

praktijk



Special
Medicatie

2 | 18

De handen ineem voor het bevorderen van medicatietrouw |
Kort op de bal | Antibioticaresistentie, een grote zorg

Het thema voor deze tweede uitgave van Praktijk 2018 is 'medicatie'. Onderwerpen zijn polyfarmacie, resistentie antibiotica, prescriptor, medicatietrouw, verstrekken van dure geneesmiddelen, hoe gaan apothekers om met de keuzes van het ziekenhuis en compliance bij de patiënt.



Inhoud

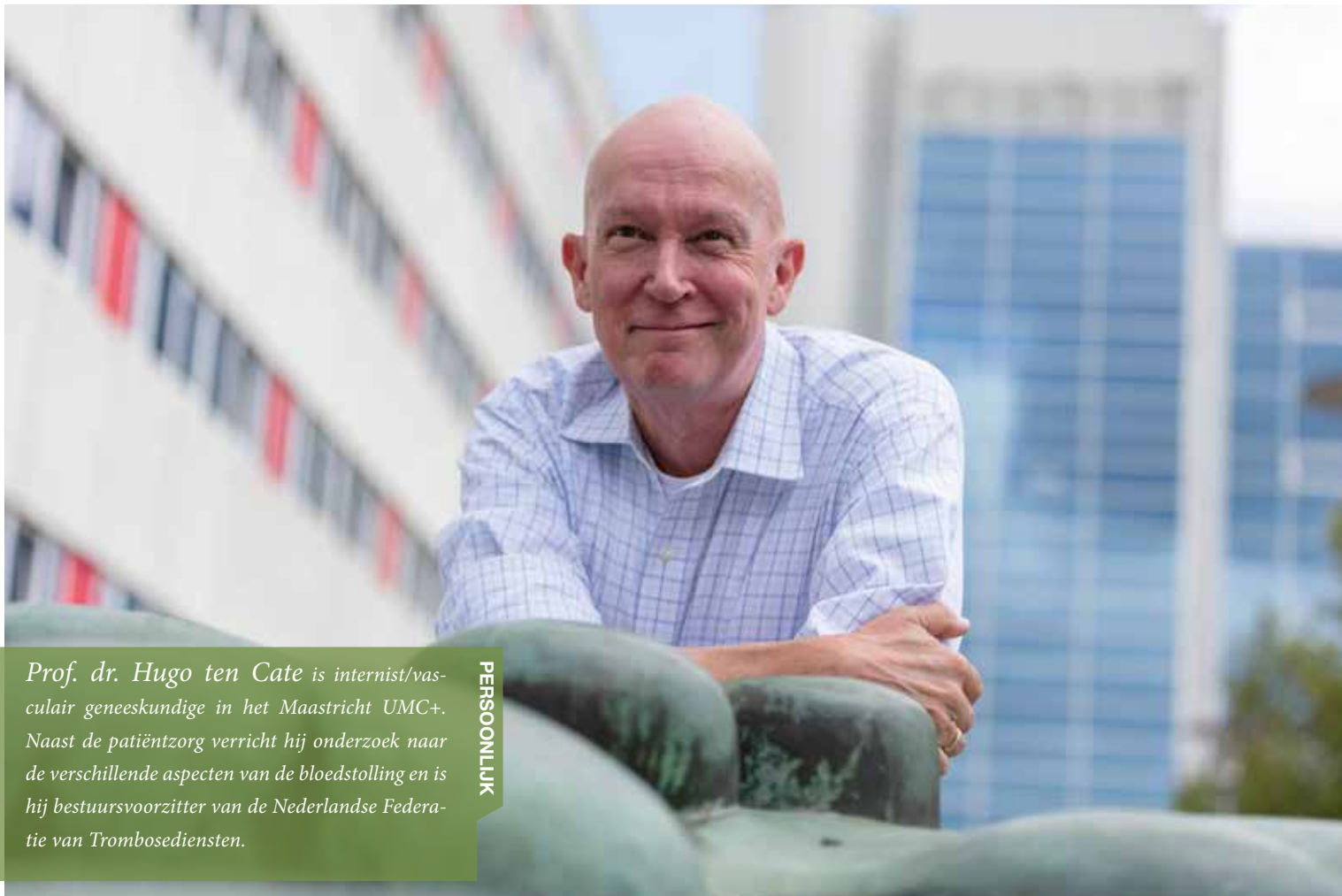
- 03 Nieuwe generatie antistollingsmiddelen vraagt nieuw risicomanagement
- 04 De handen ineen voor het bevorderen van medicatietrouw
- 08 Duo-interview met internist ouderengeneeskunde dr. Wubbo Mulder en apotheker Erwin Römken's. De arts en de apotheker over veilig medicatiegebruik bij ouderen
- 11 Uit de Praktijk
- 12 Kort nieuws
- 14 Prof. dr. Carin Uyl-de Groot en prof. dr. Coen Stehouwer: kort op de bal bij dure geneesmiddelen
- 16 Antibioticaresistentie, een grote zorg. In gesprek met prof. dr. Paul Savelkoul, dr. Marlies van Wolfswinkel en Chris Nieuwhof
- 18 Prescriptor: multisource EVS voor medicatiebewaking
- 20 Column dr. Jan Tordoir, vaatchirurg Maastricht UMC+: Geïntegreerde zorg voor de dialysepatiënt

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

Colofon Praktijk is een uitgave van het 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, Alf Mertens.
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

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 telefoontje en u wordt doorverbonden met de juiste persoon of afdeling.



Prof. dr. Hugo ten Cate is internist/vasculair geneeskundige in het Maastricht UMC+. Naast de patiëntzorg verricht hij onderzoek naar de verschillende aspecten van de bloedstolling en is hij bestuursvoorzitter van de Nederlandse Federatie van Trombosediensten.

PERSONLIJK

Nieuwe generatie antistollingsmiddelen vraagt nieuw **risicomanagement**

Met de introductie van de Direct Werkende Orale Anti Coagulantia (DOAC) verandert de trombosezorg in ons land ingrijpend. Het merendeel van zo'n 400.000 patiënten die nu nog onder controle staan van de trombosedienst, zal met een DOAC behandeld gaan worden. Dat geldt zowel voor de patiënten die antistollingsmiddelen gebruiken bij boezemfibrilleren ter voorkoming van een beroerte, als voor de patiënten met het risico op een veneuze trombo-embolie. Regelmatige controle op het veilig gebruik van DOAC blijft echter essentieel. Nu de huisartsen de herhaalrecepten voor de DOAC's uitschrijven, verschuift een groot deel van het zorgpakket van de trombosediensten naar de eerste lijn. Tegen het decor van deze positieve ontwikkeling roept trombosespecialist Hugo ten Cate op waakzaam te zijn. "De DOAC's hebben hun positieve effect bewezen", stelt hij. "Ze blokkeren direct na opname in het bloed stollingsenzymen en zijn stabiel en dan de Vitamine K-antagonisten Acenocoumarol en Fenprocoumon, die hiervoor werden ingezet ter voorkoming én behandeling van trombose of trombo-embolie. De intensieve laboratoriumcontroles die nodig waren om de medicatie in te stellen, zijn hierdoor overbodig geworden. Toch blijft het wenselijk om de patiënt in het oog te houden. Tenminste een keer per jaar moet de nier- en leverfunctie worden gecontroleerd. Wellicht moet dit vaker bij patiënten die ouder zijn dan 75

jaar, patiënten met een verminderde nierfunctie en patiënten die meerdere medicijnen gebruiken. Bij deze groepen is het moeilijk om voorspellingen voor de langere termijn te doen. Ook kunnen zich situaties voordoen die het effect van de medicijnen beïnvloeden, bijvoorbeeld bij accumulatie van activiteit of uitdroging door diarree. We hebben dan geen INR meer om bij te sturen; dit vergt extra aandacht van de behandelend arts."

