

Praktijk

Transferconsulenten

**Marina Hauben,
Louis Penders en
Emmely Wutzke**

Intensieve samenwerking met
onze zorgpartners in de regio

Team Medisch

Maatschappelijk Werk

Wat als er na het ontslag
uit het ziekenhuis geen
thuis of andere plek is?

Roger Rennenberg

Een helder format voor
de overdracht

4'23

SPECIAL

TRANSFER

inhoud

SPECIAL TRANSFER



Dagelijks worden er mensen naar en ook weer vanuit het Maastricht UMC+ naar een zorginstelling of behandelaar in de regio verwezen. Iedereen met zijn eigen, unieke zorgvraag en behoefte. In dit fijnmazige web van loketten en behandelaren is het ontzettend belangrijk dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt. Maar, wat is de juiste zorg en hoe zorg je ervoor dat de patiënt op de juiste plek in de drukke zorgketen terechtkomt? Waar moet een goede verwijzing en overdracht aan voldoen? Wie spelen een rol hierbij? Wat hebben patiënten nodig? Vragen te over... Deze editie van *Praktijk* brengt het zorglandschap van verwijzen en transfers in beeld. Een kleurrijk en dynamisch landschap waarin ketenpartners steeds beter op elkaar ingespeeld raken.



- 3 Zoeken, Puzzelen, Hopen**
Team Medisch Maatschappelijk Werk MUMC+

- 4 Een helder format voor de overdracht**
Prof. Roger Rennenberg

- 6 Intensieve samenwerking met onze zorgpartners in de regio**
Transferconsulenten Marina Hauben, Louis Penders en Emmely Wutzke

- 9 Kort nieuws**

- 10 Overdracht van specialist naar specialist** Adhiambo Witlox, Kim Mendoza en Ivan Laclé

- 12 Als elke seconde telt!**
Joep Urlings, Chanice Leirer en Patricia Stassen

- 15 Kort nieuws**

- 16 Achter de schermen van het Zorgpunt Maastricht-Heuvelland**
Alexandra Kozarowitzky en Gaston Spronken

- 18 Vier hospices, één lijn**

- 20 Column: De Academie voor Patiënt en Mantelzorger: volop in ontwikkeling!**
Matthijs Bosveld, arts-onderzoeker Maastricht UMC+



Colofon *Praktijk* is een uitgave van het Maastricht UMC+ (expertise-eenheid Transmurale en Paramedische Zorg) i.s.m. Zorg in Ontwikkeling (ZIO) *Ontwerp en grafische vormgeving* Strategyminds, Meerssen. *Redactie* Liesbeth van Hoef, Jan Wouter Brunings, Jean Muris, Caroline Robertson, Ingeborg Wijnands, Ellen Kennes, Marja Olde Damink, Floris Vanmolkot, Strategyminds. *Eindredactie* Liesbeth van Hoef. *Fotografie* Appie Derks, Johan Latupeirissa. *Druk* Pietermans Lanaken. *Suggesties voor de redactie?* Mail Liesbeth van Hoef: liesbeth.van.hoef@mumc.nl.

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

De Huisartsen Service Desk **telefoon 043 387 44 80**. De Huisartsen Service Desk in het Maastricht UMC+ is het interne navigatiesysteem voor externe verwijzers. Eén telefoontje en u wordt doorverbonden met de juiste persoon of afdeling.



V.l.n.r. Marijn Emmerink, Steffy Starmans en Roy Savelkouls

Wat als er na het ontslag uit het ziekenhuis geen thuis of andere plek is?

Zoeken, Puzzelen, Hopen

“Het is helaas geen vanzelfsprekendheid dat mensen na een ziekenhuisopname ergens naartoe kunnen”

TEAM MEDISCH MAATSCHAPPELIJK
WERK MAASTRICHT UMC+

“In ons ziekenhuis behandelen we zorgwekkende zorgmijders en dak- en thuislozen; zij komen doorgaans via de spoedeisende hulp binnen”, legt Roy Savelkouls uit. Samen met Marijn Emmerink en Steffy Starmans vormt hij het Team Medisch Maatschappelijk Werk dat wordt ingeschakeld als er bij het ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis een schrijnende situatie dreigt te ontstaan. Hij vervolgt: “We behandelen ook Oekraïense soldaten, expats en Oost-Europese arbeidsmigranten die niet of onvoldoende verzekerd zijn en geen sociaal netwerk hebben in ons land. Als patiënten na hun ontslag thuiszorg, herstel- of revalidatiezorg nodig hebben maar niet aan de voorwaarden voldoen, gaan wij op zoek naar aanknopingspunten om hen verder te helpen.”

Een adres “Dat zoekwerk is soms echt puzzelen”, vult Marijn Emmerink aan. “Bij arbeidsmigranten nemen wij bijvoorbeeld contact op met de werkgever om te checken of er misschien toch een zorgverzekering is. Dan is er al meer mogelijk. Voor dak- en thuislozen zijn de ge-

meentes verantwoordelijk, maar zij geven voorrang aan mensen die uit de eigen regio komen. Een dakloze arbeidsmigrant valt zo snel tussen wal en schip. Via het Leger des Heils en maatschappelijke organisaties zoals Shelter 043 en Levanto kunnen we meestal wel opvang regelen. Maar als een dak- of thuisloze moet revalideren, lopen we vast. Voor revalidatiezorg heb je in ons land een vast adres nodig. Als dat er niet is, neemt geen revalidatiecentrum je op.”

Draaideurpatiënten “Juist in de groep moeilijk plaatsbare transfers bevinden zich de ‘draaideurpatiënten’, die wij vaak binnen enkele weken terugzien, omdat ze niet de behandeling krijgen die ze nodig hebben”, antwoordt Steffy. “Deze mensen liggen vaak ook langer dan nodig is in het ziekenhuis, omdat wij ze niet zomaar de straat op kunnen sturen. Een structurele oplossing is er in het huidige zorg- en maatschappelijke landschap gewoon niet. Sterker nog, door de woningnood, de stijgende armoede en het stijgend aantal onveilige thuissituaties, zitten de maatschappelijke opvangcentra, waaronder ook de Blijf van mijn Lijf Huizen, vol. Overal zijn wachtlijsten. Dus blijft het voor ons elke keer weer puzzelen en hopen dat iemand na zijn ontslag uit het ziekenhuis goed terecht komt.”



**“Met een goede ontslagbrief lever
je niet alleen de juiste zorg op de juiste
plek maar bied je ook de juiste
informatie op de juiste plek”**

PROF. ROGER RENNENBERG,
INTERNIST EN VASCULAIR
GENEESKUNDIGE
MAASTRICHT UMC+

Nu ook steeds meer kwetsbare patiënten thuis hun behandeling krijgen vraagt de overdracht van zorg extra aandacht. Hoe moet bijvoorbeeld de overdracht voor oncologiepatiënten die thuis hun chemokuur volgen, verlopen? Aan welke informatie hebben huisartsen na een chirurgische ingreep behoefte? De huisartsen in de regio Maastricht-Heuvelland en het Maastricht UMC+ hebben hier een akkoord over bereikt.

Het plan is om in 2024 de ontslagbriefinhoud volgens het nieuwe format te uniformeren en te gaan gebruiken.

