

MEDITTA MAGAZINE

A woman with brown hair, wearing a pink V-neck shirt under a black cardigan, holds a green pear directly in front of the camera lens. She has a slight smile and is looking directly at the viewer. The background is a plain, light-colored wall.

JAARGANG 2 | NUMMER 1 | ZOMER 2018

Leefstijlcoaching

**De wethouder en
de zorgverzekeraars**

**Zelfmanagement
met Chipmunk Health:
de muziek, niet af en
toe een paar noten**



MEDITTA

INHOUD

HealthyLIFE



8

Praktijkmanagement

18

De wethouder en de zorgverzekeraars



20

COÖPERATIE NIEUWS

Spoedzorg in de Westelijke Mijnstreek

Weert en het binden van de achterban

Een cadeau voor het Moeder & Kind Centrum

4

Transmuraal formulier



12

Tjeu Klaassen Geen neutraal persoon



14

Waar vind ik een eerstelijnsverblijf?



24

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

Cartoon
Joep Bertrams
Tekst
Jules Coenegracht Maastricht

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

De redenen van Roelf Norg

26

Beeldbellen

30

LHV-kring Limburg

Druk met de eigen praktijk

32

De muziek van Chipmunk

36

MUZIEK

Mocht het zo zijn dat de inhoud van dit derde nummer van Meditta Magazine representatief is voor ontwikkelingen in de gezondheidszorg, dan kunnen we daar iets uit afleiden.

Ik maak me sterk dat u het nog niet wist, maar eHealth en verdere samenwerking zijn onontkoombaar. Wethouder Smitsmans van Roermond zegt daar interessante dingen over. 'Hoe harder de gemeente werkt, des te beter de zorgverzekeraars ervan worden.' Die zit. Samenwerking is ook handig als je op zoek bent naar een eerstelijnsverblijf. Een nieuwe app, de ZorgBedWijzer, moet het leven in dit opzicht een stuk makkelijker maken. En als we het toch over dit soort dingen hebben, is de pilot beeldbellen ook vermeldenswaard. Bijna onnadrukkelijk lijkt deze eenvoudige vorm van eHealth nuttige diensten te bewijzen bij spoedposten. Samenwerking is ook waar de voorzitter van de LHV-kring Limburg het over heeft, en de beoogd voorzitter van de nieuwe Huisartsencoöperatie Weert en Omstreken. En wat te denken van het transmuraal formularium? Alleen de naam al kan een warm gevoel geven. Ook in een ander opzicht spelen warme gevoelens een rol in dit nummer. Tjeu Klaassen, huisarts in Oirsbeek, viert op 31 augustus het feit dat hij veertig jaar huisarts is. U bent bij dezen uitgenodigd. Hij heeft zijn praktijk overgedaan aan zijn dochter, maar helemaal weg te branden is hij toch nog niet: inmiddels werkt hij alweer twee dagen per week in wat nu de praktijk van zijn dochter is.

Warme gevoelens kan een mens ook krijgen bij het horen van muziek. Erik Duisens, oprichter van Chipmunk Health, heeft dat bij het product dat hij ontwikkelde. Het is een vorm van thuismonitoring die het mogelijk maakt dat een huisarts niet alleen af en toe een noot hoort als het om de gezondheid van zijn patiënt gaat, maar de hele partituur, de muziek. Op die manier kan eHealth zelfs mooi zijn.

Jos Cober

MARIANNE VERKUYLEN

PA's op de Post

Werkdruk bij de Spoedpost
Dat de werkdruk bij Spoedposten vaak hoog is, mag bekend verondersteld worden. Ook landelijk is het een veelvoorkomend verschijnsel. HACo West werkt aan oplossingen.

Op korte termijn is een mogelijke oplossing de aanstelling van physician assistants, afgekort PA's. "We zijn van plan PA's bij de Spoedpost aan te stellen", zegt manager Marianne Verkuylen. Die werkdruk was er al langer, waarom zolang gewacht met het aanstellen van

die physician assistants? Bestuurslid van HACo West Hanny Arets: "Het probleem is dat er geen budget voor beschikbaar is. We hebben nu een constructie bedacht waardoor het mogelijk is binnen het bestaande budget toch PA's aan te stellen."

Een ontwikkeling waar ook aan gewerkt wordt en die op iets langere termijn bij kan dragen aan een oplossing, is Spoedzorg 2.0. Bij Spoedzorg 2.0 is zowel de eerste lijn als Zuyderland betrokken. Het gaat het om de juiste kanalisatie

van de spoedzorg: de patiënt moet goed geholpen worden, maar ook meteen op de goede plek terechtkomen. Hanny Arets geeft een voorbeeld van een vraag die in dat verband gesteld kan worden. "Wat doe je als een patiënt 's avond belt met een ontstoken teen? Die patiënt moet goed geholpen worden, maar moet hij naar de Spoedpost?" Onder meer op dat soort vragen moet Spoedzorg 2.0 goede antwoorden gaan formuleren. ■

A close-up portrait of Hanny Arets, a woman with short blonde hair and glasses, looking slightly to the left. She is wearing a red top and a silver necklace. The background is blurred.

HANNY ARETS

Lateralisatie en de consequenties voor de spoedzorg in de Westelijke Mijnstreek

‘Hanny is er zo ongeveer dag en nacht mee bezig’

Zuyderland is doende de zorg tussen de locaties Sittard en Heerlen te herschikken. Die zogenoemde lateralisatie van de zorg kan gevolgen hebben voor de spoedzorg in de weekends en avonduren. Kindergeneeskunde bijvoorbeeld wordt in Heerlen geconcentreerd. Als zich ’s avonds of in het weekend in Sittard een spoedgeval voor kindergeneeskunde aandient, is daar in principe dus geen kinderarts aanwezig. Een serieus vraagstuk. Wat wordt eraan gedaan?

Op 7 juni heeft het bestuur van HACO West over het probleem gesproken met twee leden van de Raad van Bestuur van Zuyderland, voorzitter David Jongen en bestuurslid Wideke Nijdam. Ook het Medisch Stafbestuur van Zuyderland was aanwezig. Hanny Arets, bestuurslid van HACO West: “De uitkomst van het gesprek is dat het probleem nu helder is. Zuyderland heeft toegezegd hard op zoek te gaan naar een goede oplossing. En ons als bestuur van HACO West daarbij te betrekken. In de praktijk betekent het dat we voorlopig één keer in de twee weken

met Zuyderland hierover zullen spreken.” Marianne Verkuylen, manager van de Spoedpost in Sittard: “Het gevaar is ook dat patiënten, als ze voor spoedzorg vaak doorverwezen worden naar Heerlen, uit zichzelf direct voor Heerlen gaan kiezen. Dan krijg je een onevenwichtige verdeling van het bezoek aan de Spoedposten en problemen met de bezetting. We nemen dit heel serieus, Hanny is er zo ongeveer dag en nacht mee bezig.” ■

HACo Weert en Omgeving

Op 4 juni vond de oprichtingsvergadering plaats van de Huisartsencoöperatie Weert en Omgeving. Beoogd voorzitter Erik Dekker, huisarts in Stramproy, weet dat er nog veel werk te doen is. 'De situatie in onze regio is toch wat anders dan in Roermond en de Westelijke Mijnstreek.'

Om te beginnen: de leden van de Huisartsencoöperatie Weert en Omgeving komen deels ook uit de provincie Noord-Brabant, waar zorgorganisatie PoZoB, Praktijkondersteuning Zuidoost-Brabant, actief is. De regio heeft dus te maken met twee zorggroepen, niet één.

In de Spoedpost Weert doen bijvoorbeeld ook huisartsen dienst die aangesloten zijn bij PoZoB. Erik Dekker: "Maar die huisartsen hadden formeel geen zeggenschap over die Spoedpost. Als ze lid worden van de coöperatie, hebben ze dat wel. Dat is nu dus goed geregeld."

De uitdaging

Daarnaast werken in de regio, ook in de Spoedpost, veel huisartsen als zzp'er. Dekker: "Je merkt dat niet iedereen meer per se op zoek is naar een eigen praktijk. Toch wil je ook hen bij het geheel betrekken. Het zijn vaak jonge huisartsen met goeie ideeën. Tegelijkertijd wil je een klimaat creëren dat het aantrekkelijk maakt voor jonge huisartsen om zich in deze regio te vestigen, en niet alleen in de grote steden." Gezien het voorgaande is het niet heel verbazingwekkend dat Dekker als eerste doel voor de nieuwe Spoedpost noemt: "Het gezicht en de stem zijn voor elke huisarts in de regio. De uitdaging is om de achterban te gaan binden." In de visie en missie die het

bestuur van de nieuwe coöperatie heeft geformuleerd, staat het zo: "We willen de stem en het gezicht zijn van de huisartsen binnen de regio door het ondersteunen van deze huisartsen bij praktijkoverstijgende ontwikkelingen."

'Je hoeft niet alles zelf te doen'

Voor de huisartsen heeft het lidmaatschap van coöperatie een duidelijke meerwaarde, vindt Dekker. "Als je lid wordt van een club met laten we zeggen zestig leden, dan heb je natuurlijk een daadkrachtige organisatie die zeggenschap heeft, die een vuist kan maken. Je hoeft ook niet alles zelf te doen. We hebben het allemaal al druk genoeg, je wordt ook ontzorgd. Je kunt meedoen aan dingen die je leuk vindt, waar je affiniteit mee hebt. Daardoor ontzorg je anderen. Natuurlijk vergt het ook inzet, we hopen op een actieve bijdrage van onze leden." Hoe schat hij de kansen in dat die actieve bijdrage er ook echt zal komen? "De verwachting is dat iedereen lid zal worden. We krijgen een kans." ■

ERIK DEKKER



'Gezicht en stem zijn voor elke huisarts in de regio'

Een cadeau voor het Moeder & Kind Centrum



PIETER VAN DER HEIJDEN (LINKS) EN THEO MARTENS

Op juni 2017 ging de Huisartsenpost van Meditta in Roermond samen met de Spoedeisende Eerste Hulp van het Laurentius Ziekenhuis in dezelfde stad. Een goede ontwikkeling, maar wat doe je met het medisch meubilair van de oude huisartsenpost?