Op landelijk niveau wordt gewerkt aan de coördinatie van de vernieuwde antistollingszorg. De eerste stap is de ontwikkeling van een Landelijke Transmurale Afspraak, die vastlegt wie veilig behandeld kan worden in de eerste lijn en wanneer verwijzing naar de tweede lijn gewenst is. "Ondertussen hebben de huisartsen wel al met de trombosezorg te maken", vervolgt Hugo Ten Cate. "Mijn advies is om naast de bloedcontroles ook de compliance goed in de gaten te houden. Onderzoek wijst namelijk uit dat een kwart van de patiënten de medicatie niet goed gebruikt. Daarnaast zijn veel artsen geneigd om bij oudere patiënten een te lage dosering voor te schrijven, waardoor de medicatie niet effectief genoeg is. Tenslotte draagt ook de patiënt zelf bij aan veiligheid. Trombopatiënten doen er goed aan om een ouderwets medicatiepaspoortje bij zich te dragen. Dan kan er bij urgentie meteen goed gehandeld worden."



Fred Claessens is openbaar apotheker bij Apotheek Malberg.

Liesbeth van de Ven is poliklinisch apotheker bij Maastricht UMC+.

PERSONLIJK

De handen ineens voor het bevorderen van medicatietrouw

Geneesmiddelen volgens voorschrift van de arts innemen. Dag na dag. Slechts vijftig procent van de mensen met een chronische aandoening houdt dat langer dan een half jaar vol. Medicatieontrouw of non-compliance zorgt ervoor dat een behandeling minder of niet effectief is. Niet alleen verergeren gezondheidsproblemen, er kunnen ook nieuwe problemen ontstaan. Met stijgende kosten in de gezondheidszorg als bijkomend gevolg. In de regio Maastricht en Heuvelland werken apothekers samen met huisartsen en specialisten om dit probleem aan te pakken. Praktijk sprak hierover met Liesbeth van de Ven, poliklinisch apotheker bij het Maastricht UMC+, en Fred Claessens, openbaar apotheker bij Apotheek Malberg.

Kortdurende medicatie voor curatieve doeleinden blijkt in twintig tot dertig procent van de gevallen niet volgens de voorschriften te worden genomen. Patiënten stoppen een antibioticumkuur bijvoorbeeld zodra de symptomen afnemen. Bij preventieve kortdurende medicatie loopt de non-compliance op naar dertig tot veertig procent. En bij medicatie voor chronische aandoeningen ligt het percentage zelfs op vijftig procent. “Medicatieontrouw is een complex probleem en heeft diverse oorzaken”, vertelt Claessens. “Het risico is het grootst bij patiënten met een chronische aandoening. Denk aan hoge bloeddruk, diabetes of luchtwegaandoeningen. Als je pijn hebt, pak je die pil wel, maar deze mensen voelen zich niet altijd ziek. Logisch dat de motivatie op den duur daalt. We zien bovendien: hoe complexer de medicatie, hoe lager de medicatietrouw. Ook vervelende bijwerkingen van een medicijn kunnen mensen doen besluiten het gebruik te stoppen.”

Globaal zijn er wat betreft medicatieontrouw volgens Claessens drie groepen te onderscheiden: “Jongere mensen met een ongezonde levensstijl die minder gemotiveerd zijn. Kwetsbare ou-

deren die cognitief niet meer zo sterk zijn en daardoor het overzicht verliezen. En een tussengroep, die nog zelfstandig is en die zich niet in het vizier van zorgverleners bevindt. Vooral bij die laatste groep is het een uitdaging hen bewust te maken van hun aandoening en het belang van medicatietrouw.”

Medicatieproces op Maat Een andere kleur van het doosje of een andere vorm van de pil kan er al toe leiden dat patiënten een voorgeschreven middel links laten liggen. Zorgverleners werken daarom samen om het voor de medicijngebruiker zo overzichtelijk mogelijk te maken. Van de Ven: “We hanteren als apothekers in deze regio allemaal hetzelfde preferentiebeleid, zodat de patiënt waar hij ook komt hetzelfde merk medicijn krijgt. Daarnaast is het Maastricht UMC+ gestart met het project Medicatieproces op Maat, binnen de nieuw te bouwen Kliniek op Maat. Dit houdt in dat patiënten die worden opgenomen in het ziekenhuis hun eigen medicatie blijven doorgebruiken. Dat voorkomt veel verwarring. In de revalidatiekliniek Ciro+ zijn hier zeer goede resultaten mee behaald. Nu wordt het project als pilot uitgerold op diverse afdelingen binnen het Maastricht UMC+.”

Claessens vindt het een goede ontwikkeling dat ziekenhuizen het probleem erkennen. “Het merkenverschil is de laatste jaren een stuk minder geworden. Voorheen kon het zijn dat je in het ziekenhuis andere medicijnen kreeg dan bij je eigen apotheek in de buurt. Het gevolg: mensen gebruikten bij thuiskomst dubbele, onjuiste of helemaal geen medicatie.”

Communicatieve vaardigheden Claessens neemt bovendien een veranderende rol van apothekers waar. “Vroeger was de apotheek georganiseerd rondom het medicijn en nu rondom de gebruiker van dat medicijn. We staan naast de patiënt in plaats van dat we als strenge schoolmeester zeggen wat hij moet doen. Communicatie wordt een steeds belangrijker onderdeel

van ons vak. Tien jaar geleden lag de nadruk in de opleidingen tot apotheker en apothekersassistent op rekenen. Nu leren studenten vooral communicatieve vaardigheden. Een voorbeeld is motivational interviewing, een gesprekstechniek om mensen te helpen hun aandoening te onderkennen en om hen aan te zetten tot verandering. We willen een gesprek op gelijkwaardig niveau. Zowel van de apothekers als van de patiënten vraagt dat om extra inspanning. De patiënt heeft de verantwoordelijkheid zichzelf goed te informeren.” Van de Ven gaat verder: “Die zogenaamde *patient empowerment* dringt door in de gehele zorg. In het digitale gezondheidsportaal *Mijn MUMC+* is het al mogelijk om je eigen medische gegevens zoals labwaarden in te zien. Informatievoorziening rondom medicatie wordt steeds meer toegespitst op de patiënt. Naast de bijsluiter ontvangt de patiënt bij de eerste uitgifte een folder in begrijpelijke taal. En er zijn ‘kijksluiters’, animatiefilmpjes die op een laagdrempelige en heldere manier uitleg geven over een medicijn. Daarnaast bieden websites als *apotheek.nl* en *thuisarts.nl* continu toegang tot betrouwbare informatie.”

Regie bij de patiënt Van de Ven onderschrijft het belang van goede communicatie: “Het draait er uiteindelijk om: hoe krijgen we de patiënt gemotiveerd? Hoe zorgen we ervoor dat het zijn eigen keuze wordt om de medicatie te gebruiken? De regie moet bij de patiënt liggen. In het uitgiftegesprek nemen we de patiënt stap voor stap mee in wat er gaat gebeuren. We demonstreren hoe het medicijn toegediend moet worden en de patiënt mag zelf oefenen. Bij een ziekenhuisopname vindt er een medicatieverificatie plaats in overleg met de behandelaar. Er is veel aandacht voor de begeleiding van specialistische groepen, waarbij de medicijntrouw echt heel belangrijk is. Neem oncologiepatiënten. Als zij te weinig medicijnen nemen is dat gevaarlijk voor hun gezondheid. Te veel is ook niet goed, omdat dat ongewenste bijwerkingen geeft en deze medicijnen heel duur zijn. Bij iedere uitgifte bekijken we de therapietrouw en bespreken we dit samen met de patiënt. Assistenten zijn hiervoor speciaal getraind.”

Regionale afstemming De samenwerking tussen huisarts, ziekenhuis en apotheek benoemen beide apothekers als cruciaal voor compliance. Claessens: “In onze regio zijn er verschillende werkgroepen om die afstemming te bevorderen. We zoeken elkaar op om de medicatieoverdracht zo goed mogelijk te laten verlopen. Naast de huisarts en het ziekenhuis, wordt ook de thuiszorg betrokken. Apotheken faciliteren hen met toedienings-

ten, zodat zij patiënten kunnen ondersteunen met het volgen van de voorschriften.”