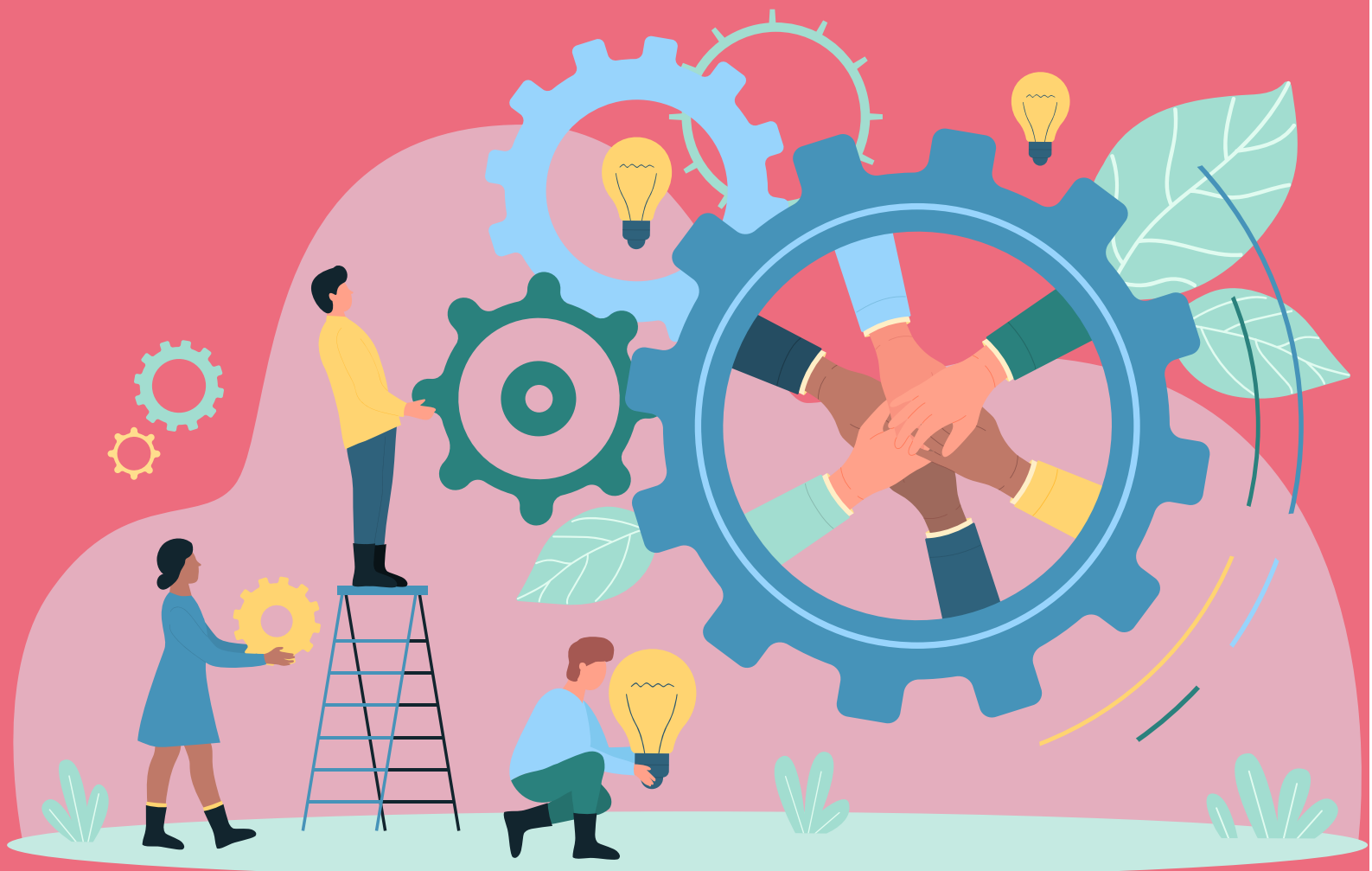
EEN HELDER FORMAT VOOR DE OVERDRACHT

Prof. Roger Rennenberg, is internist en vasculair geneeskundige in het MUMC+. Hij pleit al jaren voor een heldere ontslagbrief en heeft het format ontwikkeld dat nu ziekenhuisbreed gebruikt gaat worden.

“De trigger om aan een betere ontslagbrief te werken kwam van een huisarts in opleiding die bij de Interne Geneeskunde stage liep. Hij beschreef onze ontslagbrief als mooi proza, waar je in de eerste lijn echter vrij weinig aan had. Huisartsen lazen de brief vaak niet eens vanwege de enorme ballast die wij meestuurd. Ik ben toen kritisch naar mijn eigen brieven gaan kijken en kon niet anders dan beamen dat ik ze vooral voor mijzelf schreef, als een evaluatie van de zorg die ik geleverd had. Door die informatie elders in het patiëntendossier op te slaan bleef meteen een compactere en leesbaardere brief over. Maar dat betekende niet automatisch dat die brief de informatie bevatte waar huisartsen behoefte aan hebben. Zij moeten weten waar de patiënt vandaan komt, wat het belangrijkste probleem van de opname is, wat wij daarmee hebben gedaan, hoe de situatie is bij ontslag, wat er tijdens de opname veranderd is in de medicatie, met welke medicatie de patiënt naar huis gaat én het belangrijkste; wat wij vragen van de huisarts. Moeten bijvoorbeeld bloeddruk, suikerwaarden of hemoglobinegehalte gemonitord worden en hoe vaak? Het staat in het format van de ontslagbrief waarmee de Interne Geneeskunde nu alweer een poos werkt expliciet beschreven. Daarnaast er is ruimte om relevante rubrieken toe te voegen over subproblemen en hoe die gemonitord worden, een reanimatieafspraken, allergieën of dat er in de thuissituatie ook paramedische ondersteuning nodig is. Ik juich het toe dat er nu regiobreed consensus is over de ontslagbrief. Zo lever je niet alleen de juiste zorg op de juiste plek maar bied je ook de juiste informatie op de juiste plek. Het is zinvol en scheelt tijd om dit volgens een helder format te doen. Punt van aandacht is dan wel nog de tijdigheid van de brief. Ik ben voor een ‘ontslagknop’, dat je een patiënt pas kunt ontslaan als de brief ingevuld en wel naar de huisarts is gestuurd.”

INTENSIEVE SAMENWERKING MET ONZE ZORGPARTNERS IN DE REGIO

Voor alle nazorgtrajecten regelen de transferconsulenten van het Maastricht UMC+ interdisciplinair, samen met de patiënt en zijn familie, onafhankelijk en objectief de meest passende zorg naar huis of naar een zorginstelling. Transferconsulenten Marina Hauben, Louis Penders en Emmely Wutzke duiden de nieuwste ontwikkelingen.





“Nauwe samenwerking met onze ketenpartners is cruciaal om patiënten die medisch klaar zijn zo snel mogelijk te laten uitstromen naar de juiste vervolgzorg”

LOUIS PENDERS, CONSULENT BIJ HET
TRANSFERPUNT PATIËNTENZORG VAN
HET MAASTRICHT UMC+

“Het ziekenhuis is een plaats waar met name medische interventies plaatsvinden; het herstel moet elders plaatsvinden”, opent Marina Hauben het gesprek. “In het belang van patiënten streven we naar een zo kort mogelijke verblijfsduur van de patiënt in het ziekenhuis. De patiënt herstelt, indien zijn gezondheid dit toelaat, vaak beter thuis of in een gespecialiseerde instelling. Dit betekent dat wij steeds vaker te maken krijgen met complexere zorgvragen en dat in de thuissituatie steeds meer verpleegtechnische handelingen worden uitgevoerd. Denk hierbij aan infuuszorg, de verzorging van complexe wonden, totale parenterale voeding, et cetera. Onze rol is hierbij cruciaal. Onze werkzaamheden zijn gericht op een doelmatige transfer van een patiënt naar huis of naar een andere zorgsetting. Hiervoor werken wij nauw samen met verschillende disciplines, zowel intra- als transmuraal, binnen en buiten de regio. Wij behartigen de belangen van de patiënt en bespreken mogelijke vervolgtrajecten, rekening houdend met mantelzorgers en wet- en regelgeving.”

