegebonden’ tegen. Wat wordt daar precies mee bedoeld?

“Neem als voorbeeld een groep van 100.000 personen. Die betalen elk jaar opnieuw 5.000 euro per persoon aan zorg. Dan heb je het over 500 miljoen euro. Dat is het totale bedrag dat per jaar in de gezondheidszorg in een bepaald gebied

omgaat. Wat je vervolgens in een regionaal zorgnetwerk probeert te doen, is die beschikbare middelen beter en gericht, afgestemd op de behoeften van de populatie in dat specifieke gebied, in te zetten.”

Dus niet, om het zo maar eens uit te drukken, een one size fits all-oplossing bij de inzet van middelen, maar meer maatwerk voor een bepaalde regio?

“Precies.”

Om een regionaal zorgnetwerk in te richten, is een organisatie nodig. Bestaat niet het gevaar dat je weer een nieuwe bureaucratie gaat creëren?

“Ja, dat is een reële zorg. Dat is absoluut een te benoemen risico. Bovendien: de Autoriteit Consument & Markt kijkt mee. Want je moet voorkomen dat het monopolies worden, dat je een bureaucratische organisatie krijgt die in een regio alles bepaalt. De Autoriteit Consument & Markt

moet opletten dat populatiegebonden bekostiging in een regionaal zorgnetwerk niet op gespannen voet komt te staan met fatsoenlijke concurrentieverhoudingen. De ACM heeft ook allerlei handleidingen geschreven om dat in de gaten te houden.”

Tot slot: één van de uitgangspunten bij een regionaal zorgnetwerk is ook wat het ‘shared savings’-model wordt genoemd. Betekent dat dat eventuele besparingen terugvloeien naar de deelnemers?

“Ja. We moeten het nog uitwerken, maar het is de bedoeling dat je de deelnemers beloont. Stel, je bespaart in het netwerk 200.000 euro door goedkopere generieke medicijnen voor te schrijven. Van die besparing kan een derde terug naar de patiënt in de vorm van een goedkopere polis. Een derde gaat terug naar de zorgverzekeraar en een derde naar de zorgaanbieder.” ■

eHealth



‘De invoering van eHealth in Nederland is als het verbouwen van een bestaand pand terwijl de verkoop doorgaat’

Weerstand tegen eHealth is een achterhoedegevecht, niet meedoen is geen optie. Ook in de gefragmenteerde eerstelijnszorg zal in de komende vijf tot tien jaar een digitale aardverschuiving plaatsvinden. Het belangrijkste struikelblok bij de invoering van eHealth zijn niet de patiënten, maar de zorgverleners. Zegt Jan Erik de Wildt, directeur van zorggroep De Ondernemende Huisarts in Eindhoven. Heeft hij nog meer interessante ideeën?

Eerst maar eens even dit. Wie spreekt over eHealth heeft het onder meer over data en datacommunicatie, en wie daarover spreekt heeft het al snel over privacy. Is dat een obstakel bij de invoering van eHealth? Jan Erik De Wildt: “Ik zou het geen obstakel willen noemen, maar een gegeven. Als het om privacy gaat, reage-

ren mensen vaak emotioneel, zo van: dat kun je toch niet doen! De privacywetgeving is een gegeven, je moet voldoen aan wat de wet voorschrijft. Dat kán, maar het maakt het niet altijd eenvoudiger.”

Tekort aan arbeidskrachten

In zijn blog *eHealth: juist nu!* schrijft De Wildt: “Massa-individualisatie is de enige redelijke optie om de Triple Aim-doelstellingen te behalen: dezelfde of betere kwaliteit, tegen lagere kosten en gelijke of hogere klanttevredenheid. Voor massa-individualisatie zijn digitalisering en eHealth nodig.” De arbeidsmarkt is een belangrijke drijfveer achter de introductie van eHealth, stelt De Wildt. Mensen worden ouder met meer chronische ziekten en blijven steeds langer thuis. Ruim 85 procent van alle ouderen woont thuis en een behoorlijk deel daarvan doet een beroep op zorg, toezicht, begeleiding, verzorging en

verpleging. Maar de noodzakelijke wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgenden zijn gewoon niet beschikbaar. Waarvoor wordt dat tekort aan arbeidskrachten in de zorg eigenlijk veroorzaakt? De Wildt: “Ik zou drie oorzaken willen noemen: vergrijzing, ontgroening en trek naar de grote steden.” Vanwege die tekorten op de arbeidsmarkt is er geen alternatief voor eHealth, betoogt De Wildt. Zou het verhogen van lonen voor medewerkers in de zorg niet ook kunnen helpen? Een hoger salaris maakt het aantrekkelijker om voor verpleegkunde te kiezen. “Dat is zo. Maar de zorg groeit harder dan het beschikbare budget, en ik zie niet dat er nog meer geld bijkomt. In alle sectoren waar iets dergelijks speelt, wordt de oplossing gezocht in digitalisering. Dat moet ook de zorg doen: substantieel inzetten op eHealth.” ►