Een ander voorbeeld van samenwerking in de regio is het longformulier dat in 2016 is ingevoerd. “In Nederland zijn meer dan honderdtwintig medicijnen en inhalatoren op de markt voor mensen met de chronische longziekten. Niemand zag door de bomen het bos nog”, zegt Claessens. “We maakten samen met longartsen, huisartsen, patiënten en zorgverzekeraar VGZ een voorkeursselectie op basis van kwaliteit en prijs. Het formulier is niet dwingend, maar het helpt zorgverleners bij het maken van een goede keuze.”

Extra tijd Zo’n formulier leidt tot uniforme instructies aan patiënten, waardoor de therapietrouw wordt bevorderd. De patiënt krijgt in de apotheek altijd de inhalator mee die hem ook daadwerkelijk is voorgeschreven en uitgelegd door de huisarts. Door een gezamenlijke keuze te maken voor bepaalde producten op basis van kwaliteit kan VGZ korting bedingen bij de fabrikanten. Die korting wordt volledig doorgegeven aan de patiënt, omdat de voorkeursproducten niet ten laste van het eigen risico vallen. Voor apothekers kwam er een tarief bij voor gesprekken bij de eerste vervolgitgifte. Claessens: “Die extra tijd gebruiken we om patiënten te motiveren en te coachen bij hun medicijngebruik. Dat is echt een winstpunt. Er zijn plannen om een dergelijk formulier ook voor antidiabetica te ontwikkelen.” Van de Ven ten slotte: “Op alle fronten en in de hele keten worden er verbeteringen doorgevoerd. Wat niet wil zeggen dat we er al zijn. Protocollen en richtlijnen verhogen uiteraard de administratieve druk. Dat is en blijft altijd zoeken naar de juiste balans. Maar we zijn goed op weg.”

A woman with short brown hair, wearing a black patterned blouse and light pink trousers, stands with her arms crossed in front of a wall of grey pharmacy drawers. The drawers have various colored handles and labels for different medications. The text is overlaid on the right side of the image.

Liesbeth van de Ven:
“Bij iedere uitgifte bekijken we de therapietrouw en bespreken we dit samen met de patiënt”



Dr. Wubbo Mulder is internist ouderengeneeskunde in het Maastricht UMC+. Op 5 augustus neemt hij vanwege zijn pensioen afscheid van zijn werk als medisch specialist. Daarna blijft hij als adviseur verbonden aan het ziekenhuis.

Erwin Römken (foto rechts) is apotheker. 1 januari dit jaar heeft hij in de Maastrichtse wijk Pottenberg Apotheek Römken overgenomen.

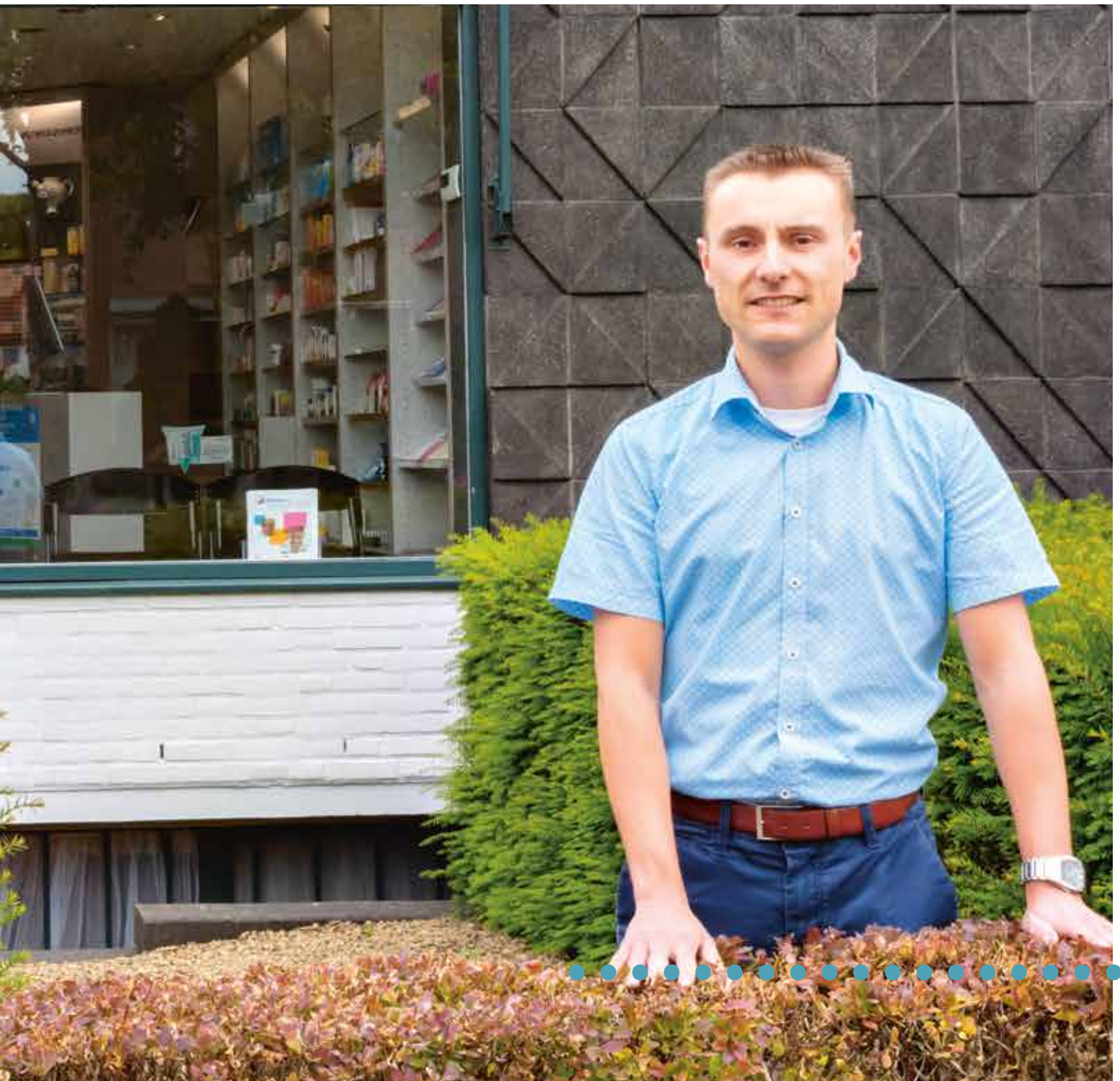
PERSONLIJK

De arts en de apotheker over veilig

De cijfers zijn keihard. Jaarlijks wordt circa 40% van de ouderen boven 75 jaar in het ziekenhuis opgenomen na verkeerd gebruik of bijwerkingen van medicatie. Meestal zijn dit ouderen met polyfarmacie, waarbij het eerder regel dan uitzondering is dat iemand zeven verschillende tabletten of meer slikt. Volgens internist ouderengeneeskunde Wubbo Mulder en apotheker Erwin Römken ligt de oplossing van dit groeiende probleem in een betere, liefst structurele dialoog tussen 'voorschrijvers' en 'uitleveraars' van medicijnen, en meer toezicht. Liefst bij de oudere thuis.

Wubbo: "Ik val meteen met de deur in huis. Ik vind dat er te weinig contact is tussen voorschrijvers en apothekers. En punt twee: er wordt bij het voorschrijven en het leveren van medicatie nog te weinig rekening gehouden met de werking van geneesmiddelen op het oudere lichaam. Dit is een aparte tak van sport."

