

Praktijk is een uitgave van Maastricht Universitair Medisch Centrum+ voor huisartsen en andere verwijzers

praktijk

Special
GGZ

1 | 17

Niemand meer tussen wal en schip | De POH-GGZ |
Fundamentele veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg

Door de hervormingen in de zorg is er ook veel veranderd in de GGZ-sector. Veel verantwoordelijkheden zijn verschoven van het rijk naar de gemeenten. Ook in de GGZ is er sprake van extramuralisering. Mensen met een psychiatrische aandoening komen veel minder snel in aanmerking voor een opname in een instelling. Dit vraagt om een andere benadering van de zorg- en hulpverlening. De focus verschuift naar ondersteuning in de eigen leefomgeving. Hoe organiseer je dat?



03



06



10



16



18

Inhoud

- 03 Kinderarts-sociale pediatrie dr. Thea van Zeven: "Bij complexe problematiek leggen wij de dwarsverbanden".
- 06 Pilot Blauwe GGZ. Fundamentele veranderingen van de geestelijke gezondheidszorg.
- 09 Uit de Praktijk.
- 10 Medisch maatschappelijk werker Lydia Blokland over risicozwangeren.
- 12 De POH-GGZ. Longarts prof.dr. Geertjan Wesseling in gesprek met POH-GGZ Miryam Weckx en GGZ-kaderarts Priska Israël.
- 15 Kort nieuws.
- 16 Onno Hoes van het Schakelteam Personen met Verward Gedrag: "Niemand tussen wal en schip".
- 18 Prof.dr. Ulf Neumann, afdelingshoofd Algemene Chirurgie, over Duits-Nederlandse samenwerking.
- 20 Column Dirk Corstens, psychiater en psychotherapeut METggz Roermond.

Praktijk is ook digitaal te lezen: www.mumc.nl/verwijzers

Colofon Praktijk is een uitgave van Maastricht UMC+, RVE Patiënt en Zorg i.s.m. Zorg in Ontwikkeling (ZIO) **Ontwerp en grafische vormgeving** Strategyminds, Maastricht

Redactie Hans Fiolet, Liesbeth van Hoef, Ber Huijnen, Jean Muris, Caroline Robertson, Geertjan Wesseling, Ingeborg Wijnands, stafdienst Communicatie Maastricht UMC+, Strategyminds **Eindredactie** Liesbeth van Hoef **Fotografie** Appie Derks, Tiba Hobus **Druk** Pietermans Lanaken.

Suggesties voor de redactie? Bel of mail Ellen Kennes, stafdienst Communicatie Maastricht UMC+, telefoon 043 387 44 58, e-mail ellen.kennes@mumc.nl

Praktijk is ook digitaal te lezen: www.mumc.nl/verwijzers

De Huisartsen Service Desk telefoon 043 387 44 80

De Huisartsen Service Desk in het Maastricht UMC+ is het interne navigatiesysteem voor externe verwijzers. Eén telefoonje en u wordt doorverbonden met de juiste persoon of afdeling.



Kinderarts-sociale pediatrie dr. Thea van Zeben
treedt op als gids in de jeugdzorg

“Bij complexe
problematiek
leggen wij de
dwarsverbanden”



Eén van haar doelen is de tussenschotten in de jeugdzorg doorbreken. Als kinderarts-sociale pediatrie zorgt dr. Thea van Zeven ervoor dat kinderen met complexe fysieke, geestelijke en sociale problemen de juiste hulp krijgen, in het ziekenhuis, maar vooral ook daarbuiten. Van Zeven was een van de kinderartsen die aan de wieg stonden van de subspecialisatie sociale pediatrie. De sociale pediatrie is sinds 1998 erkend door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Aanleiding voor deze nieuwe subspecialisatie was de wens van kinderartsen om in contact te komen en te blijven met de professionals van niet-ziekenhuis gebonden organisaties in de zorg voor het kind. Dit om zicht te houden op kinderen met complexe fysieke, geestelijke en sociale problemen. In het verzuilde en onoverzichtelijke Nederlandse zorglandschap is dit geen sinecure. De zorg voor het kind is onder meer opgedeeld in jeugdgezondheidszorg, de jeugd GGZ en de jeugdhulpverlening. Kinderartsen-sociale pediatrie zijn zo opgeleid dat ze het overzicht hebben over het hele bestel en zijn daarmee in staat om als het nodig is de belemmeringen tussen verschillende systemen weg te nemen.

In de praktijk treedt de kinderarts-sociale pediatrie op als schakel tussen de zorgverleners in en buiten het ziekenhuis. Als een organisatie in de jeugdhulpverlening een oplossing zoekt voor een medisch probleem van een van hun patiëntjes wordt de kinderarts-sociale pediatrie er bij gehaald. En andersom, als een medisch specialist in het ziekenhuis advies nodig heeft over een psychosociaal probleem bij een kind of ouder mag Van Zeven aanschuiven.

“Nederland is een hokjesland. Als je slecht ziet, ga je naar een instelling voor slechtzienden, maar als je ook nog eens slecht loopt en niet goed kunt praten, moet daar binnen de instelling ook aan worden gewerkt. Dan worden wij ingeschakeld. Zo werken we bij de kinderrevalidatie van Adelante, XONAR jeugdhulpverlening en bij de Mutsaertsstichting. Bij complexe problemen, waarbij veel hulpverleners betrokken zijn, leggen wij de dwarsverbanden. Vaak helpt het om aan de hand van je eigen inschatting een passende oplossing voor het probleem te zoeken en de juiste zorg te organiseren. Daarbij zorgen wij ervoor dat het kindergeneeskundige aspect van de zorg voldoende naar voren wordt gebracht”, licht de kinderarts toe.

Als voorbeeld haalt ze een kind met zindelijkheidsproblemen aan. “Bij een organisatie als XONAR weten ze over het algemeen weinig van broekpoepen. Wij kunnen uitleggen wat de oorzaken van het broekpoepen zijn en nemen ook het stukje medische

“Het kindbelang staat voorop”

zorg voor onze rekening. Maar ook als de hulpverlening binnen een gezin niet goed draait omdat er medische problemen zijn, kunnen wij zorgen voor een oplossing.”

Van Zeben, al sinds 1984 werkzaam als kinderarts, is als ervaren professional in staat om met open vizier naar de problemen van de kinderen en het gezin waarin het opgroeit te kijken. Daarbij kijkt ze zowel naar de somatische als de psychosociale aspecten van de klacht. Als een jongetje bijvoorbeeld oververmoeid is, kan er sprake zijn van ijzertekort, maar het kan ook een gevolg zijn van een tekort aan slaap omdat hij niet kan slapen door de drukte of de chaos in huis. Door middel van onderzoek en vooral door uitvoerige gesprekken met de ouders en hulpverleners gaat ze op zoek naar de onderliggende oorzaak van de klachten. Als ze precies weet wat er speelt, zet ze de aangewezen hulpverlening in gang. En de ene keer is de oorzaak duidelijker dan de andere keer.

