

Praktijk

**Dominik Linz en
Karin Konings**
M-Health holt vooruit

**Tim Boymans en
Annemieke Fastenau**
Beweeghuis start
opleidingsprogramma rond
de Maastrichtse visie op
beweegzorg

**Leo Verhagen en
Freek van Daal**
Een blik achter de schermen
bij de Annadalkliniek

1'24

BLIK OP
**TRANSMURALE
ONTWIKKELINGEN**

SPECIAL
TRANSMURALE
ONTWIKKELINGEN



Deze eerste Praktijk van 2024 gaat over transmurale ontwikkelingen. Vanuit verschillende invalshoeken kijken we naar boeiende initiatieven over de muren van onze organisaties in de eerste en tweede lijn heen. Bij het Beweeghuis en de Annadalkliniek. De Carrousel die een consult inricht over zinvolle diagnostiek. De grote ronde tafel die is ingesteld om binnen de complexe privacyregels data-uitwisseling tussen verschillende organisaties mogelijk te maken. Spannende innovaties die een voorproefje geven van de zorg van de toekomst. En een fantastisch onderzoek naar voorschrijfcascades dat terecht beloond is met de Marja van Dieijen Award. Het 'to-verwoord' voor transmuraal werken is samenwerken. Dat is dan ook het échte thema waar het in deze Praktijk over gaat.

inhoud



- 3 DTO als Carrousel Gezamenlijk Consult over zinvolle diagnostiek**
Ron Winkens

- 4 Met hart en ziel voor de zorg van morgen**
Evelien Croonen

- 6 Van St. Annadal naar Annadalkliniek**
Leo Verhagen en Freek van Daal

- 9 Uit de Praktijk**

- 10 Winnaar Marja van Dieijen Award wil het verschil maken**
Fatma Karapinar

- 11 Ja, het mag!**
Stan Swaen en Simone Minses

- 14 M-Health holt vooruit**
Duo-interview Dominik Linz en Karen Konings

- 16 Beweeghuis start opleidingsprogramma rond de Maastrichtse visie op bewegzorg**
Tim Boymans en Annemiek Fastenau

- 19 Kort nieuws**

- 20 Column: Zet de schijnwerpers op de mooie kant van de zorg**
Ale Houtsma, interim lid Raad van Bestuur 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 Vanmolokot, 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.



DTO als Carrousel Gezamenlijk Consult over zinvolle diagnostiek

‘Deze uitwisseling is goud waard’

“Vertrouw op je kennis en zintuigen en neem je patiënt mee in je motivatie om wel of juist geen diagnostiek in te zetten”

RON WINKENS, VOORMALIG HUISARTS IN HEERLEN EN MEDISCH HOOFD TRANSMURAAL DIAGNOSTISCH CENTRUM VAN HET MUMC+

We vallen met de deur in huis. Onderzoek wijst uit dat diagnostiek niet zo betrouwbaar is als we denken. Toch wordt er meer diagnostiek ingezet dan ooit. “In de zorg van vandaag spelen we graag op safe”, zegt Ron Winkens, medisch hoofd van het Transmuraal Diagnostisch Centrum van het MUMC+ en tot voor kort huisarts in Heerlen. Hij gaat de strijd aan om het aantal diagnostiekaanvragen te verlagen. Een paar keer per jaar brengt hij de do’s en don’ts van diagnostiek onder de aandacht in een speciale Carrousel over het Diagnostisch Toets Overleg (DTO).

“Het Diagnostisch Toets Overleg is een aanvulling op het Farmacotherapieoverleg (FTO)”, legt Ron uit. “Bij het FTO maken huisartsen en apothekers samen afspraken over het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen. Bij het DTO streven we hetzelfde doel na ten aanzien van het aanvragen van diagnostiek. Nu kun je de uitwisseling van zienswijzen in de zorg op tal van manieren onder de aandacht brengen. Ik ben ervan overtuigd dat de praktische benadering van de Carrousel en de discussie met experts heel waardevol is, al heeft het DTO-consult niet het bedside karakter dat eigen is aan de oorspronkelijke geza-

menlijke consulten. De inhoud is even praktijkgericht. Aan de hand van medische zorgvragen bespreken we hoe je daarbij met diagnostiek omgaat.”

Een kritische boodschap Over de kernboodschap van de DTO-consulten is Ron Winkens helder. “Iedereen die diagnostiek aanvraagt moet beseffen dat tests hun beperkingen hebben. Prik iemand die zojuist fruit heeft gegeten in de vinger zonder deze te reinigen en je hebt een onbetrouwbare uitslag van zijn suiker. Zo eenvoudig is het. Wat zegt een referentiewaarde over ziekte als die wordt bepaald op gezonde en veelal jongere vrijwilligers? Wij zijn geneigd om testuitslagen als absoluut te zien en verbinden daar een diagnose en behandeling aan. Een logisch gevolg van de onnauwkeurigheid van een test is dat niet elke afwijking een ziekte betekent. Daar gaat de DTO-Carrousel over. Wij leren artsen meer te vertrouwen op hun kennis plus zintuigen én helpen hen bij een doelmatige selectie in onderzoek. De cijfers spreken voor zich: 85% van de diagnoses wordt gevormd door de eerste indruk, de anamnese en het lichamelijk onderzoek. Dat is de belangrijkste diagnostische informatie. De overige 15% blijkt uit diagnostiek, het effect van geneesmiddelen en de factor tijd (even wachten). In het gezamenlijke consult kijken we samen kritisch naar de motivatie om diagnostiek in te zetten. Wat wil je bereiken? Wat kun je ermee? En ben je je ervan bewust dat de uitslag vol valkuilen zit?”

Communicatie “We merken dat artsen die deze informatie weer eens helder op hun netvlies krijgen, bewuster omgaan met geldverslindende onderzoeken. Daarbij besteden we in de Carrousel ook aandacht aan communicatie. Als voormalig huisarts weet ik hoe vaak patiënten al binnenkomen met de vraag om een bloed- of ander onderzoek te laten doen. Dan lijkt het de makkelijkste weg om in te stemmen. Wij leren de arts om de patiënt deelgenoot te maken van de schijnzekerheid van diagnostiek; dat bloedprikken hem of haar niet per se beter maakt en zelfs op een dwaalspoor kan zetten.”

“Wij werken meestal vijf tot tien jaar vooruit om voorbereid te zijn op de behoeften van de zorg op dat moment. Kijken we nu vooruit, dan zijn over vijf tot tien jaar in alle lijnen slimme innovaties nodig om het tekort aan handen op te vangen”

EVELYN CROONEN, PROGRAMMA-MANAGER ZORGINNOVATIELAB VAN HET MAASTRICHT UMC+



Met hart en ziel voor de zorg van morgen

Evelyn Croonen is programmamanager in het Zorginnovatielab van het Maastricht UMC+. In haar werk is de toekomst vandaag. Zij is dan ook gewend aan nieuwe zorgconcepten zoals de zelfmeetkiosk en de bloedprikrobot. Gaat het hier om science fiction of realiteit? “Het laatste,” lacht Evelyn, “want overal in de zorg is er veel interesse om tijdbesparende technologie toe te passen.”