Verkopen. Met een mooie opbrengst, 6.000 euro. De volgende vraag is dan: wat doe je met die 6.000 euro? Pieter van der Heijden, huisarts in Roermond en lid van het coöperatiebestuur van wat nu officieel de Huisartsencoöperatie Midden-Limburg Oost, kortweg MiLo, heet: "De huisartsen van MiLo hebben het geld gedoneerd aan drie goede doelen: het Moeder & Kind Centrum van het Laurentius Ziekenhuis, het Toon Hermans-

huis Roermond en de Stichting Terzijde, een vrijwilligersorganisatie voor palliatieve zorg in Leudal. Elke organisatie kreeg 2.000 euro."

Theo Martens is manager van het Moeder & Kind Centrum, een samenvoeging van de vroegere kinderafdeling, de couveuse-afdeling, de kraamafdeling en de verloskamers van het Laurentius Ziekenhuis Roermond. Het nieuwe centrum, vertelt hij, beschikt naast één- en tweepersoonskamers voor kinderen over faciliteiten als kraamsuites en couveusesuites waar moeder en kind in dezelfde kamer bij elkaar kunnen blijven. En sinds kort beschikt het ook over een aantal leerwanden, gekocht met de donatie van Huisartsencoöperatie MiLo. Voor wie

'leerwanden' niet vrolijk genoeg vindt klinken, heeft Martens een geruststellende mededeling: de wanden zijn vanaf dag één een groot succes, zelfs de medewerkers kunnen er niet afblijven. Ook de verslaggever vond ze fascinerend, speciaal het transparante buisje gevuld met ijzerpoeder. Door aan de buitenkant met een magneet langs het buisje te strijken, gaat het ijzerpoeder aan de binnenkant mee omhoog. Martens: "De leerwanden zijn aangeschaft op advies van onze pedagogisch medewerkers. De wanden zijn kleurrijk, ontspannend en als een kind ermee speelt, kan het meteen geobserveerd worden door de arts of verpleegkundige. We zijn er echt heel blij mee." ■

HealthyLIFE, doorontwikkeling van Cool

Waar praktijk- ondersteuners en huisartsen al jaren op wachten





Coaching op Leefstijl - Cool voor intimi - is bewezen effectief. Dat zegt zorgverzekeraar CZ, en wie zal dat dan willen tegenspreken? De zorgverzekeraar baseert zich daarbij overigens op de evaluatie van een drie-jarig pilot die in samenwerking met de Universiteit Maastricht en de Universiteit Tilburg werd uitgevoerd. Vanaf 2019 worden gecombineerde leefstijl interventies dan ook vergoed vanuit het basispakket. Bijzonder, voor een preventief programma.



“Cool is effectief, toegankelijk en betaalbaar voor iedereen ... Mensen met een (hoog risico op een) chronische aandoening kunnen veel baat hebben bij een gezondere leefstijl. Cool helpt duurzaam, zo blijkt uit de pilot.” aldus nog steeds CZ. Het doel van leefstijlprogramma's is volgens de zorgverzekeraar onder meer: beter voor-



komen van ziektes waardoor de zorg betaalbaar blijft én betere kwaliteit van zorg. De leefstijlcoach, zo is de gedachte, vormt een structureel onderdeel van het zorgproces waarin diverse regionale partijen samenwerken.

Inclusiecriteria

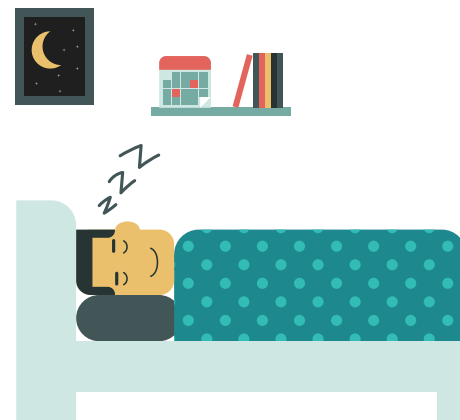
Inmiddels is Cool doorontwikkeld tot healthyLIFE, een programma dat per 1 januari van start is gegaan in Sittard-Geleen en Stein. Andere gemeentes zullen binnenkort volgen. Jorn van Harwegen, projectmanager bij de

stichting Ecsplora, die het programma samen met CZ en Meditta ontwikkelde: “healthyLIFE is een totaalpakket. Het omvat niet alleen coaching op leefstijl, maar ook een beweegprogramma en het concept positieve gezondheid.” Die combinatie van elementen, zegt Ester Janssen, werkzaam als leefstijlcoach voor Meditta, is wat dit programma zo interessant maakt voor Meditta. De inclusiecriteria voor healthyLIFE zijn: de patiënt moet 18+ zijn, overgewicht hebben (BMI tussen 25 en 30) en een verhoogd risico op hart- en vaatziekten of diabetes mellitus II; of obesitas hebben (BMI boven de 30), al dan niet in combinatie met één of meerdere chronische beperkingen. Bij de vergoeding vanuit het basispakket moet overigens nog één kanttekening gemaakt worden, zegt Ester Janssen: “De minister is akkoord, maar de Tweede Kamer moet nog formeel akkoord gaan.” Ervan uitgaande dat dat wel in orde zal komen, is het intussen toch bijzonder dat een preventief programma vanuit de basisverzekering vergoed wordt, vindt Janssen. Een ander punt dat healthyLIFE bijzonder maakt, is dat het bewegingsdeel vergoed wordt door de gemeentes. Zo manifesteert zich ook hierbij de rol die gemeenten kunnen spelen in regionale samenwerking op zorggebied.

Niet alleen de zware gevallen

Vraag: willen Ester Janssen en Jorn van Harwegen nog speciaal iets tegen huisartsen en praktijkondersteuners zeggen

over healthyLIFE? Ja, dat willen ze. Ester: “De inclusiecriteria om in aanmerking te komen voor leefstijlcoaching zijn zo ruim, dat vijf miljoen Nederlanders eraan voldoen. Ik denk dat het belangrijk is dat huisartsen en praktijkondersteuners niet alleen kijken naar de diabeet die al twintig jaar overgewicht heeft. Er is veel winst te halen bij mensen ‘met een verhoogd risico op ...’ Die misschien nog niet superveel overgewicht hebben, maar waar wel veel resultaat in preventieve zin geboekt kan worden. Het is goed niet alleen te focussen op de – letterlijk en figuurlijk – zware gevallen.” Jorn: “Ik vind het belangrijk duidelijk te zeggen dat healthyLIFE niet weer een project is dat voorbij komt rollen. Het is een verlengstuk van de huisarts en de praktijkondersteuner, het kan verder gaan waar zij altijd moesten stoppen.” Het is, anders gezegd, een instrument waar huisartsen en praktijkondersteuners al jaren op wachten. ■



‘Het is een totaalpakket. Het omvat niet alleen coaching op leefstijl, maar ook een beweegprogramma en het concept positieve gezondheid.’





Alleen voor jonge honden, of ook voor oude vossen?

Transmuraal formularium

Formularia zijn niet nieuw, en toch zegt Paul Bergmans, huisarts in Geleen en directeur van Medisch Coördinatiecentrum Omnes: 'Met het transmuraal formularium dat wij ontwikkeld hebben, zijn we voorlopers.' Waar zit dat dan in? En, niet onbelangrijk, wat zijn de voordelen?

Zo'n drie jaar geleden werd begonnen met de voorbereidingen en sinds anderhalf jaar is het operationeel: het regionaal transmuraal formularium voor huisartsen in de Westelijke en Oostelijke Mijnstreek. Aangeboden als EVS, elektronisch voorschrijfsysteem, in het HIS. En dat is één reden waarom dit formularium duidelijke meerwaarde heeft, zegt Louis de Wolf, huisarts in Stein en nauw betrokken bij het project: doordat het digitaal aangeboden wordt, is het formularium makkelijk raadpleegbaar. Je drukt op een knop en ziet de bij de diagnose passende aanbevolen medicatie.

De voordelen

Het transmuraal formularium leidt tot betere kwaliteit, meer veiligheid en beheersing van de kosten bij het voorschrijven van geneesmiddelen, vinden Bergmans en de Wolf. Het formularium wordt centraal bijgehouden en een regionale toetsingscommissie waarin huisartsen, apothekers en specialisten zitting hebben, beoordeelt of een nieuw medicijn een zinvolle aanvulling is. Bergmans: "Niet elk nieuw medicijn is een echte verbetering, maar nieuwe medicijnen zijn vaak wel de duurste.

Als de ene cholesterolverlager vijftig keer duurder is dan de andere, betaalt de patiënt dat wel via zijn eigen risico."

De Wolf: "We hopen dat het formularium de behoefte aan gesprekken met artsen-bezoekers vermindert." Bergmans:

"Doordat de toetsingscommissie ernaar kijkt, hoef je als arts ook niet bang te zijn dat je een mooi nieuw medicijn mist."

