

Praktijk is hét tijdschrift voor transmurale zorg in Zuid-Limburg en is een uitgave van het Maastricht UMC+

Praktijk

Hella Borggreve

1 jaar Post-COVID
expertisecentrum MUMC+

Ron Winkens

Het schort aan kennis
over (terug)verwijzen

Ronald Henry en Erica Posma

HAP en SEH maken vaart
met gezamenlijk plan
voor spoedzorg in de regio

1'26

**NIEUWE
ONTWIKKELINGEN**

 **Maastricht UMC+**



Deze eerste editie van Praktijk in 2026 belicht nieuwe ontwikkelingen in de zorg in onze regio. Ze voeren ons van het Post-COVID expertisecentrum MUMC+ naar de Huisartsen Spoedpost en Spoedeisende Hulp. Van de uitreiking van de Marja van Dieijen Award 2025 naar het ANIOS+-programma dat is opgezet om specialisten aan Zuid-Limburg te verbinden. En van een kennisquiz over (terug)verwijzen naar het aankomende DTO Beeldvorming in mei. Gemene deler in al deze stukken is de focus op (transmurale) samenwerking. “We zijn allemaal schakels in hetzelfde domein, netwerkorganisaties. Dat betekent dat we ook alleen samen ervoor kunnen zorgen dat die schakels goed functioneren”, zegt Ronald Henry, medisch manager van de SEH-BOA in het Maastricht UMC+, in het artikel ‘HAP en SEH maken vaart met gezamenlijk plan voor spoedzorg’. Op alle mogelijke fronten, zo blijkt uit dit nummer, wordt die samenwerking opgezocht om de uitdagingen waar we in de zorg voor staan aan te kunnen. Dat levert inspirerende verhalen op.

inhoud



- 3 Beeldvorming in beeld**
Eric Duinkerke, Thiemo van Nijntzen en Rob Haesen

- 6 Marja van Dieijen Award voor bloedserieus**
Judith Donners, Yvonne Henskens en Arianne Lim



- 8 Kort nieuws**

- 9 Uit de Praktijk**

- 10 1 jaar Post-COVID expertisecentrum MUMC+**
Hella Borggreve



- 12 Het schort aan kennis over (terug)verwijzen**
Ron Winkens

- 14 ANIOS+-traject, de juiste arts op juiste (opleidings)plek in deze regio**



- 17 Kort nieuws**

- 18 HAP en SEH maken vaart met gezamenlijk plan voor spoedzorg in de regio**
Ronald Henry en Erica Posma

- 20 Column: zorg in beweging**
Jeroen Hendriks

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, Maastricht. *Redactie* Jan Wouter Brunings, Liesbeth van Hoef, Ellen Kennes, Jean Muris, Caroline Robertson, Strategyminds, Floris Vanmolkot, Ingeborg Wijnands. *Eindredactie* Liesbeth van Hoef. *Fotografie* Johan Latupeirissa, Kylan Slenter. *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.

Op maandag 11 mei 2026 vindt op de afdeling Beeldvorming van het Maastricht UMC+ het halfjaarlijkse Diagnostisch Transmuraal Overleg (DTO) Beeldvorming plaats. We spreken initiatiefnemer dr. Thiemo van Nijnatten, radioloog in het MUMC+, over het waarom van dit overleg en huisartsen Rob Haesen en Eric Duinkerke over de impact van het DTO op hun zorg.

Beeldvorming in beeld

RADIOLOOG THIEMO VAN NIJNATTEN
HEEFT HET DTO IN DE REGIO
MAASTRICHT/HEUVELLAND OPGERICHT

“Het leek mij zinvol om elkaar op te zoeken, zodat we elkaar niet meer alleen kennen van een naam onder een aanvraag of conclusie van een verslag. Elkaar in groepsverband kunnen benaderen als er vragen zijn is essentieel om te kunnen groeien.”



“De afdeling Beeldvorming van het Maastricht UMC+ heeft een belangrijke ondersteunende rol voor het MUMC+ en voor de eerste- lijn zorg. Juist daarom is het belangrijk om samen te werken en daarvoor is het handig als je elkaar kent. Tijdens het DTO belichten we elk halfjaar actuele onderwerpen uit de beeldvorming, hetgeen relevant is voor de eerste lijn. In het laatste DTO lag de focus op echografie; tijdens de komende bijeenkomst staat de DEXA-scan centraal. Huisartsen vragen regelmatig botdichtheids-onderzoeken aan, maar hoe werkt zo’n apparaat en hoelang duurt het onderzoek? Het is prettig als zij hun patiënten vooraf kunnen uitleggen wat ze kunnen verwachten. Radiologen van de afdeling Beeldvorming lichten tijdens het DTO vanuit hun verschillende aandachtsgebieden ook relevante ontwikkelingen toe. Zo krijgen we samen beter zicht op wat goed gaat en wat beter kan.

Het is inspirerend om te zien dat radiologen uit het MUMC+ vanuit alle aandachtsgebieden zich hier enthousiast voor inzetten om zodoende verschillende onderwerpen te kunnen bespreken. Een

CT of MRI kon je bijvoorbeeld in principe niet rechtstreeks vanuit de eerste lijn aanvragen. Toch hebben we mede naar aanleiding van de gesprekken tijdens het DTO mogelijkheden gecreëerd voor specifieke situaties waarin dat wel kan. Bijvoorbeeld wanneer een onderzoek kan helpen om een verwijzing naar de tweede lijn beter te onderbouwen of juist te voorkomen. We maken in elk DTO ook ruimte vrij voor evaluatie: wat hebben we vorige keer besproken en wat hebben we daarmee gedaan? Zo bleek na de invoering van het nieuwe elektronisch patiëntendossier (EPD) in het MUMC+ dat de naam van de radioloog die het onderzoek had beoordeeld niet meer zichtbaar was onderaan het verslag. Dat kwam tijdens het DTO ter sprake, en twee weken later was dit probleem opgelost dankzij de inzet van de informatiemanager van de afdeling Beeldvorming. Op die manier kunnen we verbeteringen snel oppakken en omdat vrijwel alle betrokkenen aanwezig zijn, is direct ook iedereen goed geïnformeerd.”

ERIC DUINKERKE IS HUISARTS BIJ DOKTERS VAN HIER IN MAASTRICHT

“Ik zie de halfjaarlijkse DTO’s als een soort intervisie, maar dan aangevuld met inhoud vanuit het ziekenhuis.”



“In de tijd dat Thiemo mij informeerde over zijn idee om een DTO over beeldvorming op te zetten was ik ambassadeur van de Limburgse Huisartsenvereniging in de regio Maastricht-Heuvelland. Ik heb het initiatief teruggekoppeld naar mijn achterban en iedereen reageerde positief. Volgens mij is dat nog altijd niet veranderd. Ik vind de halfjaarlijkse DTO’s zinvol; ik zie ze als een soort intervisie, maar dan aangevuld met inhoud vanuit het ziekenhuis. Je kunt je eigen werkwijze toetsen aan de standaard in het ziekenhuis en kijken hoe collega’s daarmee omgaan. Vaak is het heel duidelijk welk onderzoek wel of niet zinvol is, maar soms is er ruimte voor discussie en die wordt tijdens het DTO volop gevoerd.