“In de regio Maastricht Heuvelland volgen wij verschillende sporen die wij samen met netwerkpartners hebben uitgezet om de zorg van morgen efficiënter in te richten”, legt Evelyn uit. “We zetten bijvoorbeeld grote stappen in digitalisering om het vergaren en uitwisselen van data makkelijker te maken. Daarnaast lopen er interessante innovaties naar de vraag hoe technologie zorgmedewerkers kan ontlasten. Deze route voert ons naar allerlei slimme toepassingen, zoals de zelfmeetkiosk. Dat is een groot apparaat, waarin patiënten op de poli (of op een plek buiten het ziekenhuis) met betrouwbare, geijkte apparatuur zelf bloeddruk, harstslag, saturatie, gewicht en lengte kunnen meten. Patiënten die over de juiste betrouwbare apparatuur beschikken, kunnen deze metingen natuurlijk ook thuis doen. Hoe dan ook levert zelfmeting tijdwinst op voor zorgprofessionals, die hierdoor meer tijd kwalitatief kunnen besteden aan patiëntenzorg.”

De ‘why-vraag’ Ook de bloedprikrobot, die uiterst nauwkeurig op basis van echogeleiding bloed prikt, dient zich aan. Evelyn beaamt dat de naam ‘bloedprikrobot’ niet warm klinkt: “Toch is de interesse in deze toepassing groot, omdat deze robot ervoor zorgt dat zorgprofessionals straks dáár kunnen worden ingezet waar hun handen nodig zijn. Bij alle innovaties moet je de ‘why-vraag’ als uitgangspunt nemen. Waarom doen we dit? We stevenen door de vergrijzing en toenemende zorgvraag in alle lijnen af op een tekort aan zorgprofessionals, met een piek in 2040. Het Zorginnovatielab is er om de innovatiehorizon te verkennen en nu slimme oplossingen te onderzoeken, waarmee we de kwaliteit van zorg straks hoog kunnen houden.”

Zorgkamer van de toekomst Wie de bloedprikrobot nog een stap te ver vindt, kan ademen: hij bevindt zich in de onderzoeksfase. “Pas over een paar jaar zal duidelijk zijn of deze innovatie zijn verwachtingen waarmaakt”, vertelt Evelyn. “De verwachting is echter van wel. Vergis je ook niet in hoe snel innovaties ‘gewoon’ worden. Dat zien we in de zorgkamer van de toekomst op verpleegafdeling A2 van het MUMC+. Hier onderzoeken we hoe we in de praktijk kunnen toegroeien naar de zorg van morgen, waarin het MUMC+ de plek is voor hoogcomplexere zorg die straks dus met minder verpleegkundigen moet worden geleverd. Naast de taakherschikking waarin verpleegkundigen hun processen naar dit doel vormgeven, onderzoeken wij als Zorginnovatielab hoe we hen optimaal in hun werk kunnen ondersteunen. Zodat het ook aantrekkelijk blijft om in de zorg te werken. Dat kan met technologie zijn, zoals een tilrobot of een wearable; een apparaatje dat de patiënt op zijn lijf draagt en automatisch de bloeddruk, hartslag en saturatie meet. Maar ook door slim incontinentiemateriaal of andere hulpmiddelen te gebruiken die al langer toegepast worden in bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg en thuiszorg. Dat is het mooie van deze tijd waarin iedereen in de zorg voor dezelfde uitdaging staat: we leren van elkaar en maken zo meteen de transitie van ziekenhuis naar de eerste lijn en andere zorgorganisaties soepeler.”

Een blik achter de schermen

VAN ST. ANNADAL NAAR ANNADALKLINIEK



“Wij bieden laagcomplexere zorg maar wel vanuit een academische basis. Hier profiteren patiënten van”

LEO VERHAGEN, DIRECTEUR/BESTUURDER
VAN DE ANNADALKLINIEK



Huisartsen die patiënten naar het ziekenhuis willen verwijzen, komen in Zorgdomein steeds vaker de naam Annadalkliniek tegen. Na vier jaar in de luwte de zaken op orde te hebben gesteld, zet deze Maastrichtse kliniek voor laagcomplexere planbare zorg – gedreven door het Integraal Zorg Akkoord – zijn deuren wagenwijd open voor orthopedie-, heekunde-, KNO- en plastische chirurgie-patiënten uit Zuid-Limburg. Bestuurders Leo Verhagen en Freek van Daal nemen ons mee in de bijzondere geschiedenis en toekomst van deze oude maar ook nieuwe kliniek.

Leo Verhagen is directeur-bestuurder van de Annadalkliniek, Freek van Daal is directeur Bedrijfsvoering van het Centrum voor Acute en Kritieke Zorg en het Hart+Vaat Centrum in het MUMC+ en toezichthouder bij de Annadalkliniek. Zij staan aan de wieg van de Annadalkliniek, die zich nota bene op de plek van het voormalige St. Annaziekenhuis in Maastricht ontwikkelt. “De oorsprong van de kliniek ligt in 2019 bij een brief van Bruno Bruins, minister van Volksgezondheid in de periode 2017-2020”, blikt Freek van Daal terug. “In 2018 waren vlak na elkaar het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam en het MC Zuiderzee in Almere failliet gegaan. Ook heel zieke patiënten stonden door die faillissementen ineens op straat. Dat was ontoelaatbaar. Minister Bruins riep de academische ziekenhuizen in een brief op om dergelijke zorgdebacles in de toekomst te voorkomen en hun verantwoordelijkheid te nemen voor de continuïteit van de zorg in hun regio. Eén jaar na de brief ging in Maastricht de Reinaertkliniek failliet. Het bestuur van het MUMC+ hoorde de echo van Bruins’ woorden naklinken en besloot de kliniek – onder de naam Annadalkliniek – op te nemen in de holding van het MUMC+. Hiermee voldeed het MUMC+ aan de opdracht van de minister en was de continuïteit van de zorg voor de patiënten van de Reinaertkliniek gewaarborgd.”

COVID-19 “Als het kleine zusje van het MUMC+ lag er een vliegende start voor de Annadalkliniek in het verschiet voor de uitvoering van planbare laagcomplexere

zorg”, vervolgt Leo Verhagen. “Helaas brak enkele weken na de oprichting COVID-19 uit en moesten wij onze deuren voor patiënten sluiten. Achter de schermen hebben we juist in die periode keihard doorgewerkt om te voldoen aan alle kwaliteitseisen en richtlijnen, én om de Annadalkliniek op de kaart te zetten. Hiervoor zorgde COVID-19 iets later vreemd genoeg voor de wind in de rug. De grote ziekenhuizen moesten dicht blijven voor de reguliere zorg om te kunnen focussen op acute en COVID-19-zorg. Wij mochten vanaf de tweede lockdown in het najaar van 2020 wel open om zoveel mogelijk planbare zorg van zowel het MUMC+ als het Zuyderland over te nemen. In die periode hebben wij heel veel patiënten kunnen helpen.”

