

praktijk



Special

Patiëntenperspectief

4 | 18

Better in, better out | Blauwe Zorg zorgt voor verandering bij gezinnen met (te) veel zorg- en hulpverleners | Your Coach Next Door |

Het thema 'patiëntenperspectief' is niet alleen vanuit de patiënt belicht, maar gaat over ontwikkelingen met als doel zorg en patiënt dichterbij elkaar te brengen. Bijvoorbeeld door de zorg anders te organiseren (ontschotting in de wijk), gericht communiceren met anderstalige en laaggeletterde patiënten, en meer aandacht voor de mens achter de patiënt.



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, Britt Hamelers en Marc Schols MCM Producties. **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

Inhoud

- 03 Heeft u het begrepen? Drieluik over hoe je ervoor zorgt dat een taalbarrière de kwaliteit van zorg niet in de weg staat
- 06 Better in, better out: leefomgeving kwetsbare ouderen zo inrichten dat zij actief blijven
- 08 Blauwe Zorg zorgt voor verandering bij gezinnen met (te) veel zorg- en hulpverleners
- 10 Your Coach Next Door
- 11 Uit de Praktijk
- 12 Medicatie in eigen beheer en doorgebruik thuismedicatie
- 14 Patiëntenparticipatie: "niet voor maar mét de patiënt"
- 16 Kort nieuws
- 18 Zorg voor chronisch zieken: "We moeten omdenken: van de patiënt naar de mens"
- 20 Column Roger Ruijters, Voorzitter raad van bestuur Envida: Een ziekenhuis zonder muren

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.

Heeft u het begrepen?

In Nederland hebben 2,5 miljoen mensen van 16 jaar en ouder moeite met lezen en schrijven. Daarnaast zien de Nederlandse ziekenhuizen, waaronder ook het Maastricht UMC+, het aantal migranten én buitenlandse toeristen dat in het ziekenhuis terechtkomt, toenemen. Hoe zorg je ervoor dat een taalbarrière de kwaliteit van de zorg niet in de weg staat? Deze uitdaging wordt in de zorgregio Maastricht/Heuvelland adequaat opgepakt, zo blijkt uit dit drieluik.

Samen het taboe doorbreken” Inge Elzer: “In ons land is 18% oftewel 1 op de 6 volwassenen laaggeletterd. Meer dan de helft hiervan is autochtoon. Deze mensen hebben moeite met lezen en het begrijpen van informatie. Daarbij maakt het geen verschil of de informatie schriftelijk of mondeling wordt aangeboden. Vaak hebben ze ook moeite met digitale vaardigheden. Het hoge aantal vraagt niet alleen maatschappelijk maar ook binnen de zorgsector om bewustwording, want mensen met lage taalvaardigheden hebben meestal ook lage gezondheidsvaardigheden. Ze begrijpen medische informatie niet en durven geen vragen te stellen, laat staan dat zij zelf beslissingen kunnen nemen.”

“Bewustwording van het feit dat het probleem aanwezig is in de spreek- of behandelkamer is de eerste stap naar zorg die voor iedereen toegankelijk is. De volgende stap is kennis over hoe je laaggeletterdheid herkent en wat je kunt doen om iemand met lage taal- en gezondheidsvaardigheden goed te helpen? Het signaleren is lastig. Veel mensen schamen zich en hebben een scala aan trucs ter beschikking om hun taalhandicap te verhullen. Van ‘ik ben mijn bril vergeten’ tot ‘mijn dochter regelt alles voor me’. Sommigen doen alsof ze de informatie daadwerkelijk lezen.”

“Feit is dat laaggeletterden vaker terugkomen in de praktijk, omdat het persoonlijke contact met de arts belangrijk is om informatie te krijgen. Zorgverleners kunnen het probleem helpen aanpakken door hun taal te vereenvoudigen en meer met pictogrammen te werken. Pharos en ook veel patiëntenorganisaties hebben hiervoor praktische toolkits ontwikkeld. Daarmee los je het probleem echter niet op. Dat lukt pas als we het taboe rond laaggeletterdheid doorbreken en laaggeletterden stimuleren hun vaardigheden te verbeteren. Samen met de bibliotheken en ROC's hebben wij hiervoor ook in de regio Maastricht/Heuvelland een netwerk van Taalhuizen en

digiTAAlpunten opgezet waarnaar mensen verwezen kunnen worden. Dit zijn geen scholen, maar leuke, laagdrempelige initiatieven waar mensen taalvaardig worden.”



Inge Elzer is projectleider van de Stichting Lezen & Schrijven in Zuid-Limburg.

Bijna 50% van de Nederlandse bevolking beschikt over lage gezondheidsvaardigheden. 29% begrijpt gezondheidsinformatie niet, 48% heeft moeite met de actieve patiëntenrol.

Bron: Interview met prof. dr. Jany Rademakers (hoofd van één van de onderzoeksafdelingen van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg NIVEL en bijzonder hoogleraar Gezondheidsvaardigheden) in Praktijk, september 2017.

“Met pictogrammen zien patiënten in één oogopslag wat er gaat gebeuren”

Veerle: “De communicatie met mensen met een taalbarrière verloopt vaak moeilijk voor beide partijen. De patiënt kan zijn of haar probleem niet kenbaar maken, de zorgverlener kan de patiënt niet volledig informeren. Op de poli’s zie je dat veel mensen met een taalbarrière zelf een begeleider meenemen die de communicatie begeleidt. Bij een opname of een operatie valt die begeleiding weg. Ik heb zelf op de afdeling short stay gewerkt. De anamnese liep daar met name bij anderstaligen regelmatig vertraging op omdat we niet duidelijk konden maken wat de bedoeling was. De tolkdienst biedt dan uitkomst, maar die is niet altijd voorhanden. Zo ben ik op het idee gekomen om een pictogrammenklapper te ontwikkelen met heldere afbeeldingen van de meest voorkomende interventies, zoals bloedprikken, een injectie geven, hechten of u heeft een scan nodig. Ook de afdeling Anesthesiologie heeft pictogrammen toegevoegd, van waar je een plaatselijke verdoving voelt en hoe een ruggenprik werkt. Elke interventie wordt uitgelegd met een plaatje en een korte uitleg in de meest gangbare Westerse talen, het Turks en Arabisch. Daarbij hebben we ook een formulier ontwikkeld waarmee de patiënt kan aangeven of en waar hij in het lichaam pijn voelt. Met behulp van de bekende smileys kan hij aangeven hoe erg die pijn is.”

Mary: “Collega’s kunnen via een module op de digitale leeromgeving van het Maastricht UMC+ zien hoe ze de toolkit voor anderstaligen kunnen inzetten. Er wordt veel gebruik van gemaakt op de afdelingen, met als bijvangst dat de pictogrammenklapper ook goed van pas komt in de zorg voor laaggeletterden, dove patiënten en KNO-patiënten die niet kunnen of mogen spreken. Patiënten zijn positief: zij voelen zich meer betrokken bij de zorg. De volgende stap is dat we ook een Chinese vertaling toevoegen aan de pictogrammenklapper, vanwege het toenemende aantal Chinese toeristen dat we zien in onze regio. Daarbij blijven we onze voorlichting uitbreiden met steeds meer informatie middels beeldtaal, pictogrammen en korte animatiefilmpjes. In 2019 gaan we bovendien aan de slag met een project gericht op cultuurverschillen in de zorg, want ook op dit vlak ligt er voor grote patiëntengroepen een barrière.”