Soms wordt ze alleen ingeschakeld voor advies. In andere gevallen is ze ook betrokken bij het opstellen van een behandelplan voor de cliënt, het uitzetten van de hulpvragen en het maken van afspraken over de voortgang. “Mijn werk is zeer gevarieerd. Ik draai mee op de polikliniek en neem deel aan multidisciplinaire besprekingen in het ziekenhuis over diverse patiëntengroepen, zoals de risicozwangeren, maar ook over kinderen die op de verpleegafdelingen liggen en die naast hun medische probleem ook complexe sociale problemen hebben. Daarnaast ben ik regionaal vaak de contactpersoon van Maastricht UMC+ voor diverse hulpverleners rondom de zorg voor het kind. Zij kunnen bij mij aangeven waar zij nog behoefte aan hebben. Ik vang ook veel op tijdens de overlegstructuren die ik bijwoon buiten het ziekenhuis zoals bijvoorbeeld de integrale vroeghulp.”

Dat houdt in dat haar werkdagen hectisch zijn. Zo komt ze net terug van een multidisciplinair overleg over een risicozwangere dat is uitgelopen. Als kinderarts-sociale pediatrie is zij voorzitter van het Transmurale team Risicozwangeren dat er op toeziet dat kinderen van aanstaande moeders met meerdere complexe problemen, zoals verslaving, armoede of relatieproblemen na de geboorte in een relatief veilige omgeving terecht komen (zie ook het interview op pagina 10).

“Het gaat om vrouwen die niet altijd in beeld zijn bij de huisarts en waarbij meestal een combinatie van factoren speelt waardoor wij ons grote zorgen maken over de veiligheid van het kind. Een verslaving kan dagvullend zijn. Als een moeder verslaafd is, weet je dat het kind vaak tekort gaat komen. Dat geldt ook voor kinde-

ren van een moeder met een ernstige verstandelijke beperking. We willen niet wachten tot het uit de hand is gelopen. Tijdens de zwangerschap proberen we in te schatten welke hulp nodig is, en deze in gang te zetten zodat er een veilig thuis ontstaat voor de baby. Dan wil je ook dat de ouders de hulp accepteren. Als ze niets willen, wordt het probleem nijpender. Dan wordt de aanpak ook minder vrijblijvend. Het kindbelang staat voorop”, licht Van Zeben toe.

Het overleg werpt vruchten af. Trots vertelt de kinderarts over een recent onderzoek waaruit bleek dat er bij Veilig Thuis nog maar zelden meldingen binnenkomen over kinderen en gezinnen die nog niet bij het team gemeld zijn. “Dat is voor mij een teken dat we goed werk doen. Er zijn weinig calamiteiten, voor zo ver het aan factoren ligt die al voor de geboorte van een kind bekend zijn.”

Om er voor te zorgen dat dit zo blijft, geeft ze ook scholing. Niet alleen geeft ze les aan toekomstige kinderartsen en andere studenten geneeskunde, ook verzorgt ze bij- en nascholing van collega-hulpverleners over uiteenlopende onderwerpen uit haar vakgebied, zoals chronische ziekten en de sociale kaart. Een onderwerp dat regelmatig terugkeert is kindermishandeling.

“We weten dat drie procent van de kinderen mishandeld of verwaarloosd wordt, maar jammer genoeg speelt heel veel zich af achter de voordeur. Natuurlijk hebben de ziekenhuisdokters, consultatiebureaus en huisartsen een belangrijke rol in de bestrijding, maar we kunnen het niet voorkomen. Wat dat betreft blijven publiekscampagnes, maar ook zaken als armoedebestrijding, goede huisvesting en betaalbare sportfaciliteiten, pure noodzaak. Toch vind ik dat er al veel is veranderd. Zo is er veel meer openheid over kindermishandeling. Er wordt meer gemeld. Dat zie ik als het begin van een oplossing.”

PERSOONLIJK

*Dr. Thea van Zeben-Van der Aa,
kinderarts-sociale pediatrie*

Dr. Thea van Zeben- Van der Aa is werkzaam als kinderarts-sociale pediatrie voor het Maastricht UMC+ en instellingen in de Limburg sinds 1991. Vanaf die tijd tot 2014 was ze ook actief als kinderarts bij XONAR jeugdhulpverlening. Vanaf 2014 beperkt zij zich meer tot het Maastricht UMC+, mede vanwege scholings- en opleidingsactiviteiten. In die hoedanigheid is ze lid van diverse overleggroepen over kinderen met meerdere problemen.

Bekijk het eens van de andere kant



Paul Schefman, voorzitter Raad van Bestuur van de LEVANTO-groep, en Bart Bongers, manager GGZ bij ZIO en projectleider Blauwe GGZ

PERSONLIJK

“Blauwe GGZ staat voor duurzame zorg, zoals groene stroom voor duurzame energie staat. Het doel is de geestelijke gezondheidszorg te optimaliseren volgens de principes van Triple Aim: verbetering van (positieve) gezondheid en toegevoegde waarde voor de burger en terugbrengen kosten. De Nieuwe GGZ voegt daar elementen zoals wijkgerichtheid, digitale zorginnovaties en inzet van ervaringsdeskundigheid aan toe.”

Fundamentele verandering van de geestelijke gezondheidszorg

In Zuid-Limburg staat de pilot Blauwe GGZ/De Nieuwe GGZ aan de wieg van een fundamentele verandering van de geestelijke gezondheidszorg. Blauwe GGZ (een project vanuit ZIO) en De Nieuwe GGZ (DNG – in de regio vormgegeven door Levanto, Leger des Heils, Maastricht UMC+, Mondriaan, Virenze en Zuyderland) zijn sinds vorig jaar verbonden vanuit het besef dat ze gelijke doelen nastreven: een betere GGZ. Gezamenlijk werken zij met de gemeente, andere zorgaanbieders en een zorgverzekeraar aan een nadere invulling van het gedachtegoed van de Blauwe GGZ en DNG. In Maastricht vindt de implementatie van deze duurzame geestelijke gezondheidszorg plaats in vier pilotbuurten: Wittevrouwenveld, Nazareth, Wyckerpoort en Limmel. Paul Schefman, bestuurder bij de LEVANTO-groep, neemt ons mee naar het begin van 'de nieuwe GGZ'. Een vernieuwende beweging in de geestelijke gezondheidszorg die in 2015 is ingezet vanuit de vakgroep psychiatrie van het Maastricht UMC+ door prof.dr. Jim van Os en prof.dr. Philippe Delespaul, in samenwerking met dataspecialist Michael Milo en Wilma Boevink, specialist in ervaringsdeskundigheid. "De GGZ-specialisten waren niet tevreden over de geestelijke gezondheidszorg in ons land", vertelt Paul Schefman. "In hun pamflet 'De Nieuwe GGZ' hebben zij uiteengezet hoe de zorg in optima forma zou moeten verlopen: met hulp van ervaringsdeskundigheid, E-health en met een wijkgerichte benadering. Bij de ontwikkeling van de wijkgerichte benadering kwam het projectteam met een iets eerder opgezet GGZ-project van het Maastricht UMC+ en ZIO in contact, de proeftuin Blauwe Zorg. Beide Maastrichtse projectteams besloten hun krachten te bundelen. In Heerlen gebeurde hetzelfde. Hier werkt De Nieuwe GGZ samen met MijnZorg en de coöperatie Stand-By. Dat betekent dat alle GGZ-partners in Zuid-Limburg samenwerken aan kwalitatief betere en klantgerichte GGZ."

