

DE KRANT

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

Uitgave
Herfst 2021



Tekst Jules Coenegracht
Vormgeving & beeldcreatie
Crasborn Communicatie Vormgevers

DE TIJD STAAT NIET STIL

Wat opvalt, bladerend door deze krant, is dat de factor 'tijd' op allerlei manieren een rol lijkt te spelen in de zorg. Uiteraard in de spoedzorg. En als het gaat om de wachttijden bij de GGZ. Maar ook in de omgang met hoogfrequente zorggebruikers en in de toepassing van eHealth. Online monitoring bijvoorbeeld

bespaart niet alleen tijd, maar geeft tegelijkertijd een beter beeld dan een spaarzame momentopname. In die zin staat de tijd niet stil: ICT lijkt een steeds belangrijkere rol te gaan spelen in de zorg. Lees hoe ervaren zorgprofessionals tegen allerlei ontwikkelingen aankijken.



Léon Somers 'Een nieuw programma voor chronische zorg en ouderen in een kwetsbare positie'



Feitjes en weetjes uit de wereld van Meditta 2020 weergegeven in lichtverteerbare infographics



Roelf Norg 'We moeten in de spoedzorg niet dezelfde fouten maken als in de jeugdzorg en de GGZ'



Jos Cober 'De impact van ict op de zorg gaat nog groter worden'



Kay Liedekerken 'Huisarts en eHealth; van slaapapneu tot artificial intelligence'



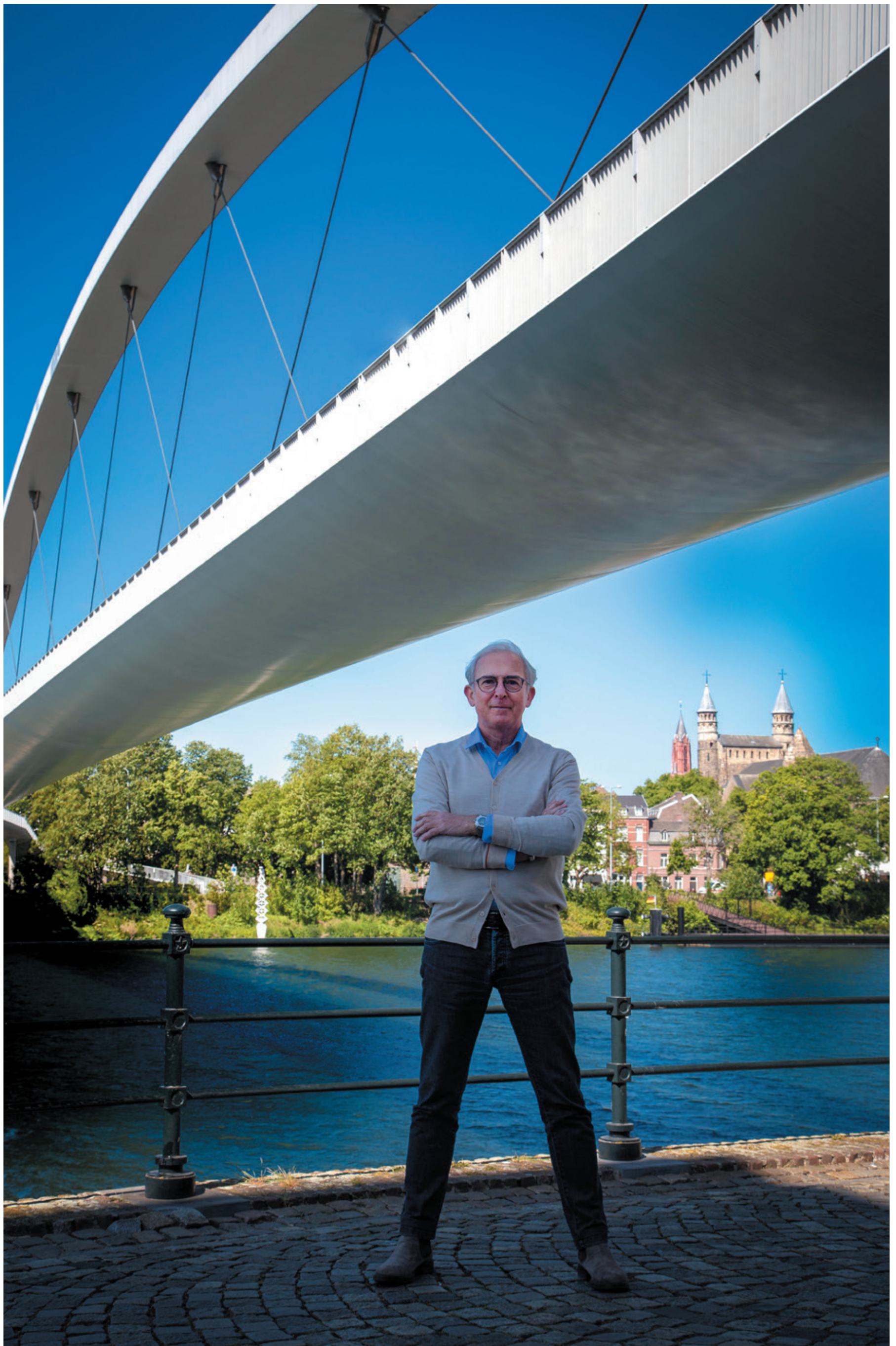
Erik Dekker 'De volgende crisis, de krapte op de arbeidsmarkt, moeten we ook samen oplossen'



Roger Bastiaens De GGZ vanuit het perspectief van de patiënt



Rens Bouw Omgaan met hoogfrequente zorggebruikers



Léon Somers is mede-ontwerper van *Med Aandacht*, een programma dat moet leiden tot een ‘toekomstbestendige, integrale en persoonsgerichte aanpak van de chronische zorg’. Dat zo’n programma er moest komen, was tweeënhalft jaar geleden al duidelijk toen hij bij Meditta in dienst trad als programmamanager Zorg. Waarom was zo’n programma noodzakelijk en voor welke oplossingen is gekozen?

EEN NIEUW PROGRAMMA VOOR CHRONISCHE ZORG EN OUDEREN IN EEN KWETSBAIRE POSITIE



Stap voor stap.

Want het vraagt om
grotere veranderingen,
en niets is zo lastig
als dat.