PERSOONLIJK

Veerle de Vries is stafmedewerker van de afdeling Kwaliteit & Veiligheid van het Maastricht UMC+ en verpleegkundige.

Mary Derix (foto) is hoofd van de afdeling Kwaliteit & Veiligheid van het Maastricht UMC+.



PERSOONLIJK

Nicole Utens (foto links) werkt als praktijkmanager in de Huisartsenpraktijk Mosae Forum in Maastricht.

Anneke Witjes teamleider van de Huisartsenpost Maastricht.

“We worden steeds **creatiever** in het overbrengen van zorginformatie”

Nicole: “In onze stadspraktijk zien wij patiënten uit alle lagen van de bevolking en van alle nationaliteiten. Iedereen in de praktijk beheerst daarom de Engelse taal. Dat is een voorwaarde. Tijdens een nascholing ben ik bewust geworden van de problematiek rond laaggeletterdheid. Het enorme aantal van 20% van de patiënten was een eyeopener voor mij. Wij hebben onze praktijk vervolgens door het expertisecentrum voor gezondheidsverschillen Pharos laten checken op toegankelijkheid voor mensen met een taalbarrière en maken nu dankbaar gebruik van de instrumenten die zij hebben ontwikkeld om gezondheidsverschillen als gevolg van taalbarrières op te heffen. Zo hebben wij al onze formulieren aangepast om informatie toegankelijker te maken. We werken steeds meer met pictogrammen en bij de behandeling van bijvoorbeeld diabetes- en COPD-patiënten gebruiken we de toolkits die de desbetreffende patiëntenorganisaties speciaal voor laaggeletterde, allochtone of oudere patiënten hebben ontwikkeld. De zorg voor asielzoekers is gecompliceerder, zeker nu (als gevolg van bezuinigingen) niet altijd meer een tolk ter beschikking staat. In deze gesprekken tekenen we wat af om een beeld te krijgen van de vraag van de patiënt en om onze informatie over te brengen. We worden daar steeds creatiever in. Ook maken we gebruik van filmpjes op YouTube. Bij iedereen, met welke herkomst dan ook, streven wij naar *shared decision making*. De patiënt denkt en beslist mee, al gaat dat soms met handen en voeten.”

Anneke: “Het allermoeilijkst is het ontdekken van laaggeletterdheid. Veel laaggeletterden zijn er gedreven en ook erg goed in om het niet kunnen lezen en schrijven te verbloemen. Onze triage verloopt telefonisch; in dat gesprek speelt het probleem nog geen rol. Eenmaal op de huisartsenpost wel, want veel informatie gaat aan de hand van foldermateriaal. Sinds wij de kengetallen kennen, leggen wij in het gesprek *face-to-face* en met heel begrijpelijke taal uit wat de bedoeling is en hoe de patiënt verder moet. Elk gesprek sluiten we af door feedback te vragen, waarbij we de patiënt en/of begeleider kort laten herhalen wat we besproken hebben. Hier pakken we de rust voor. Om de zorg laagdrempeliger te maken, hebben we ook onze website aangepast en uitgerust met een button die alle informatie op de site met spraak uitlegt. Ook werken we veel met filmpjes; die zijn voor ál onze patiënten verhelderend en informatief. Tot slot is een taalbarrière voor ons een reden om de urgentie te verhogen. Mochten we iemand aan de telefoon niet begrijpen, dan zien we hem liever even dan dat we het risico lopen dat de betreffende patiënt niet de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft. Veiligheid staat voorop.”

Meer informatie over de aanpak van laaggeletterdheid is te vinden op www.lezenenschrijven.nl.

Better in, better out

De impact van een operatie verkleinen door de leefomgeving van kwetsbare ouderen zo in te richten dat zij sociaal, mentaal en fysiek actief blijven – ook in het ziekenhuis, dat is het gedachtegoed van ‘Better in, better out’. Dat behelst een verandering in de cultuur, infrastructuur en professionaliteit van zowel zorgprofessionals als patiënten en hun mantelzorgers om ervoor te zorgen dat kwetsbare mensen goed door een operatietraject komen. ‘Better in, better out’ neemt daarbij de integrale zorgcontext mee in de transformatie.

Grondlegger van de visie is prof. dr. Nico van Meeteren. De hoogleraar Fysiek functioneren met chronische aandoeningen is een groot voorvechter van een activerende zorgomgeving.

“Iedereen praat over bewegen, terwijl we zitten of – als je in het ziekenhuis terecht komt – liggen”, opent hij al wandelend het interview. “Onze zorg is ingericht op een passieve rol voor de patiënt en een actieve rol voor zorgverleners, met na een operatie het doel de patiënt zo snel mogelijk uit het bed krijgen. ‘Better in, better out’ gaat verder en voorkomt dat patiënten in het bed terechtkomen. Want, zeker voor fragiele ouderen kleeft daar een groot risico aan. Door het hele proces van ontzorgen, zorgen we er in feite voor dat ouderen gedurende het operatietraject in een ‘uitdoofstand’ komen. Herstel verloopt hierdoor moeizaam. Door mensen in de aanloop naar en de nasleep van een operatie in een actieve modus te houden, zorgen we ervoor dat ze conditioneel minder terugvallen en beter herstellen.”

De transitie raakt volgens Van Meeteren de hele zorgketen en begint al bij patiënten in hun leefomgeving. “Kunnen we de leefomgeving van kwetsbare ouderen niet zo inrichten dat zij sociaal, mentaal en fysiek actief blijven? Familieleden en mantelzorgers zouden vaker een ommetje met hen kunnen maken. Artsen zouden bij de indicatie voor een operatie meteen ook een beweeg- en voedingsadvies kunnen geven of een coach kunnen inschakelen. En ziekenhuizen zouden een patiënt niet op moeten nemen als een bed vrij is, maar wanneer de patiënt in optima forma is om de operatie te ondergaan. In het ziekenhuis moet tenslotte de herstelomgeving op de schop. Nu staan daarin nog

het bed en de tv centraal en komt de zorg naar de patiënt toe. In de toekomst heeft elke patiënt een eigen ruimte om ’s nachts te slapen, alle overige activiteiten doet hij – met respect voor de ziekte – samen met andere patiënten elders. Fysiotherapie zit dan ook niet meer weggestopt in de ‘kelder’; op elke afdeling wordt zichtbaar en gezamenlijk gewerkt aan herstel, door mee te doen in bijvoorbeeld het afdelingscorvee tot spelletjes op de kinderafdeling.”