Zinnige zorg

"De Blauwe Zorg richt zich op twee aspecten", vervolgt Paul Schefman. "Op lokaal niveau bekijken we met welke interventies we de GGZ in de wijk kunnen verbeteren. Op Zuid-Limburgs niveau willen we de GGZ en de maatschappelijke opvang volledig vernieuwen volgens de criteria van de nieuwe GGZ. Kortom: met een voorkeur voor ambulante en wijkgerichte werken en met inzet van ervaringsdeskundigheid en digitale technologie." Ten aanzien van dit laatste speerpunt wordt de gezamenlijke GGZ-pilot mogelijk aangevuld door een landelijk zorginnovatieproject waarvan

het bidboek recent is voorgelegd aan minister Schippers. Zij heeft geld ter beschikking gesteld voor de bevordering van E-health in de GGZ. Een van de drie landelijke proeftuinen hiervoor zou in Maastricht worden ingericht in combinatie met de Blauwe Zorg.

"Digitalisering maakt zorg op afstand mogelijk", licht Bart Bongers, manager GGZ bij ZIO, toe. "Minstens zo belangrijk is dat de cliënt in zijn persoonlijke digitale gezondheidszorgomgeving zijn eigen gezondheidsdossier kan beheren. Afhankelijk van de ondersteuning die nodig is, kan hij deze naar eigen inzicht steeds meer zelf organiseren. Niet de zorgleverancier of de financieringsstroom, maar de zorgvrager staat zo centraal."

"Deze verschuiving zie je ook terug in het Maastrichtse project. Aan de basis staat een unieke samenwerking tussen de provincie, de gemeente en de zorgverzekeraar, die de zorg alle drie willen verbeteren en ontschotten. Op het gebied van de GGZ betekent dit dat niet alleen symptomen worden bestreden, maar dat met oog voor alle leefgebieden op zoek wordt gegaan naar de oorzaken en bronnen van de psychische problematiek. Het instrument dat hierbij van groot belang is, is de positieve gezondheid (Huber). Dit model stoelt op de gedachte dat gezondheid een vaardigheid is waarbij zelfredzaamheid gestimuleerd wordt. Dat wordt in de pilot ten aanzien van GGZ bijvoorbeeld uitgewerkt door fasegericht te behandelen: afhankelijk van de feitelijke behoefte, door ondersteuning snel op- of af te schalen en door zoveel mogelijk ambulante (in de eigen omgeving) en met ondersteuning van ervaringskennis te behandelen. Alle aspecten van het aanleren van vaardigheden om zelfstandig te leven tot maatschappelijke participatie spelen een rol. Vandaar ook dat de samenwerking met het sociale domein zo belangrijk is. Samen met de maatschappelijke partners in de wijk kunnen GGZ-specialisten zo breed mogelijk in kaart krijgen wat er met iemand aan de hand is en daar zorg op inzetten. We streven de best mogelijke en best passende zorg na die iemand nodig heeft. De kwaliteit staat voorop, de kosten volgen bij dit project later. Dat is een goede zaak."

Extramuralisering

In de pilotbuurten is de Blauwe GGZ/De Nieuwe GGZ goed geworteld. Spin in het web zijn de huisartsenpraktijken en de kaderhuisarts en praktijkondersteuner GGZ die in twee praktijken actief zijn. In het tweede kwartaal van 2017 worden de eerste



Bart Bongers, manager GGZ bij ZIO:

“Digitalisering maakt zorg op afstand mogelijk”

interventies van het gezamenlijke project in de wijk gestart. Aandachtspunten in dit traject zijn onder andere het realiseren van een goede samenwerking zodat de cliënt bij (enkelvoudige) GGZ-hulpvragen vanuit de praktijkondersteuner-GGZ, de huisarts of het sociaal buurtteam zo goed mogelijk richting psycholoog of psychiater kan worden verwezen. Er is passende ondersteuning wenselijk voor het tijdig op- en afschalen van begeleiding, zowel professioneel als informeel. En om de crisisdienst te ontlasten, wordt er aan gewerkt om een GGZ-specialist op de Huisartsenpost en Spoedeisende Hulp te krijgen.

“De eerste fase van de implementatie van de Blauwe Zorg loopt voorspoedig”, geeft Paul Schefman aan. “De voorbereidingen vorderen om nieuwe cliënten in de pilotbuurten volgens de principes van de nieuwe GGZ op te vangen en te behandelen. De totale transformatie behelst echter ook de afbouw van intramurale GGZ. Mensen die nu nog behandeld worden in instellingen worden, voor zover dat mogelijk is, teruggestuurd naar de wijk. Hier worden zij niet alleen voorzien van passende zorg, maar ook van een woning, ondersteuning bij het zelfstandig wonen, dagbesteding, noem maar op. Samen met de sociale buurtteams werken we aan sterke buurtnetwerken die deze zorg kunnen bieden. Dit

traject zal heel zorgvuldig moeten gebeuren en vraagt zeker tien tot twaalf jaar. Die tijd moet je ook nemen.”

Een voorbeeld: in een wijk komt een man wonen. Na een tijdje in een instelling krijgt hij de kans om zijn leven weer op de rit te krijgen. Dit is bij het sociaal team bekend. Maar het loopt anders. Eenmaal gesetteld sluit de man zijn gordijnen en schaft hij acht honden aan die vooral in de tuin bivakkeren. De buren klagen en krijgen zelfs gezondheidsklachten. Het sociaal team trekt aan de bel maar er verandert niets. Uiteindelijk escaleert de situatie en wordt de man met politieondersteuning opnieuw opgenomen. Dit voorbeeld illustreert wat voorkomen kan worden als je vroegtijdig wijkgerichte GGZ-begeleiding inschakelt.

“Ga je te snel, dan wordt de druk op de samenleving te groot en krijg je een tegenbeweging. In het belang van goede GGZ moet dit koste wat kost voorkomen worden.”

Voor meer informatie: www.blauwezorg.nl

Uit de praktijk

Hebben patiënten van het Maastricht UMC+ wel eens te maken gehad met een arts-assistent? En hoe hebben ze dat ervaren?