‘De noodzakelijke wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgenden zijn gewoon niet beschikbaar’

Vier uur rijden voordat je bij de dokter bent

Veel eHealth-experimenten mislukken – dat is altijd zo bij innovaties. Maar De Wildt ziet ook talloze waardevolle proposities: thuismonitoring voor hartfalen, COPD en diabetes, bijvoorbeeld. Dat woord ‘proposities’ maakt een beetje achterdochtig. Voorstellen? Betekent dat dat de goede werking van eHealth-oplossingen in de praktijk nogal tegenvalt? “Ja en nee. De meeste winst valt vaak te boeken in gevallen waar de oude situatie niet goed was. Concrete toepassingen vind je bijvoorbeeld in de GGZ. Toegang tot GGZ was vroeger vaak lastig. Mensen die ’s nachts angstig of depressief werden, waar konden die terecht? In de crisisopvang? Met een laagdrempelige eHealth-toepassing kan dat verbeteren. Hetzelfde zie je bijvoorbeeld in Finland: als je vier uur moet rijden voordat je bij een dokter bent, stuur je liever een foto op.” Paradoxaal genoeg is de invoering van eHealth dus vaak lastiger als de uitgangssituatie al goed is – zoals in Nederland. “De invoering van eHealth in Nederland is als het verbouwen van een bestaand pand terwijl de verkoop doorgaat.”

De helft van de mensen is niet geschikt voor eHealth

Daar komt dan nog bij dat tijdens de verbouwing de klanten in de rij staan. Een economische noodzaak lijkt er dus ook niet te zijn. Toch moet eHealth, zegt De Wildt. En daar zijn twee redenen voor. “Op de eerste plaats: dertig procent van de patiënten in een gemiddelde huisartspraktijk is eHealth-minded. Dat zijn vooral jongeren en hoogopgeleiden. Zij willen dat hun huisarts op hun wensen inspeelt en zijn bereid naar een andere huisarts te gaan als dat niet het geval is. Je hebt het dan over een niet onbelangrijk deel van de omzet van een huisartsenpraktijk. Belangrijk is ook je te realiseren dat ongeveer de helft van de mensen niet geschikt is voor eHealth. Dat kan allerlei oorzaken hebben. Mensen met een beperkter IQ kunnen het te ingewikkeld vinden, ook voor ouderen of mensen met beperkte computervaardigheden is het niet geschikt. Als je die mensen de tijd wil geven die ze nodig hebben, is het handig als je de patiënten die het wel kunnen en willen met eHealth bedient.” Daarbij komt, stelt De Wildt, “dat ook in de gefragmenteerde eerstelijnszorg in de komende vijf tot tien jaar een digitale aardverschuiving zal plaatsvinden.” Over welke aardverschuiving heeft hij het? “Nu wordt ongeveer 5 procent van de zorg op

afstand geleverd. Binnen tien jaar zal dat 25 procent zijn. En binnen drie tot vijf jaar zie ik een virtuele huisarts ontstaan. Dat zal gebeuren in de Randstad.” Een zorgorganisatie als Meditta is bij uitstek geschikt voor het organiseren van eHealth. “Voor een deel van de toepassingen heb je schaalgrootte nodig. Een organisatie als Meditta kan eHealthbeleid maken, dat kun je als individuele huisarts niet.”

En dan: de patiënt

Tot slot de vraag: hoe kijkt de patiënt tegen dit alles aan? “Een deel van de patiënten is erg positief. In het algemeen kun je stellen dat patiënten positiever over eHealth zijn dan de zorgaanbieders; het probleem ligt eerder bij die laatsten. Dat is wel begrijpelijk, want als huisarts heb je het nu al erg druk. Bovendien moet de betaling voor al die innovaties vaak uit eigen zak komen. Het is zoals ik zei: het is een verbouwing van een bestaand pand terwijl de verkoop doorgaat.” ■

‘In de eerste lijn wordt wel voortdurend *gesproken* over **eHealth-oplossingen**, maar in de praktijk gebeurt nog niet heel veel’

Jos Cober, Algemeen bestuurder van Meditta, is het met Jan Erik de Wildt eens: de omstandigheden zullen ook de eerstelijnszorg dwingen te kiezen voor eHealth-oplossingen. Dus gaat Meditta aan de slag.