IZA als versneller In alle luwte is het team van de Annadalkliniek er in de afgelopen vier jaar in geslaagd om de laagcomplexere zorg van vier specialismen waar veel vraag naar is – orthopedie, plastische chirurgie, KNO en heekunde – te laten landen in de Annadalkliniek. In het eerste kwartaal van 2024 ziet de kliniek het aantal patiënten ineens explosief groeien. Huisartsen weten de Annadalkliniek steeds beter te vinden en verwijzen hun patiënten rechtstreeks. Maar ook vanuit het MUMC+ worden steeds meer patiënten naar de kliniek doorverwezen.

Lees verder op de volgende pagina >>



“Door de planbare laagcomplexere zorg van het MUMC+ naar de Annadalkliniek te verplaatsen, ontstaat in het MUMC+ de ruimte die nodig is voor hoogcomplexere zorg”

FREEK VAN DAAL, DIRECTEUR BEDRIJFSVOERING VAN HET CENTRUM VOOR ACUTE EN KRITIEKE ZORG EN HART+VAAT CENTRUM IN HET MUMC+ EN TOEZICHTHOUDER BIJ DE ANNADALKLINIEK

Stuwende kracht achter de groei is logischerwijs de toenemende zorgvraag, de onderlegger voor de route richting Annadalkliniek is het Integraal Zorgakkoord. “Het IZA stelt alle academische ziekenhuizen in het land voor de uitdaging om de laagcomplexere tweedelijnszorg zoveel mogelijk te verplaatsen, zodat er meer ruimte komt voor topreferente zorg”, legt Freek van Daal uit. “Voor de meeste academische centra is dat geen probleem. In steden als Amsterdam, Rotterdam en Utrecht ligt altijd wel een ziekenhuis in de buurt van het umc dat zorg kan overnemen. Maastricht is de enige stad met een academisch ziekenhuis zónder een tweede algemeen ziekenhuis. De Annadalkliniek kan deze rol binnen de specialismen die er voorhanden zijn overnemen. Door binnen die zorglijnen de planbare laagcomplexere zorg van het MUMC+ naar de Annadalkliniek te verplaatsen, ontstaat in het MUMC+ ruimte die nodig is voor onze academische component en hoogcomplexere zorg. Vanzelfsprekend is de capaciteit van de Annadalkliniek leidend.”

Blik vooruit Intussen verwijzen huisartsen uit heel Zuid-Limburg patiënten voor een behandeling of ingreep naar de Annadalkliniek. De kliniek beschikt over twee operatiekamers, 22 verpleegbedden en een groeiend team van specialisten. “Vrijwel alle specialisten zijn ook werkzaam in het MUMC+”, licht Leo Verhagen toe. “Wij bieden dan wel laagcomplexere zorg maar vanuit een academische basis. Hier profiteren patiënten van. Ook de kortere wachttijden zijn in het voordeel van de patiënt. Binnen al onze specialismen kunnen mensen in de Annadalkliniek beduidend sneller geholpen worden; verwijzers en patiënten vinden de wachttijden op onze website. Maar het grootste voordeel schuilt misschien nog wel in de korte lijnen tussen huisarts en specialist

én vooral ook tussen specialist en patiënt. Zij komen telkens dezelfde artsen tegen. Je leert elkaar kennen en het contact wordt laagdrempeliger. Dat komt niet alleen de zorg ten goede maar werkt ook prettig.”

Regio-overstijgende functie Naast de verwijzingen vanuit de eerste lijn in Maastricht/Heuvelland en het MUMC+ behandelt de Annadalkliniek ook patiënten van het Zuyderland in Heerlen en Sittard-Geleen. “De kiem voor deze samenwerking ligt eveneens in de COVID-periode”, legt Leo Verhagen uit. “Wij hadden capaciteit over, het Zuyderland zat met groeiende wachtlijsten. De oplossing was snel gevonden, want al jaren komen dokters van het Zuyderland naar de Annadalkliniek om mensen bij ons te opereren. Zij huren ‘warme’ operatiekamers bij ons: de eigen arts opereert, wij zorgen voor de faciliteiten en het assisterend OK-team. En patiënten die na de ingreep een nachtje moeten blijven, zijn in veilige handen bij onze verpleging en nachtdokters. Ik vind het mooi dat we de regionale samenwerking zo kunnen vormgeven en elkaar helpen.”

De verwachting is dat het aantal disciplines in de Annadalkliniek de komende jaren stapsgewijs zal uitbreiden. “Vooral veel ouderen uit Maastricht vinden het leuk om naar ‘het Annada!’ te gaan”, lachen de beide bestuurders. “We zien patiënten wiens kinderen er geboren zijn. Voor hen is de cirkel rond. En ook medewerkers horen we trots vertellen dat zij in de Annadalkliniek werken. Begrijpelijk, de Annadalkliniek ligt letterlijk dichtbij de stad, dichtbij de mensen. Wij zijn voor de uitvoering van onze rol binnen het IZA in ieder geval blij dat deze kliniek er is. Waar een brief van de minister al niet toe kan leiden.”

UIT DE *praktijk*

In deze rubriek delen we ervaringen van patiënten over ontwikkelingen in de zorg. Marijke Vlaspoel uit Landgraaf (62) wordt vanuit de Hartfalenpoli van het Maastricht UMC+ met behulp van de Sanacoach-app via teleconsultatie begeleid.

“Het geeft me een veilig gevoel”

“In februari 2020, net in de periode waarin COVID-19 uitbrak, werd ik ziek. Ik leefde gezond, had een fijn gezin, leuk werk en ik sportte veel. Nooit eerder had ik deze klachten gehad; ik bleef kortademig en extreem moe. Was het COVID-19 of iets anders? Na een lange periode van onderzoek en twijfel werd in april 2021 de diagnose hartfalen gesteld: mijn hart had een pompfunctie van 20%. Onderliggend lag, zo bleek later, een zeldzame auto-immuunziekte die het gemunt had op mijn hart. Er volgde een moeilijke periode in het teken van ziekenhuisbezoeken, onderzoeken, een operatie, verlies van vertrouwen in mijn lijf en vooral van rouw om de vrouw, de partner, de moeder, oma en vriendin die ik niet meer kon zijn. Momenteel is de situatie stabiel en heb ik de draad van mijn leven weer opgepakt.