De uitwisseling van kennis en ervaringen helpt mij gericht onderzoek aan te vragen, waardoor ik in mijn eigen praktijk minder snel iets over het hoofd zie of juist voorkom dat ik te veel onderzoek laat

doen. Een discussiepunt voor de volgende bijeenkomst mag voor mij gaan over de toegang tot labgegevens, hoewel dit niet specifiek de beeldvorming betreft. Specialisten kunnen in het EPD van het ziekenhuis ook de labuitslagen zien die in de eerste lijn worden aangevraagd, maar wij kunnen niet zien wat in het ziekenhuis wordt onderzocht. Door die ‘miscommunicatie’ kan het gebeuren dat onderzoeken nog altijd onnodig dubbel worden gedaan. Als labinformatie toegankelijk zou zijn voor beide kanten, kunnen we niet alleen kosten besparen maar ook de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn verder versterken.”

“Voor huisartsen zijn nascholingen – zoals ik het DTO zie – zeer waardevol. Daar is wat mij betreft het DTO voor. Je leert collega’s van de radiologie beter kennen en krijgt waardevolle informatie over de techniek, mogelijkheden en de impact van de verschillende onderzoeken voor patiënten; dat alleen al is zinvol. Je kunt vragen stellen over waarom bepaalde onderzoeken wel of niet mogelijk zijn of waarom bepaalde onderzoeken langer duren dan de andere. In elk DTO is ook ruimte voor discussie over de zin en onzin van een aanvraag. Sommige aanvragen gaan namelijk heel gemakkelijk door de pijplijn; het blokje op een aanvraagformulier is zó aangevinkt. Maar wat verwacht je van zo’n foto? Heeft het zin om een foto te maken? Tijdens het DTO kunnen de radiologen dat goed uitleggen, waardoor je de volgende keer zo’n onderzoek misschien niet meer voorschrijft of juist vaker. Door het overleg vind je elkaar en wordt gewoon beter samengewerkt. Dat levert in de praktijk directe verbeteringen op. Na de invoering van het nieuwe EPD konden patiënten van het MUMC+ de uitslagen van bijvoorbeeld scans eerder inzien dan dat huisartsen hierover bericht hadden gekregen. Het ziekenhuis heeft deze onwenselijke situatie meteen opgepakt. Sindsdien zit er een vertraging op de publicatie. Dankzij de terugkoppeling in het DTO.”

ROB HAESEN IS HUISARTS IN
HUISARTSENPRAKTIJK ANNADAL IN MAASTRICHT

“Beeldvorming is een onderdeel van onze praktijk, net zoals de bloedprikdienst dat is. In de praktijk werkt iedereen op zijn eigen eilandje, maar samen kun je verbeteren waar je tegenaan loopt.”



Meer informatie over het aankomende DTO op 11 mei in het Maastricht UMC+ is te vinden op het portal van www.zio.nl of via de mail info.carrousel@mumc.nl.



De Marja van Diejen Award 2025 werd eind vorig jaar uitgereikt aan het team achter het project ‘Bloedserieus: van menstruatie tot bevalling’. Het prijzengeld ad € 25.000,- gaat naar de ontwikkeling van een slimme triage die het pad opent naar gerichte laboratoriumtesten en duidelijk advies: vrouwen met hevig menstrueel bloedverlies. Drie teamleden nemen ons mee in de oplossing die zij hebben bedacht om mogelijk onderliggende problematiek bij deze vrouwen op het netvlies te krijgen. “We kunnen eindelijk een probleem aanpakken dat veel meiden en vrouwen raakt, maar in de praktijk vaak moeilijk wordt herkend”, aldus het ‘bloedserieuze’ team.

MARJA VAN DIEJEN AWARD VOOR BLOEDSERIEUS

Hevig menstrueel bloedverlies eindelijk **bloedserieus** genomen



Dr. ir. Yvonne Henskens is klinisch chemicus in het Maastricht UMC+ met erfelijke stollingsstoornissen als aandachtsgebied en projectleider van ‘Bloedserieus’: **“Veel vrouwen met hevig bloedverlies tijdens hun menstruatie of na de bevalling lopen jarenlang rond zonder diagnose en behandeling, terwijl één op de vijf een onderliggende stollingsstoornis heeft.”**

“Omdat een stollingsstoornis vaak pas bij uitzonderlijke situaties zoals een bevalling of operatie aan het licht komt, wordt hevig menstrueel bloedverlies geregeld over het hoofd gezien. Dat is jammer, omdat er iets aan te doen is. Wij zagen de link tussen

hevig menstrueel bloedverlies en mogelijk onderliggende problematiek in ons laboratorium, omdat het MUMC+ het enige academisch ziekenhuis in het land is dat zowel de diagnostiek voor het ziekenhuis als voor de huisartsen doet. Wij kunnen daardoor verbanden leggen. Op die gedachte stoelt ook ons project. Huisartsen, gynaecologen van de Stadspoli en het MUMC+, artsen van

de afdelingen Hematologie, Kindergeneeskunde én het klinisch chemisch laboratorium werken samen aan de ontwikkeling van instrumenten die bijdragen aan een snellere diagnose.

Ons eerste doel is de ontwikkeling van een ‘bleeding assessment tool’ (BAT) die patiënten zelf, eventueel samen met een ouder/ver-

zorger, invullen; zo nemen we de last van dit tijdrovende onderzoek meteen weg bij de arts. Op basis van de zelf-BAT kunnen verwijzers bepalen of er een testpakketje nodig is om het risico op een bloedingsneiging verder te onderzoeken. Bij de screening van deze testen gaan wij voortaan – en dat is het tweede deel van dit project

– bij alle patiënten plasma invriezen, zodat we materiaal achter de hand hebben voor aanvullend onderzoek. Om een erfelijke stollingsziekte uit te sluiten, gaan we bij de screening ook de Von Willebrand-factor bepalen, omdat dit de meest voorkomende erfelijke stollingsziekte is onder de Europese bevolking. De zelf-BAT zal verwijzers helpen

om snel zicht te krijgen op mogelijke oorzaken van de bloedingen. De arts hoeft daarna niet zelf het beleid te bepalen. Vanuit onze klinische expertise wordt aan het onderzoek een automatisch gegenereerde consult-conclusie verbonden, als uit de vragenlijst een positieve score komt.”

Judith Donners is kaderhuisarts urogynaecologie in Huisartsenpraktijk Heugem en op de Stadspoli in Maastricht: **“In de praktijk denken we weinig aan een stollingsstoornis bij vrouwen met hevig menstrueel bloedverlies.”**

“Een erfelijke stollingsstoornis komt relatief weinig voor. Toch wil je patiënten die deze ziekte hebben er het liefst zo snel mogelijk uithalen. Zeker als het om jonge vrouwen gaat die nog zwanger willen worden. Juist bij hen wil je een stollingsstoornis graag op tijd ontdekken, voordat ze ernstige bloedingen krijgen bij bijvoorbeeld de bevalling. Hevige bloedingen tijdens en na een bevalling zijn te voorkomen als we vooraf een

behandelplan kunnen opstellen. Ik zeg niet dat we voortaan elke vrouw moeten testen, maar de vraag of er een risico is op een stollingsziekte en hoe je dat dan kunt onderzoeken, moet in een gesprek met een vrouw met hevige bloedingen wel door je hoofd gaan. In de praktijk, en dan spreek ik niet alleen voor mezelf maar voor huisartsen in het algemeen, gebeurt dit weinig. De aandacht voor dit onderwerp zet het risico op



onderliggende problematiek op de kaart. De zelf-BAT gaat daarbij zeker helpen om het kaf van het koren te scheiden en te bepalen of je iemand verder moet testen of niet.”