Het formularium is *transmuraal* en draagt zo bij tot eenduidig voorschrijven in de eerste en tweede lijn. De Wolf: "Een mooie spin-off is dat je als huisarts makkelijker communiceert met specialisten. Als je toch met elkaar aan tafel zit, praat je niet alleen over medicamenteuze onderwerpen."

Het EVS kijkt ook in het dossier van de patiënt en waarschuwt voor allergieën en mogelijke dubbelmedicatie. Bergmans:

"Dat vermindert de risico's en verbetert de kwaliteit van de zorg."

De Wolf: "Het systeem geeft ook snelle toegang tot memoteksten en patiëntbrieven."

Vooraf jonge huisartsen zijn dan ook erg enthousiast over het systeem, zegt Bergmans. "Oude vossen hebben natuurlijk

al wat meer ervaring." Het feit dat het formularium regionaal georganiseerd is, heeft ook duidelijke voordelen. De Wolf:

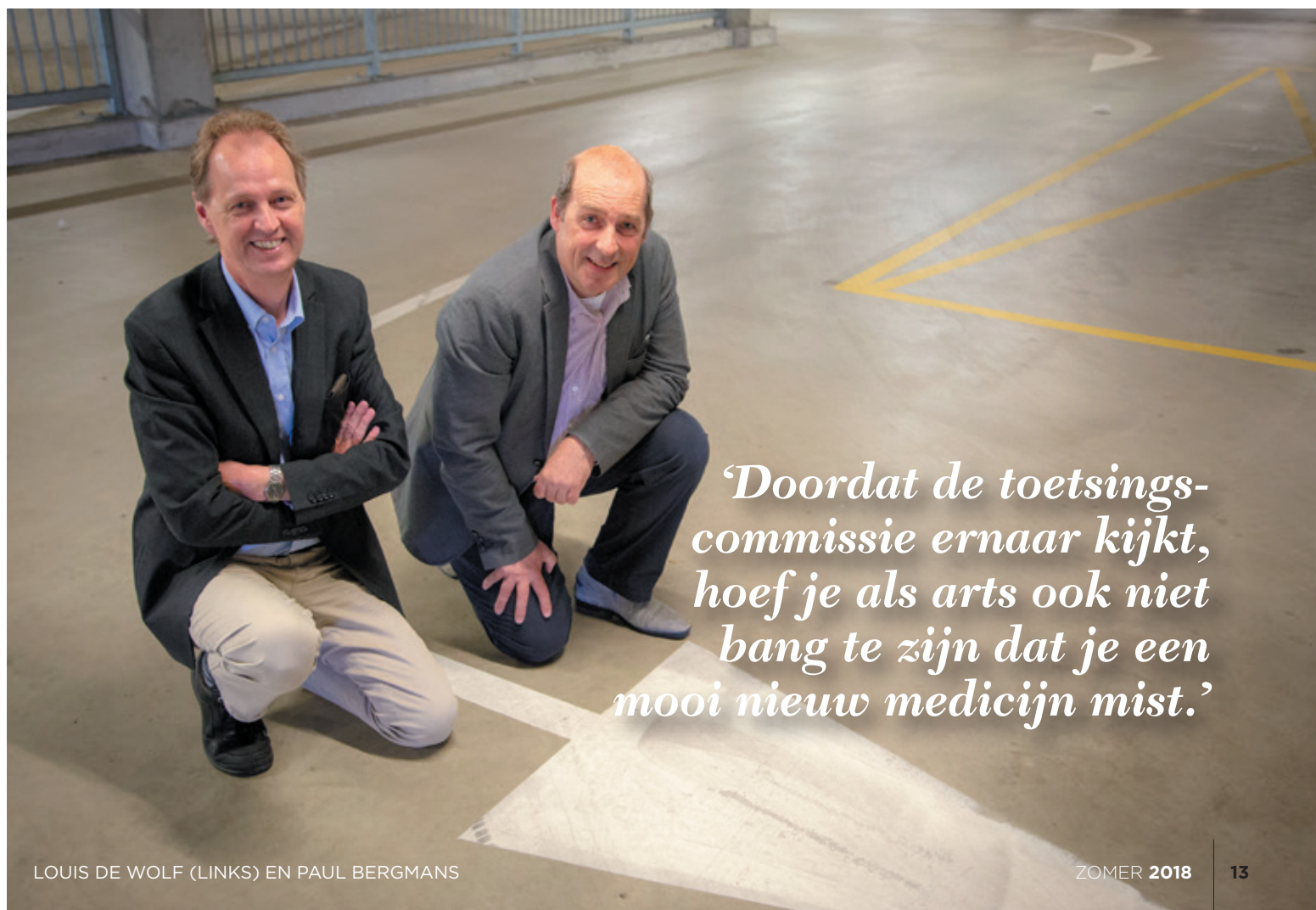
"We zitten hier vlakbij twee landsgrenzen.

In België en Duitsland is een minder stringent antibioticumbeleid, dat kan mede tot antibioticaresistentie leiden. Daarom moeten we in Limburg extra alert zijn bij onze antibioticakeuze in het formularium."

Bergmans: "Als bijvoorbeeld veertig procent van de mensen resistent is voor een antibioticum, verwijder je het uit het EVS en introduceer je een nieuw middel."

Kritiek

Kritiek op het formularium is er ook, weten Bergmans en de Wolf. "Het kost meer tijd", zeggen sommigen. "In het begin misschien wel, het is even wennen. Maar daarna bespaar je tijd", zegt de Wolf. "Ik vind niet wat ik zoek", is een andere opmerking die gemaakt wordt. "Dat kan", zegt Bergmans. "Maar het systeem staat niet stil, het is in ontwikkeling. Ik ben ervan overtuigd dat het over een half jaar à een jaar veel minder zal voorkomen." Ondertussen is er ook buiten de Mijnstreek belangstelling voor het formularium. De regio Maastricht is geïnteresseerd, gekeken wordt naar mogelijke samenwerking. Ook uitbreiding naar de regio's Roermond en Weert ligt voor de hand. De Wolf: "Hoe groter de regio, des te mooier." ■



‘Doordat de toetsingscommissie ernaar kijkt, hoef je als arts ook niet bang te zijn dat je een mooi nieuw medicijn mist.’

TJEU KLAASSEN

Huisarts, vader, bestuurder en geen neutraal persoon



ESTER EN TJEU KLAASSEN

Tjeu Klaassen is 66 jaar en 40 jaar huisarts, in Oirsbeek. Driekwart jaar geleden deed hij zijn praktijk over aan zijn dochter Ester en rond dezelfde tijd bouwde hij een mooie villa met vrij uitzicht over het veld: een leven van ontspanning en genieten lag voor hem. Maar sinds begin dit jaar werkt hij weer twee dagen per week. Bovendien is hij meer dan alleen huisarts, dat was altijd al zo. Onlangs was hij nog in het nieuws als voorzitter van de stichting Verontruste Artsen en hij heeft ook een mening over het tekort aan arbeidskrachten in de zorg. Hij zegt: 'Ik heb er alleen voor geleerd om mensen beter te maken', maar dat is dus niet de hele Tjeu. En oh ja, hij heeft ook nog wel een mening over Meditta.

Onvermijdelijk, natuurlijk. We moeten het hebben over de veranderingen in het vak. Het gesprek met Tjeu Klaassen en zijn dochter Ester (35) vindt plaats in de ruime woonkamer van de villa met het uitzicht en af en toe bewegen ook Tjeu's echtgenote (onopvallend) en de jongste van Esters drie kinderen (iets opvallender) zich door de ruimte. Tjeu Klaassen: "Ik was 26 toen ik met mijn praktijk als apothekhoudend huisarts begon. Ester heeft na haar opleiding tot basisarts eerst een jaar gewerkt op een afdeling neurologie, is daarna gepromoveerd en toen pas huisartsgeneeskunde gaan studeren. Toen zij als huisarts begon, was ze acht jaar ouder dan ik. Dat is een heel verschil."

Roeren in de pan

Dat verschil qua start zou je illustratief kunnen noemen voor de veranderingen in het vak. Een huisarts was een eenpitter met één assistente, soms zijn echtgenote. Huisarts zijn was een fulltime job en meer dan dat: ook 's avonds en 's nachts moest je eruit. Het was een beroep voor het hele gezin. Tjeu Klaassen: "Dan stond mijn vrouw met een kind op de arm in de pan te roeren terwijl ze tegelijkertijd de telefoon beantwoordde." Ester is naast arts ook manager die leiding moet geven aan een onderneming met vijf medewerkers; ze overweegt zelfs een praktijkmanager ►

aan te stellen. Formeel werkt ze drie dagen per week – ze heeft een gezin met een echtgenoot en drie kinderen – maar daar komen de diensten, de administratie en nascholing bij. In september begint ze bovendien met het begeleiden van co-assistenten. Ester Klaassen: “Toen ik de praktijk overnam, was de afspraak dat mijn vader één dag per week als vervanger zou blijven werken. Dat is begin dit jaar twee dagen geworden.” Dat een huisarts steeds meer manager wordt, is evident, zegt Tjeu Klaassen. Hij was aanvankelijk ongeveer 10 procent van zijn tijd kwijt aan niet-patiëntgebonden activiteiten, Ester is daar zeker 35 procent van haar tijd mee bezig. Die hele managementkant blijft maar groeien, zegt Tjeu. Tegen Ester: “Jij zult het meemaken dat huisartsen een groep vormen, niet van één of twee artsen, maar een grotere groep. Met een heleboel personeel, met een paar bedden, een opname-unit. Waarbij je als huisarts steeds verder van de patiënt komt af te staan. Ik denk dat mijn manier van huisarts-zijn een anachronisme aan het worden is. Ik zag al mijn patiënten dagelijks – soms voor heel ernstige dingen, soms voor futiliteiten. Omdat ik ze dagelijks zag,

ontwikkelde ik een band, maar ook een pluis-niet-pluis-gevoel. Dat wordt moeilijker als je meer op afstand komt. Ook de praktijkondersteuners staan als het ware tussen patiënt en dokter in. Want de dagdagelijkse dingen, de bloeddrukmeting, de diabetescontrole, nemen zij over. Ze gaan zich specialiseren, ze gaan eenvoudige wondzorg of de eerste inschatting doen. Ik denk niet dat ik de huisarts zou willen zijn die op een afstand van de patiënten staat en vooral manager is.” Dat alles neemt niet weg dat Tjeu Klaassen zich realiseert dat hij qua karakterstructuur niet voor elke patiënt de meest geschikte huisarts was. De uitspraak ‘goeie arts, maar je moet als patiënt wel wat mankeren’, typeert hem. “Ik heb geen zin om een half uur naar geleuter te luisteren.”