Laat één ding duidelijk zijn, zegt Somers: ‘Dit programma is niet vanachter een bureau bedacht. Het is opgesteld door huisartsen, kaderhuisartsen en praktijkondersteuners, samen met Meditta-stafmedewerkers. We hebben er heel bewust voor gekozen vanaf het begin de mensen die ermee gaan werken erbij te betrekken.’ Waarom een nieuwe aanpak van chronische zorg en zorg voor ouderen in een kwetsbare positie nodig was, lijkt evident. ‘We hebben te maken met een toenemende zorgvraag, onder meer als gevolg van de vergrijzing. Het aantal mensen met een chronische aandoening groeit. Het is bovendien de bedoeling patiënten zoveel mogelijk weg te houden bij onnodige, dure tweedelijnszorg. Zet daarnaast het groeiend tekort aan huisartsen en POH’s en het zal duidelijk zijn dat de druk op de huisartsenpraktijk steeds groter wordt.’

Gedragsverandering

De benadering waarvoor in het zorgprogramma *Med Aandacht* gekozen is, gaat uit van het begrip Positieve Gezondheid. Bij Positieve Gezondheid hoort gedragsverandering, zowel van de zorgverlener als van de patiënt. De patiënt zal de regie over zijn gezondheid meer in eigen handen krijgen, de rol van de zorgverlener wordt meer coachend. Of, zoals het in ‘het andere gesprek’ staat: ‘Stop met adviseren. Het beste advies dat iemand kan krijgen, is het advies dat hij zichzelf geeft’ [zie kader pagina 4]. Zoiets is makkelijk gezegd, maar de psychologie leert dat gedragsverandering bij mensen vaak uiterst moeizaam tot stand komt. Dat hebben de opstellers van *Med Aandacht* zich terdege gerealiseerd, zegt Somers. ‘Als je zo’n aanpak, uitgaande van Positieve Gezondheid, goed wil invoeren, moet je daarvoor wel de tools hebben.’ Daarom biedt Meditta huisartsen, praktijkondersteuners en praktijkmanagers de mogelijkheid een opleiding te volgen van het *Institute for Positive Health*, opgericht door Machteld Huber, de grondlegger van het gedachtengoed. ‘Het is een gecombineerde opleiding. Er is een online gedeelte dat in de eigen tijd gevolgd kan worden, gecombineerd met reflectiebijeenkomsten.’

Hoogfrequente zorggebruikers, bijvoorbeeld

Een andere weg is kijken naar de mogelijkheden om zorg op afstand te verlenen. Somers: ‘Wat we op dit gebied doen, is niet allemaal volledig nieuw. Het is een combinatie van nieuwe initiatieven en dingen die we al deden.’ Een voorbeeld van die laatste is de Meditta Virtuele Kliniek, waarbij patiënten

met behulp van thuismeetapparatuur begeleid kunnen worden. Wat ook al eerder werd opgezet, is healthyLIFE, een gecombineerde leefstijlinterventie waarbij deelnemers gedurende 24 maanden worden ondersteund door een leefstijl- en beweegcoach. Preventie is immers ook onderdeel van een integrale aanpak. ‘Nieuw is de proeftuin *Hoogfrequente zorggebruikers*, waarin de betreffende patiënten in kaart worden gebracht en uitgenodigd worden voor “het andere gesprek”. Wat we daarvan verwachten, is dat het leidt tot gerichte doorverwijzingen, naar het sociale- en welzijnsdomein bijvoorbeeld.’ Goede kennis van en goede contacten met het maatschappelijk veld zijn daarvoor vanzelfsprekend essentieel. Een andere nieuwe proeftuin is de pilot *VVR Restyle* voor mensen met een verhoogd vasculair risico. ‘Dit zijn bij uitstek patiënten – en het is best een grote groep – die je goed op afstand kunt begeleiden.’

Het ultieme streven

Ook als het gaat om ouderen in een kwetsbare positie is het uitgangspunt van *Med Aandacht* Positieve Gezondheid. Somers: ‘In 2020 zijn we begonnen het zorgprogramma *Ouderen in een kwetsbare positie* op te stellen. Inmiddels hebben bijna alle praktijken aangegeven dat ze eraan mee willen doen. Het programma bevat een aantal kernpunten [zie kader pagina 4], waarbij het grote doel is: de mensen zolang mogelijk thuis, in de eigen omgeving te laten functioneren met een hoge kwaliteit van leven. Dat is het ultieme streven.’

Optimisme

Na voltooiing van de diverse proeftuinen en de verwerking van de lessen die daaruit zijn getrokken, is het de bedoeling *Med Aandacht*

Het andere gesprek

Stel de sleutelvraag. Wat zou u willen veranderen? Waar wordt u blij van als het lukt om dat te veranderen?

Stop met adviseren. Het beste advies dat iemand kan krijgen is het advies dat hij zichzelf geeft.

Oefen je in luisteren. Luister toegewijd en met volle aandacht naar wat de ander vertelt.

Kernpunten ouderen in een kwetsbare positie

- Afspraken over samenwerking tussen Meditta, regionale ziekenhuizen, VVT-instellingen, gemeenten en welzijnsinstellingen betreffende de zorg rond de oudere in een kwetsbare positie.
- De juiste zorg op de juiste plek.
- Positieve gezondheid centraal.
- Advanced Care Planning (ACP). Met elke geïnccludeerde oudere wordt een gesprek gevoerd over behandelwensen en beperkingen en over levenseinde, vastgelegd in het dossier.
- Eenvoudige en veilige communicatie tussen de oudere, mantelzorger en alle betrokken hulpverleners via een VIP-app.
- Vergroten van kennis van betrokken hulpverleners door scholing en samenwerking met de specialist Ouderengeneeskunde en de kaderarts Ouderengeneeskunde.



cartoon: Joep Bertrams

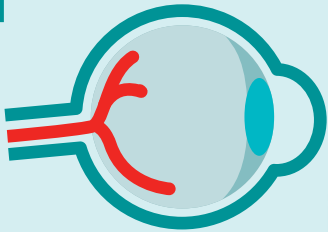
begin 2023 breed uit te rollen over alle praktijken. Voor de patiënt moet dat leiden tot meer persoonsgerichte zorg onder eigen regie, voor de zorgverlener tot verlaging van de werkdruk en verhoging van het werkplezier. Dat alles met in het achterhoofd dat de zorg behapbaar en betaalbaar moet blijven. Gaat dat allemaal lukken? 'Ik heb het programma besproken met een hoogleraar, gepromoveerd op het gebied van verandermanagement. Ze zei tegen me: "Léon, het ziet er allemaal geweldig uit, maar zorg er vooral voor dat je iedereen meeneemt, met name de praktijkondersteuners. Stap voor stap. Want het vraagt om grotere veranderingen, en niets is zo lastig als dat." De chronische zorg is nu heel geprotocolleerd, dat wordt met Positieve Gezondheid als uitgangspunt anders. Het voeren van 'het andere gesprek', de consequenties die dat mee kan brengen als een patiënt een andere kant op wil – dat zijn grote veranderingen. Ook in positieve zin: ik heb met praktijkondersteuners gesproken die nu al zo werken en zeggen: "Ik heb een leukere baan gekregen. Het is intensief, ik moet meer beslissingen nemen, goed luisteren naar de patiënt. Maar het werk is veel interessanter geworden". En verder ben ik als mede-ontwerper van het programma vanzelfsprekend heel optimistisch.'