Dr. Arianne Lim is gynaecoloog in het MUMC+: **“Het is goed dat we verder kijken.”**

“Wij zien veel meiden en vrouwen met hevig menstrueel bloedverlies. Bij ongeveer 80% van deze patiënten vinden we bij onderzoek geen afwijkingen aan de baarmoeder. Volgens de richtlijnen bespreken we direct een behandeling om het bloedverlies te verminderen, zoals de pil, een spiraaltje of andere

medicatie. De vraag is wat we dan missen. Vrouwen kunnen met andere klachten zoals myomen bij ons komen en daarbij hevige menstruaties hebben; we registreren dan de hoofdklacht en missen mogelijk een onderliggende stollingsstoornis. ‘Bloedserieus’ helpt ons om meer zicht te krijgen op de vraag hoe vaak deze stoornis voorkomt. Los daarvan ben ik blij dat er meer aandacht is voor vrouwgerelateerde aandoeningen. Daar horen hevige menstruaties zeker bij: ze kunnen op zichzelf een probleem zijn en ze kunnen ook bloedarmoede of ijzertekort veroorza-

ken. Daarbij moeten we ons realiseren dat een stollingsstoornis grote gevolgen kan hebben bij een bevalling, operatie, zelfs al als een kies getrokken moet worden. Als je vooraf weet dat er een stollingsprobleem is, kun je preventief handelen. Nog altijd kan het voorschrijven van een spiraaltje of de pil een goed idee zijn, ook bij vrouwen met stollingsstoornissen. Maar het is goed dat we verder kijken om te zien of er meer aan de hand is.”

Vergeten orgaan blijkt sleutel tot langere levensduur en kans op succesvolle kankerbehandeling

Twee nieuwe studies van onderzoekers van Maastricht UMC+/Maastricht University en Harvard University zetten vraagtekens bij de decennialange aanname dat een lang vergeten orgaan bij volwassenen nauwelijks nog relevant is. De thymus, ook wel zwezerik genoemd, is een orgaan dat vooral bekend staat om zijn rol bij de ontwikkeling van het immuunsysteem in de kindertijd. Maar de onderzoekers uit Maastricht en Amerika hebben met behulp van kunstmatige intelligentie (AI) nu een sterk verband ontdekt tussen de gezondheid van de thymus en levensduur en veroudering, risico op hart- en vaatziekten of kanker, en zelfs de respons op immunotherapie. De resultaten van beide studies zijn gepubliceerd in het nieuwste nummer van het wetenschappelijk tijdschrift Nature. *Meer informatie:* www.mumc.nl/actueel/nieuws.

Verhitte tabaksproducten **geen** veilig alternatief voor sigaretten

Verhitte tabaksproducten, ook wel heated tobacco products (HTP's) genoemd, zijn geen veilig alternatief voor sigaretten.

Dat blijkt uit recent onderzoek van Universiteit Maastricht/Maastricht UMC+ en het RIVM. Bij verhitte tabaksproducten wordt een tabaksstick in een apparaat gedaan en binnen dit apparaat verhit. De gebruiker inhaleert de stoffen uit de damp die op deze manier ontstaat. De onderzoekers bekeken welke stoffen precies vrijkomen bij het gebruik van verhitte tabak en wat de effecten zijn op hart, bloedvaten en longen. Daarnaast voerden de wetenschappers zelf ook een aantal studies uit om de effecten van deze producten op de luchtwegen en de longen beter in kaart te brengen.

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



Behandeling eerste keratoconus- patiënten met **innovatieve** oogbehandeling CAIRS

In het Maastricht UMC+ zijn voor het eerst drie patiënten met succes behandeld met de zogeheten CAIRS-behandeling: een innovatieve therapie voor keratoconus waarbij een gepersonaliseerde laserbehandeling wordt gebruikt. De ingrepen vonden plaats binnen het Academisch Centrum voor Refractie Chirurgie. De behandeling biedt nieuwe hoop voor patiënten die niet meer goed zien ten gevolge van deze aandoening.

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



Passende zorg, **dichtbij huis** voor kwetsbare ouderen

Maastricht UMC+ en Vitala+ zijn samen een pilot ziekenhuisverplaatste zorg voor kwetsbare ouderen gestart. Deze pilot richt zich op patiënten die via de Spoedeisende Hulp (SEH) binnenkomen met een laagcomplex, acuut internistisch probleem, zoals een urineweginfectie of longontsteking. Patiënten die aan de inclusiecriteria voldoen en normaal via de SEH worden opgenomen, gaan voortaan naar Vitala+, waar vijf tot zes bedden speciaal voor deze doelgroep zijn ingericht. In de rustige, herstelgerichte omgeving van Vitala+ ontvangen zij de medische zorg die nodig is. De medisch specialist van het Maastricht UMC+ blijft eindverantwoordelijk, terwijl de dagelijkse zorg wordt geleverd door specialisten ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialisten van Vitala+.

Deze samenwerking zorgt voor een passende zorgomgeving, creëert meer ruimte voor complexe zorg in het ziekenhuis, verbetert de doorstroom en biedt bovenal de juiste zorg op de juiste plek. *Meer informatie:* www.mumc.nl/actueel/nieuws.



UIT DE *praktijk*

In deze rubriek delen we ervaringen uit de praktijk over een thema in dit blad. Gertie Bos is 60 jaar, gehuwd, moeder van twee dochters, een actieve en ondernemende vrouw met een goede baan, een goed, vol leven.

Totdat COVID-19 haar raakte. Tijdens de pandemie is zij meerdere malen besmet, met grote gevolgen.

Bij het Post-COVID expertisecentrum van het MUMC+ onderzoekt zij welke behandelmogelijkheden voor haar werken.

“Ik probeer van **iedere dag** een feestje te maken”

“In maart dit jaar was het precies zes jaar geleden dat ik voor het eerst COVID-19 kreeg. Ik was aan het wandelen en voelde ineens overal pijn. Het ging heel snel. Ik kreeg hoge koorts en kon na een paar uur geen volzin meer uitspreken. De huisarts stelde voor om wat extra paracetamol te slikken. Van de dagen erna herinner ik mij niets meer. Later is Long COVID-19 vastgesteld; er was schade in mijn longen. Toen ik licht herstelde probeerde ik ook weer te gaan sporten. Sporten was altijd mijn lust en mijn leven, maar van een simpele beweging scheurde nu spontaan mijn hamstring. Ook mijn spieren bleken aangedaan te zijn. Heel langzaam krabbelde ik op, totdat ik in 2022 opnieuw COVID kreeg. Weer reageerde ik heftig op de ziekte. En weer verliep het herstel zeer moeizaam. Het werd steeds duidelijker dat het leven dat ik voor 2020 leidde vanwege mijn lage energieniveau, verminderde concentratievermogen en cognitieve problemen niet meer haalbaar was. Ik werd gedeeltelijk arbeidsongeschikt. Daarna heb ik nóg een keer COVID gekregen, wederom een heftige reactie terwijl mijn naaste omgeving nauwelijks iets merkte van hun besmetting. Onbegrijpelijk. In die tijd ben ik van huisarts gewisseld. Mijn vorige huisarts pakte de handschoenen niet op. Mijn nieuwe huisarts doet dat wel. Zij probeerde meteen ook behandelingen uit die mogelijk zouden kunnen werken. En zij verwees mij naar het programma Soma & Psyche van Zuyderland MC. Om te herstellen was ik erg geneigd om telkens over mijn grenzen te gaan. De gedrevenheid die mij altijd vooruit had gebracht, werkte nu



averechts. Deze behandeling leerde mij inzien welke impact mijn lichamelijke problemen hadden op mijn mentale welzijn. Dit inzicht was een belangrijke stap om meer in balans te komen.