Veel contact “Twee maal per week hebben we een conference call met onze ketenpartners”, vult Louis Penders aan. “Samen kijken we naar mogelijkheden om patiënten die medisch klaar zijn zo snel mogelijk door te plaatsen naar de juiste vervolgzorg. Het kan zijn dat mensen niet terecht kunnen op de voorkeursplek en dat mensen die woonachtig zijn in Maastricht moeten revalideren in Heerlen. In de praktijk merken wij dat patiënten en familie dat moeilijk vinden. Wij houden zoveel mogelijk rekening met de wensen van de patiënt maar helaas lukt het niet altijd om patiënten te laten revalideren op

de voorkeursplek. Wachten in het ziekenhuis, totdat er plek is bij de voorkeurslocatie is echter geen optie, aangezien er geen medische noodzaak meer is voor opname in het ziekenhuis en er andere patiënten zijn die dringend ziekenhuiszorg nodig hebben.”

Structurele oplossingen “Gezien onze perifere functie hebben we in het ziekenhuis ook te maken met een groep kwetsbare ouderen die wachten op een plek in een Wlz-instelling”, vervolgt Louis. “Ook deze groep proberen wij zo snel mogelijk door te plaatsen naar de juiste vervolgzorg. Echter ook hier lukt het niet altijd om mensen door te plaatsen naar de plek van voorkeur en komt het steeds vaker naar voor dat mensen ter overbrugging of naar huis moeten of naar een intramurale setting buiten de eigen regio. We snappen dat dit vervelend is voor mensen maar ook hier is wachten in het ziekenhuis geen optie.

In de tussentijd werken wij vanuit het Transferbureau mee aan oplossingen die structureel voor een snelle doorstroming zorgen. Een mooi voorbeeld hiervan is het zorgpad voor hoofd/hals-oncologie. Na de operatie in het MUMC+ gaan patiënten die een tracheotomie krijgen standaard naar Plataan in Heerlen. Sevagram heeft medewerkers in dit huis specifiek voor deze zorg opgeleid. En richting eerste lijn biedt onze Academie voor Patiënt en Mantelzorger waardevolle oplossingen waarmee wij thuiszorgorganisaties kunnen ontlasten. Veel patiënten kunnen na goede instructies thuis prima en veilig vooruit. Dan hoeft er geen thuiszorg meer aan te pas te komen.”

>>



“Tegenover de toegenomen complexiteit staat echter het gegeven dat de ketenpartners in de zorg in onze regio steeds intensiever met elkaar samenwerken om zorgvragen te verbinden aan de juiste plek”

EMMELY WUTZKE, CONSULENT
ZORGBEMIDDELING SEVAGRAM
LOCATIE PLATAAN HEERLEN

Voor de transfer richting geriatrie revalidatie en herstellzorg sluit ook Emmely Wutzke aan bij de conference call tussen het Transferpunt Patiëntenzorg van het Maastricht UMC+ en de zorgaanbieders in de regio. Zij is consulent zorgbemiddeling bij Sevagram, werkzaam voor Geriatrie Revalidatiecentrum voor kortdurend verblijf Plataan in Heerlen. “Bij ons verblijven mensen die kortdurende zorg nodig hebben, daarvoor niet naar het ziekenhuis hoeven maar ook even niet thuis kunnen wonen, middels een eerste lijnsverblijf of Wlz”, licht zij toe. “Wij ondersteunen mensen die na een behandeling in het ziekenhuis een herstel- of revalidatietraject nodig hebben; hiervoor hebben wij verschillende zorgpaden ontwikkeld. En ook voor mensen met een cognitieve stoornis bieden wij gespecialiseerde zorg; op onze PG-afdeling ‘Rivieren’ hebben we negentien bedden voor tijdelijk verblijf, herstel en/of geriatrie revalidatie en diagnostiek voor cliënten die vanwege hun cognitieve problematiek en/of dementie behoefte hebben aan bijzondere zorg op maat in een beschermde omgeving.”

Multi-problematiek “Aanmeldingen komen bij ons binnen via zowel klinische als niet-klinische routes, dus ook via huisartsen of thuiszorgorganisaties”, vervolgt Emmely. “Net als onze collega’s bij het Transferpunt merken wij dat zorgvragen steeds gecompliceerder worden. Ook is er vaker sprake van multi-problematiek, waardoor cliënten moeilijker te plaatsen zijn. Tegenover de toegenomen complexiteit staat echter het gegeven dat de ketenpartners in de zorg in onze regio steeds intensiever met elkaar samenwer-

ken om zorgvragen te verbinden aan de juiste plek. Dankzij regelmatige overleggen zoals de conference calls zijn de lijnen met de ziekenhuizen en collega-instellingen in de regio kort. De ziekenhuizen in Maastricht, Sittard-Geleen en Heerlen ondersteunen wij bij een snelle uitstroom van patiënten om de verkeerde bedproblematiek te beperken. Collega-instellingen en ketenpartners in de regio Maastricht ondersteunen we door cliënten van hen over te nemen als zij geen ruimte hebben, en vice versa. Bij elke aanmelding spannen wij ons ervoor in om cliënten goed te triëren, zodat zij niet alleen de juiste zorg op de juiste plek krijgen maar ook met de juiste financiering. Op dat gebied proberen wij ook een adviesrol te vervullen richting de ziekenhuizen. Want soms zijn de mogelijkheden niet zo evident dat de gewenste vervolgplek een, twee, drie helder is. Onze insteek is dat wij bij elke cliënt, hoe complex soms ook, bekijken wat wij voor hen kunnen betekenen en wat er nodig is om kwalitatief goede zorg te bieden.”



Gevoeligheid voor gluten beïnvloed door negatieve verwachting

Klachten door glutengevoeligheid hebben voor een deel te maken met de verwachting van mensen. Het gaat daarbij om mensen bij wie coeliakie en tarweallergie als oorzaak zijn uitgesloten.

Uit recent onderzoek van de universiteiten van Maastricht en Leeds blijkt dat de verwachting dat gluten maagdarmklachten veroorzaakt een cruciale rol speelt bij het al of niet ervaren van deze klachten. Een en ander wijst op een directe betrokkenheid van de interactie tussen de hersenen en de darmen, de zogenoemde hersen-darm-as, bij het ervaren van klachten na inname van gluten. Daarover is nog relatief weinig bekend. De studieresultaten zijn gepubliceerd in het wetenschappelijke tijdschrift *The Lancet Gastroenterology and Hepatology*. *Meer informatie:* www.mumc.nl/actueel/nieuws.

KORT *nieuws*

Subsidie voor verbetering van zorg voor *kinderen met astma*

Tussen de 5 en 10% van de kinderen heeft astma, maar toch is de zorg voor deze kinderen niet optimaal georganiseerd. Het MosaKids Kinderziekenhuis (Maastricht UMC+), Zuyderland Medisch Centrum en Limburgse huisartsenorganisaties hebben daarom een subsidie van het Zorginstituut ontvangen van ruim € 994.000 voor het project 'Samen beslissen bij kinderen met



astma'. Doel van dit project is betere, passende zorg, waarbij kinderen beter betrokken worden bij de behandeling en er een naadloze samenwerking is tussen huisarts en ziekenhuis.

Meer informatie: www.mumc.nl/actueel/nieuws.