Juist omdat ik door wil in het leven, vind ik het fijn dat mijn hartfunctie en deels ook mijn auto-immuunziekte op afstand gemonitord kunnen worden. Dat geeft rust en ik voel mij er veilig bij. Mijn immuunziekte is op dit moment in remissie. Dat betekent dat de medicatie afgebouwd kan worden; hierbij word ik zowel fysiek als online zeer goed gemonitord door een team van specialisten. Voor mijn hart ben ik dagelijks in de weer met de Sanacoach-app waar ik meteen aan het begin van mijn behandeling op de Hartfalenpoli toegang toe kreeg. Elke dag heb ik 's morgens een weegmoment en neem ik mijn bloeddruk op. Deze gegevens zijn belangrijk om te controleren hoe het met mijn lichaam en hart gaat. Dat hebben de cardioloog en de hartfalenverpleegkundigen me vanaf het begin geleerd.

De app biedt houvast, want er zit ontzettend veel waardevolle informatie in. Eerst heb ik de ‘kenniskuren’ gevolgd. Daarin leer je alles wat je over hartfalen moet weten. Wat de impact van hartfalen is en wat de werking van medicijnen is. Maar ook hoe je kunt omgaan met angst en depressieve gevoelens en hoe je je gezondheid zelf

kunt monitoren. Deze informatie leerde mij veel en bracht rust. Eindelijk werd een beetje duidelijk wat er aan de hand was met mijn lichaam.

De app is ook fijn om met de hartfalenverpleegkundigen te kunnen communiceren. Maandelijks ontvang ik een bericht waarin ik gevraagd word om de gezondheidscheck in te vullen. Op basis van de uitslag krijg ik meteen advies om al dan niet contact op te nemen met de poli. Als ik mij niet lekker voel of als ik een vraag heb kan ik ook tussentijds een quickscan doen en/of contact opnemen met de hartfalenverpleegkundigen. Zowel telefonisch als via de mail of chat zijn de lijntjes kort. Doordeweeks reageren zij meteen. Dat is perfect. Nog fijner: bij twijfel schakelen zij meteen de cardioloog in voor advies. En bij spoed weet ik dat ik altijd de Eerste Hart Hulp in Maastricht kan bellen. Dat geeft een heel veilig gevoel. De data en wijzigingen in medicatie worden ook bijgehouden in mijn zorgplan; in de app heb ik dus altijd alle belangrijke informatie bij mij.

Zeker nu de medicatie voor mijn auto-immuunziekte is veranderd, is het fijn om kort op de bal te spelen. Die medicatie heeft namelijk invloed op mijn bloeddruk, waardoor de balans van mijn hartmedicatie verstoord wordt. Samen met de hartfalenverpleegkundige kan ik overleggen wat mogelijk aangepast kan worden. De constante monitoring en steun van de goed luisterende hartverpleegkundigen dragen bij aan veiligheid. Voor een patiënt is dat ontzettend belangrijk. Ook mijn huisarts geeft aan dat ik voor de zorg omtrent mijn hartfalen op mijn plek ben bij de Hartfalenpoli. Met mij gaat het nu naar omstandigheden goed. Ik voel me elke dag sterker worden en mijn pompfunctie heeft zich hersteld naar 45%. Ik zie de toekomst weer rooskleurig in en hoop dat ik stabiel blijf.”



A woman with dark hair, wearing a light blue jacket and a patterned scarf, stands on a grassy bank next to a river. In the background, there are buildings and a boat on the water.

WINNAAR MARJA VAN DIEIJEN AWARD WIL HET VERSCHIL MAKEN

Ziekenhuisapotheker Fatma Karapinar sleepte de Marja van Dieijen Award voor zorginnovatie in de wacht. Zij won de prestigieuze prijs voor haar onderzoek naar voorschrijfcascades. Met het prijzengeld ter waarde van € 25.000,- brengt haar team de tien meest voorkomende cascades in kaart. Hiervoor kijkt zij ook over de muren van de ziekenhuisapotheek heen om het verschil te kunnen maken in veilig medicatiegebruik.

Bij een voorschrijfcascade wordt de bijwerking van een geneesmiddel beschouwd als een nieuwe aandoening en als zodanig behandeld met een ander geneesmiddel. Het tweede geneesmiddel kan vervolgens ook weer bijwerkingen geven. Zo stapelt medicatie zich op. “Voorschrijfcascades spelen in elke leeftijdscategorie maar vooral in ouderenzorg, omdat ouderen meer medicatie gebruiken”, legt Fatma uit. “Het probleem is dat bijwerkingen vaak niet als zodanig worden herkend. Dat is ook lastig. In negen van de tien gevallen treden bijwerkingen van geneesmiddelen die in het ziekenhuis gestart worden, bijvoorbeeld thuis op. De patiënt denkt dan bij de klachten misschien niet aan bijwerkingen, de huisarts weet niet altijd wat de specialist heeft voorgeschreven en er is geen compleet dossier. Ook komt het voor dat bijwerkingen pas na jaren of als gevolg van andere aandoeningen optreden. Als iemand een verslechterde nierfunctie heeft, kan een medicijn dat al jaren wordt gebruikt voor de symbolische druppel zorgen die de emmer doet overlopen. Er is dus geen gulden regel om bijwerkingen te herkennen. En dat maakt dit probleem lastig aan te pakken.”

(Bij)werking Toen Fatma voor haar onderzoek in de apotheekarchieven dook, kwam zij heel wat cascades tegen. “Antidepressiva en pijnstillers zoals diclofenac kunnen een hoge bloeddruk veroorzaken”, somt zij op. “Anti-epileptica kunnen oedeem in de enkels geven. Diabetesgeneesmiddelen kunnen ernstige diarree veroorzaken. Bloeddrukverlagers kunnen tot hoesten leiden. Sommige bijwerkingen zijn bekend. Maar zelfs van de bekende bijwerkingen zien we in de databases van apotheken dat mensen die bijvoorbeeld bloeddrukverlagers gebruiken toch een hoestmiddel krijgen om de hoest te bestrijden. Zonder resultaat, want deze (bij)werking is niet te bestrijden met een hoestmiddel. Een patiënt suggereerde daarom om de term bijwerking te vervangen door ‘werking’. Elk geneesmiddel heeft werking en kan tot klachten en nieuwe aandoeningen leiden. Ik ben voor, want misschien maakt deze term ons alerter.”

De top 10 in beeld Het prijzengeld wordt besteed aan een praktische handleiding rond de tien meest voorkomende voorschrijfcascades. Fatma: “Ik wil vastleggen hoeveel kans een geneesmiddel heeft op klachten, wanneer die kunnen optreden en wat je dan kunt doen: de dosis veranderen of overstappen naar een ander geneesmiddel. Met name op het laatste vlak ontbreekt het nu aan informatie. In de praktijk gaan we vervolgens testen of deze handleidingen tot betere herkenning van voorschrijfcascades leiden bij zorgverleners (in opleiding).”