Vorig jaar verwees mijn huisarts mij naar het Post-COVID expertisecentrum in het MUMC+. In eerste instantie ervoer ik een drempel, ik weet namelijk dat er mensen met Post-COVID-19 zijn die echt niets meer kunnen en de hele dag in bed liggen. Ik kan nog rustig wandelen of een kort stukje fietsen op de e-bike. Ik kan nog functioneren als ik vooraf mijn activiteiten goed plan. Maar in Maastricht stelden zij mij gerust: ik voldeed door de schade die COVID-19 (in mijn lijf) had aangericht aan de criteria. Die erkenning, het feit dat mijn klachten serieus werden genomen, deed en doet nog altijd veel met mij.

Meteen zijn wij aan de slag gegaan met uittesten welke therapieën wel of niet voor mij werken. Naast vitaminepreparaten kreeg ik bijvoorbeeld SSRI's om mentaal meer in balans te komen. Daar kreeg ik heftige reacties en huiduitslag van. Net zoals op het COVID-19-virus blij ik ook duidelijk op medicatie heftig te reageren. De dosering moest omlaag. Daarnaast gebruik ik een lage dosering

Naltrexon; die medicatie helpt wel. Desondanks worstel ik nog met een laag energieniveau en cognitieve problemen. Het voelt soms alsof ik dement word. Daarnaast houd ik last van enorme schommelingen in mijn lijf: mijn bloeddruk en temperatuur vliegen soms alle kanten op. Het lastige is, dat die momenten niet te voorspellen zijn.

Er zijn kortom nog wel wat problemen op te lossen of tenminste vragen te beantwoorden. In het expertisecentrum worden die vragen serieus opgepakt. Maandelijks is er contact, de ene keer in het MUMC+, de andere keer via beeldbellen. Zij weten hoeveel ik ervoor over zou hebben om weer zoals vroeger te zijn. Ik weet dat dát niet meer haalbaar is. Des te waardevoller zijn de handvatten die ik krijg om het maximale uit mijn leven te halen. Ik probeer van iedere dag een feestje te maken. Soms lukt het om de slingers te vinden, andere dagen niet, dan is er maar even geen feest.”



**“Er is meer tijd nodig om een bewezen
behandelprogramma voor deze
nieuwe patiëntengroep op te zetten”**

HELLA BORGGREVE,
INTERNIST POST-COVID
EXPERTISECENTRUM MUMC+

Wat is er bereikt en hoe verder?

Na de COVID-epidemie blijkt dat ongeveer 3% van alle volwassenen klachten overhoudt. Het RIVM becijferde eind vorig jaar dat landelijk ongeveer 400.000 mensen post-COVID hebben; ongeveer 100.000 mensen ervaren ernstige klachten. De post-COVID expertisecentra die in 2025 in alle academische ziekenhuizen in het land (m.u.v. Nijmegen) opgericht zijn, moeten uitkomst bieden voor deze grote groep soms ernstig zieken patiënten. Hella Borggreve, internist en één van de drijvende krachten achter het Post-COVID expertisecentrum MUMC+ neemt ons mee in de laatste ontwikkelingen.

Voordat de expertisecentra hun deuren openen, kan bout gesteld worden dat mensen met post-COVID-syndroom nergens terecht konden. Er was geen bewezen behandeling en vanwege het ontbreken van een DBC werd post-COVID-zorg niet vergoed. De expertisecentra die met tijdelijke extra financiële middelen van de overheid zijn ingesteld, vullen dit hiaat op. “Onze taak is meerledig”, licht Hella Borggreve toe. “Wij behandelen patiënten, we onderzoeken welke behandelingen werken en we verzamelen de data om behandelingen te evalueren. Daarbij delen we expertise. Er zijn namelijk veel meer post-COVID-patiënten, dan wij in onze expertisecentra kunnen zien. De meeste patiënten worden gezien in perifere ziekenhuizen en door huisartsen. Daarom delen we de ervaringen die we opdoen. De criteria voor verwijzingen zijn landelijk gecommuniceerd; belangrijke updates worden eveneens via de formele kanalen gedeeld. En via online platforms als *postcovid.nl* en *c-support.nu* worden patiënten goed geïnformeerd. Voor zover ik het kan beoordelen worden deze platforms goed gevolgd.”

Fors beperkt In het Post-COVID expertisecentrum MUMC+ worden patiënten gezien door twee artsen en twee verpleegkundigen. “Het gros van de patiënten dat naar ons worden verwezen, heeft COVID opgelopen in de eerste jaren van de pandemie. Ze zijn vaak fors beperkt: ze hebben zelfs in rust klachten en kunnen nauwelijks intensieve activiteiten ondernemen. De klachten variëren van extreme vermoeidheid, cognitieve problemen zoals concentratie- en geheugenstoornissen en overprikkeling tot problemen met de bloedcirculatie, buikpijn, etc. Patiënten hebben vaak meerdere klachten. Vanwege de breedte van het spectrum, gebeurt de intake bij ons door een arts en verpleegkundige samen; de arts richt zich op medisch inhoudelijke vragen, de verpleegkundige op psychosociale klachten en de begeleiding. Tijdens de behandeling zien we onze

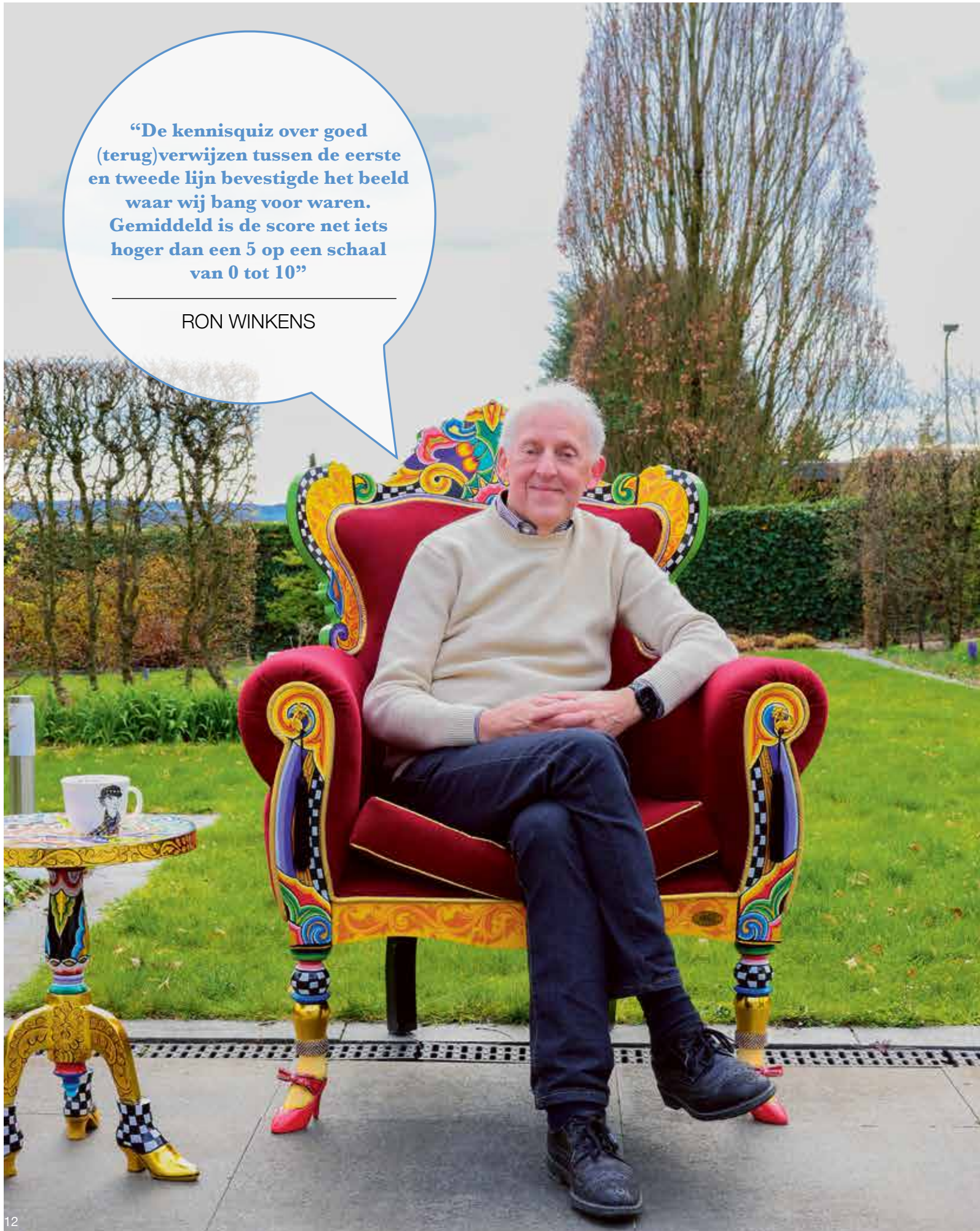
patiënten afwisselend; zo profiteren patiënten van onze beider expertises. Daarbij kunnen patiënten altijd laagdrempelig contact opnemen met de verpleegkundige. Deze taakverdeling pakt goed uit.”