In het zorggebied van Meditta zijn op dit moment 17.000 patiënten met suikerziekte. Dat aantal zal de komende jaren hard groeien, voorspelt Cober. “Als we niks doen, kunnen we de zorg die nodig is niet blijven leveren.” De Wildt zegt in zijn verhaal ook: “Voor een deel van de toepassingen heb je schaalgrootte nodig. Een organisatie als Meditta kan eHealthbeleid maken, dat kun je als individuele huisarts niet.” Cober is het daar uiteraard mee eens, maar is het risico niet dat overal in Nederland organisaties als Meditta opnieuw het wiel aan het uitvinden zijn? Cober: “Dat risico bestaat. Maar voor zover ik weet wordt in de eerste lijn wel voortdurend *gesproken* over eHealth-oplossingen, maar in de praktijk gebeurt nog niet heel veel. En als er al iets gebeurt, ligt het initiatief vaak bij de industrie. Die ziet hierin een grote markt.”

Eigen regie ondersteund door eHealth

Wat gaat Meditta doen? De lijn waarvoor gekozen wordt, is: de patiënt krijgt zelf meer de regie en wordt daarbij ondersteund door eHealth-toepassingen. Belangrijk in de aanpak van Meditta is dat de betrokken huisartsen, praktijkondersteuners en commerciële partijen het *samen* met de patiënten gaan doen. “Het is niet zo dat we iets maken en dan tegen de patiënt zeggen: hier heb je het. We gaan niks bouwen waar de patiënt niet op zit te wachten.”

Telemonitoring

Meditta begint met een tiental patiënten met suikerziekte. Die krijgen een weegschaal, een bloeddrukmeter en een bloed-suikermeter. Via een beveiligde verbinding die aan alle veiligheids- en privacyvoorwaarden voldoet, staan ze in contact met een beveiligd platform. Het idee is dat ze enerzijds zelf hun gewicht, bloeddruk en bloedsuiker kunnen meten en doorgeven, en anderzijds vanuit Meditta gemonitord worden zodat zo nodig snel geïnterveneerd kan worden.

Telemonitoring of thuismonitoring zijn de termen die hiervoor gebruikt worden. Het idee is dat patiënten via het platform ook vragen kunnen stellen en gecoacht kunnen worden. Het project gaat binnenkort van start: rond de jaarwisseling is een bijeenkomst met patiënten waarop onder meer de apparatuur uitgereikt zal worden. Cober: “We beginnen met een kleine groep van tien patiënten, maar die gaan we snel uitbouwen tot vijftientig. En het zal niet beperkt blijven tot suikerziekte: ook patiënten met hartklachten en longziekten bijvoorbeeld kunnen op deze manier geholpen worden.” ■

‘We gaan niks bouwen waar de patiënt niet op zit te wachten’

Opnemen van gesprekken door de patiënt

De onlangs door de KNMG gepresenteerde handreiking over hoe om te gaan met het opnemen van gesprekken door patiënten, ging gepaard met nogal wat publiciteit. Maar is het werkelijk al een belangrijk onderwerp in de dagelijkse huisartsenpraktijk? Mocht de behoefte toenemen, hoe zit het dan met de juridische aspecten? En, belangrijker misschien nog, wat voegt het opnemen van een gesprek toe?

De juridische kant is, afgaand op de handreiking van de KNMG, vrij helder. Een patiënt mag een gesprek met een arts voor privégebruik opnemen, ook zonder de arts vooraf in te lichten. Openbaarmaking van een opname mag alleen als de arts ermee heeft ingestemd. Als iemand op Facebook een bericht beperkt toegankelijk maakt voor 'vrienden' in plaats van het op 'openbaar' te zetten, beschouwt de Hoge Raad dit toch als openbaar maken als het om een groep van twintig of meer personen gaat. Of een geluidsopname als bewijs in een juridische procedure mag worden gebruikt, beslist de rechter. Dit geldt zowel in een civiele procedure als in een tuchtrechtprocedure.