Start *transitiepoli* voor jeugdigen met diabetes mellitus type 1

Jongeren tussen 15 en 25 jaar kennen vaak de minst optimale diabetesregulatie. Internationale studies tonen aan dat de overgang van kindergeneeskundige zorg naar (volwassen) interne geneeskundige zorg - ook wel transitie genoemd - niet altijd vlekkeloos verloopt, resulterend in het tijdelijk of zelfs permanent verliezen van contact met jonge patiënten. MUMC+ en Zuyderland MC introduceren daarom een speciale transitiepolikliniek om deze overgang te stroomlijnen. Niet alleen ervaren jongeren dit als een uitdagende periode, maar ook ouders en zorgverleners hebben moeite met de overgang van behandeling door de kinderarts naar de internist. Gedurende het transitietraject krijgt de jongere steeds meer verantwoordelijkheid en beslissingsbevoegdheid over zijn/haar behandeling en ook in het ziekenhuis zal de communicatie steeds meer met de jongere in plaats van de ouders plaatsvinden. *Meer informatie:* www.mumc.nl/actueel/nieuws.

Vruchtensuiker veroorzaakt leververvetting

Fructose leidt tot de ophoping van vet in de lever. Deze leververvetting kan op zijn beurt diabetes en hart- en vaatziekten veroorzaken. Amée Buziau toonde als eerste een oorzakelijk verband aan tussen de verwerking van fructose en leververvetting. Met name vruchtensap en frisdrank lijken schadelijk; fruit eten kan geen kwaad. Fructose zit van nature in producten zoals groente en fruit en komt dus ook voor in producten die daarvan zijn gemaakt, zoals stroop, vruchtensappen en frisdrank. Als we dit soort producten eten of drinken, dan breekt de lever het vruchtsuiker af en zet het om in vet. Nemen we er teveel van in, dan zorgt dat voor een opstapeling van vet in de lever. Ze pleit voor maatregelen zoals een suikertaks om de consumptie van fructose te ontmoedigen. *Meer informatie:* www.mumc.nl/actueel/nieuws.



In Vitala+ (voorheen Maastricht UMC+ Herstelzorg) verblijven ouderen om te revalideren na een medische ingreep, te herstellen van ziekte of als er acuut een ELV-bed nodig is. Want ook de Schakelafdeling van het Maastricht UMC+ en Envida bevindt zich in Vitala+. De keten tussen het ziekenhuis, het expertisecentrum voor kortdurende ouderenzorg en de eerste lijn is goed gestroomlijnd, al zijn er altijd verbeteringen mogelijk. Dat is de conclusie na een gesprek met MUMC+ medisch specialist Adhiambo Witlox, Vitala+ en medisch-specialist Ivan Lacle en spin in het web, transferconsulent Kim Mendoza.

Overdracht van specialist naar specialist



Adhiambo Witlox is orthopedisch chirurg, medisch directeur van het Centrum voor Bewegen en hoofd van de afdeling Orthopedie van het MUMC+: “We hebben een warme overdracht.”

“Wij proberen de zorg in het MUMC+ zo specialistisch en kort mogelijk te maken.

Patiënten die na hun behandeling in het ziekenhuis specialistische revalidatiezorg nodig hebben zijn op hun plek bij Adelante.

Geriatrische patiënten die bij ons onder behandeling zijn maar geen specialistische zorg nodig hebben, gaan als dat veilig kan naar huis met de inzet van thuiszorg of naar Vitala+. In de praktijk zijn dit vooral patiënten met een geïnfecteerde prothese van heup of knie. Dat is een langdurig zorgtraject waarvoor intraveneuze antibiotica nodig is. Ook patiënten met een heupfractuur verwijzen wij door naar Vitala+ voor revalidatie en herstel. Om deze overdracht te stroomlijnen hebben we een pilot georganiseerd waarbij wij onze collega's van Traumatologie en Ouderengeneeskunde direct vanaf de opname bij het zorgpad betrekken. Die samenwerking blijkt effectief en is nu standaard. We lopen alle

grote visites samen. De specialist ouderengeneeskunde kijkt in deze driehoek nauwkeurig mee naar de medicatie en comorbiditeiten, zodat onze patiënten wanneer zij het ziekenhuis kunnen verlaten zo goed mogelijk op de rit staan. De overdracht van paramedische zorg komt uit dezelfde koker. Samen proberen we de transfer zo smooth mogelijk te maken. Doordat het ziekenhuis en Vitala+ niet met hetzelfde systeem werken, loopt de inhoudelijke overdracht echter niet altijd zo vlekkeloos als wij allemaal zouden willen. Aan die optimalisatieslag wordt gewerkt. In de praktijk zijn wij erg blij met de tijd en de expertise die er in Vitala+ is om met onze patiënten aan de slag te gaan en hen te ondersteunen.”

Kim Mendoza is transferconsulent bij Vitala+: “Op papier kun je alles perfect regelen maar de revalidatiepraktijk is weerbarstig.”

“Voor electieve zorg ontvangen wij een vooraankondiging en een datum waarop wij de patiënt kunnen verwachten. Alle andere aanmeldingen en verwijzingen die bij ons binnenkomen worden eerst getrieerd door ons transferbureau. Bij deze triage bekijken we op welke afdeling de patiënt op zijn plek is, tegelijk wordt er gekeken naar opnamemogelijkheden. Bij twijfel leggen we de casus voor aan onze specialist ouderengeneeskunde of we overleggen met het transferpunt van het MUMC+. De lijnen zijn kort, ook als we meer informatie over de patiënt of een actueel medicatieoverzicht



Drs. Ivan Lacle is specialist ouderengeneeskunde bij Vitala+: “Bij 90% gaat het goed, die andere 10% zijn ouderen wiens gezondheid zo kwetsbaar is dat zij niet meer terug naar huis kunnen.”

“Met mijn behandelteam begeleid ik in Vitala+ twee afdelingen met veelal orthopedische patiënten, patiënten met hartfalen, COPD/longproblematiek, vaatproblematiek en kwetsbare ouderen die aan moeten sterken. Verwijzingen komen met name vanuit de eerste lijn via het Zorgpunt en vanuit de tweede lijn

nodig hebben. Ongeveer een week na de opname wordt bij ons in het MDO het behandeltraject ingepland en een voorlopige ontslagdatum bepaald. Het transferteam volgt de behandeling op de voet om te bekijken of de revalidatie binnen het geplande aantal behandelingen haalbaar is. Vooral bij complexe casussen na bijvoorbeeld een amputatie of CVA kan het traject langer duren dan gepland. Dan moeten we tijdig doelen bijstellen of andere keuzes maken door de patiënt op een andere plek in de keten verder te helpen. Op papier kun je alles perfect regelen maar de revalidatiepraktijk is weerbarstig. Zeker nu de druk in de ketenzorg alleen maar toeneemt zijn goede samenwerking en afstemming dan ook van groot belang.”

via het Transferbureau van het MUMC+. De transfers lopen soepel, alleen als er twijfel is over de motivatie, belastbaar- en leerbaarheid van een patiënt word ik ingeschakeld bij de triage. Voor de patiënten die opgenomen zijn, doe ik standaard een wekelijkse visite om de voortgang te monitoren. Dit is een face-to-facevisite op de kamer van de patiënten. In de regel hebben wij een week na de opname een MDO-overleg om de revalidatiedoelen te bespreken en te bekijken welke inzet van de disciplines nodig is om de revalidatiedoelen te kunnen behalen. In het eerste MDO spreken wij een voorlopige ontslagdatum af. Tijdens dat MDO bepalen we dus ook de behandelingen die nodig zijn om ervoor te zorgen dat de patiënt zo optimaal mogelijk kan herstellen en weer thuis kan functioneren. Indien nodig doen wij bij sommige patiënten op een later moment een evaluatie-MDO om af te stemmen of de voorlopige ontslagdatum nog haalbaar is. De transferverpleegkundige zit bij het MDO om het traject administratief te ondersteunen; hij of zij regelt ook de Wlz-indicatie als patiënten naar het verpleeghuis moeten en dus niet meer naar huis kunnen.