“Het blijft zoeken naar wat werkt voor deze patiëntengroep”, vervolgt Hella Borggreve. “De internationale literatuur biedt soms handvatten, maar vooral moeten we zelf pionieren. Dat betekent klachten inventariseren en prioriteren, mogelijke onderliggende aandoeningen of ziekten uitsluiten en als eerste de belangrijkste klacht behandelen. En zo vervolgen we het traject met de behandeling van een volgende klacht, als dat nodig is. Elke behandeling wordt nauwkeurig geëvalueerd en deze resultaten worden landelijk gebundeld. Aan de hand van al die data proberen we te ontdekken wat werkt en voor wie.”

Maximaal haalbare Het is te vroeg om het over effectieve behandelingen te hebben. “Daarvoor moeten we het volledige pallet aan behandelingen dat we in ons land inzetten nog evalueren. Wel wordt steeds duidelijker dat er (nog) geen behandeling is waarmee we ernstig zieke post-COVID-patiënten volledig kunnen genezen. Het maximaal haalbare is op dit moment het verlichten van hun klachten. Alle post-COVID expertisecentra ervaren dan ook tijdsdruk. We worden gefinancierd met tijdelijke middelen en medio 2027 loopt deze financiering af. Het is positief dat wij de patiënten met de zwaarste klachten nu kunnen zien en dat wij behandelingen kunnen testen. Zolang er geen blijvende oplossing en structurele vergoeding voor post-COVID-patiënten is, bestaat echter het risico dat over niet al te lange tijd een grote groep mensen in ons land tussen wal en schip valt als onze ondersteuning stopt. Er is meer tijd nodig om een bewezen behandelprogramma voor deze nieuwe patiëntengroep op te zetten.”

**“De kennisquiz over goed
(terug)verwijzen tussen de eerste
en tweede lijn bevestigde het beeld
waar wij bang voor waren.
Gemiddeld is de score net iets
hoger dan een 5 op een schaal
van 0 tot 10”**

RON WINKENS



Het schort aan kennis over (terug)verwijzen

Weet **jij** hoe het moet?

Dagelijks worden honderden patiënten van de eerste lijn naar het MUMC+ en van het MUMC+ terug naar de eerste lijn verwezen. Het is geen geheim dat de communicatie bij (terug)verwijzen niet altijd goed verloopt. Op zoek naar beter stuitte dr. Ron Winkens, medisch coördinator van het Transmuraal Diagnostisch Centrum/HSD en voormalig huisarts, op een succesvolle methode om fouten in verwijzingen aan te pakken oftewel 'ontregel de zorg'.

De eerste stap binnen het project dat Ron Winkens van het Ministerie van VWS naar Maastricht haalde, was een kennisquiz om te peilen hoe huisartsen en medisch specialisten in onze regio omgaan met (terug)verwijzen en communicatie over patiëntinformatie. "Nou, die quiz maakte meteen veel los", lacht hij. "524 mensen hebben de vragen (deels) ingevuld. Helaas is géén van de 30 vragen in de quiz door iedereen goed beantwoord en globaal was de helft van de antwoorden juist. Het lastige van (terug)verwijzen is dat niemand dit geleerd heeft; verwijzen zit niet in het curriculum van de geneeskunde- en verpleegkunde-opleiding. De informatie erover staat wel ergens verstopt in wetgeving en richtlijnen, maar die is vaak moeilijk vindbaar en de wetgeving is op z'n zachtst gezegd door juridisch taalgebruik tamelijk ontoegankelijk."

Afspraken maken "Door het ontbreken van algemene kennis over (terug)verwijzen ontstaan misverstanden", vervolgt Ron Winkens. "Regelmatig worden specialisten bijvoorbeeld door huisartsen gevraagd om een nieuwe verwijzing uit te schrijven omdat een behandeljaar verlopen is. Terwijl dit jaarsysteem jaren geleden is afgeschaft. En zo zijn er onduidelijkheden over wie bloedonderzoek moet aanvragen als een patiënt onder behandeling is van een specialist: de huisarts of de specialist? Of wie hechtingen verwijdert na een ingreep: de huisarts of de specialist? Deze voorbeelden zijn in de richtlijnen niet duidelijk afgebakend, daar moet je dus onderling over afspraken maken."

Drs. Rogier de Ridder, maag-darm-leverarts in het MUMC+, is één van de ruim 500 artsen die de quiz heeft ingevuld: "Ik dacht eigenlijk dat ik best goed op de hoogte was van de regels, dus ik begon vol

enthousiasme aan de quiz. Meteen na het invullen kreeg ik de uitslag: 50% goed. Dat vond ik toch wel teleurstellend. De boodschap was helder: ook als je denkt dat je alles over (terug)verwijzen weet, kan het tegenvallen. Er zijn nieuwe regels door zorgverzekeraars of andere organisaties bedacht, die niet altijd goed gecommuniceerd worden. Daar zijn we dus slecht van op de hoogte en dat geldt niet alleen voor artsen. Het is zinvol om ook doktersassistenten, secretaresses en polimedewerkers mee te nemen in de scholing. Zeker omdat het bij dit thema vooral over communicatie en samenwerken gaat. Onduidelijkheden bij verwijzingen kunnen voor nogal wat ruis zorgen. Die haal je weg door persoonlijk contact te zoeken als je twijfelt of als een patiënt heen en weer moet om een verwijzing geregeld te krijgen: dat is onwenselijk. Ik zie de quiz als een mooie nulmeting, je moet er iets mee doen. Na de zomer zal de actie worden herhaald en hopen we dat de quiz heeft geholpen de kennis te verbeteren."

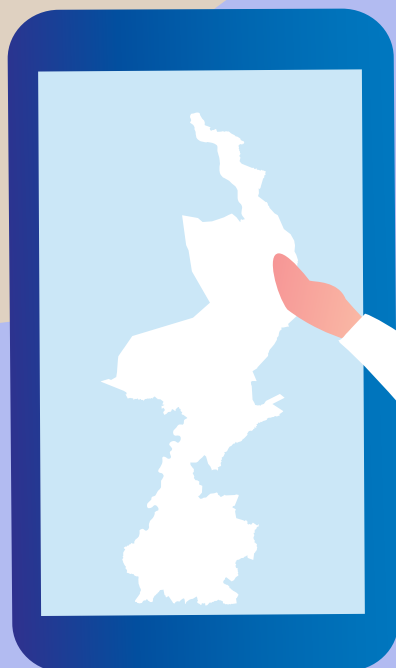
Er is kortom nog veel te winnen door kennis over (terug)verwijzen beter te verspreiden en alle relevante zorgprofessionals daarin te scholen. Ron Winkens: "De uitkomst vraagt om verdere stappen om de kennis te verbeteren en onnodige procedures en regels in de (terug)verwijzing te verminderen. Feit is dat alleen al de kennisquiz een leereffect had. Na het invullen van elke vraag kon je het juiste antwoord raadplegen en van die gelegenheid is heel goed gebruik gemaakt."