Willie Roux (73) uit Maastricht is meegekomen met zijn vrouw. Zelf komt hij om de drie maanden naar het Maastricht UMC+ voor controle. “Ik heb last van een hoge bloeddruk en een te hoog cholesterolgehalte. Meestal word ik tijdens zo’n driemaandelijke controle geholpen door de specialist zelf, maar af en toe ook door een assistent, bijvoorbeeld als de specialist zelf is verhinderd. Daar heb ik helemaal geen moeite mee. Het is alleen jammer dat je als patiënt soms door alle haast en hectiek niet altijd door hebt dat je door de assistent en niet door de specialist bent geholpen.”



“Een consult blijft wat mij betreft altijd de taak van de specialist”, merkt de 83-jarige weduwe **A.B. Perquin-Pelzer uit Kerkrade** op. “Maar ik heb er geen enkel bezwaar tegen als een assistent mee helpt bij de voorbereidingen van of bij een onderzoek. Dat gebeurt wel vaker.”

De Kerkraadse is naar het ziekenhuis in Maastricht gekomen voor een intakegesprek met een consulent van Adelante over fysiotherapie voor haar rechterschouder. “Ik kan hem nauwelijks meer gebruiken door de artrose. Maar opereren is voor mij geen optie. Ik word binnenkort 84 jaar. Een operatie, daar begin ik niet meer aan. Ik weet heel goed wat ik wil en wat ik niet wil. Als ik geen vertrouwen heb in een specialist, dan zoek ik wel een andere arts.”

Het wordt haar eerste kindje. Een meisje, laat ze trots weten. Maar ze heeft nog vier weken te gaan. “Alles gaat gelukkig goed. Dit wordt mijn eerste controle in het ziekenhuis”, vertelt de hoogzwangere **Arpine Jricpoxyan (28) uit Armenië**. “Geholpen door een assistent? Ik kom toch voor de gynaecoloog. Dan wil ik ook door de specialist geholpen worden, niet door een assistent”, merkt ze verbaasd op. De Armeense woont pas een paar maanden met haar man in Maastricht en hoopt hier een verblijfsvergunning te krijgen. Over de gezondheidszorg in haar nieuwe land is ze zeer te spreken. “De zorg is hier zoveel beter georganiseerd. En hier heeft iedereen recht op zorg. In Armenië worden mensen die niet zijn verzekerd niet eens geholpen.”



Als een gynaecoloog of verloskundige aanwijzingen of een sterk vermoeden heeft dat een zwangere vrouw haar kind geen veilig thuis kan bieden, verwijst hij/zij de cliënt door naar een medisch maatschappelijk werker. Soms zijn de problemen van de aanstaande moeder zo complex dat de casus wordt ingebracht in het teamoverleg risicozwangeren. In Maastricht gebeurt dat gemiddeld vijftig keer per jaar. Het transmurale team Risicozwangeren is in 2008 opgericht met als belangrijkste doel aanstaande moeders met complexe psychosociale problemen in kaart te brengen en te helpen. Door in een vroeg stadium van de zwangerschap de juiste hulpverleners in te schakelen, kan het team voorkomen dat de pasgeborene terecht komt in een onveilige thuissituatie. In het team zijn ook de niet-ziekenhuis gebonden hulpverleners en zorginstanties in de kraam- en jeugdgezondheidszorg vertegenwoordigd, zoals: verloskundigen, Geboortezorg Limburg, Envida, de vertrouwensarts van Veilig Thuis en de Raad voor de Kinderbescherming.

Alleen als de zwangere toestemming heeft verleend, wordt de casus openlijk in het team besproken. “Gelukkig is de bereidwilligheid van de aanstaande moeder om mee te werken aan het verbeteren van haar situatie meestal groot. Uiteindelijk wil iedereen dat zijn kind opgroeit in een verwarmde woning en dat er voldoende middelen zijn om hun kindje te verzorgen”, stelt Lydia Blokland medisch maatschappelijk werker bij het Maastricht UMC+.

Bij een intake brengt de medisch maatschappelijk werker eerst de psychosociale problematiek en de betrokken hulpverleners van de zwangere in kaart. “Als er alleen sprake is van huisvestingsproblemen, dan vraag ik een urgentieverklaring aan bij de woningbouwvereniging of zoek ik met de betrokkenen naar een tijdelijke oplossing. Een casus breng ik alleen in als er sprake is van complexe problematiek, dus bijvoorbeeld wanneer er naast financiële problemen ook sprake is van mid-

delengebruik of ernstige psychiatrische problematiek”, licht Blokland toe.

“En bij relatieproblemen kijk ik of er sprake is van verbaal of non-verbaal geweld tussen de partners. Soms gaat het om communicatieproblemen en laat ik de ouders via de huisarts verwijzen naar een relatietherapeut,” aldus Blokland. “Veruit de meeste risicozwangeren kunnen we helpen door inzet van de juiste hulpverleners. Sommige vrouwen voelen zich al geholpen door het stukje extra aandacht dat ze van ons krijgen.”

Slechts een enkele keer is de problematiek of het gedrag van de aanstaande ouder(s) voor haar aanleiding om melding te doen bij Veilig Thuis (voorheen het Advies en Meldpunt Kindermishandeling). De medewerkers van Veilig Thuis doen dan nader onderzoek en maken met de betrokkenen een veiligheidsplan. Wanneer dit niet meer gebeurt in het vrijwillig kader wordt de Raad voor de Kinderbescherming ingeschakeld. De raad kan een maatregel aanvragen bij de rechter.

Persoonlijk vindt Blokland de gesprekken met zwangere vrouwen met een verstandelijke beperking het zwaarst. “Deze groep beschikt vaak niet over de kennis en kunde om een kind te verzorgen. Soms is de beperking zo zwaar dat het opvoeden van een kind zelfs met inzet van 24-uurszorg niet haalbaar is. Probeer deze vrouwen maar eens uit te leggen waarom zij nooit een kind zullen kunnen opvoeden. Daar maak je weinig vrienden mee. Van zulke casussen doen we altijd melding bij Veilig Thuis.”

Als een cliënt onderwerp van gesprek is in het risicozwangerenoverleg dan wordt altijd haar huisarts aangeschreven en uitgenodigd om, als daar behoefte aan is, contact op te nemen met het team. De huisarts kan ook aanschuiven bij het overleg (al is dit in de praktijk zelden gebeurd). De insteek daarbij is dat de huisarts vaak weet wat er speelt binnen een gezin. Als de huisarts op de hoogte is van de zorg-

wekkende situatie van moeder en kind, is deze in staat om signalen op te vangen en op tijd aan de bel te trekken, mocht het verkeerd dreigen te gaan.

Blokland denkt dat in de regio Maastricht de meeste risicozwangeren in beeld zijn van het team. Hoe anders was dat in het verleden. Toen gebeurde het toch zeker een paar keer per jaar dat er vlak voor of tijdens een bevalling grote paniek ontstond. Dan pas werd duidelijk dat de aanstaande moeder niet in staat was om zelf voor haar baby'tje te zorgen. Bijvoorbeeld omdat de moeder verslaafd of zelfs dakloos was. “Dergelijke paniek rond de bevalling is nooit goed; niet voor de moeder en de baby, maar ook niet voor het medisch team.”