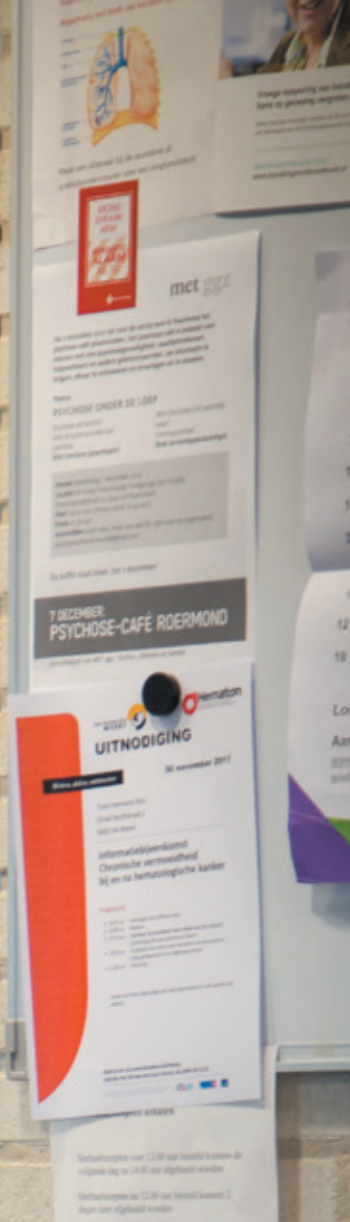
'Een opname maakt daarbij geen verschil'

'Open communicatie' tussen huisarts en patiënt is een sleutelbegrip in de handrei-





RUUD WEIJNEN



Of een geluidsopname als bewijs in een juridische procedure mag worden gebruikt, beslist de rechter

king van de KNMG. Hang een aankondiging in de wachtkamer dat het opnemen van gesprekken is toegestaan, maar dat het prettig is dat vooraf te melden. Vraag de patiënt waarom hij een opname wil, zeg het ook als je je daar als arts ongemakkelijk bij voelt. Biedt eventueel aan het gesprek aan het einde bondig samen te vatten, zodat de samenvatting opgenomen kan worden. Dergelijke adviezen klinken verstandig, maar het gevaar van juridisering van het spreekuur blijft toch op de loer liggen. Of valt dat wel mee? Ruud Weijnen, huisarts in Weert: "Tot nu toe is het opnemen van gesprekken volgens mij geen groot issue. De enkele keer dat een patiënt mij vroeg om een gesprek op te mogen nemen, voelde ik daar verder geen bevangenheid bij. Ik zou er wel moeite mee hebben als het stiekem gebeurde, dat zou ik beschouwen als een motie van wantrouwen. Wat de juridisering

betreft: open communiceren betekent ook dat je als arts duidelijk bent tegen een patiënt. Je zegt: dit weet ik zeker, dat weet ik niet zeker. Je moet een vermoeden niet als waarheid verkopen, een opname maakt daarbij geen verschil."

'Als je dat allemaal goed doet, heb je geen opname nodig'

Niet uit het oog moet worden verloren, zegt Weijnen, wat het uiteindelijke doel van dit alles is. Het doel is dat de patiënt begrijpt wat de arts zegt. "Dat betekent dat je op de eerste plaats helder moet zijn. Op de tweede plaats: wees compact in je communicatie. En op de derde plaats: geef de patiënt de gelegenheid vragen te

stellen, ook in tweede instantie bij een vervolgspraak. Als je dat allemaal goed doet, heb je geen opname nodig." Bij een huisarts ligt dat misschien makkelijker dan bij een specialist, geeft Weijnen toe. "Misschien moeten we het dan zo formuleren: we moeten niet streven naar meer opnames, we moeten ernaar streven dat de communicatie in het ziekenhuis even goed wordt als in de eerste lijn." ■

'We moeten niet streven naar meer opnames, we moeten ernaar streven dat de communicatie in het ziekenhuis even goed wordt als in de eerste lijn'



SAMEN BESLISSSEN IN DE ZORG

Een grotere rol voor de patiënt

Komt het vaak voor dat je als arts een stilte laat vallen in een gesprek met een patiënt? En, om die platgetreden uitdrukking maar eens in een goede context te gebruiken: durf je je als arts kwetsbaar op te stellen? Toe te geven dat je ongelijk hebt? Misschien had u het al begrepen: we hebben het over samen beslissen door arts en patiënt.

Op 4 oktober 2016 werd de campagne *Betere zorg begint met een goed gesprek* gelanceerd. Door de Patiëntenfederatie Nederland en de Federatie Medisch Specialisten - samen met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. Het idee was: samen beslissen door arts en patiënt over de meest geschikte behandeling gebeurt steeds meer, maar het kan nog beter. Dus werden alle patiënten, artsen en ziekenhuizen opgeroepen aan de campagne mee ►

te doen. Ruim een jaar verder luidt de vraag aan Kay Liedekerken, huisarts in Sittard en voorzitter van Haco West, de Huisartsencoöperatie Westelijke Mijnstreek: staat het onderwerp 'samen beslissen' goed op het netvlies van de gemiddelde huisarts?