**“Een patiënt suggereerde om de term bijwerking te vervangen door ‘werking’.
Elk geneesmiddel heeft werking en kan tot klachten en nieuwe aandoeningen leiden.
Ik ben voor, want misschien maakt deze term ons alerter”**



Ja, het mag!

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn digitalisering en gegevensuitwisseling essentiële voorwaarden om te komen tot de juiste zorg op de juiste plek. In de regio Maastricht/Heuvelland zitten de samenwerkingspartners RHZ/ZIO, de Huisartsenpost, Envida, Maastricht en het Maastricht UMC+ met elkaar aan tafel om aan deze voorwaarden te voldoen. Een cruciaal vraagstuk voor de partners is het verkrijgen van informed consent oftewel toestemming van de patiënt om met hun gegevens aan de slag te gaan. Wat is de beste manier om informed consent te krijgen? Hoe deel je die toestemming op transmurale zorgpaden? Moet iedere zorgverlener zijn eigen consent regelen met als risico dat patiënten tig keer dezelfde ‘consent-vragen’ moet beantwoorden? En hoe kader je een consent juridisch af in een wereld die continu verandert? Deze vragen liggen op het bordje van Simone Minses, hoofd van de afdeling Innovatie binnen het expertisecentrum Kwaliteit, Innovatie en Onderzoek (KIO) Van het MUMC+, en Stan Swaen. Hij is projectmanager Digitalisering Klinische Zorgpaden bij het MUMC+ en via ZIO betrokken bij de standaardisatie van processen en systemen in de eerste lijn.



Overleg samenwerkingspartners RHZ/ZIO, de Huisartsenpost, Envida, Maastricht en het Maastricht UMC+.

De digitalisering van de zorg loopt snel. We werken allemaal digitaal. En overall is het besef geland dat het in het belang van de kwaliteit, continuïteit, efficiency en betaalbaarheid van de zorg goed is om data die de zorg ten goede komen, snel en makkelijk te kunnen delen. Juist in het opslaan en delen van data ligt als gevolg van de Nederlandse privacywetgeving een gigantische uitdaging.

Leg uit. Een druk op de knop en je hebt de gegevens gedeeld, toch?


Stan: “Dat mag niet zomaar. De gegevens die wij opslaan van een patiënt zijn eigendom van die patiënt. Als specialisten in het ziekenhuis data met bijvoorbeeld de huisarts willen delen moeten zij daarvoor toestemming vragen aan de patiënt. Behalve als er sprake is van spoed en als de huisarts de patiënt heeft verwezen naar het ziekenhuis. In dat geval bepaalt de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) dat er bij spoed gehandeld wordt en dat het bij een verwijzing logisch is dat de specialist aan de huisarts meldt wat hij heeft gezien.”

De privacywetgeving staat de zorg dus in de weg?

Stan: “Het is complexer dan dat. Informed consent is een term met veel verschillende smaken en kleuren. Waar vraag je toestemming voor? Want naast de vraag of zorgverleners data met elkaar mogen delen, spelen nog veel meer thema's in de zorg waarvan patiënten iets moeten vinden. Denk aan een niet-reanimeerverklaring of de

vraag of het MUMC+ gegevens gepseudonimiseerd mag gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek. Per smaak moeten we ketenbreed afspraken maken en vastleggen. Eenduidige informatie is de sleutel tot goede gegevensuitwisseling en goede gegevensuitwisseling is de sleutel tot een soepel zorgproces. Iedere behandelaar wil de voorgeschiedenis van een patiënt kennen. Hier filtert hij relevante informatie uit en voegt hij zijn eigen bevindingen aan toe. Om deze informatie eenduidig met elkaar te kunnen delen moeten we in eigen 'huis', maar ook met onze zorgpartners – ook digitaal – dezelfde taal gaan spreken.”

Simone vult aan: “De complexiteit schuilt inderdaad niet in het verkrijgen van dat ene vinkje waarmee onze patiënten toestemming geven om data te kunnen (her)gebruiken. Of om data te delen met bijvoorbeeld de huisarts of thuiszorgorganisatie. Het is wel complex om ervoor te zorgen dat patiënten op hun patiënt journey van huisarts naar specialist(en) in het ziekenhuis en van daaruit naar bijvoorbeeld Maastrou, Mondriaan of Envida niet twintig keer hetzelfde vinkje moeten zetten en hele vragenlijsten moeten beantwoorden. Hiervoor moeten we regiobreed onze onderliggende processen op elkaar afstemmen en gezamenlijk inrichten. Dat zijn we nu op een constructieve manier aan het regelen. Aan een grote samenwerkingstafel spreken we met onze zorgpartners af hoe wij, ongeacht met welke systemen er gewerkt wordt in onze eigen organisaties, data vastleggen en met onze patiënten afstemmen waar zij wel of geen toestemming voor geven.”



“Informed consent is een term met zoveel verschillende smaken en kleuren. Waar vraag je toestemming voor?”

STAN SWAEN



“We moeten allemaal wendbaar blijven en mee kunnen veranderen als er dingen veranderen en patiënten en mantelzorgers daarin meenemen”

SIMONE MINSES

Oké, dan is die toestemming geregeld, maar mensen kunnen van mening veranderen. Hoe ga je daarmee om?

Simone: “Daar zijn we vanuit juridisch oogpunt zeer alert op. Iemand die bijvoorbeeld zijn gegevens ter beschikking stelt aan wetenschappelijk onderzoek, kan daar over een tijdje om wat voor reden dan ook anders over denken. Dan moeten wij aantoonbaar kunnen maken dat het delen van de data op de gewenste datum gestopt is. De betreffende onderzoeksorganisatie moet dan de afweging maken of zij de periode waarvoor de patiënt wel toestemming heeft gegeven kunnen includeren of dat zij de patiënt uit het gehele onderzoek moeten halen. Er komt kortom veel bij kijken. Maar dit voorbeeld onderstreept wel dat flexibiliteit een belangrijk thema is in het overleg. We moeten allemaal wendbaar blijven en mee kunnen veranderen als er dingen veranderen en patiënten en mantelzorgers daarin meenemen.”

Flexibiliteit en eenduidigheid lijken tegenstrijdig?

Stan: “Juist vanwege al die verschillende aspecten die aan informed consent kleven en de flexibiliteit die nodig is om mee te kunnen bewegen met veranderingen, is het belangrijk dat we samen aan één definitie van informed consent werken die gedragen wordt door alle partners. Landelijk wordt bijvoorbeeld met de ontwikkeling van zorginformatiebouwstenen getracht om consensus te krijgen over wat we in de verschillende lijnen bedoelen bij verschillende zorgonderwerpen. Hetzelfde moet gebeuren op het gebied van informed consent. Tot hoever gaat de toestemming bijvoorbeeld? Willen wij

dat patiënten alleen informed consent geven voor heel specifieke behandelingen, voor operaties of voor het gebruik van data voor weefselonderzoek. En hoe lang is de toestemming geldig? Ons doel is ervoor te zorgen dat wij netjes de privacywet volgen. Tegelijk willen wij de situatie werkbaar houden voor de praktijk.”