De Limburgse zorg kampt met grote personeelstekorten. Zonder actie becijfert Zorg aan Zet dat het aantal vacatures oploopt tot wel 19.000 in 2034. We spreken prof. dr. Walther van Mook (intensivist/internist en directeur van de Academie Medische Vervolgopleidingen MUMC+), dr. Joep van Roermund (uroloog en lid van de Centrale Opleidingscommissie MUMC+), en Ingrid van der Heijden van de Huisartsenopleiding MUMC+ over de tour de force die de regio Maastricht/Heuvelland wacht om voldoende artsen te houden. Ook spreken we Coen Feron die een opleiding tot anesthesioloog in het MUMC+ verruilde voor een opleiding tot huisarts.

ANIOS+-traject

De juiste arts op juiste
(opleidings-)plek
in deze regio



Prof. dr. Walther van Mook is intensivist/internist en directeur van de Academie Medische Vervolgopleidingen in het MUMC+.

“Wij zetten in onze opleidingen in op de kansen en voordelen van een carrière als specialist in het MUMC+ of elders in Zuid-Limburg. Hiervoor moeten we waarde bieden en het vak én de regio aantrekkelijk maken voor studenten én basisartsen; deze laatste groep bestaat uit ongeveer 15.000 mensen in ons land. Uit nader onderzoek weten we dat ongeveer de helft van deze grote groep artsen wel een opleiding ambieert, maar nog geen concrete plannen voor een specifieke specialisatie heeft. Om deze mogelijk geïnteresseerden te motiveren voor de zorg in Zuid-Limburg hebben wij als pilot een ANIOS+-programma van drie stages van telkens negen maanden ontwikkeld. Bij andere umc's heet dit programma 'ANIOS Nieuwe Stijl'; er zijn dus meer zorgorganisaties die vissen in dezelfde pool.

Een andere ontwikkeling is dat steeds minder artsen interesse hebben in een baan in een ziekenhuis. Dat heeft voor een klein deel te maken met arbeidsvoorwaarden, maar ook met verhalen over de verhoudingen en ontwikkelmogelijkheden in een ziekenhuis. Bovendien moeten we beseffen dat de nieuwe generatie artsen meer waarde hecht aan een betere balans tussen werk en privé. Onze pilot loopt begin 2027 af; de animo is goed. Maar, we moeten vooruitkijken.

Dr. Joep van Roermund is oncologisch uroloog in het MUMC+, bestuurder bij de Centrale Opleidingscommissie en coördinator van het ANIOS+-programma.

“Omdat de ANIOS+ niet in opleiding zijn, heeft de Centrale Opleidingscommissie in feite niets over hen te zeggen. Wij zijn toch betrokken omdat wij deze groep heel belangrijk vinden. Zij krijgen dezelfde faciliteiten en ondersteuning en ANIOS zijn net als AIOS vrij om hun specialisatie te kiezen: of dat nu in de huisartsenpraktijk

is of in het MUMC+. Dat maakt dit project uniek. We zitten op één lijn met de huisartsopleiding en gunnen elkaar wat. Als opleidingscoördinator binnen de urologie ben ik op de werkvloer bij de opleiding van 'onze' eigen ANIOS+ betrokken. Daar lopen we soms tegen praktische zaken aan, zoals verschillen in de cao en zaken als reis-

Waar ligt de verantwoordelijkheid als er straks niet genoeg dokters in Zuid-Limburg willen werken?

Naast het MUMC+ zijn er meer partijen, die een actieve rol hebben om dit donkere scenario te voorkomen; de intensieve samenwerking

tussen het MUMC+ en de Universiteit Maastricht is hier al een resultaat van. Verder is er projectcoördinatie nodig en aandacht voor P&O-zaken voor deze ANIOS+ en zeker ook geld, om (nieuwe) specialisten die al dan niet in opleiding zijn en zij-instromers te ondersteunen. Zeker tegen het licht van de huidige overheidsbezuinigingen moeten hiervoor toekomstgerichte keuzes gemaakt worden. Daarbij moeten we over de grenzen van ons centrum en het ziekenhuisvak leren kijken om te zien wat voor artsen van nu doorslaggevend kan zijn om voor Zuid-Limburg te kiezen. Daar horen ook kinderopvang, woon- en onderwijsmogelijkheden, vakinhoudelijke ontwikkeling, mentorschap, intervisie en het creëren van kansen en mogelijkheden voor bredere ontplooiing bij.”



kostenvergoedingen tussen huisartsen en ziekenhuisartsen. Goede begeleiding door P&O en een projectcoördinator zijn onontbeerlijk om dit in de toekomst te laten slagen. Het is daarom belangrijk om nu al na te denken over het structureel integreren van p&o-ondersteuning in het ANIOS+-opleidingstraject.

Ik bezoek ook andere regio's om te kijken hoe zij zaken aanpakken. Zo zagen we na een faillissement van meerdere huisartsenpraktijken in Noord-Nederland dat patiënten met urologische klachten, die normaal behandeld kunnen worden door de eerste lijn, naar de Spoedeisende Hulp werden gestuurd. Daardoor vergrootte de druk op specialisten. Hetzelfde kun je verwachten als er straks in onze eigen regio een tekort aan huisartsen is. Andersom is er ook een probleem als er genoeg huisartsen zijn, maar onvoldoende verwijsmogelijkheden naar specialisten. De balans moet goed zijn. Bij het werven van nieuwe artsen spelen voor regio's als Groningen en Limburg extra factoren een rol. Wat kun je bieden naast een goede opleiding en fijne werkplek? Zijn er ook voldoende kansen voor een partner? Mijn vrouw had een goede baan in Utrecht; als zij niet met mij was meegekomen naar Maastricht, had ik hier niet gezeten.”



Ingrid van der Heijden is huisarts, plaatsvervangende hoofd van de Huisartsenopleiding bij MUMC+ en mentor binnen het ANIOS+-programma.

“De uitdagingen in de eerste lijn zijn groot, het aantal AIOS loopt terug terwijl de zorgvraag groeit, zeker in deze regio. Niet iedereen kan zomaar instromen in het ANIOS+-programma: de kandidaat moet afgestudeerd arts zijn en de Nederlandse taal beheersen. Daarna volgt een gestructureerde sollicitatieprocedure waarin we volgens de STARR-methode* een beeld vormen van de competenties van een kandidaat. Dit totaalbeeld is belangrijk, want we proberen de juiste arts op de juiste (opleidings-)plek te krijgen in de regio, in het MUMC+ dan wel extramuraal. Doel is te achterhalen wat de stip aan de horizon is voor een kandidaat en hoe hij of zij daar denkt te komen. Kandidaten die dit pad al compleet hebben ingevuld, hebben het ANIOS+-traject niet nodig. Ligt de route nog open, dan kunnen wij helpen. Goede counseling is cruciaal op dit traject, want artsen die op de verkeerde plek terechtkomen zakken op een gegeven moment toch door het ijs. Hoe beter de samenwerking tussen ons als huisartsenopleiding en de academische opleidingen in het MUMC+ is,

des te soepeler verloopt de plaatsing en begeleiding in de praktijk.