DETACHERING
DOKTERASSISTENTEN
5 HUISARTSEN
PRAKTIJKEN

FUNDUSFOTOGRAFIE
4.191 ONDERZOEKEN



1.225
SPIRIT
OPLEIDINGEN

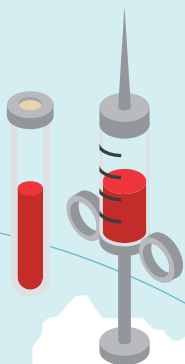


65.919
TELEFONISCHE
CONSULTEN



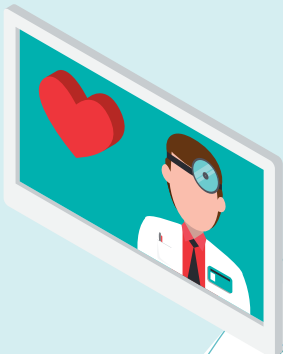
HAZO24 CERTIFICERING
56 HUISARTSEN
PRAKTIJKEN

8.588
VISITES

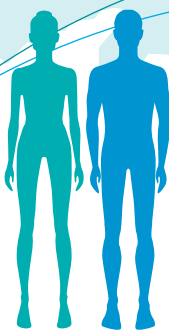


BLOEDPRIKKEN
72 HUISARTSEN
PRAKTIJKEN

NARROWCASTING
43 HUISARTSEN
PRAKTIJKEN



77
SOMATIEK PRAKTIJK-
ONDERSTEUNERS

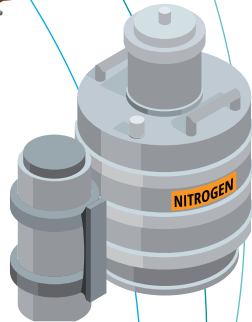


4.200
PRODUCT
BESTELLINGEN



MEDITTA

STIKSTOF
68 HUISARTSEN
PRAKTIJKEN



PRAKTIJKEN 34
HUISARTSEN 60

REGIO
WEERT

REGIO
ROERMOND

40 PRAKTIJKEN
66 HUISARTSEN

REGIO WESTELIJKE
MIJNSTREEK

PRAKTIJKEN 47
HUISARTSEN 90

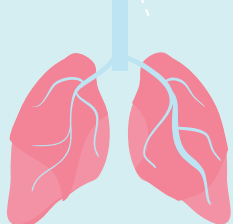
CVRM ZORGPRG
HUISARTSEN PRAKTIJKEN 202 (VVR+HVZ)



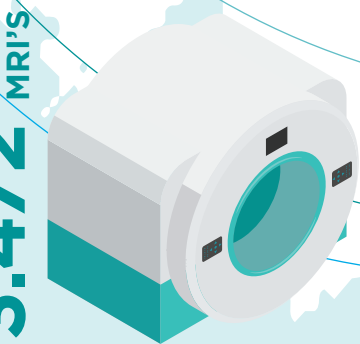
16 ARBO
HUISARTSEN
PRAKTIJKEN



LOONSERVICE
5 HUISARTSEN
PRAKTIJKEN



COPD ZORGPRG
102 HUISARTSEN
PRAKTIJKEN



3.472
MRI'S



IJKEN/KALIBREREN
101 HUISARTSEN
PRAKTIJKEN



72 ASTMA ZORGPRG
HUISARTSEN PRAKTIJKEN



PRAKTIJKMANAGEMENT
54 HUISARTSEN
PRAKTIJKEN

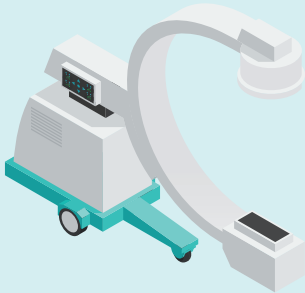
64 GGZ PRAKTIJK-
ONDERSTEUNERS

53.682
GGZ
CONSULTEN

40.818
CONSULTEN



5.569
RÖNTGENFOTO'S



404
GOOD HABITZ
OPLEIDINGEN



GLI ZORGPRG
1.250
HEALTHY LIFE
DEELNEMERS





**‘WE
MOETEN
IN DE
SPOEDZORG
NIET
DEZELFDE
FOUTEN
MAKEN
ALS IN DE
JEUGDZORG
EN DE GGZ’**

”

Als de kwaliteit van de zorg maar goed is, lig ik er niet zo wakker van dat we niet voldoen aan normen



Omdat we onvoldoende beseffen dat als je aan de ene kant bezuinigt en mensen langer thuis laat wonen, je aan de andere kant onvermijdelijk meer crisissituaties krijgt.’

Het voorbije jaar, het coronajaar 2020, was een bijzonder jaar bij de spoedzorg. Er waren veel drukke momenten, maar op sommige momenten was het opvallend rustig. Voor een deel kwam dat doordat mensen niet durfden te komen, of minder buitenshuis konden ondernemen. Voor een deel óók doordat de triage strikter was. ‘We hebben daar veel ervaring opgedaan’, zegt Roelf Norg, voorzitter van de Huisartsencoöperatie Midden-Limburg Oost. ‘Nu begint de tijd aan te breken om terug te kijken en de vraag te stellen of we het goed hebben gedaan.’ Is er een simpel antwoord op die vraag? ‘Ja en nee’, zegt Norg. In elk geval zijn er diverse lessen te leren voor de toekomst.