Stan vervolgt: “In het MUMC+ hebben we in korte tijd volgens de standaardisatietaal die we in het MUMC+ met elkaar overeen zijn gekomen al 3.000 (meetmoment eind februari 2024) consenten opgehaald. Met de data van deze mensen kunnen wij onze processen uitvoeren. Dat zorgt voor rust en overzicht. En dát is uiteindelijk het doel van dit complexe traject; als de consent al dan niet met een ‘ja, het mag’ is geregeld, kunnen we doen wat nodig is in onze zorg. Maar de impact reikt verder. Als we deze standaardisatie voor een thema als informed consent kunnen afstemmen, kunnen we op zoveel meer vlakken komen tot een gemeenschappelijke gestandaardiseerde data taal die we over de grenzen van de zorginstellingen heen kunnen gebruiken.

Het verkrijgen van informed consent is de casus die laat zien dat het kan. De samenwerking die hiervoor tot stand is gekomen, is niet alleen goed voor het versterken van onderlinge banden maar gaat ons ook helpen om dezelfde (data)taal te spreken. Dat is een zeer krachtige basis om de uitdagingen van het Integraal Zorgakkoord op het vlak van digitalisering en gegevensuitwisseling het hoofd te bieden.”

Duo-interview met prof. dr. Dominik

M-Health ho

De term e-health heeft er een nieuwe tak bij: m-health, de verzamelaar van data van een smartphone, smartwatch of tablet. Alleen al vanuit het Hart+Vaat Centrum wordt er op afstand zorg op afstand, zo'n 6.000 contacten plaats via m-health-toepassingen. Dit gebeurt in het MUMC+, en dr. Karen Konings, kaderhuisarts hart- en vaatziekten, vertelt erover in deze aflevering van de podcast 'M-Health hoer'.

Dominik Linz is gespecialiseerd in hartritmestoornissen en nauw betrokken bij implementatie van m-health in de cardiologie.

“Op de Atriumfibrillerenpoli gebruiken wij een app voor teleconsultatie voor mensen met hartritmestoornissen. Via deze app kunnen we valide op afstand de hartfrequentie volgen en zien of het hartritme normaal is of dat er een mate van boezemfibrilleren aanwezig is. Het mooie van deze app is dat hij voor patiënten heel makkelijk te gebruiken is. Achter de schermen is de technologie des te innovatiever. De patiënt legt zijn vinger op de camera van de mobiele telefoon, de flitser gaat aan en met behulp van fotoplethysmografie (PPG) registreert de app de hartslag. Het klinkt misschien te simpel voor woorden, maar deze methode is grondig onderzocht, betrouwbaar en nauwkeurig. Ook zijn er heel compacte en draagbare 1 kanaals-ECG-apparaten op de markt die in combinatie met een app een kwalitatief goed hartfilmpje kunnen maken. Ingezet bij de juiste groep patiënten zijn dergelijke toepassingen heel behulpzaam en efficiënt om patiënten op afstand te monitoren en behandelen zonder dat wij complicaties veroorzaken. En ik zie meer voordelen. Patiënten die thuis zelf hun gezondheid monitoren, zetten stappen op het gebied van zelfmanagement. Zij zijn actiever betrokken bij de behandeling en hun gezondheid. Desondanks willen wij onze patiënten geregeld zien. Mijn voorkeur gaat dan ook uit naar een hybride zorgsysteem van monitoring op afstand en fysiek contact. Ook moeten we beseffen dat niet iedereen voor e- of m-health in aanmerking komt. Je moet digivaardig zijn en in staat én bereid zijn om op de juiste tijdstippen de juiste metingen te doen. Dit is een belangrijk onderwerp om samen met de patiënt over te beslissen. Daarnaast vraagt de continuïteit van zorg op afstand in een transmurale context nog aandacht. Bijvoorbeeld als het gaat om de manier van vastleggen en het delen van data. Een lastig punt vind ik ook dat patiënten de app voor teleconsultatie in het ziekenhuis wel vergoed krijgen, maar in de eerste lijn niet. Als wij willen dat iedereen op een gelijkwaardige basis recht heeft op dezelfde zorg, moet dit gauw veranderen.”



Linz en Dr. Karen Konings

olt vooruit

nam van zorg op afstand via apps op mobiele devices zoals een smart-
van het Maastricht UMC+ vinden sinds COVID-19, de versneller van
prof. dr. Dominik Linz, cardioloog en hoofd Klinische Elektrofysiologie
en en elektrofysioloog in Maastricht, nemen de ontwikkeling onder de

*Karen Konings, kaderhuisarts hart- en vaatziekten en elektrofysio-
loog, ziet nog veel verbeterpunten op het pad van m-health.*

“Teleconsultatie gaat prima als één zorgverlener betrokken is bij de monitoring van één patiënt. Als er meerdere behandelaars zijn, is het lastiger. Als een hartfalenpatiënt bijvoorbeeld te zwak is om naar het ziekenhuis te gaan, doen wij als huisarts de visite. Op dat moment missen wij belangrijke informatie, die opgesloten zit in de app. Dat is onhandig. Huisartsen merken overigens ook dat nog best veel patiënten moeite hebben met de app. Of dat patiënten verkeerde verwachtingen hebben. Hier ligt een aandachtspunt om met elke patiënt goed af te stemmen wat wel en niet kan met teleconsultatie. Ook een aandachtspunt is dat op de poli niet altijd dezelfde persoon feedback geeft. Ik heb een voorbeeld van een hartfalenpatiënt die de ene keer te horen krijgt om een extra plastabletje te nemen als hij iets in gewicht aankomt, de andere keer krijgt hij het advies om dat juist niet te doen vanwege de impact op zijn nieren. Voor de patiënt is dit compleet onduidelijk. Ik beseef ook dat wij er niet aan ontkomen om meer zorg op afstand te organiseren. Voorwaarde is wel dat patiënten die voor deze zorg in aanmerking komen voldoende digivaardig zijn en de juiste verwachtingen hebben. Dat de verschillende zorgverleners in de zorg op het juiste moment over de juiste en dezelfde data beschikken. En dat de zorgverleners op afstand consistent zijn in hun adviezen. Er zijn al wel mooie voorbeelden: in Spanje werken ze met een systeem waarin zorgverleners berichten in ieders eigen systeem kunnen integreren. Dat is al winst. Er loopt ook een onderzoek waarbij Artificial Intelligence ingezet wordt om standaardvragen te beantwoorden. Vanzelfsprekend gaan deze pas de deur uit als ze geautoriseerd zijn door de hoofdbehandelaar. Zo krijg je een consistente behandeling op afstand over de zorglijnen heen. Hierin is nog een weg te gaan.”