Erwin: "Beide constatering kloppen en aan beide wordt gewerkt. De samenwerking in de zorg voor ouderen is, onder meer door het GOUD-project (Gezond Oud in Limburg, red.), aanzienlijk verbeterd. En ik kan natuurlijk alleen maar voor mijn eigen



medicatiegebruik bij ouderen

beroepsgroep spreken; daarin komt steeds meer aandacht voor het thema polyfarmacie bij ouderen. In de opleiding en in het aanbod aan nascholing zijn meer en meer cursussen gericht op medicatiegebruik bij ouderen en wat de medicatie doet.”

Wubbo: “Dat is een goede zaak. In de praktijk kom ik bij oudere patiënten regelmatig combinaties van geneesmiddelen tegen die niet rationeel zijn. Neem het gebruik van maagbeschermers en ijzertabletjes. Ouderen hebben een verminderde werking van het maagslijmvlies. Als daar ook nog eens maagbeschermers bijko-

men, wordt het ijzer niet opgenomen. De patiënt heeft dus niets aan deze medicatie. Wat doe jij als jij dit recept tegenkomt?”

Erwin: “Wij nemen contact op met de arts die het recept heeft voorgeschreven. Niet elke arts is echter direct bereikbaar voor onze vragen. Je merkt wel, hoe beter de samenwerking is, des te sneller is er contact en een goede oplossing. Samen kunnen we de patiënt ook beter begeleiden bij de vele veranderingen die er door bezuinigingen plaatsvinden in hun medicatie. Wij zijn verplicht om de goedkoopste medicijnen te leveren. De door de



Wubbo Mulder: “Medicatiegebruik en zeker polyfarmacie bij ouderen vraagt om goede begeleiding, want al met de eenvoudigste medicatie kan het door omstandigheden mis gaan.”



overheid voorgeschreven vervangende preparaten hebben echter regelmatig een ander doosje en een andere kleur en vorm dan de patiënt gewend is. Vooral ouderen kunnen hierdoor in de war raken. Zij komen terug in de apotheek of vragen een nieuw consult bij de huisarts, óf erger, ze gaan hun medicijnen anders gebruiken met alle risico's van dien. Het resultaat: extra consultkosten en hogere gezondheidsrisico's terwijl we met de vervangende preparaten misschien 1 cent per pilletje besparen.”

Wubbo: “Dat is inderdaad een probleem. Medicatiegebruik en zeker polyfarmacie bij ouderen vraagt om goede begeleiding, want al met de eenvoudigste medicatie kan het door omstandigheden mis gaan. Vaak weten we zelfs al dát het mis gaat. Bij de eerstvolgende hittegolf zullen bijvoorbeeld wederom veel ouderen in verwarde toestand door uitdroging in het ziekenhuis belanden. De oorzaak: de bloeddrukverlagers die vrijwel elke oudere in ons land preventief slikt in combinatie met een verminderde dorstprikkel. In de verzorgingstehuizen krijgt iedereen in de middag een ijsje om het vochniveau op peil te brengen. Nu meer ouderen zelfstandig thuis wonen, is er geen toezicht en zie je de problemen toenemen. Veel ouderen slikken ook codeïne om de prikkelhoest te onderdrukken die door de bloeddrukverlager veroorzaakt wordt. Dit is een normale bijwerking. Codeïne hoort wat mij betreft echter thuis in een klasse medicijnen die extra aandacht vraagt. Juist, omdat we niet precies weten welk effect deze geneesmiddelen hebben op het individu en er vaak niemand is die dat in de gaten kan houden.”

Erwin: “Zeker als het om interacties gaat, steken wij veel energie in voorlichting. Niet alleen naar de patiënt toe, maar ook naar collega-zorgprofessionals en collega-apothekers. Als gevolg van interacties worden voorgeschreven geneesmiddelen ook aangepast of vervangen.”

Wubbo: “Zelfs dan weten we nog niet precies wat een geneesmiddel doet. Metformine, dat in toenemende mate voorgeschreven wordt bij de behandeling van diabetes type 2, kan bijvoorbeeld een vitamine B12-deficiëntie als bijkomend effect hebben. De een ontwikkelt die wel, de ander niet. Waarom? Dat weten we niet. Artsen wordt daarom geadviseerd om mensen die dit medicijn gebruiken minstens twee maal per jaar te controleren. Ik zou deze lijn door willen trekken en willen voorstellen om alle patiënten ouder dan 75 jaar minstens een keer per jaar te controleren. Nog beter zou het zijn als zij ook thuis gezien worden door bijvoorbeeld de POH Ouderen. Ik doe zelf ongeveer 1000 huisbe-

zoeken per jaar; tijdens zo'n bezoekje heb ik snel een beeld van de risico's. Liggen er veel losse kleedjes? Hoe ziet de koelkast er uit; een voedselvergiftiging laat zich tamelijk makkelijk voorspellen. En op de vraag of ik de medicijnen even mag zien, toont de één 'n perfect systeem, de ander zet een schoenendoos vol medicijnen op tafel. Dan weet je dat het een keer fout gaat, tenzij iemand de regie neemt.”

Erwin: “Het ‘kennen’ van met name oudere patiënten is inderdaad erg belangrijk. Ik begin natuurlijk pas net en begin ook pas gezichten te herkennen. Dit persoonlijke contact maakt het werk leuk en zinvol, maar eerlijk is eerlijk, het is in de drukke praktijk niet makkelijk te organiseren. In het kader van GOUD worden de polyfarmaciegesprekken wel al in toenemende mate bij de mensen thuis gevoerd. De POH Ouderenzorg haalt de informatie op en deelt informatie over het medicatiegebruik met de apotheek. Als het nodig is, nemen wij direct contact op met huisarts en met de betreffende patiënt. Maar ook buiten het GOUD-project om nemen wij op eigen initiatief contact op met arts en patiënt om de risico's van polyfarmacie te bespreken.”

Wubbo: “Dat zijn goede ontwikkelingen. Samenwerking en een snelle en efficiënte uitwisseling van gegevens, onder andere via het LSP, is de enige manier om veilig gebruik van geneesmiddelen te bevorderen. Daarnaast is het ook ongelofelijk belangrijk dat er korte lijntjes zijn tussen de huisarts als regievoerder en de specialist(en). Het is geen uitzondering dat iemand dagelijks 30 tabletten of meer slikt. Door de specialisten mee te nemen in het overleg kun je samen de risico's bespreken en wellicht saneren in de hoeveelheid medicatie.”

Edwin: “Om dit ideaalplaatje mogelijk te maken zou eigenlijk het hele financieringssysteem van medicatie op de schop moeten. In ons klantenbestand zitten ruim duizend 75+ers. Die kunnen wij nooit allemaal jaarlijks zien en bespreken, hoe graag we dat ook zouden willen.”

Wubbo: “Het beste zou zijn als de receptenregelvergoeding die apothekers nu krijgen voor afleveren, omgezet wordt in een declaratierecht dat je inzet voor huisbezoeken en patiëntenzorg. Dáár kun je de diepte in duiken en krijg je instrumenten in handen die rationeel voorschrijven en medicatiebewaking bevorderen. Dáár is winst te behalen.”

Uit de praktijk

Medicatierouw is belangrijk voor de juiste werking van medicatie. Patiënten worden op verschillende manieren voorgelicht over juist medicatiegebruik. Maar wie is verantwoordelijk voor goede voorlichting? En houden patiënten zich ook altijd aan de medicatievoorschriften?



De dochter van meneer Theysmans (71) uit het Belgische Paal is net bevallen van zijn tweede kleinkind. “Het is allemaal goed gegaan, een kleindochter.” Bij medicatiegebruik hangt het van de zwaarte van het medicijn af in hoeverre hij zich volledig aan de voorschriften houdt. “Als het serieuze medicatie is, zoals een antibioticakuur, dan hou ik me altijd volledig aan het voorschrift. Dan wil ik ook goed worden voorgelicht door een arts. Volgens mij is de arts daar ook verantwoordelijk voor, hij schrijft het tenslotte voor. Tenzij het om een pijnstillertje of iets dergelijks gaat natuurlijk. Hoewel de bijsluiters daarvan vaak net te klein gedrukte kranten zijn. Erg onhandig vind ik. Gelukkig weet ik daarvan wel ongeveer hoe ze werken.”