‘Nood breekt wet.’ Met die instelling is vorig jaar veel bereikt. Norg heeft daar allerlei vragen aan overgehouden waarop hij nog geen antwoord weet. Als de hoogste nood voorbij is, wat neem je dan mee van het oude naar het nieuwe normaal? Bijvoorbeeld: ‘We voldeden jaren niet aan bepaalde algemene normen die gelden voor de aanrijdtijden in de spoedzorg. Waar ligt dat aan? Is het überhaupt mogelijk aan die normen te voldoen? Is het antwoord ‘ja’, hoe moeten we dat dan regelen? Is het antwoord ‘nee’, is dat dan erg? Als de kwaliteit van de zorg maar goed is, lig ik er niet zo wakker van dat we niet voldoen aan normen.’

Belang van goede managementinformatie

Voor sommige antwoorden is het nog te vroeg. Aan de andere kant ontbreekt het aan de capaciteit om alle vragen te kunnen analyseren. En aan goede managementinformatie voor het vaststellen van de koers voor de toekomst. De behoefte aan managementinformatie is deels een vraag aan Meditta zelf. ‘We moeten onze cijfers op orde hebben.’ Anderzijds moet de informatie komen van ondersteuningsorganisaties als Robuust. ‘Ik heb hen gevraagd om meer specifiek voor onze regio per gemeente data aan te leveren over de zorg. Ook de Regiobeelden van zorgverzekeraars betrekken we erbij, maar ook die geven niet altijd uitsluitsel.’ Goede managementinformatie klinkt niet sexy, maar hoe belangrijk het kan zijn, bleek aan het begin van de coronacrisis. Dagelijks werd het verloop van de pandemie op de voet gevolgd. ‘We hadden een coronacentrum in de Oranjerie in Roermond. Maar er stonden nog twee hotels in de wacht-

stand, met een totale bedden capaciteit van 600. Daar hebben we er uiteindelijk 50 van gebruikt. Ander voorbeeld: we hadden de spoedzorg gecentraliseerd in een callcenter in het Medittakantoor in Sittard. Elke week kwam de vraag: hoeveel patiënten zijn waar gezien, hoe moeten we de beschikbare capaciteit inzetten?’

Tweeduizend mensen tekort

Managementinformatie die wel voor handen is, komt uit een Regiobeeld Noord- en Midden-Limburg van zorgverzekeraar VGZ. Daarin staat dat er in de regio in het jaar 2030 een tekort van tweeduizend arbeidskrachten in de V&V-zorg wordt voorzien. Norg: ‘Dat heeft ook forse gevolgen voor andere sectoren, zoals de huisartsenzorg. Daar moeten we nu op acteren – met andere plannen dan we tot nu toe gedaan hebben, ook voor de spoedzorg. Men gaat teveel uit van hightech-zorg. Daar kun je wel wat mee, maar de problemen gaan niet daar ontstaan. Ze gaan ontstaan in de care-setting. Mensen die langer thuisblijven en op gegeven moment vallen of in hun dementie ontregeld raken. Die moeten snel geholpen kunnen worden. En daar hebben we onvoldoende adequate oplossingen voor verzonnen, tot nu toe. Neem een 92-jarige die alleen thuis woont. Zijn kring is in de loop der jaren steeds kleiner geworden, zijn kinderen zijn tegen de 70 en ook niet meer de jongsten. Wat als zo iemand gevelde wordt door een verkoudheidsvirus? Drie dagen op bed ligt en niet meer goed eet en drinkt? Dat kan fataal zijn.’

Dezelfde fouten

‘Wat ik het belangrijkste voor de spoedzorg vind, is dat we in de chronische zorg sterk aan het bezuinigen zijn en mensen langer huis willen laten. Prima. Dat is belangrijk en ook wat veel mensen willen. Maar mensen willen ook, als het dan toch spaak loopt, snel geholpen worden. En daar gaat het denk ik straks mis. Omdat we in Nederland onvoldoende beseffen dat als je aan de ene kant bezuinigt en mensen langer thuis laat wonen, je aan de andere kant onvermijdelijk meer crisissituaties ontstaan. En je dus iets voor acute opvang moet organiseren. We doen het ene wel, en het andere niet. Dat is in de jeugdzorg en de GGZ ook gebeurd. Het aantal bedden in de GGZ is omlaag gebracht, maar de ambulante geestelijke gezondheidszorg niet genoeg opgeplust. In de jeugdzorg is het aantal opnameplekken beperkt en niet genoeg capaciteit daarnaast gezet. Die fout zijn we nu in deze vorm van ouderenzorg ook aan het maken. Dat kun je niet alleen oplossen met telehealth.’

”

Teleconsultancy is een
gigantische markt die ook
via andere kanalen dan
de huisarts kan lopen

**‘IK VOORSPEL:
DE IMPACT
VAN ICT OP DE
ZORG GAAT NOG
GROTER WORDEN’**

Jos Cober over 'lessons learned' en de toekomst van de zorg



‘Toen we eenmaal op gang waren, is het eigenlijk vrij snel gegaan.’ Zegt Jos Cober, algemeen bestuurder van Meditta, over de vaccinatie van patiënten in zorginstellingen door huisartsen. ‘Natuurlijk waren er serieuze aanloopproblemen en vallen er lessen te leren, maar uiteindelijk is het vlekkeloos verlopen.’ Los daarvan bracht 2020 ook anders nieuws voor Meditta. En de toekomst? Die zal uitdagingen brengen. Die kun je zorgelijk vinden of spannend – maar komen zullen ze.

Het andere nieuws van 2020 is bijvoorbeeld de uitbreiding van het Meditta Medisch Centrum Echt. Het nieuwe gebouw is klaar en opgeleverd. ‘Het heeft vrij lang geduurd voordat we iedereen op één lijn hadden. Dat geldt zowel voor de stakeholders als voor de aandeelhouders. Daarom ben ik ook blij dat het nu gelukt is.’ Want het MMC Echt biedt een kleinschalige, patiëntvriendelijke omgeving waar sneller en slimmer doelmatige zorg wordt verleend. ‘Door de snelle diagnostiek weet een patiënt vlug waar hij aan toe is – en dat is wat een patiënt graag wil. Bovendien hou je hem weg bij de dure, specialistische ziekenhuiszorg als die niet nodig is.’

‘Dat zou mogen blijven hangen’

Lessons learned dan. ‘Wat corona ons geleerd heeft, is dat samen de schouders ergens onder zetten, zonder veel gedebatteer, tot resultaten leidt. Resultaten voor de patiënt, maar ook voor de zorgverlener. Je zit weer korter bij de werkelijkheid, denken en doen liggen dicht bij elkaar. Dat geeft meer werkvreugde. Die samenwerking, de handen in elkaar slaan zonder politieke belangen – dat zou mogen blijven hangen.’