Beweeghuis start *opleidingsprogramma* rond de Maastrichtse visie op bewegzorg

Het Beweeghuis is het eerste 'huis' in ons land waar partners in de eerste, tweede én nulde lijn samen een regionale keten voor bewegzorg vormgeven. Nieuw is ook dat de partners, Maastricht UMC+, ZIO, RHZ, Fy'net en Maastricht Sport, in die zorg aandacht hebben voor leefstijl en preventie. Eind 2023 heeft dit, volgens het Integraal Zorgakkoord ultieme voorbeeld van waardegedreven 'passende zorg', een onderwijscyclus opgezet. Doel van het nieuwe scholingsprogramma is huisartsen en behandelaren, studenten én patiënten in laagdrempelige en praktijkgerichte on- en offline ontmoetingen mee te nemen in de Maastrichtse visie op de behandeling van klachten aan het bewegingsapparaat: in samenwerking met de patiënt, op de juiste plek in de keten én gericht op gezondheid in plaats van ziekte.

Het eerste webinar van het Beweeghuis komt dit voorjaar online op <https://beweeghuis.mumc.nl>.
De volgende nascholing voor huisartsen gaat over knieklachten en vindt 3 april plaats op de Stadspoli locatie Scharn.
Aanmelden kan nog via <https://beweeghuis.mumc.nl/actueel/agenda>.



Dr. Tim Boymans is orthopedisch chirurg in het Maastricht UMC+ en medisch directeur van het Beweeghuis: “Wij ervaren een enorme honger naar kennis over het bewegingsapparaat.”

“Kleinschalige interacties tussen medisch specialisten en huisartsen zijn onmisbaar voor laagdrempelige bewegezorg”

TIM BOYMANS

“Het idee om een scholingsprogramma op te bouwen voor verwijzers is ontstaan tijdens de Carrousel Gezamenlijke Consulten. We merken dat huisartsen heel nieuwsgierig zijn naar de manier waarop orthopeden patiënten met klachten aan bijvoorbeeld schouder, rug, heup of knie onderzoeken. Maar we zien ook een praktische reden. Om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, is het belangrijk dat we mensen met beweegklachten met de juiste zorg op de juiste plek in de keten behandelen. Huisartsen, fysiotherapeuten en medisch specialisten kijken allemaal naar hetzelfde gewricht, maar we weten onvoldoende van elkaar wat we precies kunnen en mogen. Wanneer je bijvoorbeeld iemand naar de fysio of specialist doorstuurt en wanneer het géén zin heeft om iemand door te sturen. Wanneer je een prik met corticoiden zet en wie die prik eigenlijk mag zetten. Feit is dat de beweegzorg als gevolg van nieuwe inzichten verandert. Meer dan ooit wordt er ingezet op bewegen. En van bepaalde operaties die tot voor kort standaard waren, weten we nu dat conservatieve routes met fysiotherapie en/of medicatie even goed of zelfs effectiever zijn.”

In het scholingsprogramma brengt het Beweeghuis huisartsen, fysiotherapeuten, medisch specialisten en bewegecoaches van Maastricht Sport samen om de laatste inzichten te delen over telkens een ander onderdeel van het bewegingsapparaat. In de eerste bijeenkomst was dat de schouder. Tim: “Tijdens praktijkgerichte workshops leren de disciplines in een ongedwongen sfeer van elkaar en vullen zij elkaar aan, zoals zij dat ook in de praktijk doen. Aan de hand van de meest voorkomende problemen waarmee patiënten zich bij huisartsen melden, proberen we zo in twee à drie bijeenkomsten per jaar een onderwijscyclus rond het gehele bewegingsapparaat op te zetten. Intussen draait de carrousel trouwens gewoon door. Die kleinschalige interacties tussen medisch specialisten en huisartsen zijn onmisbaar voor laagdrempelige beweegzorg.”



Dr. Annemieke Fastenau is bewegingswetenschapper en projectleider onderwijs en opleiding voor het Beweeghuis: “De aandacht voor leefstijl en preventie zorgt voor een kantelpunt in de bewegezorg.”

“In het zorgconcept van het Beweeghuis gaat veel aandacht uit naar preventie en leefstijl. Via het onderwijs willen we deze thema’s vanaf de basis integreren in de zorg. Een belangrijke route van ons onderwijsprogramma loopt daarom richting geneeskundeopleidingen. Afgelopen december heeft het Beweeghuis zijn eerste stagiaires aangenomen. Deze studenten komen in het nieuwe blok ‘Gezondheid, Preventie en Samenleving’ in aanraking met alle ontwikkelingen op het gebied van preventie buiten het ziekenhuis. Via het Beweeghuis komen zij ook Maastricht Sport en de fysiotherapienetwerken tegen. Die beweging naar buiten, naar het netwerk rondom het ziekenhuis is cruciaal en was tot voor kort ondenkbaar. Alles was gericht op behandelen en genezen, terwijl onderzoek duidelijk maakt dat dit niet altijd de oplossing is. Nu landt ook het belang van leefstijl en preventie in de opleiding van toekomstige artsen. En ook de erkenning dat iemands sociaalmaatschappelijke context en mentaal welzijn van invloed zijn op gezondheid wint terrein. Deze ontwikkelingen zorgen voor een kantelpunt, die aansluit op de visie op bewegen van het Beweeghuis.”

“Op de tweede route richten wij ons op huisartsen”, vervolgt Annemieke. “Voor onze nascholing in december 2023 over schouderklachten hadden wij een breed docententeam samengesteld van orthopeden, een orthopeed in opleiding, kaderhuisartsen gespecialiseerd in het bewegingsapparaat, fysiotherapeuten en een bewegecoach van Maastricht Sport. Zij vulden elkaar mooi aan in de casus van een vrouw die al lang schouderklachten had. Zij had licht overgewicht en rookte. De vrouw wilde doorverwezen worden naar de orthopeed voor een corticoïdenspuit. Alle disciplines gaven in de sessie aan hoe zij deze casus volgens de visie van het Beweeghuis behandelen

en hoe je mogelijke leefstijlveranderingen ter sprake kunt brengen. Ook hebben de huisartsen geoefend in het zetten van een corticoïdenspuit, want hiervoor hoeven zij geen patiënten door te verwijzen. Na de scholingsavond konden de huisartsen ook nog een dagdeel meelopen op de Stadspoli bij een orthopeed met schouderexpertise. Zo konden ze van dichtbij en persoonlijk kennis en ervaring opdoen. Van deze gelegenheid is gretig gebruik gemaakt. Normaal werkt iedereen op een eilandje. Door samen te zitten en elkaar te laten zien welke resultaten haalbaar zijn, kunnen we ervoor zorgen dat patiënten echt geholpen worden en voorkomen we dat zij gaan ‘shoppen’ in de zorg.”