PERSOONLIJK

*Lydia Blokland-Quist,
medisch maatschappelijk werker*

Lydia Blokland-Quist werkt sinds juni 2011 als medisch maatschappelijk werker in het Maastricht UMC+. Daarvoor was zij werkzaam het Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam.

Medisch maatschappelijk werker Lydia Blokland over risicozwangeren:

“Sommige
vrouwen voelen
zich al
geholpen
door onze
aandacht”



De POH-GGZ

In 80% van de huisartsenpraktijken in ons land werkt een praktijkondersteuner GGZ. Welke klachten behandelt deze in geestelijke gezondheidszorg gespecialiseerde praktijkondersteuner? En kan een longarts in het ziekenhuis ook patiënten doorverwijzen naar de POH-GGZ in de eerste lijn? Longarts Geertjan Wesseling legt zijn vragen voor aan POH-GGZ Miryam Weckx en GGZ-kaderarts Priska Israël.

Ik was mij er eerlijk gezegd niet van bewust dat er een POH-GGZ bestond. Mijn eerste vraag is daarom, behandel je alleen geestelijke gezondheidsklachten of ook andere aandoeningen?

Miryam: "De functie is ook vrij nieuw. Ik werk sinds 2014 als praktijkondersteuner en houd mij alleen bezig met GGZ-problematiek, zoals andere praktijkondersteuners zich bezighouden met diabetes, hartklachten of COPD. Samen zorgen wij voor brede ondersteuning van de huisartsenzorg."

Welke opleiding heb je gevolgd?

Miryam: "Ik heb gedragswetenschappen gestudeerd en daarna als basispsycholoog bij het RIAGG gewerkt. Maar ook na de opleiding GGZ-psychologie, maatschappelijk werk of psychiatrische verpleegkunde kun je als POH-GGZ aan de slag. Sinds kort bestaat er trouwens een HBO-opleiding Praktijkondersteuning GGZ."

Kun je iets vertellen over de problematiek die jij behandelt?

Miryam: "Ik zie de patiënten met milde psychische klachten, zoals angst of depressieve klachten, een burn-out, slaap- of relatieproblemen, overspannenheid en rouwverwerking. Sinds de transitie van de GGZ in 2014 is de behandeling van deze lichtere klachten teruggebracht naar de eerste lijn om de kosten van dure specialistische zorg te verminderen. Daarnaast zie ik ook patiënten met iets zwaardere klachten die moeite hebben om rechtstreeks naar een GGZ-specialist te gaan. Na een gesprek met mij is de drempel een stuk lager."

Als je kijkt naar prevalentie, heb je het dan over 10% van je patiënten waarbij deze klachten voorkomen?

Priska: "25% van de mensheid leeft met psychische klachten. Toen de marktwerking zijn intrede deed in de GGZ, doken dan ook overal aanbieders op. In deze zorg valt geld te verdienen. Maar voor het grootste deel van de bevolking is psychische ondersteuning te duur. De POH biedt de meest laagdrempelige zorg."

Miryam Weckx:
"Zo kort als het kan,
zo lang als het moet"

Dus, de POH is in feite de goedkoopste oplossing?

Priska: “Ja. En de beste, maar vooral de meest bereikbare. De zorg geldt als preventieve huisartsenzorg en wordt vanuit de basisverzekering vergoed. Daar staat wel tegenover dat de zorg kortdurend is, met een maximum van vijf gesprekken.”

Lukt het om de behandeling binnen die vijf gesprekken te realiseren?

Miryam: “Dat lukt wel. Mijn motto is: zo kort als het kan, zo lang als het moet. De vijf gesprekken zie ik als richtlijn. Als ik merk dat ik een patiënt onvoldoende kan helpen, verwijs ik hem in overleg met de huisarts meteen door. En soms is een patiënt beter af bij maatschappelijk werk; daar werk ik intensief mee samen. Daarbij komen niet alle patiënten bij mij terecht. Er zijn ook patiënten die de huisarts zelf al direct doorverwijst naar specialistische zorg. Die zie ik dus niet eens.”

Wanneer is het ernstig genoeg om bij de POH te komen en wanneer is het te ernstig om er te kunnen blijven?

Priska: “Tijd en complexiteit zijn de bepalende factoren. Als een patiënt meer nodig heeft dan vijf gesprekken en als er sprake is van bijvoorbeeld comorbiditeit, dan verwijs ik de patiënt door naar specialistische zorg.”

Waar bestaat de diagnostiek uit?

Miryam: “Ik werk met een uitgebreide intake. Daarin tracht ik aan de hand van de 4KDL-vragenlijst tot een werkdiagnose te komen die voorziet in de zorgbehoefte. Wat heeft de cliënt nodig om weer te kunnen functioneren?”

Dat is het doel van de behandeling, weer kunnen functioneren?

Miryam: “Wij werken met het model van de positieve gezondheid. Ons doel is mensen inzicht te verschaffen in wat zij zelf kunnen doen om hun fysieke en psychische gezondheid te verbeteren. Als je depressief thuis zit en geen activiteiten of sociale contacten hebt, kunnen wij die depressie behandelen, maar daar zal de patiënt niet beter worden. Dat kan wel als we de randfacetten uit alle leefgebieden meenemen. Door de scores aan het einde van de behandeling te vergelijken met de beginscores zie je de verbetering.”

Waar bestaat de behandeling uit?

Miryam: “Dat varieert van gedragstherapie tot adviezen over dagelijkse structuur, bewegingsadviezen, ontspanningsoefeningen, sociale vaardigheden, gesprekstechnieken en andere praktische zaken. Het lijkt

Priska Israël: De beste, maar vooral de meest bereikbare oplossing”

PERSOONLIJK

Longarts Maastricht UMC+ prof.dr.
Geertjan Wesseling
Miryam Weckx, Praktijkondersteuner
GGZ
Priska Israël, GGZ kaderarts

Prof.dr. Geertjan Wesseling is tevens redactielid van Praktijk. Hij interviewt voor deze GGZ-special praktijkondersteuner GGZ Miryam Weckx en GGZ kaderarts Priska Israel. Miryam en Priska zijn beide werkzaam in huisartsenpraktijk Nazareth in Maastricht.



*Prof.dr. Geertjan Wesseling,
longarts*



*Miryam Weckx, Praktijkonder-
steuner GGZ*



Priska Israël, GGZ kaderarts

voor veel mensen vanzelfsprekend om zelf de regie te voeren over een gezonde leefstijl, sommige mensen hebben daar hulp bij nodig. Hierbij maken we trouwens ook gebruik van E-health.”

Farmacotherapie past daar niet in?