Stiltes

"Ja, maar niet per se door die campagne." Want, wil Kay Liedekerken zeggen, huisartsen zijn zich maar al te goed bewust van het belang van goed luisteren naar een patiënt. Dat dat nodig is, mag blijken uit de uitspraak van een patiënt op de campagnewebsite 3goedevragen.nl: 'Vaak ga ik met meer vragen naar huis dan ik naar het spreekuur was gekomen.' Dat is iets wat je als arts natuurlijk nadrukkelijk wil voorkomen. Max Visser, Medisch bestuurder bij Meditta: "Een huisarts benadert een ziekteprobleem vaak toch al holistischer. Hij is eerder geneigd te kijken naar het sociale kader, hoe de situatie thuis is en andere omstandigheden." Goed luisteren kan ook betekenen dat je stiltes kunt laten vallen in een gesprek met een patiënt – daar is Liedekerken het mee eens. "En je kwetsbaar opstellen, dat leer je."

Meer dan luisteren

Goed luisteren naar een patiënt is belangrijk, maar er zijn meer instrumenten die ingezet kunnen worden om daadwerkelijk samen tot een goede beslissing te komen. 'Backtrack', bijvoorbeeld, een begrip dat letterlijk vertaald kan worden met 'teruggaan langs dezelfde weg'. Of anders geformuleerd: nagaan of het ook echt is overgekomen wat je als arts hebt gezegd. Een belangrijk instrument vormen ook de '3 goede vragen' die een patiënt aan een arts zou moeten stellen: Wat zijn mijn mogelijkheden? Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden? Wat betekent dat in mijn situatie? Max Visser: "Het is belangrijk dat de patiënt een grotere rol gaat spelen in de keuzes die gemaakt kunnen worden bij de aanpak van een probleem. Stel, iemand heeft een knieprobleem. Hij is 45 en voetbalt. Is een operatie de beste oplossing? Stoppen met sporten? Een andere sport gaan beoefenen?" Kay Liedekerken: "Ook de zorgen die achter een probleem liggen, kunnen belangrijk zijn. Ik vraag vaak: wat heb je al op internet gevonden? Daar moet je als arts voor open staan. Ik vraag ook op

'Het is belangrijk dat de patiënt een grotere rol gaat spelen in de keuzes die gemaakt kunnen worden bij de aanpak van een probleem'

“





‘Voor patiënten kan het stellen van de 3 goede vragen een hele omslag betekenen – niet iedereen zal dat even makkelijk doen’

”

welke websites ze gekeken hebben en wijs ze op de goede sites.” Voor patiënten kan het stellen van die 3 goede vragen een hele omslag betekenen – niet iedereen zal dat even makkelijk doen. Artsen kunnen een proactieve rol spelen om het te bevorderen, bijvoorbeeld via narrowcasting of een affiche in de wachtkamer. Ook het opnemen van het gesprek door de patiënt kan een instrument zijn om het ‘samen beslissen’ te bevorderen. Over dat onderwerp elders in dit magazine meer.

Wie is de deskundige?

Een uitspraak: ‘Samen beslissen is mooi, het is belangrijk dat de omstandigheden van de patiënt worden meegenomen, maar als arts ben ik de deskundige.’ Liedekerken: “Als huisarts weet ik over heel veel dingen een beetje. Maar de patiënt kent zijn eigen lichaam het beste.” De medische kennis van de arts en de persoonlijke context van de patiënt zijn allebei belangrijk bij het samen nemen van een goede beslissing. Is het daarbij nog van belang of je te maken hebt met hoger of lager opgeleide patiënten? Zijn hoogopgeleide patiënten gemiddeld genomen niet assertiever? Anders gezegd: hoe krijg je ook lager opgeleide patiënten mee? Ja, hoger opgeleide patiënten zijn vaak assertiever, bevestigt Liedekerken. Maar, zegt Visser: “Onderschat niet hoe vaak ook lager opgeleide patiënten al op internet gezocht hebben. Belangrijk is vooral dat die 3 goede vragen structuur geven aan een gesprek. Dat is ook voor hoger opgeleiden nuttig.” Poli’s in ziekenhuizen vragen ook aan patiënten om zich voor te bereiden met behulp van die drie vragen. Als huisartsen dat eveneens doen, bevordert dat de duidelijkheid.