Beweging en voorlichting Ton Lenssen, hoogleraar Klinische fysiotherapie, is betrokken bij het perioperatieve beleid dat het Maastricht UMC+ op basis van ‘Better in, better out’ ontwikkelt. “Om het herstel te bevorderen”, zo licht hij toe, “onderzoeken we het fysiek functioneren van de patiënt voordat een ingreep plaatsvindt. Een fysiotherapeut verricht hiervoor enkele preoperatieve testen. Aan de hand van de onderzoeksresultaten bepalen we een beleid op maat. Mensen die fit zijn en veel bewegen zullen geen extra begeleiding nodig hebben. Mensen die gemiddeld functioneren hebben vooral baat bij goede voorlichting, zodat zij weten wat hen te wachten staat en zij met training en aangepaste voeding zelf aan een beter herstel kunnen werken. De derde groep bestaat uit mensen die op voorhand zo fragiel zijn, dat een operatie een risico vormt. Voor deze groep is het de vraag of we hen voor de operatie niet bij de hand moeten nemen en moeten trainen om de conditie vóór de ingreep al te verbeteren, zodat ze beter kunnen herstellen na de operatie. Neem bijvoorbeeld mensen die een grote knieoperatie moeten ondergaan. Een preoperatieve screening en een (patient journey)-app leidt deze patiënten door de voorbereiding, operatie en herstelperiode. In combinatie met preoperatieve training voor de fysiek zwakkeren kunnen we zo de impact van de operatie verkleinen en ervoor zorgen dat de mensen weer sneller mobiel en sterk genoeg worden om terug naar huis te kunnen. De huisarts kan bij de verwijzing naar het ziekenhuis ook al zicht proberen te krijgen op de fysieke status van de patiënt en zo nodig training of gezond bewegen adviseren. Elke investering in een gezonde leefstijl helpt, zeker als het lichaam moet herstellen van een ingreep.”



PERSOONLIJK

Prof. dr. Nico van Meeteren is hoogleraar Fysiek functioneren met chronische aandoeningen in het Maastricht UMC+, Executive director van het Bureau van de Nederlandse Topsector Life Sciences & Health en bestuursvoorzitter van Stichting Topcare.

Prof. dr. Ton Lenssen (foto) is hoogleraar klinische fysiotherapie in het Maastricht UMC+.



PERSONENLIJK

Drs. Thea van der Waart (foto links) is huisarts in de huisartsenpraktijk Maastricht Oost.

Sanny Stauder (rechts op foto rechts) is beleidsmedewerker gemeentelijke ontwikkeling bij ZIO en projectmedewerker/coach Blauwe Zorg in de wijk in vijf gezinnen in Maastricht.

Blauwe Zorg zorgt voor **verandering bij ge**

Niet minder of goedkopere zorg, maar zorg die effectiever en duurzamer is ingericht met de vraag van de burger als uitgangspunt: dat is de intentie van de pilot Blauwe Zorg in de wijk. Huisarts Thea van der Waart en coach Sanny Stauder richten zich binnen de pilot op een gezamenlijke aanpak van huishoudens met hoge domeinoverstijgende kosten. Zij bliken terug op een voortvarend verlopen eerste pilotjaar, dat in het teken stond van het ophalen van informatie bij vijf gezinnen en hun hulp- en zorgverleners. In 2019 wordt het project opgeschaald naar meer gezinnen in de vier pilotwijken Limmel, Nazareth, Wittevrouwenveld en Wyckerpoort in Maastricht.

Kunnen jullie een beeld schetsen van de vijf pilotgezinnen?

Sanny: "Dit zijn gezinnen met multi-problematiek. Achter de voordeur spelen allerlei problemen, zoals werkloosheid en schuldenproblematiek, opvoedvragen, psychische problemen, relatieproblemen, vaak te veel om op te noemen. Vanwege de complexiteit en variatie aan problemen krijgen deze gezinnen zorg en ondersteuning van professionals uit verschillende financieringskaders. Denk aan de gemeente voor bijvoorbeeld Wmo, Jeugdzorg en sociaal-maatschappelijke ondersteuning en aan de zorgverzekering voor hun zorgvragen. We zijn gezinnen tegengekomen die jaarlijks ruim een ton aan zorg consumeren, terwijl ze zelf rond moeten komen van 40 euro in de week. En soms zijn er wel 17 verschillende hulpverleners aan het werk.

Allemaal met de beste bedoelingen, maar zonder goede afstemming of samenwerking omdat de kaders zo verschillend zijn."

Hoe kan die scheefgroei ontstaan?

Thea: "Elke hulp- of zorgverlener kent de situatie wel dat je op het spreekuur een moeder ziet die het allemaal niet meer trekt en de vraag of ze hulp krijgt met 'nee' beantwoordt. Je zet vervolgens hulp in, in eerste instantie laagdrempelig, bijvoorbeeld in de vorm van opvoedondersteuning. En dan blijkt de betreffende hulpverlener een van de velen te zijn die in het gezin aan het werk is. Koppel je deze constatering terug aan de moeder, dan hoor je 'Oh, maar die komt een keer in de week koffie drinken' of 'Nee, die komt voor een van de kinderen en niet voor mij'. Kortom: de zorg heeft zich gestapeld binnen het gezin en het ontbreekt aan overzicht en regie."

Lukt het met Blauwe Zorg die regie te nemen?

Sanny: "In eerste instantie was het de bedoeling om vanuit de coachrol tot regie te komen op basis van de 'Een gezin, een plan'-methodiek en om meer afstemming in de zorg en ondersteuning te organiseren. Gaande de pilot merkten we dat dit nog te veel van bovenaf en probleemgericht georganiseerd is. De gezinnen zijn in principe zelf aan zet om stappen te zetten waarmee zij een positieve impuls geven aan hun leven. We hebben ons plan daarom werkende weg aangepast, door eerst meer inzicht te krijgen in hoe de zorg georganiseerd is in de gezinnen én hoe



zinnen met (te) veel zorg- en hulpverleners

dit ontstaan is. Pas als je zicht hebt op de dieperliggende vragen en patronen, kun je een duurzaam plan maken en patronen veranderen.”

Hoe pak je dat aan?

Sanny: “Ik heb per gezin in eerste instantie vijf gesprekken gevoerd. Daarin hebben we samen aan de hand van het model van Positieve Gezondheid (Huber) in kaart gebracht hoe de afzonderlijke gezinsleden waardering geven aan verschillende domeinen van het leven. Daarna hebben we door samen met het gezin op grote vellen papier te tekenen, inzichtelijk gemaakt wat er speelt in het gezin, welke zorg en ondersteuning geleverd worden (ook vanuit het Maastricht UMC+) én wat deze zorg en ondersteuning brengen. Is dat positief of negatief en waarom? Voor mij was het een eyeopener dat het vaak niet eens om de expertise gaat die iemand brengt, maar om vertrouwen. Er moet een klik zijn tussen het gezin en de hulpverlener om een veranderwens op gang te krijgen. Samen zijn we op basis van deze informatie het bestaande netwerk rond het gezin gaan ontrafelen en gesprekken aangegaan hoe we dit efficiënter kunnen vormgeven. In dit proces zag je bij de gezinnen bewustwording ontstaan van wat al die zorg nu eigenlijk kost.”

Wat is er dan veranderd?

Thea: “Ontzettend veel. Van de eerste vijf pilotgezinnen hebben we geleerd dat inzicht in de zorgbehoefte al kan resulteren in een

daling van de hoeveelheid ondersteuning. De coach zorgt ervoor dat de juiste zorg en ondersteuning worden ingezet én dat er afstemming is tussen de hulp- en zorgverleners. Deze coördinatie is cruciaal. Als er voor een kind bijvoorbeeld opvoedingsondersteuning wordt aangevraagd, is het goed om te weten of de ouders in staat zijn adviezen op te volgen of dat medische of psychische factoren dit in de weg staan. Het nieuwe elektronisch gestructureerd patiëntenoverleg (eGPO), waarin de huisartsen en thuiszorg vanaf 2019 ook digitaal gaan samenwerken, gaat ons hierbij verder helpen. In een latere fase sluiten ook andere samenwerkingspartners aan.”