Mevrouw Driesen-Vermeulen (82) uit Valkenswaard is een week opgenomen in het Maastricht UMC+. Ze is herstellende van een operatie. Haar man verblijft in het familiehotel om haar bij te staan. “Dat is een goede oplossing, want dagelijks heen en weer rijden naar Valkenswaard is niet te doen. Waarschijnlijk mogen we morgen naar huis.” Mevrouw Driesen-Vermeulen houdt zich altijd aan de voorschriften van haar medicatie. “Ik slik twee keer per dag verschillende medicatie. Dat doe ik op een vast tijdstip in de ochtend en avond. Daar hou ik me strikt aan. Ik ben voorgelicht door mijn huisarts, volgens mij op een goede manier. Als ik vragen heb, kan ik daar terecht. Nu ik herstellende ben van een operatie krijg ik ook nog andere medicatie. Daar hoeft ik zelf niet op te letten, want dat doet de verpleging.”

Margo Berben (51) gebruikt medicatie voor een schildklierprobleem. “Na mijn zwangerschap 14 jaar geleden kreeg ik daar ineens last van. Ik moet nu iedere dag een half uur voordat ik de eerste keer iets wil eten een pil slikken. Dat half uur wachten is soms erg onhandig, zeker als je honger hebt.” De Roermondse is zeer precies met haar medicatie. “Als ergens een bijsluiter bij zit dan lees ik die de eerste keer dat ik een medicijn gebruik altijd helemaal. Ik ga ook ieder half jaar naar de huisarts om te laten controleren of alle waarden nog in orde zijn. Ik geef dan zelf een seintje aan mijn huisarts dat ik het wel weer tijd vind voor een controle.” Over medicatie heeft ze wel één grote frustratie. “Het stoort me als de leverancier van mijn medicatie verandert. Dan kan ook de werking veranderen en moet de dosering soms weer opnieuw worden ingesteld. Ik vraag me af waarom die verandering nodig is en waarom de patiënt daar de dupe van is.”



Nieuwe pacemaker techniek

Voor het eerst in Nederland hebben cardiologen van het Hart+Vaat Centrum van het Maastricht UMC+ een nieuwe pacemakertechniek toegepast die minder complicaties op lange termijn met zich meebrengt. Bij de techniek wordt voorafgaand aan het plaatsen van de pacemaker nauwkeurig het natuurlijke geleidingssysteem van het hart opgespoord met behulp van een speciale katheter. Vervolgens wordt de pacemakerdraad precies op die plek geplaatst. Dat zorgt voor een beter gecoördineerde stimulatie van het hart dan de standaard techniek.

Het plaatsen van een pacemaker is noodzakelijk bij een vertraagd hartritme. Het apparaat monitort het ritme en geeft zo nodig een klein stroomstootje om een te trage hartslag te voorkomen. Bij het inbrengen van een pacemaker wordt de draad normaliter ergens in de rechterhartkamer geplaatst. Stimulatie op deze manier resulteert echter in een minder gecoördineerde samentrekking van het hart. Op den duur kan dat een negatieve invloed hebben op de pompfunctie. De plek waar de draad ligt, blijkt dan ook wel degelijk van belang te zijn.

Cardiologen dr. Kevin Vernooy en dr. Justin Luermans van het Maastricht UMC+ hebben de nieuwe techniek onlangs voor het eerst succesvol toegepast bij twee patiënten. Vernooy: "Een waardevolle innovatie voor onze cardiovasculaire zorg die we graag in samenwerking met onze omliggende ziekenhuizen verder in de praktijk willen brengen."

Meer op www.mumc.nl, zoekterm 'nieuwe pacemakertechniek'.

krtnw



Nieuwe test spoort zeldzame afwijkingen op bij bloedverwanten

Het Maastricht UMC+ heeft een nieuwe test ontwikkeld om zeldzame genetische afwijkingen op te sporen bij partners die bloedverwant zijn, zoals bij een (achter)neef en (achter)nicht. Kinderen van deze bloedverwanten hebben een groter risico op een erfelijke aandoening of een verstandelijke beperking, omdat de ouders genetisch veel op

elkaar lijken. De nieuwe test wordt vanaf 1 juni aangeboden en is in staat om afwijkingen te detecteren die tot op heden onvindbaar bleven. In onderzoeksverband is de test al succesvol gebleken. De afdeling Klinische Genetica van het Maastricht UMC+ verzorgt genetisch onderzoek en advies voor het zuidoosten van Nederland. Jaarlijks worden meer dan vijfduizend personen en paren hiervoor naar Maastricht verwezen. Bij een gedeelte van deze mensen is sprake van bloedverwantschap. Zij komen vanaf nu in aanmerking voor de nieuwe test. Vanwege de samenwerking met het Radboudumc in Nijmegen kunnen ook paren die de afdeling Klinische Genetica aldaar bezoeken de test laten verrichten. De eerste resultaten (gebleken in onderzoeksverband) zijn veelbelovend. Bij meerdere paren werd een risico-situatie vastgesteld en konden maatregelen worden besproken.

Meer informatie www.mumc.nl, zoekterm 'nieuwe test bloedverwanten'.

Laagdrempelige voorziening voor jongeren met (psychische) problemen



In Maastricht is het eerste HEADSPACE-centrum van Nederland geopend. Het centrum, met de naam @Ease (spreek uit: at ease), is gehuisvest in hartje stad. @Ease is een laagdrempelige voorziening voor jongeren, van 12 tot en met 25 jaar, met (psychische) problemen. Ze kunnen er – zonder verwijzing van een arts – gewoon naar binnen lopen met hun klachten, problemen of dringende vragen. Dat kan gaan over omgaan met geld, relaties, seksualiteit, eenzaamheid, ruzies met de ouders, maar ook over psychische problemen die dieper zitten. De kinderen, adolescenten en jongvolwassenen vinden in het centrum – anoniem en zonder kosten –

een luisterend oor bij vrijwilligers, doorgaans ervaringsdeskundigen en studenten psychologie. In het centrum is altijd één professional aanwezig, die acuut eerste vragen kan beantwoorden. Indien nodig zorgt @Ease voor een doorverwijzing naar een hulpverlener in de reguliere (geestelijke) gezondheidszorg. Meer informatie www.mumc.nl, zoekterm '@ease'.

S

Netwerk diepe hersenstimulatie uitgebreid naar Radboudumc



Onlangs voerde een multidisciplinair team van specialisten van het Radboudumc en het Maastricht UMC+ met succes de eerste diepe hersenstimulatieoperatie (Deep Brain Stimulation of DBS) uit in het Radboudumc in Nijmegen. Beide ziekenhuizen zijn blij voor patiënten dat zij deze ingreep kunnen aanbieden. Hiermee leveren zij ook een bijdrage aan het terugdringen van wachtlijsten voor deze hersenoperaties.

Het Maastricht UMC+ beschikt al langere tijd over deze bijzondere expertise. Samen met de specialistische kennis van het Radboudumc op het gebied van de ziekte van Parkinson wordt nu een nieuw kenniscentrum gevormd voor hoogwaardige patiëntenzorg op het gebied van parkinson en DBS voor de regio Zuidoost-Nederland. Het Maastricht UMC+ is samen met het Radboudumc een van de zes neurochirurgische centra in Nederland die zijn aangewezen door het ministerie van VWS om deze DBS-operaties uit te voeren. Verwacht wordt dat met deze capaciteitsuitbreiding een belangrijke stap wordt gezet om de toegenomen wachttijden voor deze operatie terug te brengen.

Meer informatie op www.mumc.nl, zoekterm 'netwerk diepe hersenstimulatie'.