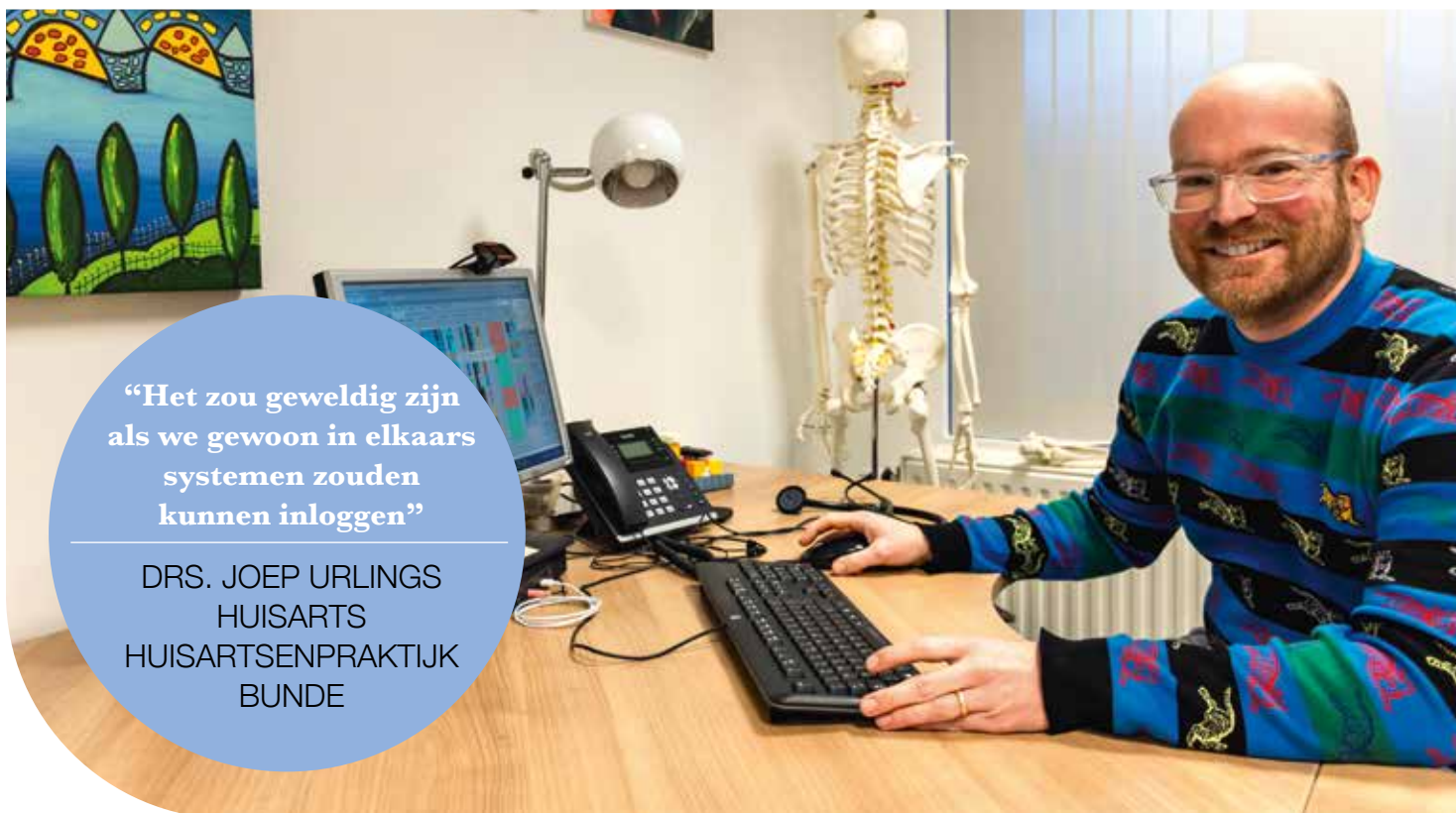
Bij 90% van onze patiënten gaat het goed; zij revalideren, halen hun doelen en kunnen thuis vooruit; de een zelfstandig, de ander met ambulante begeleiding vanuit Vitala+, thuiszorg en/of paramedische ondersteuning door een therapeut in de eigen omgeving. Hier komt het weer aan op een goede overdracht van het medische stuk richting huisarts, een verpleegkundige overdracht richting thuiszorg en een therapeutische overdracht richting fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist of diëtist. De keten is goed gestroomlijnd. Desondanks gaat het met circa 10% van onze patiënten niet goed. Dat zijn vaak ouderen wiens gezondheid zo kwetsbaar is dat zij niet meer terug naar huis kunnen. Op dit punt loopt de zorg steeds vaker vast en werken we ‘ketenbreed’ aan oplossingen. Zo zijn we recent met een pilot gestart waarbij een specialist ouderengeneeskunde patiënten thuis of in het MUMC+ trieert; dit kan bij complexe casuïstiek tot een beter advies leiden. Ook werken we aan een uitbreiding van de ambulante begeleiding én de opening van een nazorgpoli, waarmee we onze patiënten na hun revalidatie beter kunnen volgen.”

Als elke seconde telt!

Ongeveer 60% van alle SEH-patiënten in Limburg komt op de spoedeisende hulp op verwijzing van een huisarts. De overdracht vindt telefonisch en schriftelijk plaats. Wat gaat goed en wat kan beter? We vragen het Patricia Stassen, internist Acute Geneeskunde op de Spoedeisende Hulp in het Maastricht UMC+, Chanice Leirer, wijkverpleegkundige bij het Verpleegkundig Technisch Team van Envida en Joep Urlings, huisarts in Bunde.

“De overdracht van de eerste naar de tweede lijn gaat in spoedgevallen vrij ouderwets”, vertelt Joep Urlings. “Je belt het ziekenhuis, krijgt een assistent aan de lijn, vertelt wat het probleem is en dan is het meestal even wachten totdat er een specialist bereikbaar is om te horen wat de beste vervolgstappen zijn. Toch is dit nog altijd de beste manier om even te overleggen en informatie over te dragen. Kan het beter? Ja. Een verwijzing zou in het algemeen en zeker in acute situaties makkelijker verlopen als alle zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn aangesloten zouden zijn op hetzelfde systeem waarin je patiëntgegevens, waaronder de medicatievoorschriften, centraal opslaat en informatie onderling kunt uitwisselen. Nu weten wij meestal niet of er iets veranderd is in de voorschriften en moeten wij ook in acute situaties bij de patiënt thuis de hele berg medicatie onderzoeken. Dan is het al heel veel waard als een wijkverpleegkundige ons hierbij kan helpen. Uniformiteit is er op dit vlak nog niet

maar is dus wel zeer wenselijk. Bij de huisartsenspoedpost zien we het effect van die betere afstemming wel al. Zodra huisartsen hun patiënten hebben aangemeld op het LSP kunnen de dienstdoende artsen hun dossiers raadplegen en de meest actuele voorschriften en bijvoorbeeld ook testuitslagen inzien. Nadeel is dat nog niet alle huisartsen deelnemen aan dit systeem. Daar is nog een slag te maken. Hetzelfde geldt voor het Zorgdomein. Dit systeem is al heel lang in gebruik bij veel huisartsen, maar is recent in gebruik genomen bij het MUMC+. In de praktijk blijkt dat de verschillende systemen die we allemaal gebruiken nog altijd niet met elkaar kunnen praten. Misschien moeten we die ambitie ook niet najagen. Het zou geweldig zijn als we gewoon in elkaars systemen zouden kunnen inloggen. Dan zien we in het dossier de informatie die we nodig hebben en zijn die tijdrovende brieven en telefoontjes niet meer nodig.”