Sanny: “De pilot Blauwe Zorg biedt de ruimte om gezinnen vooruit te helpen met wat nodig is, ongeacht financieringsstromen of organisatorische belangen. De methodiek van ‘Een gezin, een plan’ komt hierdoor pas tot zijn recht omdat hulpverleners meer aandacht krijgen voor het gezin als systeem. De eerste resultaten van dit project hebben veel hulpverleners, managers en bestuurders inzicht gegeven in de manier waarop systemen en processen binnen het sociale domein en het zorgdomein op dit moment zijn ingericht en biedt handvaten voor toekomstige verbetering. Daar zijn we nu met de partijen mee bezig.”

Kijk voor meer informatie en cijfers die inzicht geven in deze huishoudens en de geleverde zorg op www.blauwezorgindewijk.nl (Project 3).

Dr. Anita Vreugdenhil is kinderarts in het Maastricht UMC+ en initiatiefnemer van het Centre for Overweight Adolescent and Children's Healthcare (COACH). Samen met de GGD Zuid Limburg en gemeente Maastricht staat zij ook aan de wieg van 'Your Coach Next Door'. Dit laatste programma vindt o.a. plaats binnen het netwerk Blauwe Zorg in de wijk.

PERSONLIJK

Your Coach Next Door

Voor de behandeling van kinderen en jongeren met obesitas heeft het Maastricht UMC+ acht jaar geleden het Centre for Overweight Adolescent and Children's Healthcare, COACH, ingericht. Kinderen en hun ouders worden in dit centrum dat gevestigd is bij het MECC in een uitdagende omgeving stap voor stap begeleid naar een gezond leven. 'Your COACH Next Door' vertaalt de aanpak van COACH naar preventie van gezondheidsproblemen bij kinderen met overgewicht. Dit programma speelt zich nog verder van het ziekenhuis af: in de wijk! "Kinderen met overgewicht hebben géén ziekte. Ze horen dus ook niet thuis in het ziekenhuis", vertelt kinderarts dr. Anita Vreugdenhil over de reden waarom het Maastricht UMC+ voor de preventieve zorg voor kinderen met overgewicht over de muren van het ziekenhuis heen kijkt. "Toch ligt er vanwege de toename van het aantal kinderen met overgewicht en obesitas, en het verhoogde risico dat zij hebben om chronische ziekten te krijgen, een zorg waarin wij als Maastricht UMC+ een rol willen vervullen. Er bestaat in de regio Maastricht/Heuvelland al een preventieprogramma (JOGG) om overgewicht te voorkomen. Maar, er was nog niets voor de groep (14%) die wel al overgewicht heeft, maar nog niet obees is of gezondheidsklachten heeft. Voor een effectieve begeleiding van deze kinderen hebben we met de GGD Zuid Limburg en de gemeente Maastricht 'Your Coach Next Door' ontwikkeld, met de intentie dit programma zo laagdrempelig én zo dicht mogelijk bij huis aan te bieden." "Het netwerk van 'Blauwe Zorg in de wijk' past 'Your Coach Next Door' als een jas", vervolgt Anita. "Naast zorgverleners

die betrokken zijn bij Blauwe Zorg, zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en diëtisten nemen aan het netwerk van 'Your Coach Next Door' ook partners als Maastricht Sport, MVV, de Tapijntuin en de Jumbo supermarkt deel. Samen kunnen we het werken aan een gezonde leefstijl op een aansprekende manier onder de aandacht brengen. Want, het is belangrijk dat de activiteiten leuk zijn voor kinderen en aansluiten bij hun belevingswereld. Daarnaast is het belangrijk dat gezinnen na de verwijzing door de huisarts of jeugdarts een vast aanspreekpunt hebben. De eerste jeugdverpleegkundigen en praktijkondersteuners zijn inmiddels opgeleid tot casemanager. Zij fungeren als spil binnen het wijknetwerk en kunnen kinderen en ouders op maat ondersteunen door hen te verwijzen naar bijvoorbeeld voedingslessen, een sportprogramma of de workshop gezond shoppen. Het ziekenhuis wordt alleen erbij gevraagd als daar een aanleiding voor is. Zo houden we de zorg buiten het ziekenhuis als dat niet nodig is, en dicht bij huis. De lijnen tussen de partners zijn kort, zodat de begeleiding door de verschillende partijen goed op elkaar afgestemd wordt. Het fijne van het Blauwe Zorg-netwerk is hierbij dat de verantwoordelijkheden, ook financieel, vooraf afgekaderd zijn. Zo kun je partners in hun kracht zetten in effectieve ketenzorg voor jeugd en jongeren, én tegelijk meters maken als het gaat om bewustwording en maatschappelijke verandering."

Meer informatie over YCND is te vinden op www.blauwezorgindewijk.nl. (Project 7).

Uit de praktijk

Het Maastricht UMC+ is een groot ziekenhuis. Lukt het artsen nog steeds om patiënten persoonlijk te benaderen? Voelen mensen zich in het Maastricht UMC+ behandeld als patiënt of ook als mens?



Meneer en mevrouw **Iedema** uit Heerlen zijn net 50 jaar getrouwd. Meneer Iedema (73) wordt al ruim 15 jaar behandeld in het Maastricht UMC+. "In die tijd heb ik me altijd als mens behandeld gevoeld. Zo hoort het volgens mij ook. Je bent een persoon, geen nummer. Tegelijk heeft een patiënt daar ook veel over te zeggen, denk ik. Als je bot doet krijg je een bot antwoord. Ik heb daar op een andere plek wel eens een mindere ervaring mee gehad, een arts die zeer arrogant overkwam. Hier gelukkig nooit."

Dat de relatie met zijn arts in de toekomst misschien veranderd, daar maakt meneer Iedema zich geen zorgen over. "Mijn oncoloog is een professor, misschien dat hij daarom wat meer in de melk te brokkelen heeft, maar hij neemt altijd ruim de tijd voor mij. Ik heb niet het idee dat hij zich door iemand iets laat vertellen."



Annemie Ottenheijm uit Eijsden heeft als patiënt weinig ervaring met artsen. Wel jarenlang als mantelzorgster van haar jongere broer. "Ook al is het zo'n groot ziekenhuis, je wordt hier – naar mijn ervaring – nooit onpersoonlijk behandeld. Het gros van de artsen spreekt je aan als persoon en neemt de tijd om vragen te beantwoorden. Als ze op dat moment geen tijd hebben geven ze aan waar en wanneer ze er later even op terug kunnen komen. Ook in de verzorging, waar het misschien nog wel belangrijker is, werd altijd de tijd voor ons genomen. Als mijn broer bijvoorbeeld 's nachts angstig of verdrietig werd was er altijd wel een luisterend oor. Erg belangrijk voor ons."

Melanie Nijhof (45) reist iedere 2 weken heen en weer vanuit Oldenzaal voor een behandeling in het Maastricht UMC+. Als die behandeling de hele dag duurt boekt ze een hotel. Ondanks de lange reis staan haar vriendinnen in de rij om mee te gaan. "Maastricht is een heerlijke stad om te bezoeken."