Miryam: “Nee. Als ik denk dat een patiënt medische ondersteuning nodig heeft, overleg ik dat met de huisarts. Het weer kunnen voeren van de regie over het eigen leven blijkt vaak het beste medicijn. In onze praktijk wordt aanzienlijk minder medicatie uitgeschreven bij psychische klachten dan pakweg drie jaar geleden.”

Nu zijn er in het ziekenhuis veel patiënten die behandeld worden voor kanker, COPD of hartfalen en die angst-, depressie- of stemmingsstoornissen hebben. Kunnen zij via een specialist in de tweede lijn bij jou terecht?

Miryam: “In principe kan dat. Al zou het natuurlijk wenselijk zijn dat je in het MDO samen met de GGZ-specialist naar de patiënt kijkt.”

Dat klopt. Binnen onze discipline kijken we inderdaad vooral naar het fysieke en minder naar de psychische gesteldheid van de patiënt. Nadeel is ook dat voor specialistische zorg een diagnose depressie of stemmingsstoornis nodig is. Dat is niet altijd wenselijk.

Miryam: “Het probleem is dat iedereen, ook de chronische psychiatrie, graag wil dat de POH geestelijke gezondheidszorg overneemt, omdat deze zorg zo bereikbaar is. De druk op de POH neemt hierdoor toe. Zeker nu steeds minder mensen met psychische klachten nog worden opgenomen. Aan de huisarts de taak om de inzet van zorg bij de triage goed af te bakenen en de POH

beschikbaar te houden voor de milde psychische klachten. Daar bevinden zich trouwens ook chronisch zieke patiënten met depressieve klachten onder.”

Hebben alle huisartsen een POH?

Priska: “In onze regio wel, maar het is niet verplicht. Als een huisarts geen POH wil, moet hij of zij de zorg zelf leveren.”

Zijn er nog ontwikkelingen in de functie te verwachten?

Miryam: “Op dit moment wordt de discussie gevoerd of de POH-GGZ een functie blijft of een beroep moet worden. Ik hoop op het eerste, omdat je de zorg alleen als huisartsenzorg laagdrempelig kunt houden.”

Deze vraag klinkt misschien onaardig, maar is niet zo bedoeld. Hoe zien jouw patiënten jou?

Miryam: “Als ‘de psycholoog’ of als Miryam. Dat vind ik prima: ik wil in eerste instantie ‘mens’ zijn voor mijn patiënten.”

Gynaecoloog dr. Helen Mertens nieuw lid Raad van Bestuur



Dr. Helen Mertens werd per 1 maart 2017 benoemd tot lid Raad van Bestuur (RvB) van het azM/ Maastricht UMC+. Voorheen was zij als gynaecoloog en medisch manager van het Oncologisch Centrum verbonden aan Zuiderland Medisch Centrum. Helen Mertens vervult de positie in de RvB die in november 2015 vrij kwam op het moment dat prof. dr. Marja van Dieijen-Visser werd benoemd tot voorzitter van de RvB. Helen Mertens' portefeuille omvat onder meer Kwaliteit en Veiligheid. Met de benoeming van Mertens is de RvB weer compleet. De loopbaan van Helen Mertens wordt gekenmerkt door een combinatie van directe patiëntenzorg, het opleiden van medisch personeel, en bestuur en management van zorgorganisaties. Zij was onder meer medisch directeur van Orbis MC. Het accent van haar werkzaamheden is geleidelijk verschoven van 'zorg voor het individu' naar 'zorg voor het collectief'. De benoeming in de RvB van het azM/ Maastricht UMC+ past in die lijn. "Zowel mijn bestuurlijke als medische ervaring leert mij dat patiëntenzorg vraagt om goede organisatie van de zorg", aldus Helen Mertens.

Helpdesk voor studenten met psychische problemen.

Studenten die behoefte hebben om over hun problemen te praten kunnen een afspraak maken met een studentenpsycholoog voor een individueel gesprek. Het gaat om hulp bij psychische problemen en klachten zoals: angsten, schuldgevoelens, somberheid, eetproblemen, verslaving, spanningsklachten, gebrek aan zelfvertrouwen, moeilijkheden in het leggen of onderhouden van contacten, problemen en conflicten met ouders, familie of vriend(in), maar ook als iemand moeite heeft met het verwerken van een sterfgeval.

Hulp bij een studentenpsycholoog is altijd van korte duur. Als er langdurige of meer gespecialiseerde hulpverlening nodig is, bekijkt de studentenpsycholoog wie het best verder kan helpen.

Kijk ook op www.maastrichtuniversity.nl en kijk verder via support.



Onlangs is de Poli Supportive Care gestart in het Oncologiecentrum van het Maastricht UMC+ voor patiënten onder behandeling voor een ongeneeslijke tumor. Deze poli is opgezet vanuit het expertisecentrum palliatieve zorg (EPZM) en wordt uitgevoerd door de verpleegkundig specialisten en de arts-consulenten van het EPZM. De doelstelling van deze poli is het ondersteunen van de patiënt, zijn naasten en zijn hoofdbehandelaar (huisarts of medisch specialist), wanneer (tumor gerelateerde) symptomen onvoldoende onder controle komen en/of wanneer er begeleiding nodig is rondom advance care planning.

Het is immers aangetoond dat een vroegtijdige integratie van supportive care leidt tot optimalisatie van zowel levenskwaliteit, als ook levenskwantiteit van de patiënt. Daarenboven geeft onderzoek ook aan dat vroegtijdig inzetten van supportive care in een ongeneeslijk ziekteproces, parallel aan een actief oncologisch behandeltraject, leidt tot kwaliteitsverbetering van geleverde medische zorg en tegelijkertijd tot een reductie van de zorgkosten.

Patiënten kunnen verwezen worden door hun hoofdbehandelaar (huisarts of medisch specialist), of verpleegkundig specialist. Ook is het mogelijk dat patiënten zichzelf verwijzen, evenwel in overleg met hun hoofdbehandelaar.

Huisartsen kunnen een verwijsbrief maken en faxen naar 043-387 21 90. Daarnaast is het regionaal Consultatieteam Palliatieve zorg 24/7 bereikbaar op 0900-72 55 486.



PERSOONLIJK

Onno Hoes

Onno Hoes was van 2010 tot 2015 burgemeester van Maastricht. Sinds vorig jaar leidt hij het Schakelteam Personen met Verward Gedrag. Dit team werkt op het snijvlak van zorg, sociaal en veiligheid aan een goed werkende aanpak voor de zorg, opvang en ondersteuning van verwarde personen in heel Nederland.

Niemand meer tussen wal en schip

16 december 2016 presenteerde Onno Hoes, voormalig burgemeester van Maastricht, het Schakelteam Personen met Verward Gedrag. Bij dit initiatief van de ministeries van VWS en VenJ en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) werken vertegenwoordigers van politie, openbaar ministerie, GGZ, gemeenten en gehandicaptenzorg samen aan de implementatie van een sluitende aanpak voor de ondersteuning van verwarde mensen in ons land. Aan de basis van deze majeure klus staat een onderzoek van het Aanjaagteam Verwarde Personen. Dit team concludeerde afgelopen zomer dat de zorg voor verwarde personen beter moet, dat daarvoor een grotere inzet van alle partijen nodig is én dat enkele hiaten in het vangnet opgevuld moeten worden. Ultimo oktober 2018 moet de sluitende aanpak in alle 25 GGD-regio's in ons land operationeel zijn.