“Het zou geweldig zijn
als we gewoon in elkaars
systemen zouden
kunnen inloggen”

DRS. JOEP URLINGS
HUISARTS
HUISARTSENPRAKTIJK
BUNDE



“Door meer uniformiteit in het acute zorgproces te brengen, helpen we de patiënt in een noodsituatie én onszelf”

CHANICE LEIRER,
WIJKVERPLEEGKUNDIGE
VERPLEEGKUNDIG
TECHNISCH TEAM
ENVIDA

“Het VTT doet alle verpleegkundig technische handelingen in de thuiszorg binnen onder andere de kindzorg, dialyse- en infuuszorg”, zegt Chanice Leirer. “Daarnaast ondersteunen wij de huisartsen op de Huisartsenpost. De meeste acute zorgvragen komen bij ons vanuit de Spoedeisende Hulp, als zij een plek zoeken voor iemand waarvoor geen medisch specialistische noodzaak is om een bed in het ziekenhuis te bemachtigen maar ook niet zelfstandig terug naar huis kunnen gaan. Om de patiënt naar het juiste bed toe te leiden, doen wij nadat een patiënt door de huisarts of specialist bij ons aangemeld is, een visuele triage. Onder andere om de cognitie in te schatten. Wij kunnen online zien hoeveel bedden er beschikbaar zijn en kunnen daar meteen op anticiperen.

De meeste patiënten gaan naar Vitala+ in Maastricht of Plataan in Heerlen. Voor patiënten met dementie met een acute zorgvraag regelen wij een bed op de afdeling Acute PG. Ook komt het voor dat de acute bedden vol liggen. Dan zoeken we een oplossing met de familie of met extra ondersteuning van de thuiszorg. Het zou goed zijn als we in al deze situaties de belangrijkste informatie van een

patiënt kunnen inzien. Die informatie is met name in de weekenden en avond- en nachturen niet altijd beschikbaar.

Als iemand cliënt is bij Envida kunnen we ons eigen patiëntendossier raadplegen. Maar wij zien ook patiënten die geen zorg of ondersteuning hebben van Envida. Ik ben daarom allereerst voorstander van een plan waarin artsen vooruitkijken en risico's inventariseren, want vaak sukkelen cliënten al eerder. Als we daarop anticiperen kunnen we crisissituaties in de weekenden voorkomen. En we moeten toewerken naar meer uniformiteit, bijvoorbeeld in de vorm van een triageformulier dat alle verwijzers op dezelfde manier invullen en met elkaar delen. Door meer uniformiteit in het acute zorgproces te brengen, helpen we de patiënt in een noodsituatie én onszelf.”



**“Als de huisartsen
geen acute zorg zouden
leveren waren de SEH’s
in ons land allang kopje
ondergegaan”**

**PATRICIA STASSEN, INTERNIST
ACUTE GENEESKUNDE
SPOEDEISENDE HULP
MAASTRICHT UMC+**

Patricia Stassen verricht onderzoek naar de acute zorgketen in de regio Maastricht-Heuvelland en is voorzitter van de focusgroep Acute Interne Geneeskunde van het Netwerk Acute Zorg (NAZ).

“Het is een misverstand dat de acute zorg alleen in het ziekenhuis wordt gedaan. Nederland heeft een briljant systeem waarin huisartsen een trechterfunctie hebben naar de acute zorg: 40% van het zorgtraject speelt zich af in de eerste lijn. Als dit systeem er niet was geweest waren de SEH's in ons land allang kopje ondergegaan. Zoals je dat in Engeland ziet met files van ambulances voor de deur van het ziekenhuis. De Interne Geneeskunde zorgt na Heelkunde voor de grootste acute patiëntenstroom op de SEH. Een belangrijke eigenschap van deze patiëntengroep is dat de diagnose bij binnenkomst vaak niet duidelijk is. In Maastricht hebben we het daarom zo georganiseerd dat telefonische spoedverwijzingen van deze patiënten altijd bij de internist acute geneeskunde terechtkomen. Vervolgens is er de schriftelijke overdracht en daarin valt nog wat te verbeteren; brieven raken geregeld zoek in de digitale wereld. Huisartsen zijn heel goed in het overdragen van het medische stuk; daar besteden we op scholingsdagen, die wij regelmatig organiseren, ook aandacht aan. Minstens zo belangrijk voor de diagnostiek die wij moeten inzetten is de intuïtie, de ‘gut-feeling’, van de huisarts die de patiënt kent en herkent dat er iets veranderd is in relevante patronen. Hier zit de kracht van de huisarts, maar we zien de zorgwekkende

ontwikkeling dat steeds meer huisartsenpraktijken worden ingevuld door waarnemers die de patiënten niet kennen. Dat niet kennen van de patiënt speelt ook op de HAP, waardoor mensen soms vanuit het defensief worden doorgestuurd. Op deze wijze dreigen we de trechterfunctie te verliezen, die zo essentieel is voor het succesvolle systeem dat wij in ons land hebben opgebouwd. Wat heel belangrijk is bij de overdracht, naast de intuïtie van de huisarts, is informatie over de thuisomgeving. Als een patiënt niet veilig terug naar huis kan omdat je er bijvoorbeeld blijft kleven aan de vloer, moeten wij dat ook weten. Hetzelfde geldt voor een rapportage met betrekking tot vroegtijdige zorgplanning, die er vaak wel is maar in de dienst niet bekend of toegankelijk is. Hierdoor staan wij op cruciale momenten soms alsnog met lege handen en moeten wij handelen bij een patiënt die ook wij niet kennen. Hoe beter de overdracht – liefst via het Zorgdomein, want dan hebben we alle informatie meteen bij de hand –, des te beter kunnen wij de zorg via de SEH stroomlijnen. Daar heeft iedereen, de patiënt vooral, baat bij.”

De internist Acute Geneeskunde op de SEH heeft een sein voor spoedverwijzingen en een voor poliverwijzingen. Bij twijfel over een verwijzing naar de SEH is het raadzaam om via het sein voor spoedverwijzingen contact op te nemen om te sparren over de juiste route.



Elke activiteit is beter voor je hart dan zitten

Vervang *zitten* een paar minuten per dag voor *matig-intensieve lichaamsbeweging*, en het heeft een betere gezondheid van het hart tot gevolg. Dit blijkt uit internationaal onderzoek, waaraan onder meer Maastricht UMC+ en het Radboudumc meewerkten. Het onderzoek is nu gepubliceerd in *European Heart Journal*. Dit is het eerste grote onderzoek waarin is uitgezocht hoe verschillende bewegingspatronen gedurende 24 uur per dag verband houden met de gezondheid van het hart.

Een voorbeeld: voor een 54-jarige vrouw met een gemiddelde BMI van 26,5 bijvoorbeeld, vertaalde een verandering van 30 minuten zitten zich in een lagere BMI met 0,64. Dit is een verschil van 2,4%. De verandering van 30 minuten dagelijkse zittende of liggende tijd naar tenminste matig-intensieve lichaamsbeweging kan zich ook vertalen in een afname van 2,5 cm (2,7%) in middelomtrek of een verlaging van de bloedsuikerspiegel van 3,6%. Onderzoeker Annemarie Koster, vanuit het Maastricht UMC+ medeauteur van het onderzoek, zegt: 'De belangrijkste conclusie van ons onderzoek is dat kleine veranderingen in activiteit een positief effect kunnen hebben op de gezondheid van je hart, maar dat de intensiteit van de beweging ook belangrijk is.'

Meer informatie: www.mumc.nl/actueel/nieuws.