Mevrouw Nijhof heeft een spierziekte. "In het Maastricht UMC+ is daar een kenniscentrum voor opgericht. Mijn arts, dr. Faber, geldt als de specialist op dat gebied. Ik word altijd bijzonder goed behandeld. Absoluut als mens. Misschien komt het omdat er ook onderzoek wordt gedaan, maar ze hebben altijd alle tijd voor me. Alle deuren gaan open, iedereen spreekt me persoonlijk aan. Ik maak me geen zorgen dat dit bij mij veranderen zal, maar als er in de toekomst bijvoorbeeld niet genoeg tijd meer is voor zorg 'aan de bedden' lijkt me dat heel lastig als patiënt."

Mevrouw Ottenheijm maakt zich wel zorgen over de toekomst. "Je merkt dat zorgmedewerkers steeds meer vanuit protocollen moeten werken. Iedereen is verantwoordelijk voor zijn eigen hokje en waagt zich niet meer aan dat van iemand anders. Dat lijkt mij niet de goede manier van werken. Zeker voor kwetsbare mensen is het belangrijk door iedereen gezien en gehoord te worden. Dat iemand als mens behandeld wordt en niet als nummer."





Rosita Stevens is manager kwaliteit en innovatie bij Ciro, een specialistisch centrum voor orgaanfalen in Horn.

Veronica Hilhorst is poliklinisch apotheker van het Maastricht UMC+.

PERSONEEL


Medicatie in eigen beheer en doorgebruik thuismedicatie

Bij een opname in een zorginstelling krijgen patiënten vaak andere medicatie toegediend dan zij gewend zijn. Het komt voor dat mensen hierdoor in de war raken, met als risico dat het thuis na hun ontslag uit het ziekenhuis misgaat met hun medicatiegebruik. **Ciro in Horn heeft hierop in samenwerking met de apotheek van het Maastricht UMC+ een succesvol antwoord ontwikkeld, door de regie voor de medicatie tijdens een opname bij de patiënt te leggen. Deze succesvolle aanpak wordt nu ook met een pilot in het Maastricht UMC+ geïmplementeerd.** “We behandelen onder andere patiënten met complex chronisch long- en hartfalen die vaak veel medicatie gebruiken”, vertelt Rosita Stevens, manager kwaliteit en innovatie bij **Ciro**, een specialistisch centrum voor orgaanfalen in Horn. “Een doelstelling van ons centrum is de patiënt met een chronische aandoening zoveel mogelijk zelf de regie te laten nemen over zijn eigen leven. Een onderdeel hiervan is het optimaliseren van medicatiegebruik. De landelijke pilot ‘medicatie in eigen beheer en doorgebruik thuismedicatie’ van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) sloot hier perfect op aan, vandaar de samenwerking met de apotheek van Maastricht UMC+. Deze werkwijze is inmiddels bij ons uitgegroeid tot reguliere zorg. En dat is echt uniek.” Veronique Hilhorst, poliklinisch apotheker in het Maastricht UMC+: “Wij zijn met elkaar in contact gekomen omdat de ontwikkeling van de farmaceutische zorg al jaren bij ziekenhuizen op de agenda staat. We weten uit ervaring dat er bij patiënten na hun ontslag uit het ziekenhuis of verzorgingstehuis veel misgaat met hun medicatiegebruik. Uit onderzoek blijkt dat als je in de zorginstelling de patiënten in de regie houdt en ze net als thuis verantwoordelijk maakt voor hun eigen medicatie dit leidt tot een daling van het aantal medicatiefouten en een betere therapietrouw achteraf. De patiënten van **Ciro** nemen hun eigen medicatie van thuis mee. Ze zijn hiermee vertrouwd en ook dat voorkomt verwarring na ontslag. Door het combineren van de twee principes uit de pilot krijgen patiënten ook meer kennis over hun medicatie. In de resultaten van de NFU-pilot waarden patiënten zelfbeheer van medicatie met een 8,3.

Ook vergroot het hun zelfvertrouwen. Verpleegkundigen vinden dat de patiënt er baat bij heeft (93%) en dat de patiënt hierdoor beter is voorbereid op zijn ontslag (85%). Ondanks deze mooie onderzoeksresultaten blijkt dat het heel moeilijk is om dit uit te rollen naar de dagelijkse praktijk in de zorg. Maar in de samenwerking met **Ciro** is het toch uitstekend gelukt.”

De patiënt als onderdeel van het behandelteam “Kenmerkend van chronisch longfalen is dat er na verloop tijd meer problemen ontstaan; lichamelijk maar ook vaak psychologisch, sociaal en emotioneel. Acceptatie en leren omgaan met de aandoening is belangrijk in de behandeling”, stelt Stevens. “Omdat patiënten zelf goed kunnen aangeven wat belangrijk voor hen is, maken ze deel uit van het behandelteam en wordt een individueel behandelplan opgesteld op basis van persoonlijke behandeldoelen. Het past dan als een jas om patiënten hun medicatie in eigen beheer te laten houden.”

Hilhorst vult aan: “Patiënten krijgen in **Ciro** dezelfde medicatie als zij thuis gewend zijn en nemen deze zelf in als ze dat thuis ook doen. Verzorgt een mantelzorgverpleger of de thuiszorg in de thuissituatie de medicatie, dan neemt in **Ciro** uiteraard de verpleging deze rol over. Daar waar vroeger de medicatie volledig werd overgenomen door de verpleging is dat in de nieuwe situatie dus nog maar voor een klein deel van de patiënten nodig. De praktijk wijst uit dat patiënten ook beter geïnformeerd naar huis gaan en dat de kans dat ze in de thuissituatie hun medicatie goed (blijven) gebruiken veel groter is. Het project is voor ons zo relevant dat we inventariseren of we binnen bepaalde afdelingen van het Maastricht UMC+ deze succesvolle werkwijze kunnen implementeren. Zo start binnenkort een pilot bij de afdeling Cardiologie.”



Martin Frankort is voorzitter van de Cliëntenraad van het Maastricht UMC+.

Wilma Savelberg is stafadviseur patiëntenparticipatie in het Maastricht UMC+.

PERSONLIJK

“Niet voor maar **mét** de patiënt”

De Cliëntenraad van het Maastricht UMC+ ziet erop toe dat patiënten optimaal gehoord, geïnformeerd, behandeld en bejegend worden. De Raad denkt actief mee over onderwerpen die voor cliënten van belang zijn en overlegt hierover met de Raad van Bestuur van het Maastricht UMC+. Zo is mede op aandringen van de Cliëntenraad eind 2017 de nieuwe vacature van stafadviseur patiëntenparticipatie in het leven geroepen, die begin 2018 is ingevuld. Het is de bedoeling dat de initiatieven van, voor én met patiënten zich als een olievlek zullen uitbreiden over de verschillende afdelingen van het ziekenhuis, ook richting eerste lijn.