Meditta

Meditta wil dit thema graag tot een succes maken, zegt Visser. In de Westelijke Mijnstreek bijvoorbeeld loopt het project *Samen beslissen*, onderdeel van het proeftuinproject ‘Anders beter’. Daarin zit Meditta aan tafel met patiënten, apothekers, ziekenhuis en zorgverzekeraar. In Weert is de bestaande samenwerking tussen huisartsen en specialisten al uitgegroeid tot een project in dit kader en ook in Roermond is belangstelling. ■

A portrait of Erwin Vijgen, a middle-aged man with short grey hair and black-rimmed glasses. He is wearing a light grey V-neck sweater over a blue button-down shirt and dark blue trousers. He is leaning against a dark teal wall, with his right hand in his pocket and his left hand resting on his knee. The lighting is soft, coming from the side, creating a slight shadow on the wall behind him.

Erwin Vijgen,
33 jaar huisarts, bestuurder en ondernemer

**‘Een huisartsenpraktijk
is een onderneming,
maar niet elke huisarts
is ondernemer’**

Van iemand die 33 jaar huisarts is, mag je verwachten dat hij interessante dingen kan vertellen. Over marktwerking in de zorg, bijvoorbeeld. Over de bestuurlijke kant van het werk en het ondernemerschap. En over het vak zelf natuurlijk. Over de toekomst ervan en wat hem er nog steeds zo in aantrekt.

.....

In 1985, twee jaar nadat hij was afgestudeerd aan de Universiteit Maastricht, begon Erwin Vijgen (1956) samen met zijn vrouw een huisartsenpraktijk. "Mijn vader, die ook huisarts was, was enkele jaren daarvoor plotseling overleden. Ik had een moeilijke tijd achter de rug en zocht stabiliteit in mijn leven." Nu, 33 jaar later, is de in Hoensbroek opgegroeide Vijgen nog steeds huisarts, in Geleen. Hij zat in 2001 in het oprichtingsbestuur van de Huisartsen Dienst Westelijke Mijnstreek en was van 2010 tot 2015 Medisch bestuurder bij Meditda.

'Nu is er eigenlijk geen marktwerking in de zorg'

In 2013 werd Vijgen geïnterviewd door de NRC over de vraag waarom toch zoveel patiënten naar Belgische ziekenhuizen gaan. De journalist noemde als belangrijke redenen onder meer: België kent minder regels, de Belgische dokter is ondernemer en in Nederland bestaat marktwerking niet echt. "Het belang van de ziekenhuisdirectie om de vier grote verzekeraars ter wille te zijn is misschien wel groter dan dat om de individuele patiënt goed te helpen", schreef de journalist. Het artikel laat zich lezen als een pleidooi voor meer marktwerking in de zorg. Is Vijgen daar ook een voorstander van? "Ik ben niet zozeer voor méér marktwerking, maar voor een andere vorm van marktwerking. Het gaat erom dat de huisarts gestimuleerd wordt de patiënt zo goed mogelijk te behandelen. Een huisarts moet goede huisartsenzorg kunnen leveren en daarbij niet tegengehouden worden door een bekostigingsstelsel. Maar we hoeven niet te overdrijven: de zorg in Nederland is gemiddeld genomen heel goed. En geen enkele huisarts hoeft om financiële redenen weinig tijd te hebben voor een patiënt. Hij kan zijn eigen dag indelen en heeft nog steeds een heel behoorlijk inkomen. Zo zie ik het tenminste."

'Hoe regel je dat ze op tijd komen?'

Toen in 2001 de Huisartsen Dienst Westelijke Mijnstreek werd opgericht, zat Erwin Vijgen in het oprichtingsbestuur. Dat was

een hectische tijd. "Je moest een groot-schalige organisatie opzetten. Je verzorgingsgebied was opeens niet meer 10.000 patiënten, maar 180.000. Er moesten triagisten opgeleid worden, auto's met chauffeur geregeld worden. Je richtte een zorgbedrijf op dat moest voldoen aan de wet- en regelgeving." Het was niet allemaal even makkelijk. "Huisartsen zijn zelfstandige ondernemers, en eigenwijs. Je moest een dienstrooster maken. Hoeveel diensten moet iemand doen? En hoe zorg je ervoor dat ze op tijd komen? Iemand's praktijk sluit om half zes, is hij dan op tijd bij de post? Het waren altijd dezelfde pappenheimers die te laat kwamen. Hoe regel je dat ze op tijd komen? Moet je sancties opleggen? Een collega leg je geen sancties op. Maar uiteindelijk is het allemaal gelukt." In hoeverre was het bestuurschap verrijkend? Je zou kunnen denken: als huisarts heb je je handen sowieso wel vol. "Ik vond het geweldig, een organisatie opzetten. Dat kun je ook niet doen als je het niet leuk vindt." In 2007 werd Meditda opgericht. Vijgen werd medisch bestuurder en zou dat tot 2015 blijven. Daar was hij één tot anderhalve dag per week mee bezig, hij deed het naast zijn praktijk. Nu is hij weer gewoon huisarts in Geleen, maar hij heeft wel nog een mening over de toekomst van Meditda als huisartsenondersteuningsorganisatie. "Ik zie de toekomst positief. Meditda moet zich richten op ondersteuning van de huisartsen op het gebied van chronische zorg, spoedzorg en managementondersteuning. En dicht bij de huisarts blijven staan. Het moet geen bureaucratisch bedrijf worden."