‘Daar kun je als individuele huisarts niet tegenop’

De duw in de rug die ICT-toepassingen in de zorg door de pandemie gekregen hebben, is niet van voorbijgaande aard, denkt Cober. ‘Ik voorspel: de impact van ICT op de zorg gaat nog groter worden. Teleconsultancy is een gigantische markt die ook via andere kanalen dan de huisarts kan lopen. CZ heeft nu al een app, *App de verpleegkundige* heet die. Denk er maar eens over na wat gaat gebeuren als partijen als Google en Philips zich serieus op die markt begeven. Google kan miljarden investeren. Philips heeft bijna alles afgestoten, van de huishoudapparaten tot de lampen, alleen de medische poot blijft over.

Dan gaat het om medische apparatuur, maar vooral ook om teleconsultancy. Daar kun je als individuele huisarts niet tegenop.’

Drie pijlers

Op dit moment loopt, als uitvloeisel van het hoofdlijnenakkoord, een subsidieaanvraag van Meditta bij de zorgverzekeraar.

‘Dat hoofdlijnenakkoord betekent dat we voor de Meditta-regio ruim een miljoen aan subsidie kunnen aanvragen.’ Het subsidieaanvraag berust op drie pijlers. De eerste pijler is: eHealth-toepassingen die niet ingewikkeld zijn en nu al beschikbaar, als een basisvoorziening verankeren in de huisartsenpraktijken. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het afhandelen van eenvoudige hulpvragen via e-mail, of herhaalrecepten via de computer. Op die manier kan de zorg doelmatiger georganiseerd worden en meer tijd vrijkomen voor patiënten die de aandacht van de huisarts echt nodig hebben. ‘In feite is het een reorganisatie van de praktijkvoering. Sommige praktijken lopen daarin voorop, andere praktijken doen er nog niets mee.’

De tweede pijler is: bouwen aan meer samenwerking met andere zorgpartners in de regio. Het gaat dan bijvoorbeeld om het delen van data van patiënten, zodat die beschikbaar zijn voor de zorgverlener die ze op dat moment nodig heeft. Zodat de zorgverlening beter op elkaar afgestemd kan worden en werkafspraken gemaakt kunnen worden. ‘Die onderlinge communicatie is nu vaak nog bedroevend. Dat kun je bijvoorbeeld oplossen met RSO’s, Regionale Samenwerkingsorganisaties.’ De derde pijler is datamanagement. ‘We doen op dit moment in de zorg nog heel weinig met data. We hebben wel veel data, maar die zijn ongestructureerd. Je zult ze moeten structureren en op basis van data-analyses speerpunten gaan benoemen: waar gaan we ons op focussen,

de komende jaren? Waar liggen de behoeftes? Dat moet je onderbouwen met cijfers, niet met onderbuikgevoel.’ Daarvoor heb je data nodig uit de gezondheidszorg, maar ook data die het CBS heeft, zoals bijvoorbeeld de sociale kleur van een wijk. ‘Al dat soort data kun je samenvoegen en er goede data-analisten op zetten. Dan kun je zelfs voorspellingen doen en op basis daarvan proactief handelen.’

Privacy

De vraag die onvermijdelijk opkomt bij dergelijke beschouwingen is: en de privacy dan? ‘Die is uiteraard heel belangrijk. Data kun je gebruiken, maar ook misbruiken. Je moet daar goede afspraken over maken.

Je kunt bijvoorbeeld afspreken dat iemand één keer een toestemmingsverklaring ondertekent die dan binnen een RSO gebruikt mag worden. En het moet natuurlijk ook gaan om het delen van relevante data.’

Het uiteindelijke doel

Vanzelfsprekend is de toepassing van ICT in de zorg een middel, een middel dat bij moet dragen tot het uiteindelijke doel. ‘Zoiets als teleconsultancy is één van de elementen die bij kunnen dragen tot een goede, integrale zorg. Die zorg kan alleen samen met partners in de regio geleverd worden. Zorg is netwerkzorg geworden. Die zorg moet afgestemd zijn op de behoeften van de patiënt. We moeten streven naar zorg die minder geprotocolleerd is, zorg op maat die uitgaat van positieve gezondheid. Patiënten worden mondiger, iemand verliest niet opeens zijn vermogen tot nadenken omdat hij een aandoening krijgt. Een patiënt kan meer dan we vaak denken. “De patiënt moet de regie over zijn eigen gezondheid krijgen”, zeggen we. Geef hem dan ook die rol.’



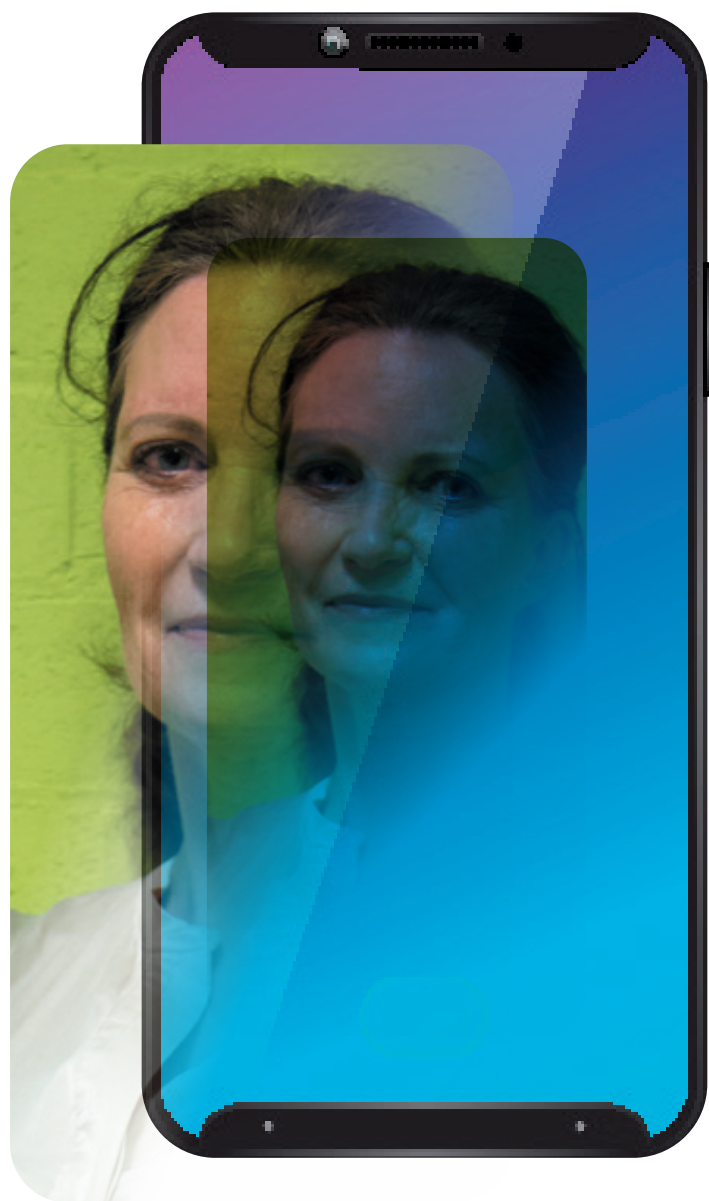
Over PGO: Die gegevens horen op één plek bewaard te worden, en wat ons betreft is de huisarts de meest voor de hand liggende plek