Staken in de zorg

Een andere verandering die zich steeds duidelijker aftekent, is dat meer en meer huisartsen vrouw zijn. Volgens het sociaal jaarverslag van de stichting SBOH was in 2016 van de assistenten in opleiding tot huisarts 76,7 procent vrouw – een trend die overigens bij alle geneeskunde-

opleidingen te zien valt. Waardoor komt dat? Ester: “Vroeger had het beroep meer status dan nu. Het verdient nu ook minder goed, terwijl je heel hard moet werken. En vrouwen voelen zich waarschijnlijk toch meer aangetrokken tot zorgberoepen. Dat klinkt misschien clichématig, maar ik denk dat het klopt.” Voor de hand liggend is dan de vervolgvraag: waar komt het tekort aan arbeidskrachten in de zorg dan vandaan, gelet op het feit dat de arbeidsparticipatie van vrouwen de afgelopen decennia zo duidelijk gestegen is? In de verpleging bijvoorbeeld worden schrikbarende tekorten voorspeld. Dat heeft te maken met de slechte betaling, daarover zijn vader en dochter het eens. Tjeu: “Weet je waarom de Nederlandse economie zo goed draait? Dat komt doordat er bezuinigd is op de niet-productieve sectoren: het onderwijs, de veiligheid en de zorg.” Ester: “Soms denk ik wel eens: het ligt ook een beetje aan de zorgmedewerkers zelf, ze komen niet genoeg voor zichzelf op. In andere sectoren staken ze voor een beter salaris. Maar ga jij staken terwijl je weet dat een patiënt afhankelijk is van de zorg die jij verleent?”

‘WEET JE WAAROM DE NEDERLANDSE ECONOMIE ZO GOED DRAAIT? DAT KOMT DOORDAT ER BEZUINIGD IS OP DE NIET-PRODUCTIEVE SECTOREN: HET ONDERWIJS, DE VEILIGHEID EN DE ZORG.’

‘35 PROCENT VAN DE TIJD BEZIG MET NIET-PATIËNTGEBONDEN ACTIVITEITEN.’

De huisarts als neutraal persoon

Onlangs was Tjeu Klaassen in het nieuws. Als voorzitter van de nieuw opgerichte stichting Verontruste Artsen vroeg hij aandacht voor de gezondheidseffecten van de uitbreiding van het aantal vrachtvluchten op Maastricht Aachen Airport. In de besluitvorming wordt vooral gekeken, zo stelt de stichting, naar wat het vrachtverkeer financieel oplevert, maar is er nauwelijks oog voor de gezondheidseffecten, bijvoorbeeld door de uitstoot van fijnstof, roet en CO₂ en door geluidshinder. De kop boven een van de betreffende nieuwsartikelen luidde: ‘Artsen Zuid-Limburg richten stichting op tegen uitbreiding vliegveld’. Uiteraard is Klaassen niet verantwoordelijk voor de kop boven een artikel, maar is het verstandig jezelf als huisarts in zo’n positie te plaatsen? Je kunt ook betogen dat het vliegveld goed is voor de economische ontwikkeling van de regio en zorgt voor werkgelegenheid, bijvoorbeeld van patiënten van Klaassen zelf. Van dat probleem is hij zich bewust, maar het is ook iets dat in hem zit. “Als je nieuwsberichten opzoekt, zul je allerlei onderwerpen tegenkomen waar ik me mee heb beziggehouden. Ik ben jaren bestuur-

lijk zeer actief geweest binnen huisartsenland. Veel collega’s waar ik in de praktijk niet direct mee samenwerkte, zullen me daarvan kennen, bijvoorbeeld als voorzitter van het district Limburg van de LHV. Bestuurlijk actief zijn was iets waar ik een stuk van mezelf in kwijt kon: betrokken en actief met een duidelijke mening ergens voor staan. Maatschappelijke betrokkenheid zit in mijn aard, ook lokaal: ik ben erevoorzitter van de plaatselijke schutterij, lid van het kerkbestuur. Ik weet dat ik als huisarts een neutraal iemand moet zijn, ik moet met iedereen overweg kunnen. We willen de uitbreiding van het vliegveld ook niet tegenhouden, we willen de zaak vooral kritisch volgen, vragen stellen en kijken of de besluitvorming zorgvuldig verloopt.”

Andere observaties

We moesten het nog hebben over Meditta. Jos Cober, de huidige algemeen bestuurder van Meditta, is nog aangesteld door Tjeu Klaassen. Klaassen wil maar zeggen: hij weet waar hij het over heeft. In 1986 al was hij betrokken bij de oprichting van de Vereniging Ondersteuning Huisartsen, een van de voorlopers van het huidige Meditta.

Hij heeft een waarschuwend woord, zullen we het zo uitdrukken? Een organisatie als Meditta moet er goed op toezien dat zij voor de huisartsen, door de huisartsen en van de huisartsen is. Ze moet geen eigen leven gaan leiden met managers en professionals. Ze moet niet vergeten dat ze een *ondersteunende* organisatie is. Die balans moet goed in de gaten gehouden worden.

■

EN TOT SLOT, ALS EEN FEESTELIJKE NOOT. Op 31 augustus viert Tjeu Klaassen zijn veertigjarig huisartsschap – niet zijn pensioen dus – met een feest in het MFC De Oirspong, In de Pollack 4 in Oirsbeek. De festiviteiten beginnen om 19.00 uur en bij dezen zijn al zijn Meditta-collega’s uitgenodigd.

‘IK HEB GEEN ZIN OM EEN HALF UUR NAAR GELEUTER TE LUISTEREN.’



Chantal Smeets

Praktijkmanagement in de praktijk

Soms lijkt het alsof dingen ook soepel kunnen verlopen. In 2016 verschijnt een rapport over ‘een sterke eerste lijn en beheersbare zorgkosten’, waarin de inzet van praktijkmanagers in huisartsenpraktijken wordt aanbevolen. In 2017 formuleert zorgverzekeraar CZ een beleidsplan dat die aanbeveling overneemt en de financiering ervan regelt. Eind 2017 stelt Meditta een functieprofiel op van de praktijkmanager et voilà, in januari 2018 is daar Chantal Smeets.

Chantal Smeets is sinds 1 januari 2018 praktijkmanager bij drie huisartsenpraktijken in Sittard en Puth. Het idee achter praktijkmanagement is helder. Het functieprofiel van Meditta omschrijft het als volgt: “De praktijkmanager organiseert onderdelen van de praktijkvoering met als doel ontlasten van de huisarts ten aanzien van niet-patiëntgebonden taken. Door de inzet van een praktijkmanager kan de huisarts zich concentreren op de directe patiëntenzorg en verdere intensivering van samenwerking in de eerste lijn.” Of, anders gezegd: de praktijkmanager ontzorgt de professional. Is dat ook zo, in de praktijk? Chantal Smeets: “Ik hoop het. Dat is in elk geval mijn intentie. Het gaat er vooral om dat ik de administratieve werkdruk van de huisarts kan verlichten en de wijkgerichte samenwerking stimuleer.”

Heel divers

Wat doet een praktijkmanager zoal de hele dag? Chantal Smeets: “Tot nu toe doe ik veel projectmatig werk, we zijn ook nog een beetje zoekende. De huisartsen vragen zich af: wat kan ik precies op het bordje van de praktijkmanager leggen? Ik hou me bijvoorbeeld bezig met personeelsmanagement, het opzetten en afwickelen

van sollicitatieprocedures. Ik werk aan kwaliteitsbewaking, denk aan HaZo24. Ik hou me bezig met organisatie en beleid. Met de zaken rond de AGV, de Algemene verordening gegevensbescherming bijvoorbeeld. Het werk is heel divers, dat maakt het ook leuk.” Behalve Chantal heeft Meditta nog zeven praktijkmanagers in dienst. Daarnaast zijn er ook huisartsenpraktijken die zelf een praktijkmanager in dienst hebben. Interessant om te weten: elke huisarts die een normpraktijk heeft, heeft recht op een praktijkmanager.

Opleiding

Wat voor achtergrond heeft Chantal eigenlijk? “Ik heb voor Meditta gewerkt als coördinator huisartsenzorg en Hagro-ondersteuner. Daarvoor heb ik onder andere als praktijkondersteuner gewerkt.” CZ stelt als voorwaarde dat praktijkmanagers een op de functie gerichte hbo-bachelor hebben afgerond. Chantal Smeets gaat de opleiding ‘Management in de zorg’ volgen bij Fontys Hogescholen. Vier jaar lang, elke vrijdag naar school. Met een gezin met twee kinderen van drie en zes jaar en een man die veel in het buitenland zit, betekent het in elk geval dat Chantal zich de komende jaren niet hoeft te vervelen. ■

”

‘Elke huisarts die een normpraktijk heeft, heeft recht op een praktijkmanager.’