KORT *nieuws*

Maaltijd met vlees bevordert *meer spiereiwit*aanmaak dan veganistische maaltijd bij ouderen

Een maaltijd met vlees zorgt voor een snellere aanmaak van spiereiwitten dan een vegan maaltijd met dezelfde hoeveelheid eiwitten. Dat blijkt uit het onderzoek van Philippe Pinckaers van onderzoeksinstituut NUTRIM van het Maastricht UMC+. Pinckaers vergeleek als eerste de aanmaak van spiereiwitten na het eten van een complete maaltijd met dierlijke of plantaardige eiwitten met elkaar.



De resultaten betekenen niet dat iedereen vlees of andere dierlijke producten moet eten, verduidelijkt hoogleraar bewegingswetenschappen en hoofonderzoeker Luc van Loon. 'Gezonde mensen kunnen heel goed compenseren voor de mindere kwaliteit van plantaardige eiwitten door er meer van te eten.' Voor ouderen of kwetsbare patiënten ligt het wat ingewikkelder. 'Ouderen hebben eigenlijk meer eiwitten nodig om dezelfde stimulering te krijgen van hun spiereiwit aanmaak, maar zij eten juist vaak minder. Ook patiënten met verminderde eetlust of die weinig bewegen, bijvoorbeeld tijdens een ziekenhuisopname, kunnen moeite hebben om voldoende eiwitten binnen te krijgen. Voor hen is het dus belangrijk om eiwitbronnen te kiezen die de aanmaak van spiereiwitten zo goed mogelijk stimuleren. Dan kom je wel vaak uit op eiwitten uit dierlijke producten'. De bevindingen zijn onlangs gepubliceerd in het wetenschappelijke tijdschrift *The Journal of Nutrition*. *Meer informatie:* www.mumc.nl/actueel/nieuws.

Groot zorginnovatiecongres komt naar Limburg

Eind november is officieel de aftrap gegeven voor de organisatie van het grootste zorginnovatiecongres van Nederland: ICT&health World Conference 2024. Limburg en daarmee de hele Euregio is van 14 tot en met 16 mei 2024 hét centrum van de toekomst van de mondiale zorginnovatie. Het Maastricht UMC+ is een van de hoofdpartners van deze conferentie. Tijdens het driedaags congres ICT&health in het MECC in Maastricht is de internationale zorgwereld bijeen in Nederland. Het congres heeft als doel om de wereldwijde uitdagingen van de zorgtransformatie te duiden evenals de bewezen oplossingen, ontwikkelingen, de meerwaarde van digitalisering en de mondiale samenwerking hierin. Naar verwachting zullen zo'n 10.000 mensen uit binnen- en buitenland het congres bezoeken. Een enorme impuls voor Limburg, waar vanuit de Brightlands Health Campus stevige ambities en ontwikkelingen zijn op het gebied van slimme zorginnovaties. *Meer informatie:* www.mumc.nl/actueel/nieuws.

Achter de schermen van het Zorgpunt Maastricht-Heuvelland

Het Zorgpunt Maastricht-Heuvelland bemiddelt bij acute en semi-acute zorgvragen die in de thuissituatie kunnen optreden. Meestal gaat het hierbij om zorgvragen van thuiswonende ouderen die bijvoorbeeld door een val of griep of door het wegvallen van hun mantelzorger te maken krijgen met een acute verandering in hun situatie, waardoor zelfstandig thuis wonen niet langer veilig is. Ook bemiddelt het Zorgpunt voor ouderen die na een ziekenhuisopname (nog) niet terug naar huis kunnen of mensen die de laatste fase van hun leven willen doorbrengen in een hospice.

Alexandra Kozarowitzky en Gaston Spronken zijn beiden werkzaam voor Sevagram en het Zorgpunt Maastricht-Heuvelland. Zij nemen ons mee achter de schermen van dit dynamische kruispunt in de zorg, waar continu geschakeld wordt tussen wat nodig en mogelijk is.

Hoe werkt een bemiddeling door het Zorgpunt in de praktijk?

“Zodra wij van een huisarts of via het transferbureau van het Maastricht UMC+ een aanvraag voor een bemiddeling krijgen, triëren wij de vraag. Indien nodig gaan wij hiervoor op huisbezoek bij de cliënt om ter plekke een beeld te vormen. Bij twijfel kunnen wij een specialist ouderengeneeskunde inschakelen om de triage vanuit medisch oogpunt te onderbouwen. En als er een stukje psychiatrie in de aanvraag meespeelt, hebben wij de mogelijkheid om iemand vanuit het gerontopsychiatrisch interventie- en triage team (GITT), de casemanager dementie, maatschappelijk werker of de wijkverpleegkundige in te schakelen. Samen kunnen we snel handelen en de cliënt naar de juiste zorg leiden.”

Met het Zorgpunt is in feite een extra loket toegevoegd aan het toch al drukke zorglandschap. Wat is de meerwaarde van dit loket?

“Achter de schermen van het Zorgpunt werken zorgbemiddelaars van Sevagram, Vitala+ en Envida; stuk voor stuk mensen die thuis zijn in de ouderenzorg, de impact van zorgvragen kennen, experts zijn in wet- en regelgeving én de sociale kaart van de regio kennen. Al deze dingen bij elkaar maakt dat het Zorgpunt in acute zorgsituaties met oplossingen kan komen. In die zin dat wij snel de juiste plek kunnen vinden waar de cliënt de zorg krijgt die nodig is. Op deze wijze nemen wij de huisartsen veel werk uit handen; zij hoeven namelijk niet meer zelf rond te bellen om een bed te zoeken. Samen met het transferpunt van het ziekenhuis bevorderen

we daarnaast de doorstroming van patiënten uit het ziekenhuis en helpen wij mee te voorkomen dat mensen onnodig lang in een duur ziekenhuisbed liggen.”

Nu neemt het aantal acute situaties in de praktijk alsmaar toe. Jullie maken dergelijke situaties vaak mee, wat is er volgens jullie nodig om dit tijt te keren?

“Een heel positieve ontwikkeling is dat steeds meer huisartsen proactief het Zorgpunt bellen om met hen mee te kijken als zij bij een cliënt thuis tegen problemen aan dreigen te lopen. In overleg bekijken we wat wel en niet kan en proberen we een crisis te voorkomen. Dit werkt heel goed maar helpt niet tegen de alsmaar groeiende tekorten die zowel intramuraal als extramuraal in de zorg oplopen.”

Moeten we dan weer meer verzorgingshuizen bouwen?

“Nee, want vergeet niet dat de meeste ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis willen blijven wonen. We moeten anders gaan werken om deze problematiek op te lossen. De manier waarop organisaties verbinding zoeken en samenwerken is voorbeeldstellend. Ook de proactieve aanpak is effectief om crisissen te voorkomen. Ouderen moeten we daarnaast beter voorlichten over wat de zorg wel en niet kan bieden. Te veel mensen denken dat de verzorgingsstaat waarin de zorg alles voor je regelt nog altijd bestaat. Die verwachtingen moeten we beter managen. In de tussentijd moeten we hoognodig het imago voor werken in de zorg verbeteren. Er gebeurt zowel in de zorg maar ook in de ontwikkeling van zorggebouwen en technologie zoveel moois; dat moeten we beter uitdragen om meer talenten voor de zorg te winnen.”

A man and a woman are standing on a busy city street. The woman, on the left, has blonde hair tied up and is wearing a black cardigan over a grey top. The man, on the right, is wearing a blue button-down shirt and jeans, with his arms crossed. They are standing in front of a large, busy street scene that has been superimposed onto a modern background. The street scene in the background shows many people walking, cars, and buildings. A sign for 'ROOM' is visible on a building to the left. A large, semi-transparent pink speech bubble is overlaid on the bottom left of the image, containing text.