”

HUISARTS EN eHEALTH

VAN SLAAPAPNEU TOT ARTIFICIAL INTELLIGENCE

Bij een van haar post-covidpatiënten die via de Meditta Virtuele Kliniek gemonitord worden, constateerde Kay Liedekerken een paar weken achter elkaar stijgende bloeddruk. Ze belde met de patiënt, maar die zei dat zijn leefpatroon niet veranderd was. ‘Ik ben hetzelfde blijven bewegen.’ Vervolgens controleerde ze via een bloedprik of er iets mis was met de nierfunctie, maar ook dat was niet het geval. ‘Toen ben ik die patiënt gaan behandelen, terwijl ik het probleem normaal gesproken helemaal niet in de gaten zou hebben gehad. Dat is het waardevolle van zo’n online monitoring, je krijgt geen momentopname, maar ziet de trend.’ eHealth in de huisartsenzorg omvat meer dan monitoring van individuele patiënten. AI, Artificial Intelligence, kan bijvoorbeeld een belangrijke rol spelen. En wist u dat bij een zeer succesvolle CVA-pilot karakterologische verschillen tussen Nederlanders en Duitsers naar voren lijken te komen?



Als voorzitter van de Huisartsen Coöperatie Westelijke Mijnstreek lijkt het Kay Liedekerken nuttig toch nog even te vermelden wat dat nu precies inhoudt, de Meditta Virtuele Kliniek. ‘Dat zijn de digitale instrumenten die we inzetten om chronische patiënten online te monitoren.’ Al in 2018 waren er de eerste pilots met diabetespatiënten en patiënten met hoge bloeddruk, maar nu wordt telemonitoring dus ook ingezet bij post-covidpatiënten. ‘De kinderziekten zijn er wel uit. Het is rijp voor implementatie. Uiteindelijk is het de bedoeling het diabetesproject uit te breiden tot 1.000 patiënten.’ Steeds minder is eHealth iets dat je er als huisarts ‘even bij kunt doen’. Vandaar dat Meditta drie CMIO’s aangesteld heeft, voor elke Meditta-regio één. En voor wie zich nu even achter het oor krabt: CMIO staat voor Chief Medical Information Officer. Het zijn huisartsen die zich binnen Meditta speciaal gaan richten op de doorontwikkeling en versnelling van de digitalisering van de huisartsenzorg. Daarvoor volgen ze een speciale opleiding aan de TU Eindhoven.

Apneu-project en post-coviddruk

De plannen voor de digitale versnelling van de huisartsenzorg heeft Meditta vervat in een document waarin drie hoofddoelstellingen geformuleerd worden. Wat zijn voor Kay Liedekerken daarin belangrijke elementen? Doelstelling één gaat bijvoorbeeld over het versterken van de regionale infrastructuur. ‘Daarbij gaat het om onderling contact, samenwerking met ketenpartners en uitwisseling van gegevens.’ Dat laatste speelt ook een rol bij de verplichting patiënten toegang te verschaffen tot hun eigen medische gegevens via een zogeheten persoonlijke gezondheidsomgeving of PGO. ‘Die gegevens horen op één plek bewaard te worden, en wat ons betreft is de huisarts de meest voor de hand liggende plek.’ Behalve aan infrastructuur wordt ook gewerkt aan regionale zorginhoudelijke projecten; dat is de tweede doelstelling van de digitale versnellingsagenda. Het al genoemde diabetesproject is daar een voorbeeld van, maar MCC Omnes gaat bijvoorbeeld ook een apneu-pilot doen. ‘Via een zuurstofmetertje dat een patiënt voor hij gaat slapen op zijn wijsvinger doet, kan vastgesteld worden of de zuurstof ’s nachts dipt. Als dat

gebeurt, is de mogelijkheid aanwezig dat de patiënt apneu heeft. Nu kan ik dat alleen vaststellen op basis van wat een patiënt of zijn partner zegt. Dat metertje werkt met een app waar AI achter zit. Alle mensen die geen zuurstofdips hebben, hoef ik niet door te sturen.’ Door te sturen naar longartsen die nu overspoeld worden door post-covidpatiënten.

CVA, Duitsers en Nederlanders

Kay Liedekerken is samen met één van CMIO’s van Meditta, Martijn Gelissen, ook bezig met een pilot voor een CVA digitaal nazorgproject. Het is nog niet beschikbaar voor de hele regio, maar in dat project krijgen mensen die een hersenberoerte hebben gehad een intensief digitaal coachings- en beweegprogramma aangeboden met als doel de functieproblemen die ze hebben te verminderen. ‘Je ziet de mensen verbeteren. Het bedrijf dat het project uitvoert, heeft dat eerder al in Duitsland gedaan. Ze hebben daar heel veel mensen in het programma en die zijn dramatisch verbeterd. In Duitsland is het zo goed geland dat acht Duitse ziektekostenverzekeraars het in het basispakket hebben opgenomen. Dat project willen we hier dus ook gaan doen.’ Het bedrijf dat het CVA digitale nazorgproject aanbiedt, vermoedt wel dat er een verschil is tussen Duitsland en Nederland. ‘Als je in Duitsland tegen een patiënt zegt: “doe dit en dat”, dan doet die patiënt dat. In Nederland ligt dat wat moeilijker, om het zo maar eens uit te drukken.’