MARIANNE SMITSMANS,
WETHOUDER IN ROERMOND

‘Hoe harder de gemeente werkt, des te beter de zorgverzekeraars ervan worden’

Ze is net voor de tweede keer tot wethouder benoemd met onder meer de Wet maatschappelijke ondersteuning en volksgezondheid in haar portefeuille. Ze zou fan van Feyenoord kunnen zijn: geen woorden, maar daden. Of, zoals ze het zelf zegt: ‘Naar buiten, de wijk in. Niet hier stukken zitten schrijven en kletsen. Wat we doen, is voor de mensen.’ Een gesprek over de rol van de gemeente in het regionaal zorgnetwerk, parkeerproblemen bij het woonzorgcentrum en hoe volgens de wethouder wet- en regelgeving goede zorg kan frustreren.

“Ja, het kan. Daar ben ik van overtuigd.” De vraag was in hoeverre samenwerking in een regionaal zorgnetwerk zowel de gezondheid van mensen en de ervaren kwaliteit van zorg kan verbeteren als de kosten verlagen. De Triple Aim-gedachte heet dat. “Als je kijkt naar de Wmo, vind ik het jammer dat het Rijk de transitie heeft ingezet en tegelijkertijd bezuinigingen heeft doorgevoerd. Maar als je – gedwongen, in dit geval – inzoomt op wat we allemaal deden, kritisch gaat kijken of het allemaal wel nodig is, dan blijkt dat wij onze verzorgingsstaat toch wel erg ver hadden doorgevoerd.” Zegt de wethouder die namens GroenLinks in het College zit. “Wat we hebben gedaan vanuit gemeentelijk perspectief is dat we nu de zogenaamde keukentafelgesprekken voeren. Dat doen we aan de hand van het schema positieve gezondheid van Machteld Huber. Vroeger werd bijvoorbeeld gevraagd, als iemand aanklopte voor een scooter: ‘Kun je nog vijfhonderd meter lopen?’ Als dat niet zo was, kreeg hij die scooter. Nu voeren we een keukentafelgesprek aan

de hand van al de aspecten van positieve gezondheid. En dan kan er zomaar uitkomen dat iemand die scooter helemaal niet nodig heeft, maar gewoon zegt: ik ben hartstikke eenzaam. En dat-ie veel beter geholpen is met een maatje dat drie keer per week langskomt. Er is onderzoek gedaan naar het gebruik van scooters. Een bestuurder van een woonzorgcentrum in Roermond zei een keer tegen me: ‘We hebben hier een parkeerprobleem.’ ‘Een parkeerprobleem?’ vroeg ik. ‘Ja, er staan teveel scooters in de gang.’ En hoeveel rijden de mensen ermee in de praktijk? Dat is vaak minimaal.”

Ongeopende enveloppen op tafel

Onlangs kondigde minister van Volksgezondheid Hugo de Jonge een actieplan tegen eenzaamheid aan. Is het de taak van de overheid eenzaamheid te bestrijden? Kan de overheid daar überhaupt een rol in spelen, al zou ze het willen? Eén van de voorgestelde acties uit het plan – ‘mogelijk maken dat iedere 75-plusser jaarlijks een ►

‘En dan kan er zomaar uitkomen dat iemand die scooter helemaal niet nodig heeft, maar gewoon zegt: ik ben hartstikke eenzaam.’



MARIANNE SMITSMANS

bezoek aan huis krijgt' – doet in dat opzicht het ergste vrezen. Hoe kijkt de wethouder aan tegen het plan van de minister? "Nou, wij hadden dat al eerder bedacht, moet ik zeggen. We doen het al jarenlang. Bij ons noemen we het de seniorenbezoekers. Die gaan niet langs om iemand één keer per jaar te verblijden met een bezoek. Als je bij iemand thuis komt, kun je heel snel zien hoe iemand eraan toe is. Ligt er een stapel ongeopende enveloppen op tafel? Hoe is het gesteld met de hygiëne, ruikt het huis fris? Hoe is mijnheer of mevrouw gekleed? Je praat over dingen als: hoe is het met je gezondheid, met je sociale leven? Heb je familie, vrienden?" Tot nu toe was het in Roermond zo dat iedere ingezetene rond zijn 75^{ste} verjaardag een briefje kreeg van een welzijnsinstelling die haar gegevens kreeg van de gemeente. In dat briefje stond: u wordt binnenkort 75, we willen graag bij

u op die en die dag op bezoek komen. "Dat liep perfect. Nu mag het niet meer op grond van de privacywetgeving. De mensen krijgen wel nog een brief, maar ze moeten zich zelf melden bij de welzijnsinstelling. En we zien het aantal aanmeldingen drastisch teruglopen. Dat is echt zonde, want we signaleerden op die manier heel veel."

Shared savings

Enige tijd geleden ondertekenden de gemeente Roermond, Meditta, het Laurentius Ziekenhuis, zorgverzekeraar CZ en Huis voor de Zorg een intentieverklaring voor de oprichting van het regionaal zorgnetwerk Roermond. Wat is de stand van zaken nu? "We hebben keuzes gemaakt. We hebben ervoor gekozen ernaar te streven dat mensen zolang mogelijk en zo gezond mogelijk thuis blijven wonen. We richten ons daarbij vooral op kwetsbare ouderen. Dat is in deze regio een grote groep die alleen nog maar groter zal worden. Op dit moment wonen in Roermond 11.000 ouderen, waarvan er 2.700 kwetsbaar zijn. In 2030 zijn dat 15.000 ouderen waarvan er 3.700 kwetsbaar zijn." In het regionaal zorgnetwerk kan de gemeente een verbindende factor zijn, denkt de wethouder. "In samenspraak met het ziekenhuis, in samenspraak met de GGD, in samenspraak met de huisartsen kunnen we kijken wie welke rol neemt. Wat je bijvoorbeeld ziet, is dat huisartsen vaak verwijzen naar de tweede lijn. Ga maar naar de specialist, ga maar naar de psycholoog. Wat ze niet op het netvlies hebben, is terug verwijzen naar de voorzieningen in de wijk. Stel, er komt een oudere binnen die klachten heeft rond depressie of somberheid. Dan heb ik het natuurlijk niet over zware psychiatrische klachten. Wat je dan als huisarts zou kunnen zeggen, is: ga eens naar het zorgteam in de wijk. Kijk eens of er in de wijk geen activiteiten zijn die jou kunnen helpen of ondersteunen." Een interessant punt is het 'shared savings'-model waarbij eventuele in het zorgnetwerk gerealiseerde besparingen terugvloeien naar de deelnemers. "Hoe beter wij als gemeente werken, des te hoger lopen bij ons de kosten op. Dagbesteding in de nulde lijn, stimuleren van sportprogramma's, meer bewegen voor ouderen – noem al die projecten maar op. Dat komt allemaal voor rekening van de gemeente. Hoe meer wij erin slagen een gezonde leefstijl te bevorderen, hoe meer dat leidt tot een daling van de kosten bij zorgverzekeraars. Om het maar eens even plat te slaan: hoe harder de gemeente werkt, des te beter de zorgverzekeraars ervan worden. Dat hebben we besproken en de zorgverzekeraar realiseert zich dat ook, is bereid het gesprek daarover aan te gaan." Glimlachend: "We kijken vol spanning uit naar de resultaten van dat gesprek." ■

‘Als je bij iemand thuis komt, kun je heel snel zien hoe iemand eraan toe is. Ligt er een stapel ongeopende enveloppen op tafel? Hoe is het gesteld met de hygiëne, ruikt het huis fris?’



Ik weet dat er bedden zijn voor een eerstelijnsverblijf, maar waar?



BOY HAYEN EN GIDEON DEN OUDEN

Het is een eenvoudige vraag, maar in de praktijk blijkt het vinden van een antwoord op die vraag vaak minder eenvoudig. Of in elk geval tijdrovend. Waar vind ik een eerstelijnsverblijf voor mijn patiënt? Een nieuwe app, de ZorgBedWijzer, moet het leven in dit opzicht een stuk makkelijker maken.