Bovenop de veranderingen “De Cliëntenraad van het Maastricht UMC+ is in 2014 geïnstalleerd”, vertelt Martin Frankort, die vanaf medio 2017 het voorzitterschap voor zijn rekening neemt. “Voor die tijd werd de medezeggenschap binnen de umc’s in Nederland landelijk geregeld. De verzelfstandiging past binnen

de veranderingen die plaatsvinden in de Nederlandse samenleving en zorg. Mensen worden mondiger en willen ook als ze ziek worden mee beslissen over de behandeling die hen het beste vooruit helpt. Of bij een opname over de verzorging waar zij zich het prettigst bij voelen. Artsen beslissen daarom niet meer voor maar mét de patiënt. Deze nieuwe werkwijze stelt behalve aan goede medisch-inhoudelijke kwaliteiten ook hoge eisen aan voorlichting en communicatieve vaardigheden van zorgprofessionals. Maar, vooral vraagt persoonsgerichte zorg aandacht voor de patiënt én voor de mens achter de patiënt. Als belangenbehartiger van ‘de’ patiënt is het dan ook goed dat wij dicht op de veranderingen zitten, om te bekijken wat er speelt, hoe veranderingen de patiënt raken en hoe je vervolgens op verbeteringen kunt sturen. De dynamiek in het zorgveld neemt toe nu een steeds groter deel van de *patiënt journey* zich buiten het ziekenhuis afspeelt. Wij merken dat de mensen grosso modo tevreden zijn over de groeiende onderzoeks- en zorgmogelijkheden die

hen in de eerste- en anderhalvelijnszorg worden geboden. De meeste mensen voelen zich hier comfortabeler dan in het ziekenhuis en ervaren de zorg als minder belastend. Wij volgen de verschuiving binnen de keten rond het Maastricht UMC+ op de voet en zien erop toe dat de zorgprocessen in het belang van de cliënt worden doorlopen. We zoeken hierbij geen podium maar impact: ons doel is bij te dragen aan zorg die past bij deze tijd en resulteert in een hogere klanttevredenheid.”

Olievlek “De patiënt heeft in het Maastricht UMC+ steeds vaker een actieve inbreng”, bevestigt Wilma Savelberg. Zij ontwikkelt als stafadviseur patiëntenparticipatie initiatieven die persoonsgerichte zorg binnen het Maastricht UMC+ bevorderen en deelt kennis en kunde daarover, zodat niet elke vakgroep of afdeling het wiel opnieuw hoeft uit te vinden als het om patiëntenparticipatie gaat. “Patiënten worden structureel bevraagd om ervaringen terug te geven aan het ziekenhuis ten behoeve van een continue verbetercyclus. Diverse zorglijnen werken aan de implementatie van het samen beslissen in hun zorg. Bij kindergeneeskunde zie je mooie ontwikkelingen, zoals de inrichting van een Kinderadviesraad en de implementatie van Family Integrated Care, waarbij beslissingen worden genomen binnen de driehoek arts, kind en kindsysteem. En zo kan ik nog meer projecten noemen, waaraan je ziet dat de zorg zich steeds meer rond én met een actieve rol voor de individuele patiënt beweegt. De groeiende mogelijkheden op het gebied van E-health helpen hierbij. Sinds patiënten via MijnMUMC+ digitaal hun afspraakbrieven en onderzoeks- en labuitslagen kunnen inzien, zijn mensen beter op de hoogte van hun medische situatie. Wij motiveren mensen ook om vóór hun ziekenhuisbezoek zoveel mogelijk informatie tot zich te nemen en aan de hand hiervan – bij voorkeur samen met de huisarts, die deze informatie ook heeft en de patiënt het beste kent – hun wensen te bepalen. Onderzoek onderstreept dat een goede voorbereiding op het ziekenhuisbezoek helpt om samen met de specialist de juiste keuzes te maken. De Patiëntenfederatie Nederland heeft hier een mooie handleiding voor ontwikkeld aan de hand van de drie goede vragen ‘wat heb ik?’, ‘wat zijn mijn mogelijkheden?’ en ‘wat betekent dat voor mijn situatie?’. Wij zouden deze vragen graag standaard en opvallend op de achterkant van onze afsprakenbrief willen drukken, om te onderstrepen dat professionals en patiënten samen verantwoordelijk zijn voor goede, persoonsgerichte zorg.”



PERSONLIJK

Drs. Katrien Verstraete is huisarts in de Huisartsenpraktijk De Poort in Maastricht.

Meebewegen met de patiënt

“In onze praktijk merken wij dat steeds meer mensen de huisarts bezoeken voor een advies of om zich voor te bereiden op een gesprek met de specialist”, vertelt Katrien Verstraete. Zij is huisarts in Huisartsenpraktijk De Poort in Maastricht. “Ook komen mensen na hun ziekenhuisbezoek terug om te bespreken wat het advies van de specialist betekent voor de kwaliteit van leven die zij nastreven. Wij maken voor deze persoonlijke begeleiding van de patiënt regelmatig gebruik van keuzehulpen. Daar kunnen de mensen thuis in alle rust in duiken en zo voor het gesprek hun wensen bepalen. Dat werkt goed. Ik vind het ook een goede zaak dat patiënten steeds meer medische gegevens kunnen inzien, al kleeft hier natuurlijk altijd een risico aan omdat je uitslagen moet kunnen interpreteren. Ik adviseer vooral chronische patiënten hier gebruik van te maken. Deze mensen komen regelmatig bij de specialist en weten op een gegeven moment soms meer van hun ziekte dan de huisarts. De betrokkenheid van de patiënt bij zijn of haar gezondheid is een pre bij het samen beslissen. De laatste jaren is er gelukkig ook in de opleiding aandacht voor dit thema. Het kan niet anders, de patiënt die meebeslist hoort bij deze tijd. Je hebt natuurlijk altijd mensen die daar moeite mee hebben. Deze patiënten uiten zich vaak op een andere manier, bijvoorbeeld door te vragen ‘dokter, wat zou u doen in mijn situatie?’. Zo zijn er ook situaties waar niemand een antwoord op weet, omdat de kans reëel is dat het niet lukt. In de vertrouwelijke omgeving van de spreekkamer kun je dan toch een weloverwogen beslissing maken. Ik vind dat altijd fijne gesprekken, waarin je samen voor de gezondheid van de patiënt zorgt. Ja, er komt steeds meer zorg in de huisartsenpraktijk terecht. En ja, onze zorg verandert, ook doordat we met patiënten mailen, zelfs facetimen. Daardoor bellen we echter minder en hoeven mensen soms niet naar de praktijk te komen. Vanaf volgend jaar worden de digitale consulten ook gehonoreerd. Zo bewegen we mee met de eisen die de tijd én de patiënt aan onze zorg stelt.”