Nieuwe ingreep om vertraagde maaglediging te verhelpen

Maag-darm-leverartsen van het Maastricht UMC+ hebben goede resultaten behaald met een endoscopische ingreep om patiënten met vertraagde maaglediging te behandelen. Bij de ingreep wordt de pylorus (de kringspier in de uitgang van de maag) van binnenuit gekleefd, waardoor de maaginhoud beter doorstroomt naar de dunne darm. De ingreep is een primeur voor Nederland. *Meer informatie www.mumc.nl, zoekterm 'pylorus'.*



Leefstijlcoach motiveert mensen met overgewicht om gezonder te leven

Patiënten met overgewicht die begeleid worden door een leefstijlcoach bewegen uiteindelijk meer, eten een stuk gezonder en hebben minder last van het gevreesde jojo-effect. Dat blijkt uit onderzoek van de Universiteit Maastricht/Maastricht UMC+, in samenwerking met de Universiteit van Tilburg en zorgverzekeraar CZ. Het is voor het eerst dat de aanpak van een leefstijlcoach wetenschappelijk is onderzocht.

Twee jaar lang volgden de wetenschappers een groep van ruim 350 patiënten die bij een leefstijlcoach kwamen. Niet alleen mensen met obesitas deden mee aan het onderzoek, maar ook mensen met overgewicht in combinatie met een verhoogd risico op diabetes, hart- en vaatziekten of hoge bloeddruk. Ze volgden groepssessies en kregen individuele coaching. Een belangrijk verschil met andere professionals is dat leefstijlcoaches de mensen zelf laten beslissen hoe ze hun leven willen veranderen. "Ze zorgen voor motivatie bij de patiënten", aldus promovenda Celeste van Rinsum. "En in plaats van dat het leefpatroon in één keer omgaat, zetten ze kleine stapjes om het gedrag te veranderen." Nu de onderzoekers hebben aangetoond dat deze werkwijze een bijdrage kan leveren in de strijd tegen obesitas is de kans groot dat de leefstijlcoach vanaf volgend jaar in de basisverzekering komt, voorspelt Van Rinsum.

Meer informatie op www.mumc.nl, zoekterm 'leefstijlcoach'.



Kort op de bal

Het gebruik van dure geneesmiddelen houdt de gemeederen bezig. En dat zal nog wel even zo blijven, verwachten Carin Uyl-de Groot van de Erasmus Universiteit en Coen Stehouwer van het Maastricht UMC+. Er bevinden zich veel innovatieve middelen in 'de sluis', die effectief zijn, maar waarvan nog niet zeker is of het Zorginstituut ze vanwege de hoge kosten opneemt in de verzekerde zorg. Intussen wil je als arts de beste behandeling voor je patiënt. Hoe los je dit op?

“Het Maastricht UMC+ geeft jaarlijks ongeveer 50 miljoen euro uit aan geneesmiddelen; dat is een enorm bedrag”, vertelt Coen Stehouwer, lid van de werkgroep Dure Geneesmiddelen van het Maastricht UMC+. “De manier waarop wij dure (en eigenlijk alle) geneesmiddelen inzetten, is tamelijk rechttoe rechtaan. De beroepsgroep bepaalt welke medicijnen voor welke aandoeningen geïndiceerd zijn en legt dat vast in richtlijnen. Die volgen wij. Het grootste gedeelte van ons budget voor medicijnen gaat dan ook naar verzekerde zorg waarover heldere afspraken gemaakt zijn met de ziektekostenverzekeraars.”

Scherpe inkoop Het plaatje wordt minder zwart-wit bij het voorschrijven van medicatie bij zeldzame aandoeningen, aandoeningen waarnaar nog niet voldoende onderzoek is verricht of waarvoor medicijnen voorgeschreven kunnen worden waarvan

minder bekend is hoe effectief ze zijn. “Dit zijn de zogenoemde niet-beleid geneesmiddelen”, vervolgt Coen Stehouwer. “De kosten daarvoor draagt het Maastricht UMC+ in beginsel zelf. Vanwege onze last resort-functie ontvangen de umc's in Nederland echter een extra budget dat zij voor deze vaak innovatieve zorg kunnen inzetten. Om ervoor te zorgen dat dit budget op de juiste plek terecht komt, hanteren wij de 'vier-ogen-regel'. Een arts die vindt dat een niet-beleid geneesmiddel geïndiceerd is, moet aan een collega vragen of hij of zij het daarmee eens is. Als dit het geval is, wordt het geneesmiddel verstrekt. In de praktijk werkt dit prima. Onze artsen kunnen zo de best mogelijke zorg voorop stellen, maar zijn er wel aan gebonden om prudent met de beschikbare middelen om te gaan. Feit is immers dat de kosten voor sommige innovatieve geneesmiddelen de pan uit rijzen. De vorig jaar opgerichte werkgroep Dure Geneesmiddelen van het Maastricht UMC+ houdt de ontwikkelingen in de markt nauwlettend in de gaten en bundelt kennis en kunde voor een scherpe inkoop. Als bijvoorbeeld het patent op een duur geneesmiddel verloopt, komen vaak andere fabrikanten op de markt die een gelijksoortig middel aanbieden tegen lagere kosten. Een voorbeeld zijn de zogenoemde biosimilars. Door kort op de bal te spelen kunnen we veel geld besparen, dat we mooi aan andere zorg kunnen uitgeven.”



PERSOONLIJK

Prof. dr. Carin Uyl-de Groot is hoofd van de sectie Health Technology Assessment (HTA) aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en directeur van het Institute for Medical Technology Assessment (iMTA), eveneens in Rotterdam.

Prof. dr. Coen Stehouwer is hoofd van de afdeling Interne Geneeskunde van het Maastricht UMC+. Daarnaast is hij voorzitter van de stuurgroep Medicatieveiligheid en lid van de werkgroep Dure Geneesmiddelen van het Maastricht UMC+.

Prof. dr Carin Uyl-de Groot verricht aan de Erasmus Universiteit onderzoek naar de kosten en effecten van geneesmiddelen. Om een realistisch totaalbeeld te krijgen van de in- en output, kijkt zij hierbij niet alleen naar de prijs van het middel, maar ook naar bijkomende kosten zoals ziekenhuisopname, dagbehandeling, nazorg, reiskosten én productiviteitskosten. “In ons land gaat op een totaal budget van ongeveer 5 miljard ruim 2 miljard naar dure geneesmiddelen”, licht zij toe. “Dat bedrag zal met het oog op de verwachte groei van het aantal kankerpatiënten en wat er in de pijplijn zit aan innovatieve medicatie alleen maar groter worden. Ik juich het dan ook toe dat artsen en ziekenhuizen steeds meer samenwerken om een stevigere onderhandelingspositie te kunnen innemen tegenover de farmaceuten. Hiermee kun je veel geld besparen. Maar, je lost het probleem niet op. Dit probleem ligt ook niet zozeer bij de farmaceuten. Je kunt hen niet kwalijk nemen dat zij winst willen maken; het is een vrije markt. De overheid kan het probleem wel bij de bron aanpakken door een einde te maken aan het vrije marktmodel in de zorg. Op Europees niveau, liefst in samenwerking met de VS, moeten landen hun wetgeving aanpassen om een prijsberekening voor medicijnen in te kunnen voeren waarmee de prijzen structureel op een realistisch niveau terechtkomen.”

Löwenberg hebben hun revolutionaire idee voor goedkopere geneesmiddelen begin mei via *Nature Reviews* wereldkundig gemaakt. Om de daad bij het woord te voegen, hebben ze samen een algoritme ontwikkeld aan de hand waarvan de prijs voor innovatieve geneesmiddelen internationaal kan worden vastgesteld. “In die prijs,” legt Carin Uyl-de Groot uit, “hebben we de kosten voor research & development, productie, verkoop, marketing én een redelijke winstmarge afgezet tegen de klinische meerwaarde van het medicijn. Onder de streep levert dit model voor alle betrokkenen, zelfs voor de farmaceutische industrie winst op. Ook doordat innovatieve geneesmiddelen dan wereldwijd breder toegankelijk worden en niet meer, zoals nu het geval is, alleen weggelegd zijn voor economisch sterkere landen.”