**“De manier waarop de betrokken
zorgorganisaties samenwerken in het
Zorgpunt is voorbeeldstellend”**

ALEXANDRA KOZAROWITZKY EN
GASTON SPRONKEN

De transfer richting hospice wordt in de regio Maastricht-Heuvelland as we speak onder handen genomen. De intakers van hospice Geerlings (Valkenburg), Martinus (Mechelen), Trajectum (Maastricht) en Bronnenbos (Geulle) zitten binnen het Netwerk Palliatieve Zorg aan tafel om hun beleid en de verwijzing richting de 30 hospicebedden die zij samen aanbieden af te stemmen. “We komen van onze eilandjes af om één lijn te trekken voor goede hospicezorg in onze regio”, vatten zij deze stap mooi samen.

Vier hospices, *één* lijn

Op de eerste plaats hebben de hospices samen de problematiek rond verkeerde, te vroege of dubbele verwijzingen verbeterd. De route richting hospice loopt via het Zorgpunt. Maar het komt ook voor dat een familie, huisarts of transferverpleegkundige rechtstreeks contact met een hospice legt om een intakegesprek te regelen. Vanwege deze verschillende ingangen én omdat de patiënt bij het voorgesprek een voorkeurslocatie kan opgeven, kan het dus gebeuren dat meerdere hospices rond een verwijzing in actie komen. Dit probleem is verholpen sinds de hospices twee keer per week onderling contact met elkaar hebben om af te stemmen wie waar op de wachtlijst staat. De volgende stap dient zich intussen ook al aan. De ambitie is om in Maastricht-Heuvelland vanaf 2024 met één intakeformulier voor alle vier de hospices te werken en ook achter de deuren van de vier huizen één lijn in het beleid te trekken. Zodat voor alle netwerkpartners duidelijk is wanneer hospicezorg in beeld komt: als een patiënt als gevolg van een ernstige ziekte nog maximaal drie maanden te leven heeft. Wie de hospicezorg aanstuurt: de eigen of een andere (huis)arts. Hoe de hospices het euthanasiebeleid vormgeven: met de huisarts en desgewenst de expertise van de Levenseindekliniek. Hoe zij prioriteren: op urgentie en/of (wacht)tijd. En wat er nodig is voor een goede overdracht: het medisch dossier, uitvoeringsverzoeken voor bepaalde verpleegtechnische handelingen én een medicatievoorschrift.



Kim Simons (l) en Dominique Wintels zijn regieverpleegkundigen bij Geerlings Hospice in Valkenburg en Hospice Martinus in Mechelen (Sevagram).

“Het is al een grote winst als we de dubbele intakegesprekken kunnen voorkomen. Dit probleem kost ons veel tijd en is vooral ook lastig voor onze gasten en hun familie, die dit moeilijke gesprek soms twee keer moeten voeren. Daarnaast is het inderdaad goed om meer eenduidigheid in onze zorg te brengen. Bij Sevagram voert in principe

de eigen huisarts de zorg in het hospice. Deze kan de zorg echter overdragen aan een huisarts in de buurt van het hospice als bijvoorbeeld de afstand te groot is. Dit gebeurt altijd in overleg met onze gast en zijn familie. Hoe waardevol de band met de eigen huisarts ook is; in hospicezorg geeft het gegeven dat een arts in de buurt en bereikbaar is om snel hulp te kunnen bieden als dat nodig is vaak dan toch de doorslag.”

“In Maastricht worden cliënten opgenomen met een ELV- en WLZ-indicatie. De hoofdbehandelaar is de specialist ouderengeneeskunde maar de eigen huisarts is uiteraard welkom. De ene huisarts vindt het lastig om de zorg over te dragen, anderen vinden het juist fijn omdat zij zichzelf soms niet kundig genoeg vinden in de terminale zorg. Binnen het hospice is de 24-uurszorg zo gewaarborgd. Bij euthanasietrajecten, die soms al in de thuissituatie zijn ingezet, maken wij het mogelijk dat de huisarts dit traject kan afhandelen. En om één lijn te

trekken met de andere hospices zoeken wij nu ook naar een manier om te regelen dat de huisarts ook in ons huis behandelaar kan blijven als dit in het belang is van onze gast en zijn familie.”

Gabby Schuttenbelt is teamleider bij Hospice Trajectum in Maastricht.



Merel van der Zande is verpleegkundig specialist in opleiding bij Hospice Bronnenbos in Geulle.

“De dynamiek richting hospice is moeilijk voorspelbaar; de ene dag heb je twee bedden vrij, de andere dag zit je vol. Door samen te werken kunnen we ervoor zorgen dat mensen zo snel mogelijk terechtkunnen in een hospice als deze zorg het enige alternatief is. In de Bronnenbos wordt de zorg in principe geleverd door de eigen of – als dat praktisch niet haalbaar is – een huisarts in de buurt van ons

huis. Ook bij euthanasie streven wij ernaar dat dit traject in handen van de eigen huisarts blijft. Een aandachtspunt in het nieuwe beleid is de overdracht. In acute situaties komt het voor dat mensen bij ons binnengebracht worden zonder medicatie, terwijl zij erg benauwd zijn of pijn hebben. Verwijzers moeten beseffen dat wij niet zomaar alle medicatie voorhanden hebben. Een criterium waar wij voor gaan pleiten is dat de verwijzer er bij de verwijzing voor moet zorgen dat wij 48 uur vooruit kunnen met de zorg. Dan is er rust bij de opname en kunnen wij goed handelen.”

Column

Door Matthijs Bosveld, arts-onderzoeker Maastricht UMC+

De Academie voor Patiënt en Mantelzorger: volop in ontwikkeling!

De gezondheidszorg in Nederland is in beweging. Door een toenemende zorgvraag, een beperkte hoeveelheid personeel en een beperkte hoeveelheid aan financiële middelen wordt de Nederlandse gezondheidszorg gedwongen maatregelen te nemen. Eén van de oplossingsrichtingen die genoemd wordt, is het betrekken van mantelzorgers en het bevorderen van zelfmanagement. Een ontwikkeling die mijns inziens toe te juichen valt, juist omdat een aanzienlijk deel van de patiënten en mantelzorgers een actieve(re) rol wil spelen bij beslissingen over hun gezondheid. De tijd van *'zegt u het maar dokter'*, laten we stilaan achter ons.

We willen voorkomen dat terugvallen op zelfmanagement, uitmondt in *'zoek-het-zelf-maar-uit management'*. De Academie voor Patiënt en Mantelzorger, opgezet door het Maastricht UMC+ en Envida, biedt uitkomst. Het doel is om patiënten en hun mantelzorgers te ondersteunen bij het zelf voeren van de regie over hun gezondheid, daar waar dat kan en gewenst is. Dit beogen we te bereiken door vrijblijvende instructiemomenten, begeleidingssessies en educatieprogramma's aan te bieden aan patiënten en hun naasten, die aansluiten bij de verschillende processen van zelfmanagement. Denk hierbij aan oogdruppelinstructies en bijbehorend hulpmiddelengebruik voorafgaand aan een staaroperatie, onboarding-sessies voor digitale zorgapplicaties en telemonitoring en groepssessies waarin



omgaan met rolverandering, angst en stress als gevolg van ziekte centraal staat. Het verwachte gevolg hiervan? Een kleiner beroep op de formele zorg, waarmee schaars personeel ingezet kan blijven daar waar het nodig is en kosten worden bespaard. Het jaar 2024 staat voor de Academie voor Patiënt en Mantelzorger in het teken van doorontwikkeling: zowel inhoudelijk door het aanbod verder uit te breiden voor verschillende doelgroepen, maar ook in regionale samenwerking. Samen met de Burgerkracht, Mantó en verschillende VVT-instellingen uit Zuid-Limburg zorgen we voor uniforme en kwalitatief goede zelfmanagementondersteuning. Eigen regie voeren, doen we immers samen.