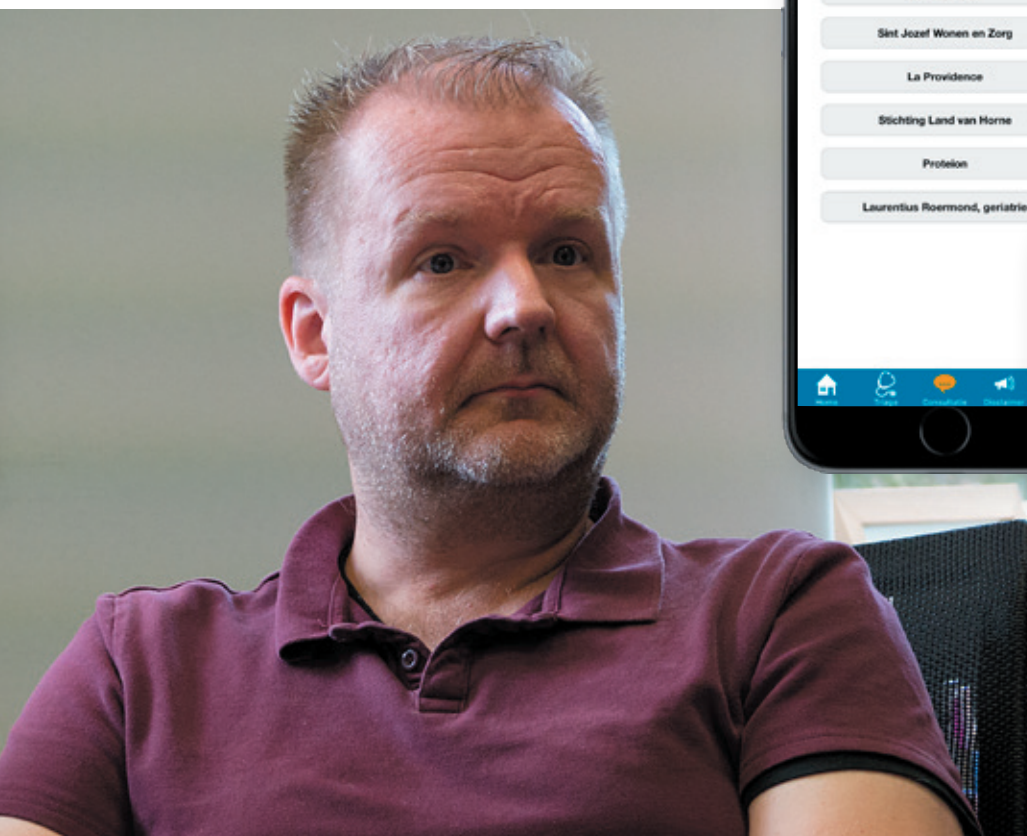
Een kortdurend eerstelijnsverblijf of ELV is er voor de zorg en opvang van patiënten die vanwege medische redenen tijdelijk niet thuis kunnen wonen. Een ELV kent drie vormen van zorg: het hoog en laag complexe bed en de bedden voor palliatief-terminale patiënten. Gideon den Ouden is huisarts in Roermond en lid van

de ELV-werkgroep die heeft gezorgd voor de ontwikkeling van de nieuwe app: "Als je een eerstelijnsverblijf nodig hebt, ben je soms een halve dag bezig om er een te vinden." Allereerst moet je weten welke zorgaanbieders in de omgeving *in principe* bedden beschikbaar hebben. Als je zo'n zorgaanbieder dan belt, moet er op dat moment ook daadwerkelijk een plek vrij zijn. Bij een zorgaanbieder met meerdere locaties kan het even duren alvorens dat duidelijk is. Niets beschikbaar? De volgende bellen dan maar. Inderdaad: voordat je het weet, ben je een halve dag verder.

Een telefonist of een app?

Boy Hayen is praktijkmanager in dienst van Meditta en ook lid van de ELV-werkgroep. "Het begon met een vraag van het zorgkantoor: kunnen jullie regionaal iets

opzetten voor eerstelijnsverblijven? Van Meditta uit kwam de opdracht: verdiep je hierin en kijk daarbij vooral naar waar de huisartsen behoefte aan hebben." Een werkgroep werd opgericht waarin naast Hayen als vertegenwoordiger van Meditta en Den Ouden als huisarts ook Proteion, De Zorggroep en huisartsenorganisatie Cohesie zitting hadden. Hayen: "Landelijk zijn allerlei alternatieven op het gebied van eerstelijnsverblijven ontwikkeld. Op sommige plekken kiezen ze er bijvoorbeeld voor om een fysieke plek in te richten met een telefonist waarnaar je kunt bellen. Alles afwegende hebben wij, ook kijkend naar de kosten, gekozen voor een app." De app werd in opdracht van de werkgroep ontwikkeld door het bedrijf MDL-solutions, dat op diverse plaatsen in het land ook al apps maakte voor de werkafspraken van



huisartsen. Bij de huisartsen in Roermond bijvoorbeeld is de nieuwe ZorgBedWijzer-app geïntegreerd in de werkafspraken-app.

Hoe werkt de app?

Het uitgangspunt is heel simpel. Stel, je hebt dienst en bent als huisarts uit Roermond op visite bij een patiënt in Maasbracht. Je wil die patiënt plaatsen in een eerstelijnsverblijf, maar weet niet waar bedden beschikbaar zijn en wat de dichtstbijzijnde aanbieder is. Je zoekt in de app en die toont via Google maps de beschikbare bedden in de omgeving, inclusief de afstand tot de plek waar je je bevindt. Je belt de betreffende zorgaanbieder, en klaar is kees. De goede werking staat of valt natuurlijk met de vraag of de beschikbaarheidsgegevens up-to-date zijn. Boy Hayen: "Daartoe hebben de aanbieders

zich in een samenwerkingsovereenkomst verplicht." Die aanbieders in de regio Midden- en Noord-Limburg zijn: Proteion, De Zorggroep, Land van Horne, La Providence en Sint Jozef Wonen en Zorg. De app heeft ook een consultfunctie, waarmee in geval van twijfel direct contact gelegd kan worden met een specialist ouderengeneeskunde of geriater. De ZorgBedWijzer-app is pas sinds 17 mei 2018 beschikbaar, dus heel veel ervaring is er nog niet mee opgedaan. Maar Gideon den

Ouden en Boy Hayen hebben er alle vertrouwen in dat het een waardevol hulpmiddel zal blijken te zijn dat veel tijd en ook kosten zal besparen: enerzijds door onnodige bezetting van dure ziekenhuisbedden te voorkomen, anderzijds door de beschikbare capaciteit optimaal te benutten. Bovendien is het nadrukkelijk de bedoeling de app door te ontwikkelen: de werkgroep blijft bestaan en heeft de eerste verbeteringen al ingepland. ■

‘Als je een eerstelijnsverblijf nodig hebt, ben je soms een halve dag bezig om er een te vinden.’



Redenen

waarom Roelf Norg voorzitter van de Huisartsencoöperatie Midden-Limburg Oost wilde worden

Op 1 maart vond de oprichtingsvergadering plaats van de Huisartsencoöperatie Midden-Limburg Oost, kortweg MiLo. Roelf Norg, huisarts in Haelen, werd na een niet zo harde verkiezingsstrijd gekozen tot voorzitter van de nieuwe coöperatie. Waarom wilde hij voorzitter worden? Een huisarts heeft het gemiddeld genomen druk genoeg toch? De drijfveren van Roelf Norg.

“Er zitten voor artsen een aantal gevaren in de gezondheidszorg.

Niet alleen voor huisartsen, ook voor specialisten en dokters in andere sectoren, verpleeghuisartsen bijvoorbeeld. Het accent verschuift steeds meer naar de organisaties en minder naar de dokters. Op zich zit daar iets goeds in: sommige dingen worden professioneler, sommige dingen kun je als individuele dokter niet meer goed regelen. Om zoiets als de nieuwe privacywetgeving te regelen, heb je het collectief nodig. Maar het nadeel is dat er een zelfstandige bureaucratie kan ontstaan die andere prioriteiten gaat

stellen dan de patiëntenzorg. Dan gaat de betrokkenheid er vanaf en denken artsen: ik regel het wel voor mezelf, op mijn eigen werkplekje. Dan worden het weer eilandjes en dat kunnen we in deze samenleving niet meer hebben. We moeten ervoor zorgen dat we als huisartsen hierin op één lijn komen, dat we onze onderlinge verbondenheid vergroten.”

“Over het beleid van de rijks-overheid ben ik ook niet in alle opzichten enthousiast. We hebben twee grote hervormingen gehad, in de jeugdzorg en de geestelijke gezondheids-

zorg, waarbij de zorg in feite is overgeheveld naar de gemeentes. Tegelijkertijd ging er zo’n dertig procent van het budget af. Over de geestelijke gezondheidszorg werd bijvoorbeeld gezegd: met een praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk kun je dat wel de baas. Die kan bekijken waar iemand terecht kan. Op die manier kan de zorg dichter bij huis, klantvriendelijker, efficiënter en dus ook goedkoper. Dan blijven mensen ook minder in de GGZ hangen met klachten waarvoor ze eigenlijk niet bij een psycholoog of psychiater hoeven te zijn. Op papier klinkt dat goed, maar kijk hoe het ►

”

Waar het me om gaat, is dat er allerlei taken op ons afkomen. Er wordt gezegd: regel het maar. Terwijl de mogelijkheden die we hebben, de randvoorwaarden, onvoldoende zijn.

in de praktijk uitpakt. Er is begin dit jaar een rapport verschenen waaruit blijkt dat in onze regio te weinig capaciteit is, er zijn te weinig psychiaters en psychologen. Bovendien sluit het aanbod dat er nu is niet aan op wat mensen nodig hebben, op wat de patiënt nodig heeft. Dan hebben onze praktijkondersteuners dus een fors probleem als ze mensen de goede kant op willen sturen. Waar het me om gaat, is dat er allerlei taken op ons afkomen. Er wordt gezegd: regel het maar. Terwijl de mogelijkheden die we hebben, de randvoorwaarden, onvoldoende zijn. Daar moeten we aan werken, dat is een van mijn drijfveren.”

“Er heerst een vorm van maakbaarheidsgeloof. We plakken een etiket op een diagnose en dan weten we precies hoe de behandeling moet verlopen. Kijk naar het verschijnsel van de zorgstraten. Je hebt een versleten knie en gaat naar het ziekenhuis. Daar wacht dan een standaardtraject: foto, scan, nieuwe knie – helemaal uitgestippeld volgens een vast stramien. Dat is mooi en efficiënt. Maar het probleem is natuurlijk dat wij huisartsen veel mensen zien die niet in



zo’n vast stramien passen. Bij iemand die niet alleen last heeft van een versleten knie, maar ook van dementie, werkt het standaardrevalidatieproces – opstaan, stukje lopen, oefenen – bijvoorbeeld niet. Omdat hij niet begrijpt dat hij moet opstaan, misschien wil hij liever in bed blijven liggen. Die knie is goed gemaakt, maar het revalidatieproces werkt niet. Een patiënt is niet altijd een standaarddoening. En dat is ook de taak van de huisarts, hij moet een bredere kijk hebben, de verschillen tussen mensen zien. Mensen zijn vaak niet zo maakbaar.”