Datamanagement

Het derde hoofdpunt van Meditta’s digitale versnellingsagenda is datamanagement. Een interessante, maar tevens bewerkelijke doelstelling lijkt dat. Simpel gezegd: binnen Meditta beschikken de zorgverleners over allerlei patiëntgegevens. Met behulp van Artificial Intelligence kun je deze gegevens gebruiken om de zorg beter en efficiënter te maken, tot op het niveau van behoeftevoorspellingen. Het onvermijdelijke begrip dat daarbij hoort is - u raadt het - privacy. Kay Liedekerken’s standpunt is helder: ‘De patiënt blijft eigenaar van zijn eigen gegevens. Dus of je vraagt de patiënt om toestemming, óf je anonimiseert de gegevens.’ Of het in de praktijk allemaal zo makkelijk zal uitpakken als het klinkt, valt af te wachten.

Wat vindt de patiënt?

Het is mooi als zorgverleners nut en noodzaak van eHealth inzien, maar nog mooier is het als ook patiënten enthousiast zijn. Hoe schat Kay Liedekerken dat in? ‘Patiënten vinden het vaak prettig hun eigen gegevens in te kunnen zien; vooral bij jongeren is dat het geval. Waar eHealth zich al volledig bewezen heeft, is bij alle vlekjes en plekkjes: je kunt nu gewoon een foto opsturen naar je huisarts. Van praktijkondersteuners GGZ hoor ik dat sommige patiënten een e-consult prettiger vinden. Thuis in hun eigen vertrouwde omgeving durven patiënten soms meer over zichzelf te vertellen. Maar er zijn natuurlijk ook patiënten die het gewoon prettiger vinden om naar de huisartsenpraktijk te komen. Je zult altijd een hybride vorm houden, waarbij de patiënt kiest.’



De patiënt blijft eigenaar van zijn eigen gegevens. Dus of je vraagt de patiënt om toestemming, óf je anonimiseert de gegevens

‘De volgende crisis, de krapte op de arbeidsmarkt, moeten we ook samen oplossen’

Erik Dekker, voorzitter van de Huisartsen Coöperatie Weert en omstreken, schetst een fraai beeld van hoe, pre-corona, de communicatie verliep binnen zijn eigen coöperatie. Bij de algemene ledenvergadering bijvoorbeeld. En hoe anders het was tijdens de coronacrisis. De les die daaruit te leren valt, wordt inmiddels al toegepast in een initiatief met de fraaie naam *Weert Positief*.

Het belang van goede communicatie in de zorg

‘Bij onze coöperatie zijn ongeveer vijftig huisartsen aangesloten. Vóór corona verschenen bij een algemene ledenvergadering zo’n tien à vijftien mensen, waarvan er zes tot het dagelijks bestuur horen. Dat kan twee dingen betekenen: of je doet het heel goed en iedereen is tevreden, of de mensen zijn totaal niet geïnteresseerd. In het begin van de coronacrisis werd een crisisteam gevormd met twee vertegenwoordigers van elk van de drie huisartsencoöperaties, de voorzitter van het Medittabestuur, een IT-manager en iemand voor de secretariële ondersteuning – negen mensen in totaal dus. Dat crisisteam rapporteerde aan de Hago-coördinatoren die op hun beurt alles doorgaven aan hun achterban. En vice versa: van de huisartsen via de Hago-coördinatoren naar het crisisteam. Zo werd iedereen bereikt en goed geïnformeerd. Hetzelfde zag je in het overleg met de ketenpartners: in Weert had je een task force met vertegenwoordigers van de huisartsen,

de ziekenhuizen en de VVT-instellingen. Die goede communicatie moeten we vasthouden en goed proberen in te richten. Want goede communicatie leidt tot betere zorg. De volgende crisis, de krapte op de arbeidsmarkt, treft niet alleen huisartsenpraktijken, maar ook de ziekenhuizen en de VVT-instellingen. Die zullen we ook samen moeten oplossen.’

Weert Positief

Een initiatief dat aansluit bij de gedachte dat betere communicatie leidt tot betere zorg, is *Weert Positief*. Daarbij gaat het om samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociale domein op het gebied van psychosociale klachten als eenzaamheid en schulden. Behalve de aangesloten huisartsen deden in eerste instantie de Weertse welzijnsorganisatie *Punt Welzijn*, zorgverzekeraar CZ en het algemeen maatschappelijk werk mee; de gemeente Weert sloot in een later stadium

ook aan. Het gaat om een pilot in het kerkdorp Stramproy en de wijk Boshoven. Daar wordt, bij voorkeur in een huisartsenpraktijk, een loket geopend dat vier uur per week bemand wordt door een medewerker van Punt Welzijn of het algemeen maatschappelijk werk. Het doel is ervoor te zorgen dat mensen op de goede plek terecht komen met hun hulpvraag. Erik Dekker: ‘We willen aansluiten bij het landelijk project *Schulden in de spreekkamer* en ook de thuiszorg en de GGZ erbij betrekken. Heel waardevol is dat medewerkers met elkaar in contact komen en elkaar leren kennen: de praktijkondersteuner GGZ, de mensen van Punt Welzijn, het algemeen maatschappelijk werk.’ Opmerkelijk: Weert Positief vindt voorsnog plaats met gesloten beurzen. Dekker: ‘Bij dit soort initiatieven krijg je altijd eindeloze discussies over de vraag: wie moet dat betalen? Zo kom je nergens. We zijn dus maar gewoon begonnen, iedereen zet zijn arbeid in. De rest zien we later wel.’



Bij dit soort initiatieven krijg je altijd eindeloze discussies over de vraag: wie moet dat betalen? Zo kom je nergens. We zijn dus maar gewoon begonnen, de rest zien we later wel.

”



De zorg 'Weertenaar van het jaar' 2020

In de gemeente Weert is de zorg uitgeroepen tot 'Weertenaar van het jaar'. De oorkonde werd op het gemeentehuis in ontvangst genomen door Erik Dekker namens de huisartsen, een vertegenwoordiger van de praktijkondersteuners, twee verpleegkundigen, een mantelzorger en een vertegenwoordiger van de VVT-instellingen. Dekker: 'Het was echt een leuke bijeenkomst.'

DE GGZ VANUIT HET PERSPECTIEF VAN DE PATIËNT

WACHTTIJDEN EN ANDERE VERBETERPUNTEN



‘Als hij niet door de huisarts of de POH-GGZ begeleid kan worden, is het eerste waar een patiënt die geestelijke gezondheidszorg nodig heeft mee te maken krijgt: de wachttijden in de GGZ. Patiënten moeten te lang wachten op een behandeling.’ Dat is onwenselijk, natuurlijk – en niet alleen voor de patiënt zelf. Ook de huisarts en de praktijkondersteuner GGZ worden met de gevolgen ervan geconfronteerd. Een patiënt die eigenlijk een gespecialiseerde behandeling nodig heeft, blijft ter overbrugging van de wachttijd vaak als het ware ‘hangen’ in de huisartsenpraktijk.