Om een vinger aan de pols te houden organiseren we om de zes weken een terugkomdag speciaal voor ANIOS huisartsengeneeskunde, waarop zij ervaringen

kunnen uitwisselen en een beroep kunnen doen op extra support van een docent. Op die dagen organiseren we ook themabesprekingen, bij wijze van nascholing. Die warme band tussen de opleiding en de ANIOS en tussen de ANIOS onderling wordt gewaardeerd. Ook wordt er goed samengewerkt met Medische Studievereniging Pulse. Zij geven waardevolle input voor ons programma vanuit hun perspectief.”

**STARR staat voor Situatie, Taak, Actie, Resultaat, Reflectie.*



Coen Feron (34) startte in 2017 met de opleiding tot anesthesioloog in het MUMC+. Vlak voor zijn afstuderen besloot hij over te stappen naar de opleiding tot huisarts. Dit jaar rondt hij die opleiding af.

“Ik vond anesthesiologie altijd een prachtig vak. De keuze voor mijn specialisatie had ik dan ook snel gemaakt en het voelde als een voorrecht dat ik in het MUMC+ een opleidingsplek kreeg. Maar gaandeweg sloeg de twijfel toe. Ik miste steeds meer het contact met patiënten; dat is binnen de anesthesiologie vaak beperkt tot de intake en de

laatste minuten voordat de narcose inwerkt. De dagen in de OK vielen mij ook steeds zwaarder. Ik miste het daglicht, maar vooral miste ik het dokteren en het contact met buiten, de samenleving. Maar ja, specialisatieplekken zijn dure opleidingsplekken; dus zet je door. Daar is het hele onderwijssysteem in de gezondheidszorg op ingericht. Ook gesprekken met de vertrouwenspersoon van de opleiding motiveerden vooral om nog even vol te houden en de opleiding af te ronden. Ik legde het eindexamen anesthesiologie met succes af en bereidde me voor op mijn afstuderen. Een paar maanden voor mijn officiële afstuderen hakte ik toch de knoop door en besloot ik te stoppen. Intussen zit ik in het laatste jaar van de huisartsenopleiding.

De meest gehoorde opmerking die ik kreeg was: ‘Is het niet ontzettend zonde dat je al die tijd en energie die je in een specialisme hebt gestoken achter je laat?’ Ik denk dat de eerste lijn juist kan profiteren van dokters die hun vlieguren in het ziekenhuis hebben gemaakt! Ik heb in ieder geval geen seconde spijt gehad. Ik kan iedere dag dokteren, voel mij meer betrokken bij de samenleving en ik heb meer rust. In een ziekenhuis sta je altijd aan, nu kan ik mijn zorghoofd en -hart weleens uitzetten als ik niet werk. Ook dat past denk ik veel beter bij mij.”



Nieuw onderzoek naar voorkómen van spierverlies bij ziekenhuisopname

Een korte ziekenhuisopname kan bij oudere mensen al binnen enkele dagen leiden tot aanzienlijk spierverlies. Dat heeft ingrijpende gevolgen voor mobiliteit, zelfstandigheid en kwaliteit van leven. Het Maastricht UMC+ start daarom een grootschalig wetenschappelijk onderzoek naar manieren om spierverlies tijdens ziekte en ziekenhuisopname te voorkomen. Volgens hoofdonderzoeker prof. dr. Luc van Loon, hoogleraar Fysiologie van Inspanning en Voeding, zijn het vooral korte periodes van inactiviteit die spieren snel verzwakken. "Niet ouderdom zelf, maar periodes van inactiviteit tijdens een ziekenhuisopname, operatie of ziekte kan al binnen enkele dagen leiden tot aanzienlijk verlies van spiermassa en kracht," zegt hij. *Meer informatie:* www.mumc.nl/actueel/nieuws.

KORT*nieuws*

Uitbreiding aantal erkende expertisecentra voor zeldzame aandoeningen

Het Maastricht UMC+ heeft van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) toestemming gekregen om het aantal door VWS erkende Expertisecentra voor Zeldzame Aandoeningen (ECZA's) verder uit te breiden. In deze nieuwe centra is de diagnostiek, behandeling en kennisontwikkeling rond de volgende zeldzame aandoeningen gebundeld: Cystic Fibrosis /Taaislijmziekte, Pulmonale (arteriële) hypertensie en Bronchopulmonale dysplasie. Daarnaast is de expertise van het Maastricht UMC+ erkend op het gebied van: Cardiale amyloïdose. Het MUMC+ heeft nu in totaal 27 door het ministerie van VWS erkende ECZA's, waarin zorg, onderzoek en onderwijs rond meer dan 70 zeldzame aandoeningen is samengebracht. Patiënten kunnen hier rekenen op hooggespecialiseerde, multidisciplinaire zorg, gebaseerd op de laatste wetenschappelijke inzichten en de nieuwste internationale richtlijnen.

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



Oproep

Het magazine Praktijk is op zoek naar een of twee (waarnemend) huisartsen die de redactieraad van Praktijk willen komen versterken. De redactieraad vergadert vier keer per jaar op een woensdag van 12.30-13.30 uur. De vergadering kan eventueel ook online worden bijgewoond. Tussendoor kan er gevraagd worden om mee te denken over onderwerpen en mogelijk te benaderen personen hiervoor. Naast de redactievergaderingen is de tijdsinvestering minimaal. Voor meer informatie, neem gerust contact op met Liesbeth van Hoef via liesbeth.van.hoef@mumc.nl.

Diepe hersenstimulatie veilig en haalbaar bij ernstige tinnitus

Diepe hersenstimulatie (DBS) is veilig en mogelijk effectief bij mensen met ernstige tinnitus. Dat blijkt uit een studie van het Maastricht UMC+, waarbij vier patiënten een hersenoperatie ondergingen. Geen van hen had blijvende bijwerkingen en drie van hen merkten een vermindering van hun klachten. Naar schatting heeft zo'n 14% van de bevolking er in meer of mindere mate last van. Bij een kleine groep helpen bestaande behandelingen, zoals gehoorapparaten of cognitieve therapie, onvoldoende. "Zij blijven vaak zitten met aanhoudende klachten die hun functioneren, stemming en slaap ernstig verstoren," zegt hoofdonderzoeker dr. Mark Janssen, neuroloog en klinisch neurofysioloog. Daarom onderzocht hij samen met zijn team of diepe hersenstimulatie, een techniek die succesvol wordt ingezet bij aandoeningen zoals de ziekte van Parkinson, ook verlichting kan bieden bij ernstige tinnitus. *Meer informatie:* www.mumc.nl/actueel/nieuws.



In 2000, vorig jaar precies 25 jaar geleden, vestigde de Huisartsenpost Maastricht/Heuvelland zich in het Maastricht UMC+, naast de Spoedeisende Hulp. De 'buren' gingen steeds intensiever samenwerken en nu hebben Erica Posma, directeur-bestuurder van de Huisartsen Spoedpost (HAP), en dr. Ronald Henry, medisch manager van de SEH- Acute Opname Afdeling (AOA) in het Maastricht UMC+, de handen ineengeslagen om zich samen voor te bereiden op de toekomst. "Onze omgeving en rol veranderen snel op dit moment. Alleen samen kunnen we goede spoedzorg voor onze regio beschikbaar houden."