“Door samen te zitten en elkaar te laten zien welke resultaten haalbaar zijn, kunnen we ervoor zorgen dat patiënten echt geholpen worden”

ANNEMIEKE FASTENAU

Op de derde scholingsroute richt het Beweeghuis zich op de patiënt zelf. Annemieke: “We bereiden een reeks webinars voor, waarin we patiënten als het ware omscholen in het besef dat zij zelf een rol hebben in hun gezondheid. De eerste sessie komt dit voorjaar online en is gericht op mensen met heup- en knieartrose. Met medewerking van een medisch specialist, fysiotherapeut en een diëtist leggen we uit wat artrose is, laten we oefeningen zien die patiënten thuis kunnen doen en geven we adviezen over gezonde voeding. Hoe vaak zeggen we patiënten niet dat ze moeten bewegen? Vanaf nu kunnen we hen daarvoor verwijzen naar laagdrempelige tutorials op onze website waaraan iedereen kan meedoen.” Kijk op: <https://beweeghuis.mumc.nl/ik-ben-patient/leefstijltips/beweegtips>.



Academie voor Patiënt en Mantelzorg doorstaat 'snelle toets'

De Academie voor Patiënt en Mantelzorg heeft met succes de snelle toets van zorgverzekeraars CZ en VGZ afgerond op weg naar een regionaal trainingscentrum voor heel Zuid-Limburg. Het Maastricht UMC+ heeft samen met Envida en andere Zuid-Limburgse partners het initiatief genomen om de activiteiten van de academie verder op te schalen via een zorgtransformatieplan. Daarmee worden transformatiegelden aangevraagd die vanuit het Integraal Zorgakkoord beschikbaar zijn gesteld.

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

Kick-off samen beslissen bij beperkte gezondheidsvaardigheden

30 januari 2024 vond de kick-off plaats van: 'Samen beslissen met artrose: het Beweeghuis voor iedereen'. Dit project heeft als hoofddoel om de best passende zorg te leveren aan knie- en heupartrosepatiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden binnen het Beweeghuis. Emmelie Hazelzet leidde als projectleider een brainstormsessie met de aanwezigen over de kansen en uitdagingen binnen het project. Deze variëren van het optimaal benutten van het domeinoverstijgend netwerk van het Beweeghuis en bestaande Samen Beslissen-instrumenten tot het creëren van draagvlak en commitment bij alle (zorg)professionals en het verwezenlijken van de juiste informatie op de juiste plek voor de patiënt. Naast een inventarisatie binnen ons netwerk met betrekking tot samen beslissen en beperkte gezondheidsvaardigheden, werken wij hard aan de ontwikkeling van een scholing gericht op het tijdig herkennen van beperkte gezondheidsvaardigheden en effectieve communicatie. **Meer informatie ontvangen over het project?** mail naar Emmelie Hazelzet: emmelie.hazelzet@mumc.nl.



Grootschalig *internationaal farmacogenetisch* onderzoek

Het PSY-PGx project onderzoekt de interactie tussen genen en geneesmiddelen (farmacogenetica) in de psychiatrie. Behandeling met medicatie is bij slechts een derde van de cliënten effectief. Het doel van het onderzoeksproject is om bijwerkingen van medicatie voor angst-, depressieve of psychotische klachten te verminderen en de effectiviteit te vergroten. Wereldwijd zullen 2.000 deelnemers worden geworven, waarvan het merendeel in Nederland, onder meer in Maastricht. Aan de hand van DNA wordt een medicatieadvies op maat opgesteld voor deelnemers in de leeftijd van 16 tot 65 jaar die een antidepressivum of antipsychoticum gebruiken en daarvan bijwerkingen of ineffectiviteit ervaren. Deelnemers in de interventiegroep volgen dit advies op en krijgen deze nieuwe medicatie voorgeschreven. De controlegroep krijgt ook een advies, maar gebruikt de medicatie zoals de behandelaar die gebruikelijk voorschrijft, dus zonder de genetische informatie. Hierna worden deelnemers 24 weken lang gemonitord. Meer informatie: <https://psy-pgx.nl>.

Nieuw onderzoek naar de behandeling van hersenschade bij pasgeboren baby's

Bij zuurstoftekort tijdens de geboorte kunnen baby's hersenschade oplopen, met levenslange fysieke en/of verstandelijke beperkingen tot gevolg. Baby's met zuurstoftekort worden al behandeld met lichaamskoeling, maar deze behandeling voorkomt hersenschade niet volledig. Dr. Reint Jellema, kinderarts-neonatoloog in het MosaKids Kinderziekenhuis van het Maastricht UMC+, ontving onlangs een subsidie van de Hersenstichting om preklinisch te onderzoeken of koeling kan worden gecombineerd met stamceltherapie. Door de behandeling van hersenschade bij pasgeboren baby's te verbeteren, hoopt hij deze kinderen een betere start te kunnen geven. **Meer informatie:** www.mumc.nl/actueel/nieuws.



Column

Door Ale Houtsma, interim lid Raad van Bestuur Maastricht UMC+

Zet de schijnwerpers op de mooie kant van de zorg

'Nederland gaat richting permanent zorginfarct'. Zomaar een recente nieuwskop. Er gaat tegenwoordig geen dag voorbij dat de staat van onze nationale gezondheidszorg de voorpagina's siert. Logisch ook. Gezondheid is immers ons grootste goed. Wie wil er nu niet fit en vitaal ouder worden? Laten we dan ook vooral de schijnwerpers zetten op de mooie kant van de zorg, de talloze innovaties die we samen ontwikkelen en de passie van onze zorgprofessionals om iedere dag de best mogelijke zorg te leveren.

Op moment van schrijven nader ik alweer mijn eerste honderd dagen in de Raad van Bestuur van het Maastricht UMC+. De tijd vliegt voorbij. De vele kennismakingen en gesprekken met bevlogen zorgprofessionals binnen en buiten onze organisatie en de inzichten in het wel en wee van Zuid-Limburg, hebben mij alvast één ding geleerd. Deze regio is écht een voorbeeld van hoe domein overstijgende samenwerking leidt tot impact. Ontwikkelingen als de Academie voor Patiënt en Mantelzorger, het Beweeghuis en de start van het Vitaliteitsloket in het Maastricht UMC+ zijn een paar prachtige voorbeelden. En zo zijn er nog veel meer.



Met het Integraal Zorgakkoord ligt de nadruk nóg meer op de regio. Op passende zorg en de beweging van zorg naar gezondheid. Zuid-Limburg en het Maastricht UMC+ hebben daar al een stevig fundament voor gebouwd in de afgelopen jaren. Laten we daar, met het regioplan in de hand, samen op verder bouwen en nóg meer van elkaar leren en elkaar inspireren. Laten we er vooral ook trots op zijn. Want dit zou toch een mooie nieuwskop zijn: 'Zuid-Limburgse zorginnovatie voorbeeld voor Nederland'.