Urgent

Voor Onno Hoes, voorzitter van het Schakelteam, betekent deze opdracht letterlijk een kwestie van doorschakelen. Mede doordat alle partners doordrongen zijn van de urgentie van een sluitend vangnet voor verwarde mensen lukt dat volgens hem prima. “Als burgemeester heb ik gezien hoeveel impact een verward persoon kan hebben op zijn omgeving”, licht hij toe. “De problematiek wordt in het huidige zorgbestel snel groter en zichtbaarder. Meer mensen met psychische problemen wonen zelfstandig en moeten ook steeds meer zelf uitzoeken. Dat levert de personen in kwestie, maar ook de samenleving grote problemen op. In de jaren dat ik in het openbaar bestuur heb gewerkt, heb ik een omvangrijk netwerk opgebouwd en ruime ervaring opgedaan in het op gang brengen van nieuwe processen. Ik vind het mooi dat ik mijn ervaring nu kan inzetten voor een bijzondere doelgroep die onze ondersteuning keihard nodig heeft.”

Politiemeldingen in Nederland over een persoon met verward gedrag:

2012	40.400
2013	51.932
2014	59.444
2015	65.943
2016	74.875

Cijfers De Limburger, 21 feb. 2017.

9 bouwstenen

“De winst van het Schakelprogramma is dat de verwarde persoon centraal staat in de aanpak”, vindt Onno Hoes. “Het is voor het eerst dat hulpverleners vanuit verschillende invalshoeken, dus zowel vanuit de GGZ als vanuit veiligheid en justitie, om deze mensen een sluitend netwerk vormen waarin de hulpverleners samen aan integrale zorg, opvang en ondersteuning werken die aansluit op de leefwereld van de cliënt. Hiervoor steunt

het schakelprogramma op negen bouwstenen, die samen één keten vormen van preventie tot nazorg. Elke bouwsteen voorziet in oplossingsgerichte acties. Bijvoorbeeld voor de melding van overlast door een verward persoon. Voor het vervoer met behulp van een aangepaste Psycholance of een meer neutrale zorgtaxi. En voor een passende toeleiding naar zorg, naar straf in het geval van crimineel gedrag of naar een neutrale omgeving voor een time-out. Samen vormen de bouwstenen het sluitende vangnet dat staat of valt met de gouden regel dat de ketenpartners hun zorg niet loslaten voordat een ander het heeft overgenomen. Zo kan niemand meer tussen wal en schip raken.”



Snel schakelen

De regionale implementatie van het schakelprogramma, waarbij ook huisartsen en GGZ-specialisten in de tweede en derde lijn betrokken worden, gebeurt onder de regie van de gemeenten. Het Maastricht UMC+ is betrokken via het Netwerk Acute Zorg Limburg, landelijk zitten ook de zorgverzekeraars aan tafel. Op alle mogelijke niveaus moet nu de beweging naar de voorkant worden gemaakt. Onno Hoes: “Gelukkig hoeven we niet van nul af aan te beginnen. Maastricht is bijvoorbeeld al ver gevorderd met de inrichting van de nieuwe GGZ-zorg. (Zie ook pag. 6, red). Daar ben ik oprecht trots op. De komende periode is het van belang dat de lokale ketenpartners elkaar beter leren kennen, zodat bij calamiteiten voor iedereen duidelijk is wie wat doet. Als je dat van elkaar weet, kun je sneller schakelen voor betere zorg en een veiligere samenleving.”

“We kunnen nog veel van elkaar leren”

“Er zijn altijd zaken beter geregeld in Duitsland dan in Nederland, maar dat geldt ook andersom. De gezondheidszorg is in Nederland excellent. We kunnen nog wel veel van elkaar leren”, stelt prof.dr. Ulf Neumann, sinds december 2015 werkzaam als hoofd van de afdeling Algemene Chirurgie Maastricht UMC+. Een baan die hij combineert met zijn werk als hoofd van de afdeling Algemene-, Viscerale-, en Transplantatiechirurgie in het RWTH Aachen. Op zijn nieuwe werkplek voelt de Duitse chirurg zich als een vis in het water. “De mentaliteit van de mensen hier en de sfeer in de historische binnenstad en natuurlijk de rivier die we in Aken niet hebben. Ik vind het prachtig. Verhuizen zit er helaas niet in. Ik heb mijn twee tienerdochters nog niet kunnen overtuigen. Maar het heen en weer reizen is goed te doen. Het is maar een half uurtje rijden. Het is sowieso uniek dat op zo’n korte afstand van elkaar drie academische ziekenhuizen liggen – dan reken ik Luik ook mee. Dit vraagt om grensoverschrijdende samenwerking”, zegt het afdelingshoofd Algemene Chirurgie.

Neumann is een groot voorstander van Europese samenwerking in de gezondheidszorg. Toen hij van hoogleraar en vaatchirurg prof.dr. Michael Jacobs – die al jaren werkt als hoofd van de afdeling Vaatchirurgie in Aken – hoorde dat er een functie in Maastricht vrij kwam, twijfelde hij geen moment. “Ik zie alleen maar voordelen van het werken op twee plekken. Bovendien is dit het moment, want de Europese Unie ondersteunt grensoverschrijdende samenwerking.”

Hij noemt het Europe Surgical Center Aachen Maastricht en het gezamenlijke HPB-centrum (Hepato-Pancreato-Biliair) van Maastricht UMC+ en RWTH Aachen als voorbeeld van grensoverschrijdende projecten die zich al hebben bewezen. Er komen steeds meer nieuwe initiatieven bij, met name op oncologisch gebied. Niet alleen biedt dit volgens Neumann kansen om kennis en ervaring op te doen in complexe patiëntenzorg, maar ook om de (duurdere) nieuwe technieken toe te passen.

“Voor de organisatie van de alvleesklierkankerpatiënten hebben het Maastricht UMC+ en het RWTH Aachen een euronale onco-care grant verkregen. Dit grensoverschrijdend initiatief toont aan dat wij door samen te werken sneller en effectiever doelen in de geïndividualiseerde patiëntenzorg kunnen behalen. Samenwerking is ook een manier om de beschikbare middelen effectiever in te zetten. Dus het werkt ook kostenbesparend”, redeneert Neumann.