“Er komen drie grote dingen op ons af. Op de eerste plaats het tekort aan mensen in de zorg. In Haelen alleen al hebben we bijvoorbeeld sinds twee jaar een cliëntenstop in beide thuiszorgorgani-

saties. Dat betekent dat als iemand thuiszorg nodig heeft het heel lastig is om ervoor te zorgen dat iemand ook thuiszorg krijgt. Tegelijkertijd is het beleid dat mensen steeds langer thuis moeten blijven wonen en wordt de opnametijd in ziekenhuizen steeds korter. Een paar weken geleden stond heel trots in de krant dat iemand die een heupoperatie heeft gehad nog dezelfde dag naar huis kan. Da’s mooi, maar dan moet er in veel gevallen wel thuiszorg zijn. Als die er niet is, kan het medisch wel, maar praktisch niet. Het tweede punt. De ziekenhuizen worden kleiner, zegt men. Want de zorg moet verschuiven van de tweede naar de eerste lijn. Dat moeten we op een verstandige manier inrichten. Want als we het niet goed doen, gaat het mis. We moeten naar een nieuwe manier van samenwerking met



het ziekenhuis gaan. Waarbij mensen in de huisartsenpraktijk gezien worden door de huisdokter of soms ook door de specialist. Of door de huisarts en de specialist samen. Of door de huisarts met een specialist via een soort skype-verbinding. Iemand die nu vier keer per jaar door een specialist gezien wordt, kan voortaan misschien drie keer door een huisarts en één keer door de specialist gezien worden. Je kunt allerlei modellen bedenken, maar je moet er goede afspraken over maken. Als je tien jaar lang bij de hartspecialist op controle bent geweest en je krijgt opeens te horen 'je kunt ook wel naar de huisarts voor die controle', dan vraag je je af: wat heb ik de afgelopen tien jaar bij die hartspecialist gedaan? Maar als je het goed geregeld hebt en de patiënt ziet: de huisarts en de specialist werken goed samen, als er iets met mij is word ik goed opgevangen, dan

voel je je als patiënt ook veilig. Waar het fout gaat is als dingen over de schutting gegooid worden. Zoals ik het gevoel heb dat in 2015 eigenlijk is gebeurd bij de jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Het derde punt is de onderlinge samenhang tussen de dokters. Dat geldt voor huisartsen onderling, maar ook voor huisartsen en andere dokters. Sinds begin dit jaar zijn we met het Laurentius ziekenhuis begonnen met transmurale incidenten melden. Dat hoeven niet uitsluitend ernstige dingen te zijn, maar ook als er iets gewoon niet goed loopt. Dat is best spannend. Soms word je op iets aangesproken waarvan je denkt: dat had ik niet zo gedacht of bedoeld, of dat wist ik helemaal niet. De bedoeling is ook niet om te zeggen 'je hebt dat fout gedaan', maar om te kijken hoe we het kunnen verbeteren. Soms zie je gewoon niet wat

er misgaat. We zijn vorig jaar ook een transmurale intervisiegroep gestart. Je komt als dokter situaties tegen waar je mee zit. Een patiënt kan onverwacht dood gaan. Je krijgt te maken met agressie, je loopt tegen bureaucratie aan waar je niet doorheen komt. Vorig jaar zijn we begonnen met groepjes van huisartsen en specialisten die dat met elkaar delen. Dat kan heel persoonlijk zijn. Je zit ermee, je bent er heel boos of verdrietig over. Je kunt dat allemaal voor jezelf houden, maar als je het deelt ontdek je misschien dat iemand er op een hele andere manier tegenaan kijkt waar je van kunt leren. Als je het deelt, zijn de dingen vaak al een stukje kleiner dan als je het voor jezelf houdt. Dat geeft veel verbondenheid en begrip. Dat zijn mijn drijfveren. Ik wil iets bereiken in deze dingen." ■



VERRASSING

Bij beeldbellen gaat het echt om het beeld

Een argeloze beschouwer zou kunnen denken: beeldbellen, dat is zoiets als Skype. Je spreekt met iemand die zich ergens anders bevindt en ziet meteen het gezicht van je gesprekspartner. Bij beeldbellen echter gaat het niet zozeer om gezichten, maar om andere beelden.

Of, om het iets preciezer uit te drukken: bij beeldbellen is een gezicht alleen interessant als er een aandoening op te zien is.

We zitten met Ad Massuger, huisarts in Heel en Daisy van Wezel, triagiste, in de Spoedpost van Meditta bij het Laurentius ziekenhuis in Roermond. Het is 17.30 uur en de sfeer is ontspannen: de grote drukte moet nog komen. We praten over de pilot beeldbellen die sinds enkele maanden bij de Spoedposten van Meditta loopt en ook daarover zijn beiden heel relaxed. Geen gevoelens van 'o jee, we testen een nieuw hulpmiddel, als dat maar goed gaat.'



‘Patiënten denken vaak: hé, dit is makkelijk!’

HUISARTS AD MASSUGER EN
TRIAGISTE DAISY VAN WEZEL

Wat heb je nodig?

Een patiënt die wil beeldbellen met de Spoedpost, heeft een smartphone nodig en FaceTalk, een app die zo te downloaden is via Google Play Store. Met die app en de camera van de smartphone kan de patiënt beelden oversturen naar de triagist in Spoedpost. Overigens, goed om even te onthouden: degene die in beeldcontact staat met de Spoedpost, hoeft niet per se een patiënt te zijn. Het kan bijvoorbeeld ook een professional zijn die in een verpleeghuis werkt. In de Spoedpost is naast het normale scherm van de triagist een extra schermje aanwezig waarop de

beelden te zien zijn die de patiënt overstuurt. Via dat extra schermje kan de dienstdoende arts meekijken. Want dat is de crux van beeldbellen: het beeld kan extra informatie verschaffen. Daisy: “Veel aandoeningen die we met beeldbellen bekijken, zijn huid-gerelateerd.”

Wat zijn de ervaringen?

Nou, positief. Daisy: “Het beeld is duidelijk, je kunt alles goed zien. Als de dokter meekijkt, kun je dingen vaak snel afhandelen. Het heeft zeker meerwaarde, vind ik. Patiënten vroegen vaak al aan ons: ik heb er een foto van gemaakt, kan ik je die niet

even sturen? Maar dat ging dan niet.”

Beeldbellen voorziet dus als het ware in een behoefte die al bij patiënten leefde. Ad Massuger: “Patiënten denken vaak: hé, dit is makkelijk! Ik hoef niet naar de Spoedpost te komen, ik hoef niet te wachten en ik kan meteen naar de apotheek om mijn zalfje op te halen. Ik heb nog niet gemerkt dat patiënten het te onpersoonlijk vinden of zich afgescheept voelen. En bedenkt wat je ermee kunt winnen. Als je even goed kunt kijken naar een aandoening en zo een consult of een visite kunt voorkomen, bespaart u enorm veel tijd. Het kan hier namelijk behoorlijk druk zijn.” ■

Marijn van Oord, voorzitter LHV-kring Limburg





**Marijn van Oord, huisarts
te Buchten, is sinds januari
2017 voorzitter van de
LHV-kring Limburg. Hij is
zich bewust van de kritiek
die er op de LHV is geweest
- voor hem een belangrijke
reden om voorzitter te willen
worden. 'Ik vond dat er een
opdracht voor mij lag.'**

**Iedereen druk
met de eigen
praktijk**



‘De LHV moet weer echt een vereniging worden waarin we praten over het vak.’

Voor zichzelf vergelijkt hij het met de PvdA. “De PvdA heeft in mijn ogen vaak goede bestuurders geleverd. Toch heeft zich dat niet uitbetaald in politieke winst, doordat ze het contact met hun achterban verloren hebben. Dat gevaar loopt de LHV ook. Het landelijk bestuur werkt keihard, maar wordt toch vaak gezien als ‘die club in Utrecht’. Waar beleid werd voorgekookt waar je als individuele huisarts weinig aan kon toevoegen. De LHV dreigde in plaats van een vereniging een klantorganisatie te worden. Waarin de leden zich dus ook gaan gedragen als klanten.”

Omslag

Dat moet dus anders, vindt Van Oord. “De LHV moet weer echt een vereniging worden waarin we praten over het vak. Waar we meningen uitwisselen, samen tot een visie komen en die vervolgens om proberen te zetten in beleid. De LHV kan daar dan een faciliterende rol in spelen. De afstand tussen de gemiddelde Limburgse huisarts en de LHV moet kleiner worden, de kringen moeten het gezicht worden van de LHV. Het bureau in Utrecht maakt die omslag ook.” De opkomst van zorgorganisaties als Meditta, Zio, Cohesie en HOZL speelde ook een rol. “Als LHV-kring spraken we vooral met huisartsen die bestuurlijk actief waren in die zorgorganisaties. Dat willen we ook veranderen, we willen contact leggen met gewone leden.” Wat vanzelfsprekend niet wegneemt dat samenwerking met zorgorganisaties als Meditta heel belangrijk is, zegt Van Oord.