'Je wordt geen huisarts om ondernemer te zijn'

Nog even terug naar de huisarts als ondernemer. Wie een eigen praktijk heeft, is in feite een ondernemer – daar is Vijgen het mee eens. Toch, zegt hij: "Een huisartsenpraktijk is een onderneming, maar niet elke huisarts is een ondernemer. Niet elke praktijk wordt even efficiënt gerund. Sommige artsen hebben gewoon geen zin in dat deel van het werk. En dat kun je ze niet kwalijk nemen. Je wordt geen huisarts

om ondernemer te zijn, je wordt huisarts om zorg te verlenen. Ik spreek daar overigens geen waardeoordeel mee uit: ondernemerschap kan heel positief zijn in de huisartsenzorg."

Het vak

In die 33 jaar dat hij huisarts is, heeft Erwin Vijgen toch altijd het meeste voldoening gevonden in het werk in zijn praktijk, in de patiëntenzorg. "Samen met de patiënt op weg om problemen op te lossen. Vertrouwenpersoon zijn." Soms is het ook een moeilijk vak. Als je vierentwintig uur per dag klaar moet staan voor stervensbegeleiding, bijvoorbeeld. "Dat geeft veel voldoening, maar het is zwaar." En diensten in het weekend draaien nadat je net een zware werkweek achter de rug hebt – ook niet altijd even prettig. De wereld staat overigens niet stil, er is een nieuwe generatie huisartsen op komst. Artsen met een partner die niet meewerkt in de praktijk, maar zelf een andere carrière heeft. Artsen die in een andere stad wonen dan de stad waarin hun praktijk gevestigd is. En: tachtig procent van de nieuwe huisartsen is vrouw. De toekomst ligt dan ook, denkt Vijgen, bij grote praktijken waar huisartsen werken op een manier die het best bij hun leven past. Een leven waarin ook tijd is voor andere dingen.

.....

'Geen enkele huisarts hoeft om financiële redenen weinig tijd te hebben voor een patiënt'

.....

Tot slot. Heeft hij, vanuit zijn 33-jarige ervaring, nog wijze woorden voor de jonge huisarts die nu net begint? Lachend: "Naarmate ik ouder word, twijfel ik daar steeds meer aan. Maar ik zou zeggen: het is een prachtig vak, geniet ervan. Je bent vertrouwenspersoon van je patiënten. Dat geeft heel erg veel voldoening. Het is breed, je kunt je bestuurlijke en ondernemerskwaliteiten erin kwijt. Het is een van de mooiste vakken die je kunt hebben." ■

DE KWALITEITSSTANDAARD

HaZo24

Certificering, dat is zoiets. Het kost vaak veel tijd en energie, maar word je er ook echt gelukkiger van? Of, anders geformuleerd: wat levert het precies op? Toon Matthee, huisarts in Roermond, doorliep samen met zijn vrouw het certificeringstraject HaZo24. Hoe hebben zij het ervaren? Een verslag uit de praktijk.

HaZo24 is een kwaliteitsstandaard voor 24-uurs huisartsenzorg. De standaard betreft dus niet alleen de huisartspraktijk, maar ook de huisartsenposten, de eerste lijns centrale organisatie én de ketenzorg. De norm is opgezet vanuit de behoefte alle onderdelen van de 24-uurs huisartsenzorg onder één paraplu te kunnen accrediteren.