Het algoritme van Uyl-de Groot & Löwenberg

$$\text{Cost price of new cancer drug treatment} = ((\text{Cost of R\&D}/(\text{number of patients} \times \text{years left of patent})) + \text{cost of drug}) \times (1 + \text{profit margin})$$

Algoritme Carin Uyl-de Groot en haar mede-onderzoeker Bob

Antibioticaresistentie, een grote zorg

Prof. dr. Paul Savelkoul:

“Antibioticaresistentie (ABR) is een ontwikkeling die wij zelf in de hand werken en die nu epidemische vormen begint aan te nemen. Hierdoor wordt het risico in de gezondheidszorg in z'n algemeenheid heel erg groot”, stelt prof. dr. Paul Savelkoul, medisch moleculair microbioloog van Maastricht UMC+. “Het is lastig om ABR over één kam te scheren, want er zijn verschillende vormen. Het is ook niets nieuws; het is de overlevingsstrategie van bacteriën. Verkeerd en onterecht gebruik van antibiotica, de productiewijze en het stoppen van de ontwikkeling van nieuwe antibiotica leidden ertoe dat antibioticaresistentie zich heeft kunnen ontwikkelen. En dát levert een groot risico op. Onderzoek toont aan als we niets veranderen er over vijftig jaar meer mensen sterven aan infectieziekten dan aan kanker en alle andere ziekten bij elkaar.”

Kijken naar alternatieven “Ondanks dit sombere perspectief kunnen we in de gezondheidszorg een heleboel doen en we doen ook al veel. In Nederland en de Scandinavische landen doen we het qua behandeling op dit gebied het allerbeste in vergelijking met de rest van de wereld. Daar is antibiotica gewoon bij de apotheek of drogist verkrijgbaar, in Nederland alleen via recept. Gevolg is dat de resistentieproblematiek hier vele malen lager is dan in andere delen van de wereld. Maar we zijn helaas niet alleen op deze aardbol; daardoor komt het probleem wel naar ons toe. We moeten dus kijken naar al-



ternatieven. Dat is in de eerste plaats overgaan tot goed gebruik van antibiotica. Artsen redeneren nog te vaak ‘baadt het niet dan schaadt het niet’. En dat is dus niet waar! Bij twijfel wordt antibiotica nog te vaak door huisartsen voorgeschreven. Terwijl de huidige diagnostische technologieën heel snel kunnen vertellen met welk micro-organisme je te maken hebt.”

Er zijn al diagnostische methodieken voorhanden, maar daar hangt een relatief hoog prijskaartje aan. Daar staat geen vergoeding tegenover terwijl antibiotica vrijwel niets kost. “Het zou mijns inziens dus beter zijn als zorgverzekeraars de kosten van diagnostiek door huisartsen zouden vergoeden. Pas dan doorbreek je het huidige patroon”, aldus Savelkoul. “Goede diagnostiek is namelijk geen kostenpost maar bespaart op termijn geld. Voor nu is het zaak om tijd te rekken zodat we nieuwe soorten antibiotica kunnen ontwikkelen. Want die zijn er voorlopig nog niet.”



Dr. Marlies van Wolfswinkel

LINK Het Limburgs Infectiepreventie en antibioticaresistentie Netwerk (LINK) is een van de tien regionale netwerken in Nederland – nu nog in een pilotfase tot mei 2019 – waarin ziekenhuizen, huisartsen en verpleeghuizen in de regio samenwerken om antibioticaresistentie tegen te gaan. Marlies van Wolfswinkel, internist-infectioloog bij het Maastricht UMC+ en lid van het Antibioticateam (A-team) en vanuit die rol ook lid van het Regionaal CoördinatieTeam van LINK, legt uit: “De belangrijkste manieren om die tijd te winnen, zijn enerzijds bestaande resistente micro-organismen in kaart brengen en de verspreiding ervan voorkomen. Anderzijds het zo veel mogelijk beperken van het ontstaan van resistentie. Een middel dat we hierop toepassen is antibiotic stewardship ofwel het stimuleren van juist antibioticagebruik. Het A-team kijkt in het ziekenhuis mee of een reservemiddel terecht wordt voorgeschreven. Zo niet, dan overleggen we met de betreffende arts of een andere keuze niet beter is. In de eerste lijn en de langdurige zorg lopen landelijke pilots op het gebied van antimicrobial stewardship. Ook vormen we nu het netwerk door in kaart te brengen wie onze netwerkpartners zijn en welk risicoprofiel onze grensregio heeft. We maken verder afspraken over het signaleren en melden van aanwezigheid van resistente bacteriën (hoe houden we elkaar op de hoogte?) en hoe we ziekenhuizen en verpleeghuizen op een eenduidige manier kunnen controleren op goede infectiepreventie, bijvoorbeeld handhygiëne. Daarnaast hebben we de opdracht van VWS gekregen om een puntprevalatieonderzoek (PPO) naar dragerschap van resistente micro-organismen op te zetten en uit te voeren in de regionale verplegings- en verzorgingssector.”

Meer op www.link.mumc.nl.



Chris Nieuwhof

Vermeende antibiotica-allergie Chris Nieuwhof, internist-allergoloog/immunoloog bij het Maastricht UMC+ werkt nauw samen met zowel het ABR- als het A-team. “Antibiotica-allergie is eveneens een veelvoorkomend probleem in de dagelijkse praktijk. Het is vooral een vermeende vorm van allergie omdat mensen ooit zo gelabeld zijn, maar het niet echt hebben. Het ontkrachten van vermeende antibioticaoevergevoeligheid leidt tot het verminderen van het gebruik van reservemiddelen omdat eerste keus antibiotica opnieuw gebruikt kunnen worden. Huisartsen zouden, bij nieuwe registraties, heel goed naar allergie-aantekeningen moeten kijken en hun bevindingen aan de hand van een aantal criteria adequaat moeten registreren. De reeds bestaande registraties moeten kritisch beoordeeld worden en doorverwijzen naar allergologen kan een logische vervolgstap zijn. Deze patiënten kunnen we met behulp van huidtesten en provocaties dan mogelijk weer ontlabelen. Amerikaans onderzoek toont aan dat hierdoor het gebruik van reservemiddelen omlaaggaat, dat patiënten bij juist gebruik van antibiotica korter opgenomen worden, minder multiresistente bacteriën krijgen en er minder complicaties optreden. Doorverwijzen naar allergologen gebeurt in Nederland al in toenemende mate, maar het zou samen met een betere registratie hoger op de agenda moeten komen, want het gaat op termijn tijd en geld besparen. Bovendien is het een prima nieuwe methode om de eerdergenoemde benodigde tijd te rekken.”

PERSOONLIJK

Judith Hazelzet is medewerker chronische zorg bij stichting Zorg in Ontwikkeling (ZIO) en projectleider Prescriptor.

Dr. Gaspard Knops is huisarts in Praktijk St. Pieter in Valkenburg.



Prescriptor, multisource EVS

“Prescriptor is een Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS) dat huisartsen en andere voorschrijvers kunnen gebruiken als ondersteuning bij hun medicatiekeuze”, vertelt Judith Hazelzet, medewerker chronische zorg bij stichting Zorg in Ontwikkeling (ZIO) en projectleider van Prescriptor. “We hebben als regio Maastricht-Heuvelland de ambitie om de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van de farmaceutische zorg te optimaliseren. Een goed EVS draagt daar op alle fronten aan bij. Door de goede gebruikservaringen van onze collega’s in de Oostelijke en Westelijke Mijnstreek met Prescriptor zijn we gaan kijken wat de mogelijkheden voor onze regio waren. Dit leidde in januari 2018 tot de invoering van dit systeem.”