De verschillen in de gezondheidszorg zijn groot en zullen waarschijnlijk nooit worden opgeheven. “Duitsland heeft relatief veel en grote (private) ziekenhuizen. Omdat de beddenscapaciteit veel groter is, zijn automatisch de wachttijden voor patiënten veel

korter. We kennen geen lange wachtlijsten zoals in Nederland. De nazorg daarentegen gebeurt in Duitsland vooral ambulante. In Aken gaat de patiënt na een geslaagde ingreep verder in ambulante zorg. Daardoor wordt het ziekenhuispersoneel veel minder belast. Hier zijn de chirurgen verantwoordelijk voor de postoperatieve oncologische zorg.”

Een ander wezenlijk verschil is volgens de chirurg, de grote onderlinge concurrentie in de gezondheidszorg. In Duitsland werken veel meer vrijgevestigde specialisten met een praktijk buiten het ziekenhuis. Daarnaast zijn er ook veel meer ziekenhuizen die met elkaar concurreren. Volgens een brancherapport van de NVZ telde Duitsland in 2013 20,7 ziekenhuizen per miljoen inwoners tegenover slechts 6 in Nederland. In de regio Aken alleen al zijn er zeven ziekenhuizen. Dit heeft volgens Neumann ook effect op het aantal patiënten dat complexe zorg nodig heeft, bijvoorbeeld op het gebied van rectumkanker. Dat aantal ligt in Duitsland per ziekenhuis veel lager.

Ook op de werkvloer ondervindt de chirurg verschillen. De allerbekendste zijn natuurlijk de grote vergadercultuur in Nederland en de minder starre hiërarchische verhoudingen binnen de organisatie. De Duitsers zijn veel formeler in de omgang. Alhoewel er in het RWTH meer arts-assistenten in opleiding werken, moet het ziekenhuis in Aken het doen met minder personeel, ook in de operatiekamers. Het voordeel is dat er flexibeler kan worden gewerkt. In Maastricht wordt de personeelsplanning voor de OK voor een maand vastgelegd.

“De krappe bezetting is ook de reden waarom er in Aken niet wordt gewerkt met een eenduidig hoofdbehandelaarsconcept, zoals hier in Nederland. In mijn praktijk in Aken zie ik patiënten met alle viscerale problematiek. We zijn multi-inzetbaar. Hier in Maastricht zie ik alleen patiënten met HPB-problematiek. Ik breng hier ook minder uren door in de OK, waardoor ik meer tijd heb voor wetenschappelijk onderzoek. Met name dit laatste vind ik persoonlijk een groot pluspunt.”

Welk gezondheidsstelsel het beste is, laat Neumann graag in het midden. Bovendien heeft hij nog niet de mogelijkheid gehad om zich echt te goed verdiepen in het Nederlandse systeem. “Ik denk dat beide systemen gelijkwaardig aan elkaar zijn en dat in beide systemen de patiënt centraal staat. En daar gaat het om. De centralisering van de zorg heeft in Nederland geleid tot kwaliteitsverbetering. In Duitsland is dit nog niet van toepassing. Al wordt daar ook over gediscussieerd. Nederland staat bovendien nog steeds bekend om de excellente onderzoekcultuur. Mocht ik zelf patiënt zijn, dan zou het voor mij dus niet uitmaken waar ik word geholpen.”



PERSOONLIJK

*Prof.dr. Ulf Peter Neumann,
afdelingshoofd Algemene Chirurgie*

Prof.dr. Ulf Peter Neumann is sinds december 2015 verbonden aan het Maastricht UMC+ als afdelingshoofd Algemene Chirurgie. Daarnaast heeft hij sinds maart 2010 de leiding over de afdeling Algemene-, Viscerale- en Transplantatiechirurgie van het universiteitsziekenhuis RWTH in Aken.

U m n CO

*Dirk Corstens
psychiater en
psychotherapeut
METggz Roermond*

De Nieuwe GGZ



In Nederland hebben we in vergelijking met andere westerse landen erg veel GGZ-bedden. Het kan heel wat minder. Maar dan met een véél sterkere ambulante en sociale GGZ-zorg. Zorg die erop is gericht verwarde mensen in de maatschappij op te vangen en niet uit te sluiten. Een maatschappij die goed zorgt voor deelnemers die moeilijk kunnen meekomen of hun rekeningen niet meer kunnen betalen. Er zijn tal van initiatieven. De Nieuwe GGZ (in de toekomst), brede en inkluderende zorg voor de meest kwetsbaren in de wijk, waar een sociale economie de motor wordt van solidariteit. Het Zelfregiecentrum (in Weert) waar ervaringsdeskundigen daadwerkelijk ondersteunen. De Brouwerij (in Amsterdam) waar bijna 200 kwetsbare mensen opgevangen worden en zelf hun bijdrage kunnen leveren. BuurtZorgt (op allerlei plekken) dat geen contracten sluit met zorgverzekeraars, nauwelijks managers heeft en daardoor veel meer tijd aan zorg besteedt. Open Dialogue*, een sociale netwerk-benadering die bij mensen met een eerste psychose met een tiende van het aantal ziekenhuisdagen toekomt en waarbij veel betere en duurzame resultaten worden bereikt. We steken nu ons geld in tijdrovende en dure controles, nutteloze symptoommetingen, eindeloos management, peperduur neurobiologisch onderzoek dat nauwelijks iets oplevert, classificatieverslaving. Dat alles kan naar sociaal relevant onderzoek en ruim baan voor methodieken die mensen weer terugbrengen van hun verwardheid naar rollen waarin ze kunnen deelnemen aan de maatschappij. Echte evidence uit toekomstig onderzoek – omdat we GGZ-onderzoeksgelden anders gaan prioriteren – gaat zeggen dat hulp dicht bij huis het meest oplevert. Voor ons allemaal. GGZ is politiek. Het persoonlijke is politiek.

**Open Dialogue is een sociale netwerk benadering die al meer dan vijftientig jaar in West Lapland wordt toegepast. In deze Finse regio worden alle mensen die zich aanmelden met een psychiatrische crisis met deze aanpak behandeld. Het sociale netwerk wordt uitgenodigd voor het eerste gesprek. Binnen 24 uur na aanmelding, thuis of in de instelling. De ggz-hulpverlener die de crisis heeft aangenomen blijft verantwoordelijk voor het hele proces. Aan de patiënt en diens netwerk worden alle belangrijke beslissingen over gelaten: individuele therapie, medicatie, inschakelen van maatschappelijke hulp; maar ook de duur en frequentie van de sessies. Tolereren van onzekerheid is een belangrijk kenmerk van de houding van de therapeuten (meestal twee of meer). Men richt zich op het tot stand brengen van een dialoog tussen de leden van het sociale netwerk, waarbij het bestaan van verschillende visies wordt geaccepteerd. Deze behandeling is bij 90 patiënten met een eerste psychose toegepast en onderzocht. De resultaten zijn dramatisch positief: een derde gebruikt maar een lage dosis psychofarmaca na vijf jaar, 80% heeft werk of is bezig met een opleiding. Gemiddeld 22 sessies. Het aantal ziekenhuisdagen een tiende. In Nederland worden een aantal GGZ teams getraind in deze methode.*