En daar is niemand mee gediend. Iets anders wat voor huisartsen verbeterd kan worden, is de consultatiefunctie. Bij de GGZ verloopt die anders dan bij medisch specialisten.

‘Huisartsen geven aan: als ik een medisch specialist nodig heb, bel ik hem op zijn 06. Als ik hem niet meteen te pakken krijg, belt hij me snel terug.

Als ik een psychiater nodig heb, moet ik maar afwachten of hij terugbelt. Soms gaat er veel tijd overheen voordat ik een reactie krijg.’



WAAR OOK NAAR GEKEKEN WORDT, IS HOE JE PATIËNTEN DIGITAAL KUNT BEHANDELEN. DAN MAAKT HET NIET UIT OF EEN AANBIEDER IN SITTARD OF GRONINGEN ZIT.

Wie praat over de GGZ kan - en dat mag geen verrassing zijn - allerlei gezichtspunten verwachten. Het gezichtspunt van de huisarts, de praktijkondersteuner GGZ, de zorgverzekeraar, de GGZ-instelling, het maatschappelijk veld. Maar een voor de hand liggend vertrekpunt lijkt de patiënt te zijn. Roger Bastiaens, programmamanager GGZ bij Meditta, over De Nieuwe GGZ, een nieuw verwijfsbureau en digitaal behandelen.

”

Bij Meditta zijn 45 praktijkondersteuners GGZ in dienst. Dat is een kwalitatief goede groep.

We gaan ervoor zorgen dat we hun kwaliteiten nog beter gebruiken.

De Nieuwe GGZ

Er is ruimte voor verbetering in de GGZ - en dan hebben we het niet alleen over de kosten. Vraag is vervolgens: wat gaan we eraan doen? Eén mogelijke oplossingsrichting is: *De Nieuwe GGZ*. Bastiaens: 'Daarbij gaat het onder meer om de vraag achter de vraag, uitgaande van Positieve Gezondheid. Het klassieke voorbeeld is een patiënt die bij de huisarts komt met depressieve klachten. Je kunt zo'n patiënt medicatie voorschrijven, of een behandeling. Maar als uit een gesprek blijkt dat de patiënt schulden heeft, kan het wel eens zo zijn dat een andere aanpak veel effectiever is. Wie kan in zo'n geval de beste hulp bieden?' De Nieuwe GGZ vraagt dan ook nadrukkelijk om een verbinding tussen de zorg en het maatschappelijk veld: gemeenten, het sociale domein, mantelzorgers. Het streven daarbij is de creatie van een goed netwerk op wijk-niveau. 'Uit een ander Nieuwe GGZ-project is gebleken dat zo'n aanpak leidt tot 40 procent minder doorverwijzingen naar de gespecialiseerde GGZ.' En zo komen we dan toch uit bij de kosten.

Verwijsbureau

Maar De Nieuwe GGZ is niet het enige wapen dat Meditta samen met partners inzet om de wachttijden te verkorten. 'We zijn vanuit de eerste lijn gaan kijken: wat kunnen we verbeteren voor de huisartsen? Samen met zorgverzekeraar CZ en Huisartsen OZL wordt nu een verwijfsbureau ingericht. Als een huisarts twijfelt, kan daar een screening en een intake worden gedaan, met een gerichte verwijzing naar de juiste aanbieder. Daarbij wordt rekening gehouden met de kortste wachttijd. Waar ook naar gekeken wordt - en bij de GGZ in Limburg staat dat nog in de kinderschoenen - is welke patiënten je digitaal kunt behandelen. Dan maakt het niet uit of een aanbieder in Sittard of Groningen zit. Als een patiënt ervoor openstaat en hij kan eerder geholpen worden, dan verkort je op die manier de wachttijden. Meditta is er ook over aan het denken psychiaters aan de organisatie te binden om zo huisartsen beter te ondersteunen. 'Een aantal huisartsen heeft aangegeven ervoor open te staan om bijvoorbeeld een dagdeel per maand deze psychiater spreekuur te laten houden in de huisartsenpraktijk.' Tot slot: bij Meditta zijn 45 praktijkondersteuners GGZ in dienst. 'Dat is een kwalitatief goede groep. We gaan ervoor zorgen dat we hun kwaliteiten nog beter gebruiken.' Dat alles met als einddoel: betere zorg tegen lagere kosten - tot tevredenheid van de patiënten. Wie kan daar problemen mee hebben?



MEDITTA

OMGAAN MET HOOGFREQUENTE ZORGGEBRUIKERS

Elke huisarts kent ze: patiënten die meer dan gemiddeld de praktijk bezoeken. Meditta heeft een zorgmodule ontwikkeld voor een gerichte benadering van deze hoogfrequente zorggebruikers. Het doel is te komen tot een persoonsgerichte aanpak die de praktijk tijdwinst oplevert.

In deze zorgmodule ondersteunt Meditta de deelnemende praktijken bij de data-analyse en de implementatie van een gerichte benadering van hoogfrequente gebruikers. Belangrijk bij die aanpak is dat mét de deelnemende praktijken gekeken wordt naar wat werkt. Voor welke doelgroep is de aanpak relevant? Hoe zorg je ervoor dat de contactmomenten met patiënten niet meer ad hoc plaatsvinden, maar periodiek op een vast moment? Het is de bedoeling de ervaringen van de deelnemende praktijken uit te wisselen en ze te gebruiken om de chronische zorg meer toekomstbestendig vorm te geven.

Het programma bestaat in hoofdlijnen uit de volgende onderdelen

- data-analyse: zicht op patiënten met meeste contacten
- één aanspreekpunt: casemanager koppelen aan patiënt
- onderzoeken achterliggende redenen
- gesprek op basis van Positieve Gezondheid.
- eventueel doorverwijzen naar bijvoorbeeld het sociaal domein
- afspraken over periodiek contact met patiënt en deze afspraken intern afstemmen
- agendabeheer en wijze van contact.

Interesse? Praktijken die geïnteresseerd zijn in deelname aan deze module kunnen rechtstreeks contact opnemen met programmamanager Rens Bouw, rensbouw@meditta.nl.