Praktijkondersteunend informatiesysteem “Prescriptor is geïntegreerd in het medisch patiëntdossier, geeft beslissingsondersteunend advies, beschrijft het juiste stappenplan en beschikt als multisource EVS-module over een veelheid aan informatiebronnen”, stelt Hazelzet. “Het dynamische systeem is gekoppeld aan de meeste Nederlandse HIS’en en op basis van ICPC-codes ondersteunt je dat in het maken van de beste medicatiekeuze. Maar het is breder dan dat; er staan patiëntbrieven en afbeeldingen van aandoeningen in, geeft ook niet-medicamenteuze adviezen en heeft een koppeling met de NHG-richtlijnen. Het formularium van Asten is het vertrekpunt geweest waar wij het longformularium overheen hebben geprogrammeerd. De werkgroep Farmacie monitort het ontstane Heuvelland-formularium structureel op inhoud en bepaalt welke onderwerpen de farmacie in de regio verder kunnen optimaliseren. Het Heuvelland-formularium zal uiteindelijk zo gevuld zijn dat de gebruiker bij het grote merendeel van de voorschriften uitkomt met de keuzes

uit het formularium. Bovendien gaan we samenwerken met het Maastricht UMC+ in een transmurale werkgroep over doelmatig voorschrijven. Deze werkgroep gaat ook, vanuit voortschrijdend inzicht, onlogische keuzes in het formularium aanpassen. Het belangrijkste doel van het systeem is de medicatieveiligheid verbeteren. De voorkeur gaat uit naar formulariumgericht voorschrijven. Toch komt met het gebruik van Prescriptor de keuzevrijheid en de autonomie van de voorschrijver niet in de knel. Het blijft mogelijk de eigen ervaring, kennis en intuïtie te volgen en een voorschrift in te voeren of te wijzigen.”

Ondersteuning door ZIO De regio Maastricht-Heuvelland omvat 54 huisartsenpraktijken met 84 huisartsen. De meeste huisartsen zijn inmiddels aangesloten op Prescriptor. Zij hebben een account en kunnen werken in het systeem hoewel de ene huisarts al verder is dan de andere. Hazelzet: “Vanuit ZIO ondersteunen we hen met adviezen en FAQ’s, maar ze kunnen ons ook bellen of mailen met vragen. Indien nodig helpt onze ICT’er op locatie met de installatie van het systeem.”

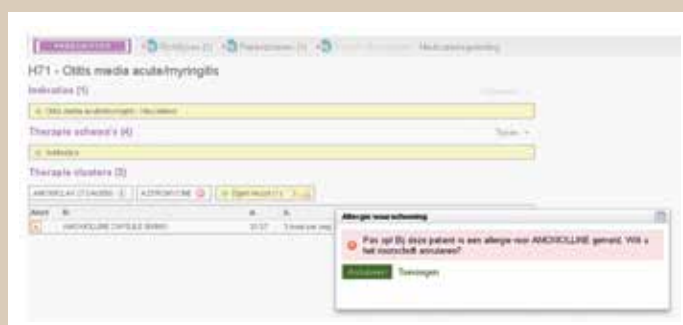
Heeft u vragen over dit onderwerp? Neem dan contact op met ZIO, Judith Hazelzet, 043-3506910 of j.hazelzet@zio.nl.
Voor meer info over Prescriptor: zie www.prescriptor.nl.
Hier vindt u ook een demo-filmpje.



voor medicatiebewaking

Huisarts Gaspard Knops, praktijk St. Pieter/Valkenburg:

“Mijn ervaring met Prescriptor is dat de diagnosegestuurde medicatiekeuze goed en makkelijk werkt. Andere voordelen zijn dat je snel medicatie kunt voorschrijven, waarbij er ook bewaking is op leeftijd en eventuele contra-indicaties. Bij dit laatste verschijnt er een alert naast de eventuele voor te schrijven medicatie. Bovendien komt er een extra waarschuwing in beeld. Deze informatie wordt uit het HIS gehaald. Indien het medicament desondanks wordt voorgeschreven zal de medicatiebewaking van het HIS nogmaals waarschuwen.”



Formulariumgericht voorschrijven “Iedereen gebruikt het Farmacotherapeutisch Kompas (FTK); een formularium is niet anders dan een uitgedunde versie hiervan. Met een gezamenlijk formularium, liefst gedeeld door eerste én tweede lijn, kunnen er ook aanzienlijke kosten worden bespaard terwijl de zorg verbetert.”

Gebruikstips “Zelf merk ik dat het me vaak moeite kost om het EVS te gebruiken omdat je aan bepaalde routines gewend bent. In mijn HIS kun je een recept voorschrijven door op de re-

ceptenknop te klikken. Wanneer je al tien jaar op die knop hebt gedrukt, is het lastig deze routine te doorbreken. Het zou de gebruiksvriendelijkheid ten goede komen en het gebruik bevorderen wanneer je de EVS-module zou aanroepen met die oude receptknop met de mogelijkheid van een bypass wanneer je er toch geen gebruik van wenst te maken.”

Werkgroep Farmacie “Ik ben lid van de werkgroep Farmacie. Deze werkgroep bespreekt iedere twee tot drie maanden onder meer de te maken keuzes voor het formularium. Hierbij wordt door apothekers en artsen waar mogelijk uitgegaan van de adviezen in de NHG-standaarden en FTK. Soms kunnen, door bijvoorbeeld het verlopen van patenten, ook andere keuzes rationeel zijn. Daarnaast testen we hoe de communicatie tussen HIS en apotheek (en vice versa) verloopt. Hieruit volgen zo nodig aanpassingen. Het persoonlijk contact tussen apothekers en artsen vormt bovendien een meerwaarde op zich.”

Feedback “Op dit moment is Prescriptor al vrij compleet; naast de medicatievoorschriften zijn er ook richtlijnen en patiëntenbrieven voorhanden. Wel blijkt dat niet alle voorschriften volgens het Asten-formularium als rationeel of passend worden ervaren. De feedback van gebruikers blijft hierbij onmisbaar. Aanpassingen die hiervan het gevolg zijn worden op regelmatige basis (maar niet onmiddellijk) doorgevoerd. Binnenkort vindt de eerste aanpassing plaats aan de hand van de tot nu toe ontvangen feedback. Dit communiceren we vervolgens ook naar huisartsen en apothekers. Feedback in de zin van opmerkingen en correcties blijft dus welkom.”

*Dr. Jan Tordoir,
vaatchirurg
Maastricht UMC+*

Geïntegreerde zorg voor de dialysepatiënt



Drie keer per week naar het ziekenhuis voor je dialyse is al erg belastend voor je dagelijkse leven en werk. Bij periodieke extra controles en onderzoeken moeten we dus zorgen dat ze voor de patiënt slechts minimaal extra tijd en ziekenhuisbezoeken kosten. Ik heb me jarenlang ingezet om deze behandelingen beter te stroomlijnen binnen de organisatie. Dat vraagt om verder te kijken dan je eigen vakgebied, met multidisciplinaire samenwerking en goede afstemming. Via scholing, trainingen en congressen hebben we de neuzen van onze vaatchirurgen, nefrologen en radiologen in deze richting gekregen. Door van elkaar te leren wat de ander doet en hoe je je werk beter en sneller op elkaar kunt laten aansluiten, in het belang van de patiënt.

In de praktijk vond ik het als opererend arts moeilijk om de coördinatie en intramurale zorg erbij te doen. Ik ben dan ook blij dat het me gelukt is om binnen het Maastricht UMC+ onze gespecialiseerde Nurse Practitioner aan te stellen als centraal aanspreekpunt voor zowel de verschillende afdelingen als de intramurale contacten. Op ons jaarlijks Europese vaatcongres blijft multidisciplinaire samenwerking voor geïntegreerde zorg ook een belangrijk onderdeel. Artsen en verpleegkundigen uit heel Europa leren hier hoe ze kunnen bijdragen aan een zo normaal mogelijk leven voor de nierpatiënt, ondanks alle medisch noodzakelijke behandelingen.

Nu ik met pensioen ga, kijk ik met trots terug op wat we in ons ziekenhuis hebben neergezet. En zie ik dat ons unieke idee van geïntegreerde zorg gelukkig ook steeds verder opgepikt wordt in andere Nederlandse en Europese ziekenhuizen.