HAP en SEH maken vaart met **gezamenlijk plan** voor spoedzorg in de regio

"Juist omdat onze samenwerking zo gestroomlijnd verloopt, willen we nu ook samen dieper ingaan op de vraag hoe we de juiste zorg op de juiste plek, door de juiste zorgverlener kunnen bieden", legt Erica Posma uit. "We hebben in onze regio allemaal te maken met dezelfde uitdagingen, zoals de krapte op de arbeidsmarkt en de stijgende zorgvraag. Daarbij zien wij de patiëntenpopulatie voor onze ogen veranderen. De vergrijzing drukt een stempel op zowel de HAP als de SEH. Zorgvragen zijn complexer geworden en vragen meer tijd van zorgprofessionals. Mensen worden ouder en wonen langer thuis, en als dat op een bepaald moment niet meer lukt ontstaat een acute situatie. Dan is 24/7 beschikbare spoedzorg nodig. Het beschikbaar en toegankelijk houden van deze spoedzorg is niet altijd eenvoudig. Er zijn knelpunten ontstaan die niet eenvoudig op te lossen zijn, maar samen bereiken we meer. Daarom werken zowel de HAP als de SEH ook nauw samen met thuiszorg- en verpleeghuiszorgorganisaties. Zo is op onze HAP en de SEH altijd een wijk-

verpleegkundige aanwezig om op ons verzoek passende zorg voor een patient te bieden. Voldoende handen beschikbaar hebben voor patienten die een beroep doen op acute zorg is de grote uitdaging."

Ronald Henry vult aan: "De zorgsector zelf is ook veranderd. Vroeger waren organisaties strikt gescheiden; zodra een patiënt de SEH verliet, hield mijn verantwoordelijkheid als arts op. Die tijd ligt achter ons. We zijn allemaal schakels in hetzelfde domein, dezelfde netwerkorganisaties. Dat betekent dat we ook alleen samen ervoor kunnen zorgen dat die schakels goed functioneren en de eerste en tweede lijn meer op elkaar afgestemd zijn. Hier ligt dan ook de opdracht waar de HAP en SEH voor staan: hoe kunnen wij met de beschikbare mensen onze patiënten helpen, ongeacht of het nu om eerste of tweede lijn gaat. Door van meet af aan samen op te trekken bij het onderzoek en het maken van de plannen, kunnen we het toekomstplaatje voor onze regio beter inrichten. De urgentie is groot. Want



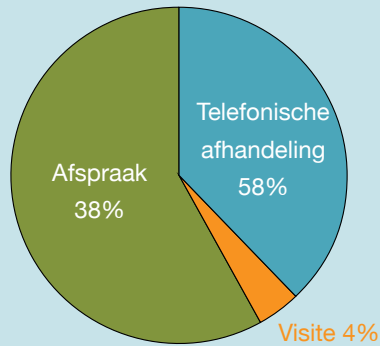
“

RONALD HENRY

“Doorgaan op de huidige manier is geen optie, dat is wensdenken. We moeten kritisch naar de zorgvraag kijken en op basis daarvan een gezamenlijke organisatie voor spoedzorg inrichten.”

”

Jaarlijks beantwoordt de Huisartsen Spoedpost rond de 52.000 vragen



8% wordt verwezen naar de SEH met de belangrijkste klachten:

- letsel aan armen of benen
- buikpijn
- oogklachten.

de ontwikkelingen gaan zo snel, dat het lijkt alsof de tijd ons inhaalt. De toekomst is nu.”

Stap één naar het toekomstplan is een analyse van de aantallen zorgvragen en de 24/7-beschikbaarheid van zorgprofessionals. Marije Hoos, programmamanager bij de HAP, is de drijvende kracht achter dit onderzoek. “Medisch gezien weten we veel van de mensen die wij bij de HAP en SEH zien”, licht zij toe. “We kennen de diversiteit aan zorgvragen. Zo weten we bijvoorbeeld dat veel patiënten met klachten over het bewegingsapparaat contact hebben met de HAP. Ook weten we wanneer er piekmomenten zijn en daar stemmen we de roosters van triagisten en huisartsen op af. Door samen met de SEH de data en analyses die we hebben te bespreken, verwachten we de beschikbare, juiste zorgprofessional op het juiste moment op de juiste plek – HAP of SEH – te kunnen inzetten.”



PODCAST SPOEDBERAAD

Luister ook naar de Podcast Spoedberaad. In de tweede aflevering gaat Marijke Roskam in gesprek met Noud Peppelenbosch (medisch directeur Centrum voor Acute en Kritieke Zorg) en Ronald Henry (medisch manager SEH) over hun visie op de toekomst van de spoedzorg in Nederland en specifiek in Limburg. www.facebook.com/reel/1457941979103830?locale=nl_NL



ERICA POSMA:

“Het is een kracht dat de HAP en SEH al 25 jaar goed samenwerken. Dat we nu ook samen de spoedzorg van de toekomst voor onze regio vormgeven, is een mooie verdieping van die samenwerking”

”

Column

Door prof. dr. Jeroen Hendriks – Hoogleraar Verplegingswetenschap, in het bijzonder Integrated Care

Zorg in beweging

Integrated Care als vehikel naar toekomstbestendige zorg

De zorg staat op een kantelpunt. De vergrijzing neemt toe en gaat hand in hand met een groeiende prevalentie van multimorbiditeit. Patiënten hebben niet langer één aandoening, maar meerdere, vaak chronische ziekten tegelijkertijd. Daarnaast spelen risicofactoren en leefstijl een belangrijke rol. Dit maakt de zorg complexer en verandert de zorgvraag. Tegelijkertijd stevenen we af op mogelijke capaciteitsproblemen door een dreigend tekort aan zorgprofessionals, met name verpleegkundigen. Een toenemende vraag bij een afnemend aanbod is een realiteit die ons dwingt tot fundamentele keuzes.

Binnen mijn leerstoel Verplegingswetenschap, in het bijzonder Integrated Care richt ik mij op innovatieve modellen van zorg, waarbij Integrated Care een belangrijk raamwerk biedt om zorgprocessen fundamenteel te herontwerpen, zodat deze beter aansluiten bij de patiënt en diens veranderende en complexere zorgvraag, en tegelijkertijd gepersonaliseerde zorg mogelijk maken.

Integrated Care legt de focus op het organiseren van zorg over de grenzen van disciplines, afdelingen en organisaties heen. Niet als losse onderdelen, maar als één samenhangend systeem waarin patiënten, naasten en zorgprofessionals gezamenlijk optrekken. De juiste zorg, voor de juiste patiënt, op de juiste plaats, wordt daarmee leidend.

Vier pijlers vormen de basis. *Patiëntgerichte zorg*, met nadruk op betrokkenheid en gezamenlijke verantwoordelijkheid, educatie en het versterken van eigen regie. *Interdisciplinaire teams* waarin verpleegkundigen een centrale rol spelen in o.a. coördinatie van zorg en het toepassen van hun specifieke expertise. Een *holistische benadering* met aandacht voor de mens achter de patiënt en voor de complexiteit van multimorbiditeit. En *technologie* als essentiële schakel om processen



te ondersteunen en slimmer te werken. De kracht van Integrated Care zit in de samenhang tussen deze pijlers. Het gaat niet om afzonderlijke interventies, maar om een systemische benadering van zorg waarin de pijlers met elkaar verweven zijn. Integrated Care biedt specifieke mogelijkheden voor de rol van verpleegkundigen: niet alleen in de klinische praktijk, maar juist ook in het academiseren van de zorg en de professie, waarmee de verbinding wordt gelegd tussen onderzoek, onderwijs en klinische praktijk. Om de zorg echt toekomstbestendig te maken, is het belangrijk om te investeren in nieuwe modellen van zorg, waarbij Integrated Care als leidend kader fungeert. De kracht van het model is tevens dat is aangetoond dat het in de praktijk leidt tot minder ziekenhuisopnames en sterfte en tevens resulteert in een kostenbesparing.