Eiwit en inspanning stimuleren nachtelijke spieropbouw

Eiwitrijke voeding in combinatie met fysieke inspanning voor het slapen gaan, kan voorkomen dat patiënten spiermassa verliezen tijdens een ziekenhuisopname. Dat is één van de voornaamste conclusies die Imre Kouw trekt uit haar promotieonderzoek aan het Maastricht UMC+. De promovenda onderzocht verschillende strategieën om het verlies van spiermassa tijdens veroudering en ziekte tegen te gaan. In het bijzonder tijdens een ziekenhuisopname. Met het ouder worden verliezen mensen spiermassa en –kracht, ook wel sarcopenie genoemd. Hierdoor worden mensen tijdens een ziekenhuisopname nog eens extra kwetsbaar. Daar komt nog bij dat de mentale en fysieke stress die gepaard gaan met een opname in veel gevallen zorgt voor een verminderde eetlust. Het innemen van een eiwitrijk drankje (met 40 gram eiwit) vlak voor het slapen gaan, bleek uiteindelijk een effectieve methode. Hierdoor wordt de aanmaak van nieuwe spieren tijdens de nacht met 33 procent gestimuleerd. De combinatie met fysieke inspanning leidt tot nog eens 30 procent verdere toename van de nachtelijke spieropbouw. Aangezien we tijdens veroudering en ziekte meer eiwit nodig hebben, is dit een vrij eenvoudige voedingsstrategie om aan die extra behoefte te voldoen. De voedingsinterventie kan bijvoorbeeld een aantal dagen voorafgaand aan een operatie worden toegepast of tijdens de ziekenhuisopname zelf. “Daarnaast adviseren we patiënten om de inname van eiwitrijke maaltijden (tenminste 25-30 gram eiwit) gedurende de dag altijd te combineren met enige vorm van lichaamsbeweging”, zegt Kouw. “Zowel voor, tijdens, als na de ziekenhuisopname.” *Meer informatie www.mumc.nl, zoekterm ‘kouw’.*

krtnw



Kleine groep patiënten
krijgt

meniscusprothese

ATRO Medical BV heeft toestemming van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd om de meniscusprothese Tramppolin® te implanteren bij achttien patiënten. Dit doet ATRO Medical BV samen met het Radboudumc, het Maastricht UMC+

en de Sint Maartenskliniek. Met dit klinische onderzoek wordt vastgesteld of Tramppolin® bij patiënten leidt tot minder pijn en een beter belastbare knie.

In een gezonde knie werkt de meniscus als schokbreker. Zonder een goed functionerende schokbreker ontstaan vaak pijn en bewegingsbeperkingen in de knie. Een operatieve behandeling hiervoor ontbreekt op dit moment. Pas bij een ernstig versleten knie wordt het hele kniegewricht vervangen door een totale knieprothese. De kunststofprothese Tramppolin® vervangt alleen de meniscus en brengt zo de schokbrekerfunctie weer terug. Deze prothese is bedoeld voor patiënten die in het verleden een kijkoperatie hebben ondergaan, waarbij de meniscus geheel of gedeeltelijk is verwijderd. Daarmee kan de periode tot een totale knieprothese worden overbrugd. Het klinische onderzoek dat nu wordt uitgevoerd, moet aantonen of de meniscusprothese veilig is en of de pijn in de knie daadwerkelijk zal verminderen. Bij goede resultaten van deze klinische studie kan de meniscusprothese in 2022 toegelaten worden op de Europese Markt. *Meer informatie www.mumc.nl, zoekterm ‘meniscusprothese’.*

Hersenschade al zichtbaar bij voorstadium diabetes



Mensen met prediabetes hebben al subtiele schade in de witte stof van hun hersenen, wat uiteindelijk tot een achteruitgang kan leiden in het cognitief functioneren. Prediabetes is een voorstadium van diabetes type 2. In deze fase kan het veranderen van leefstijl nog positieve effecten hebben en voorkomen dat iemand daadwerkelijk diabetes type 2 krijgt. Uit de resultaten van dit onderzoek van het Maastricht UMC+ blijkt opnieuw dat prediabetes geen onschuldige aandoening is. De bevindingen werden onlangs gepubliceerd in het wetenschappelijk tijdschrift ‘Diabetes Care’. Voor dit onderzoek werden de MRI-scans van 2200 deelnemers aan de Maastricht Studie geanalyseerd, van wie er bijna 350 prediabetes hebben. Deze grote cohortstudie onderzoekt op diverse fronten het ontstaan, het verloop en de behandeling van diabetes en prediabetes. Om vast te stellen of iemand prediabetes heeft, worden er glucosetesten afgenomen. Als het lichaam bloedsuiker minder goed verwerkt, maar nog niet dusdanig slecht dat er sprake is van diabetes, spreken we van prediabetes. *Meer informatie www.mumc.nl, zoekterm ‘Maastricht Studie’.*

S

3D-print van de knie voor gepersonaliseerde operatie



Orthopedisch chirurgen van het Maastricht UMC+ hebben een nieuwe techniek toegepast voor het effectiever plaatsen van een knieprothese. Hierbij maakten ze gebruik van een 3D-geprinte mal gebaseerd op de unieke anatomie van een individuele patiënt. Met name bij het uitvoeren van complexere operaties biedt dit voordelen. De orthopedisch chirurg kan zich beter voorbereiden en de prothese kan nauwkeuriger worden geplaatst. Jaarlijks worden er honderden knieprothesen geplaatst bij patiënten in het Maastricht UMC+. Toch is niet iedere patiënt identiek en zijn er verschillen in complexiteit van de aandoening. In de complexere gevallen kan de orthoeped tegenwoordig de keuze maken om een mal van de knie te laten maken door middel van een 3D-print. Het maken van een 3D-geprinte mal voor een knieprothese is op zich niet nieuw, maar het gebruik ervan bij dit nieuwe type knieprothese is dat wel. De planning voor de operatie en het gebruik van de 3D-mal verschaft de chirurg een veel beter inzicht dan voorheen. De 3D-geprinte mal is daarnaast ook zodanig ontworpen dat het zeer gebruiksvriendelijk is voor de orthopedisch chirurg en het operatieteam. Orthopedisch chirurg dr. Tim Boymans: "Zie het als de knieprothese 3.0."

Meer informatie op www.mumc.nl, zoekterm '3D-print'.



Innovatieve plastisch chirurgische ingrepen **verhogen** kwaliteit van leven na borstreconstructie

Microchirurgische ingrepen bij twee veelvoorkomende bijwerkingen na een borstkankerbehandeling dragen sterk bij aan het verbeteren van de kwaliteit van leven. Het gaat om de behandeling van lymfoedeem door het aanleggen van een verbinding tussen lymfen en bloedvaten (lymfo-veneuze anastomose) en het aansluiten van een gevoelszenuw bij een borstreconstructie met eigen buikweefsel (DIEP-lap). Dit blijkt uit het promotieonderzoek van plastisch chirurg in opleiding Anouk Cornelissen, verbonden aan het Maastricht UMC+. Cornelissen en het hele onderzoeksteam van het Maastricht UMC+ zijn blij met deze uitkomsten en hoopt dat de resultaten leiden tot betere zorg: "De huidige behandeling van lymfoedeem is voor de patiënt nog sterk invaliderend en het belang van gevoelsherstel in de borst is lang onderschat. Deze resultaten laten zien dat beide ingrepen een overtuigende bijdrage leveren aan het welzijn van de patiënt."

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

Hoger BMI kan veroudering **versnellen**

Uit een omvangrijke studie onder leiding van de Universiteit Maastricht (UM) blijkt dat een hogere body mass index (BMI) gepaard gaat met kortere telomeren, met name bij personen onder de 60 jaar. Telomeerlengte, gemeten in witte bloedcellen, wordt ook wel gezien als signaal voor veroudering. Een BMI-verhoging van 5 staat volgens de onderzoekers ongeveer gelijk aan een 1 jaar oudere biologische leeftijd. De resultaten van de studie zijn onlangs gepubliceerd in het wetenschappelijke tijdschrift 'American Journal of Clinical Nutrition'. Meer informatie www.mumc.nl, zoekterm 'veroudering'.