Tijd en energie

“Het was een heel intensief proces”, zegt Toon Matthee. “Niet zozeer voor mij, maar wel voor het personeel.” Matthee beheert samen met zijn vrouw Bertheke zijn eigen praktijk in de vorm van een man-vrouw-maatschap. Bertheke Matthee: “Alles wordt tijdens zo’n certificeringsproces geprotocolleerd. Bijvoorbeeld ook het voorraadbeheer. Op een gegeven moment zat ik de pincetten te tellen. Die protocollen moeten opgeschreven worden en vervolgens in het certificeringshandboek op de computer worden ingevoerd. We hebben de assistente extra uren gegeven om het werk af te krijgen.” Je begint, zegt mevrouw Matthee, met een nulmeting. Die wordt door Meditta gedaan. Als je besluit het certificeringsproces te gaan volgen, krijg je van Meditta ook procesondersteuning. Zo vul

je als het ware langzaam maar zeker het certificeringshandboek in. Bij huisartsenpraktijk Matthee heeft dat proces een klein jaar geduurd: in juni 2016 begonnen ze ermee, in april 2017 kregen ze het HaZo24-certificaat.

Schrijf het maar eens op

De HaZo24 kwaliteitsnorm omvat allerlei onderdelen. Gekeken wordt bijvoorbeeld naar onderwerpen als risicomanagement, personeel, veiligheid gebouw, inkoop, onderhoud apparatuur, klanttevredenheidsmeting, beleidsplan. Beleidsplan? De taak van een huisarts is toch duidelijk? Heb je dan een beleidsplan nodig? Bertheke Matthee: “Tijdens het opschrijven van sommige dingen denk je inderdaad af en toe: maar dat is toch logisch, natuurlijk doen we dat zo!” Toon Matthee: “Verzekeraars, overheid en de NZa vragen natuurlijk toch steeds meer: laat maar eens zien wat je doet, schrijf het maar eens op.”

Maar er is meer

Een van de redenen om het certificeringsproces in te gaan, was het feit dat Matthee over niet al te lange tijd zijn praktijk wil overdragen. Mevrouw Matthee: “Je wil het

netjes aan je opvolger overdragen. Maar je wil je werk ook langs een meetlat leggen. We doen dit nu 24 jaar, hebben we het goed gedaan?” Het boek *Lean in de Huisartsenpraktijk* van Margareth Heuveling was een inspiratiebron voor Bertheke Matthee. “Het is heel motiverend om de praktijk *lean* te maken. Het geeft een extra boost aan het werk, het geeft een goed gevoel, ook aan je medewerkers. Je hebt het idee: je werkt samen naar iets toe. Ik weet niet of patiënten het certificaat zien, maar voor ons was het een goed proces.” Dat kwam bijvoorbeeld ook doordat ze hun visie op hun eigen huisartsenpraktijk moesten opschrijven. Dat dwingt je niet alleen om daar goed over na te denken, je deelt het ook met je medewerkers, je werkt er samen aan. “Ik kan het iedereen aanbevelen dit te doen”, zegt mevrouw Matthee. ■



.....

27 PRAKTIJKEN,
3 HUISARTSENPOSTEN
EN 1 ZORGGROEP ZIJN
BINNEN MEDITTA
GECERTIFICEERD VOLGENS
DE HAZO24-NORM



BERTHEKE EN TOON MATTHEE





MEDITTA



DE MEDITTASHOP
BIEDT HET VOORDEEL
VAN GEZAMENLIJKE
INKOOP EN GOEDE
AFSPRAKEN MET
DE LEVERANCIER
ERIC LEMMENS
INKOPER

WWW.MEDITTASHOP.NL

MAANDAANBIEDING JANUARI

Geldig tm 31-01-2018

URINE ANALYSER

URYXXON RELAX MET
INGEBOUWDE PRINTER WIT

ARTIKELNR. 1700027

VAN € 509,70

VOOR € 425



DERMASCOOP KOP

HEINE DELTA 20 T

ARTIKELNR. 3007357

VAN € 828,60

VOOR € 665



SPOT-MONITOR

WELCH ALLYN CONNEX
SPOT-MONITOR NIBP 3 EN 5 MIN.
INTERVAL (EXCL. VOEDINGSKABEL)

ARTIKELNR. 1700072

VAN € 1.336

VOOR € 1.075



TYMPANOMETER

AMPLIVOX OTOWAVE 102-1

ARTIKELNR. 3007118

VAN € 2.040,05

VOOR € 1.690



De Meditta webwinkel voorziet in een ruim assortiment medische verbruiksmiddelen, materiaal voor laboratoriumdiagnostiek en kantoorbenodigdheden.

Het aanbod wordt continue aangepast aan de laatste ontwikkelingen.

U profiteert van kortingen tot 20% waardoor u bij Meditta een lage prijs betaalt!

De Meditta shop is voorzien van een scan- en voorraadmodule en heeft elke maand een aanbieding!

Vermelde prijzen zijn excl. BTW