Druk in de eigen praktijk

Wat in het verleden ook een rol speelde, was dat het bijwonen van een ledenvergadering relatief veel tijd vroeg en naar verhouding weinig opleverde. “Dan kwamen er op een ledenvergadering van de kring Limburg 10 à 20 van de 700 leden die we hebben.” In praktische zin wordt daar iets aan gedaan door het platform *HAweb*. “We hebben nu ook een *HAweb*-groep voor Limburg. Langs die weg kunnen we leden informeren. En daar kun je als huisarts op het moment dat ‘t jou uitkomt en zonder dat je een uur in de auto hoeft te zitten deelnemen aan de discussie.” Want huisartsen hebben je ‘t druk genoeg, dat realiseert Marijn van Oord zich maar al te goed. “Iedereen is ontzettend druk in zijn eigen praktijk. Dan is het ook goed om iets aan een hobby te doen. En niet iedereen heeft als hobby: de huisartsenwereld buiten de praktijk.” Dat is één kant van de medaille, maar er is ook een andere kant. “Als je alleen maar bezig bent met je eigen praktijk, verlies je het zicht op het groter geheel. Het vak ontwikkelt zich snel. Door de decentralisaties krijgen bijvoorbeeld ook de gemeenten een rol in de zorg. Als vakgenoten moet je je organiseren om zelf de regie in handen te houden. Anders nemen anderen die regie over en nemen zij de beslissingen voor je.” ■

‘Als vakgenoten moet je je organiseren om zelf de regie in handen te houden. Anders nemen anderen die regie over.’



Het is een melodie die de meeste zorgverleners wel kennen. De vergrijzing doet de vraag naar zorg explosief toenemen, terwijl tegelijkertijd een groot tekort aan arbeidskrachten dreigt. Om te voorkomen dat het systeem vastloopt, wenden we ons onder meer tot de zegeningen van eHealth. Maar niet iedereen is even enthousiast. Bij zorginnovatie ligt de nadruk vaak teveel op de technologie in plaats van op de mens. De mens, dat is de patiënt én de zorgverlener. Bovendien: wat moet je als arts met al die data die digitalisering genereert? Erik Duijsens, oprichter van Chipmunk Health en Jos Cober, bestuurder van Meditta, geven antwoorden.

Wat Chipmunk Health de zorg te bieden heeft

De muziek, niet alleen een paar noten





Eerst even, omdat het leuk is om te weten en ook relevant voor zijn verhaal, iets over de achtergrond van Erik Duijsens. Geboren in Kerkrade studeerde hij bedrijfseconomie aan de Universiteit Maastricht. Zijn eerste baan was ook meteen zijn eerste kennismaking met de zorg: hij ging werken voor wat toen het iRv heette, het instituut voor Revalidatievraagstukken. Daarna werkte hij onder meer bij TNO, Liof en het Expertisecentrum Innovatieve Zorg en Technologie. In 2010 verhuisde hij met zijn gezin naar Canada en richtte hij Innovation Gateway North America Inc. op, een Canadees-Nederlands bedrijf dat gespecialiseerd is in 'international innovation-driven business development'. De constatering dat in Nederland bij zorginnovatie de nadruk teveel ligt op technologie, onderschrijft hij. "Bovendien is de Nederlandse zorgmarkt een sterk gereguleerde markt. De Amerikaanse zorgmarkt is niet alleen meer business-gedreven, maar ook meer consument-gedreven." Dat laatste sluit aan bij de opvattingen van Jos Cober, die steeds zegt dat bij zorginnovatie geen dingen ontwikkeld moeten worden waar patiënten niet op zitten te wachten.

5.000 euro per jaar

"In Westerse zorgsystemen staan drie elementen centraal", zegt Duijsens. "Kwaliteit, toegankelijkheid en kosten. Als je aan één van die drie knoppen draait, heeft dat onvermijdelijk gevolgen voor de andere twee. Dat kan niet anders. Dus wat doe je als de vraag naar zorg sterk

toeneemt? We geven in Nederland nu al meer dan 5.000 euro per inwoner per jaar aan zorg uit. Ga je de eigen bijdrage verhogen? Het eigen risico? Of het basispakket uitkleden? Er zijn ook grenzen aan wat maatschappelijk wenselijk is." Cober: "Je moet de zorg slimmer organiseren. Dat doe je bijvoorbeeld door niet alleen te focussen op de zieke mens, maar ook door mensen uit de zorg weg te houden." En dat is waar Chipmunk Health om de hoek komt kijken. Duijsens: "Je moet niet alleen de bestaande zorgprocessen digitaliseren, maar goed kijken naar de zorgvraag. Waarom gaan mensen naar de dokter? Tachtig procent van de bezoeken aan de huisarts had ook anders geregeld kunnen worden. Veel vragen zijn geruststellingsvragen." Het is tijd om Chipmunk Health nader te bekijken. Wat is het en wat kan het?

De muziek, niet af en toe een paar noten

Duijsens: "Laten we als voorbeeld iemand met diabetes nemen. Die gaat laten we zeggen vier keer per jaar naar de huisarts. Tenzij zich iets voordoet, gebeurt in de tussentijd vrij weinig. Met Chipmunk leer je een patiënt beter kennen. De patiënt krijgt een weegschaal, een bloeddrukmeter en een bloedsuikermeter. Plus een *tablet* die in verbinding staat met Chipmunk. De patiënt wordt verteld hoe hij moet meten, wat hij moet meten en wanneer hij moet meten. Via de tablet geeft hij wekelijks de meetgegevens door aan Chipmunk, waar

een praktijkondersteuner live meekijkt. Zolang alles in orde is, hoeft geen bericht naar de huisarts doorgestuurd te worden. Is de bloeddruk wat hoger, dan kan aan de patiënt gevraagd worden: meet het morgen nog eens. Als de bloeddruk dan weer goed is, is een onnodig huisartsbezoek voorkomen." Cober: "Sterker: uit onderzoek blijkt dat veel patiënten onterecht bloeddrukverlagingsmiddelen slikken. Omdat ze toevallig hoge bloeddruk hadden toen ze bij de arts waren." Duijsens: "Artsen vragen wel eens: al die data, is dat nodig? Dan zeg ik: ja, dat is nodig. Hoe meer we van de patiënt weten, hoe beter." Cober: "Datamanagement wordt steeds belangrijker, we moeten de relevante data filteren." Duijsens: "Doordat je veel meer data hebt van een patiënt, veel meer over hem weet, leer je hem beter kennen. Je hoort niet af en toe een paar noten, je hoort de muziek. Dat is ook wat artsen willen, ze zijn alleen bang voor de data-bagger. Die filteren we er met Chipmunk uit." Het is niet de bedoeling op de stoel van de arts te gaan zitten, benadrukt Cober, maar de arts alleen die gegevens aan te bieden die hij daadwerkelijk wil hebben, gegevens waar hij iets mee kan. Zodat hijzelf meer tijd heeft voor de patiënten die zijn aandacht nodig hebben. Bovendien kan één praktijkondersteuner met Chipmunk veel meer patiënten begeleiden. En daarbij ook extra aandacht schenken aan de patiënten die dat nodig hebben.

Het ideaalplaatje

Chipmunk Health bv is gevestigd op de Smart Services Campus in Heerlen. Het IT-huis Conclusion is een belangrijk investeerder en ook Zuyd Hogeschool werkt met Chipmunk samen. De hogeschool is enerzijds geïnteresseerd in de effectiviteit van het systeem en anderzijds belangstellend vanuit opleidingsperspectief: door zorginnovaties als Chipmunk veranderen de eisen die aan afstudeerders gesteld worden. Sinds enige tijd loopt bij



‘Dus wat doe je als de vraag naar zorg sterk toeneemt? We geven in Nederland nu al meer dan 5.000 euro per inwoner per jaar uit.’

Meditta een pilot met Chipmunk. Jos Cober: “In de pilot werken we met een aantal enthousiaste huisartsen en een twintigtal patiënten. Ze worden begeleid door een gespecialiseerd verpleegkundige en één keer in de zes weken komen ze hier bij Meditta samen om ervaringen uit te wisselen.” En hoe reageren die patiënten tot nu toe? Missen ze het persoonlijk contact niet? Duijsens: “Dat dachten wij vooraf ook, maar dat blijkt helemaal niet zo te zijn. De patiënten willen vooral méér, meer mogelijkheden. De aandacht die ze krijgen is anders, maar ze ervaren hem als intensiever. De drempel is lager, je stuurt even een berichtje en je hebt antwoord. Ze voelen zich sneller gerustgesteld. Ook als ze op vakantie gaan: je wordt gemonitord door je eigen ondersteuner en niet door een wildvreemde in het buitenland.” Cober: “Instrumenten als Chipmunk zijn geen doel op zich, ze zijn een instrument, een hulpmiddel om het volume van de zorgvraag ook in de toekomst aan te kunnen. Het ideaalplaatje is dan om dergelijke hulpmiddelen ook in te zetten om ‘gewone burgers’ uit de zorg te houden.” ■

‘Artsen vragen wel eens: al die data, is dat nodig?’





MEDITTA



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

WWW.MEDITTASHOP.NL

MAANDAAANBIEDING AUGUSTUS

Geldig tm 31-08-2018

DERMATOSCOOP

HEINE nc2

ARTIKELNR. 1700642

VAN € 669,-

VOOR € 575



HECHTDRAAD

ETHILON m1.5 usp-4-0
single armed fs-2

ARTIKELNR. 3029212

VAN € 119,⁷⁵

VOOR € 77,⁸⁴



VEILIGHEIDSNAALD

Bd ECLIPSE

ARTIKELNR. 3031005

VAN € 28,²⁷

VOOR € 14,¹⁴



EILANDPLEISTER

KLINION KLINIPLAST
nw waterdicht

ARTIKELNR. 3016517

VAN € 23,⁸⁸

VOOR € 16,⁷²



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