Drs. Nico Wolter is arts en patiënt. Hij combineert zijn ervaringen als chronisch zieke arts/onderzoeker in een zorginnovatietraject voor de afdeling Maag-, Darm en Leverziekten in het Maastricht UMC+.

PERSONLIJK

“We moeten **omdenken:** van de patiënt naar de mens”

“Artsen blijven het moeilijk vinden zich in de situatie van chronisch zieke patiënten te verplaatsen.” Nico Wolter valt maar meteen met de deur in huis. De voormalige verzekeringsarts is ervaringsdeskundige. Hij is zelf chronisch ziek en begeleidt patiënten met chronische maag- en darmklachten in het Maastricht UMC+. Daarnaast werkt hij op verzoek van de Raad van Bestuur en prof. dr. Ad Masclee, (hoofd van de afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten) aan een verbetertraject waarmee het Maastricht UMC+ de zorg voor chronisch zieke patiënten wil verbeteren. “We moeten leren niet de patiënt maar de mens centraal te stellen”, stelt hij. “Een chronische ziekte raakt je in de kern van je bestaan. Het gooit alles overhoop: mentaal, fysiek, sociaal, werk, relatie, hobby’s, alles. Als arts weten we dat de impact groot is, daar is ook begrip voor, maar we handelen er nog te weinig naar.” Profvoetballer Nico Wolter voetbalde op het hoogste niveau bij Roda JC toen gewrichtsproblemen op 17-jarige leeftijd een einde maakte aan zijn profcarrière. “Ik heb geluk dat ik een enorme drive had om iets van mijn leven te maken én goed kon leren”, blikt hij terug. “Niet wetende wat er aan de hand was, ben ik medicijnen gaan studeren. Pas zes jaar later werd duidelijk dat ik Bechterew heb. Later zouden daar nog de ziekte van Crohn en andere chronische aandoeningen bij komen. Vreemd genoeg moeten mensen ook tegenwoordig, ondanks de medische vooruitgang, nog vaak jaren wachten voordat Bechterew vastgesteld wordt. Niet doordat de ziekte zo complex is, maar omdat er niet goed geluisterd wordt. Daar is geen tijd voor. Bovendien focussen we op de symptomen van de ziekte en niet op de mens, terwijl het om klachten goed te kunnen beoordelen juist belangrijk is om te weten hoe de betreffende persoon in elkaar steekt en wat normaal is voor hem of haar.”

Onderzoek Voor zijn onderzoek heeft Nico Wolter 250 dossiers van chronisch zieken bestudeerd en patiënten geïnterviewd over niet-medische zaken. “Alles kwam in deze gesprekken voorbij, van de psychische gesteldheid en het energieniveau tot hoe woon je, kun je jezelf verzorgen en aankleden, en hoe gaat het op je werk. Dan blijkt dat 90% van de ondervraagden

moe is, 80% fysiek niet stabiel is, 70% psychisch niet stabiel is, 30% niet in staat is zichzelf te verzorgen en 70% arbeidsongeschikt is. Kijk je op basis van deze cijfers vooruit, dan stevent onze samenleving af op een doemscenario. Alleen al in het Maastricht UMC+ zien we 90.000 chronisch zieken. Daar komen er per jaar 15.000 bij. Als daarvan 70% arbeidsongeschikt wordt, wordt niet alleen de zorg, maar ook de samenleving onbetaalbaar. Er moet iets veranderen.”

Revalidatie en re-integratie “In de jaren dat ik ziek ben, heeft geen enkele arts mij ooit gevraagd of ik zelf mijn sokken kan aantrekken. Toen ik deze vraag aan ‘mijn’ patiënten stelde, kregen ze allemaal even verbaasd. Het onderwerp was in het gesprek met de specialist nog nooit aan de orde geweest, terwijl juist dit stukje empathie voor verandering kan zorgen. Ik denk dat we mensen die een chronische diagnose krijgen meer moeten helpen om de draad weer op te pakken en hen in alle domeinen van het leven (Positieve Gezondheid/Huber) perspectief te bieden. Die taak ligt voor een belangrijk deel in de eerste lijn. Mijn voorstel zou zijn om daarnaast aan de tweede lijn een multidisciplinair, integraal revalidatie/re-integratietraject te verbinden waarin de medische begeleiding gecombineerd wordt met aandacht voor psychische en fysieke ondersteuning én coaching op het gebied van werk. De pilotstudie die TripleR samen met het Maastricht UMC+ en Thermae 2000 in Valkenburg heeft uitgevoerd, onderstreept mijn visie. De 150 chronisch zieken die aan deze pilot hebben deelgenomen voelden zich na afloop van hun twintigdaagse behandeling sterker, ze gebruikten minder medicatie en na zes maanden bleek dat 90% van de behandelde arbeidsongeschikten nog altijd aan het werk was. Ja, dit programma is duur. Maar een leven lang leven in de WIA gecombineerd met de hoge zorgconsumptie van chronisch zieken nu, is vele malen duurder.”

Voor vragen over dit artikel kunt u contact opnemen met Nico Wolter via nico.wolter@mumc.nl of +31 (0)6-12509755.

*Roger Ruijters,
Voorzitter raad
van bestuur
Envida*



Een ziekenhuis zonder muren

Afgelopen zomer was ik in Afrika en heb daardoor mogen ervaren hoe blij we mogen zijn met onze gezondheidszorg en onze ziekenhuizen. Toch is er een steeds grotere groep waarvoor het ziekenhuis soms een noodzakelijk kwaad is en dat zijn de kwetsbare ouderen. Kwetsbare ouderen kampen vaak met meerdere problemen tegelijk en komen met een specifieke of vage behandelvraag op de SEH terecht. Omdat het thuis niet meer gaat, wordt meestal voor opname gekozen. Ondanks alle goede bedoelingen van artsen en verpleegkundigen, heeft de opname vaak een ontwrichtend effect op de kwetsbare oudere. Ook al is de behandeling die volgt goed, toch krijgt de zelfredzaamheid door de ziekenhuisopname een ontzettende terugval. Het feit dat ziekenhuiszorg noodzakelijk is, betekent niet automatisch dat ziekenhuisopname nodig is. Alternatieve zorg – zoals eerstelijnsverblijf, logeeropvang of medisch-specialistische wijkverpleging – is niet altijd op korte termijn te regelen en daarom kiezen artsen voor een opname. Envida en het Maastricht UMC+ denken daarom zelfs na over verpleeghuiszorg in het ziekenhuis. Ook technologie gaat een steeds belangrijkere rol spelen, waardoor steeds meer diagnostiek op afstand mogelijk is. In 2019 wil Envida, samen met het Maastricht UMC+ en de huisartsen, de wijkverpleegkundige zorg gaan koppelen aan de HAP en de SEH. Eerdere experimenten wijzen uit dat zo maandelijks tientallen ziekenhuisopnames voorkomen kunnen worden. Behalve dat dit geld bespaart, is het ook nog eens beter voor de kwetsbare oudere zelf. Is dit een reclamespot voor Envida? Misschien een klein beetje, maar mijn droom zou zijn dat we in 2020 één gezamenlijk team hebben voor medisch-specialistische verpleging thuis, waar verpleegkundigen van het Maastricht UMC+ en Envida de krachten bundelen en bewijzen dat het ziekenhuis zonder muren een stap dichterbij gekomen is.