

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

Praktijk



**Joost Koemans,
Tamara Stols
en Anita Ubachs**
Zelfzorg staat voor
zelfstandigheid
en eigen regie

Matthijs Bosveld
Stichting KOMPAZ Nederland
vertaalt Zuid-Limburgse
innovatie naar landelijke beweging

**Fabiënne Magdelijns, Saskia Nicolai,
Hanneke Joosten, Merel Drummen,
en Suzanne Cappon**
Dit is GOUD

3'26

ALLES STROOMT



Maastricht UMC+



Alles stroomt en beweegt op dit moment in de zorg. Hoe blijf je koersvast? Loes van Bokhoven vraagt het in het duo-interview met Jessica Willemse, sinds mei dit jaar medisch coördinator van het Transmuraal Diagnostisch Centrum in het MUMC+: "Er spelen momenteel zoveel innovaties en ontwikkelingen, die zowel de eerste als de tweede lijn raken... Wáár begin jij?" Bij transmuraal denken en werken is Jessica's antwoord. En daar is de GOUD-poli een mooi voorbeeld van. Of bij het betrekken van mensen bij hun gezondheid; het gedachtegoed achter de Academie voor zelfzorg. Zo passeren in deze Praktijk meer interessante ontwikkelingen de revue die iedereen in de zorg raken; van de brug die de nog jonge Academische Werkplaats Huisartsengeneeskunde Horizon slaat tussen spreekkamer naar zorgvernieuwing tot een nieuwe aanpak van (hyper)polyfarmacie over de grenzen van alle zorglijnen heen.

inhoud



- 3 Zelfzorg staat voor zelfstandigheid en eigen regie**
Joost Koemans, Tamara Stols en Anita Ubachs



- 6 Uit de Praktijk**
Herman Doms



- 7 Kort nieuws**



- 8 Stichting KOMPAZ Nederland vertaalt Zuid-Limburgse innovatie naar landelijke beweging**
Matthijs Bosveld



- 10 Vinger aan de pols bij polyfarmacie**
Judith de Ruijter van Dalem, Fatma Karapinar-Çarkit
- 12 Duo-interview Jessica Willemse en Loes van Bokhoven**

- 14 Van vraag uit de spreekkamer naar onderzoek en onderwijs**
Gaston Peek

- 15 Dit is GOUD**
Fabiënne Magdelijns, Saskia Nicolai, Hanneke Joosten, Merel Drummen en Suzanne Cappon

- 20 Column: Briljante robijn?**
Jochen Cals

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* Loes van Bokhoven, Coen Feron, Leni Hager, Liesbeth van Hoef, Ellen Kennes, Fabiënne Magdelijns, Strategyminds, Floris Vanmolkot, Jessica Willemse. *Eindredactie* Liesbeth van Hoef. *Fotografie* 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.

Sinds 2018 ondersteunt het Maastricht UMC+ patiënten en mantelzorgers bij het aanleren van zorghandelingen die zij zelf kunnen uitvoeren. Zo houden mensen meer regie over hun dagelijks leven en is professionele zorg beschikbaar waar die nodig is. Inmiddels zijn in onze regio acht grote zorgorganisaties, waaronder Zuyderland MC, Envida, Vitala+ en ZIO, aangesloten bij de Academie voor zelfzorg en kiezen in Zuid-Limburg meer dan 3.000 patiënten, waaronder veel ouderen, bewust voor zelfzorg. Joost Koemans, programmamanager bij de Academie voor zelfzorg, en instructieverpleegkundigen Tamara Stols en Anita Ubachs vertellen over de kracht van zelfzorg – “Mensen geven letterlijk aan dat zij hun vrijheid terugkrijgen” – en de verdere groeiambities van de academie.

Zelfzorg staat voor zelfstandigheid en eigen regie. Voor patiënten is dat pure winst.

JOOST KOEMANS: **“Hoe meer betrokken mensen zijn bij hun gezondheid, hoe beter. Dat besef moet niet alleen bij patiënten en mantelzorgers zelf, maar ook bij professionals nog beter landen.”**



“Momenteel kunnen zorgprofessionals via de Academie voor zelfzorg professionele instructeurs inschakelen voor het trainen van al twintig zorghandelingen; van oogdruppelen en het aantrekken van steunkousen tot werken met e-health, stomazorg, drain- en wondzorg en complexere handelingen zoals het toedienen van intraveneuze antibiotica en nefrostomiekatheterzorg. Nieuwe trainingen volgen snel, want de vaart zit erin. Zelf-

zorg is een speerpunt in het IZA-transformatieplan en dat is niet voor niets. Zelfzorg helpt passende zorg te bieden. Mensen die een handeling zelf leren uitvoeren, hebben minder of soms zelfs helemaal geen hulp meer nodig. Wij horen regelmatig terug hoe positief dit voor patiënten en mantelzorgers uitpakt. Doordat ze de zorghandelingen zelf kunnen verrichten zijn zij niet afhankelijk van de momenten waarop de thuiszorg

komt. Ze nemen waar dat kan, zelf de regie over hun gezondheid en zijn vrij om hun dagindeling zelf in te vullen (zie ook de column *Uit de Praktijk* op pagina 6). Daarnaast horen wij terug dat de zelfstandigheid en zelfredzaamheid hun eigenwaarde versterkt. Dát gevoel van ‘ik kan en doe het nog zelf en leef mijn eigen leven’; dáár doen we het voor.

Lees verder op de volgende pagina >



Vervolg van pagina 3

Tegelijkertijd betekent minder inzet van zorg bij relatief eenvoudige handelingen dat er capaciteit vrijkomt voor mensen die complexe(re) zorg nodig hebben. Zorgverleners kunnen hun tijd en expertise daardoor inzetten waar die het hardst nodig zijn.”

In heel Zuid-Limburg wordt momenteel gewerkt aan de integratie van zelfzorg in zoveel mogelijk zorgorganisaties in de eerste en tweede lijn. Joost: “In het transformatieplan staat als mijlpaal opgenomen dat we in september 2027 3.275 mensen getraind

moeten hebben. Dat aantal hebben we nu al overschreden. Die snelle groei laat zien dat er een cultuurverandering gaande is. Steeds meer mensen staan er open voor om met ondersteuning van een instructeur zelf de regie over hun gezondheid te nemen. En steeds meer zorgverleners ervaren wat het oplevert wanneer zij taken kunnen loslaten.”

Specialisten en (wijk)verpleegkundigen, maar ook huisartsen en praktijkondersteuners kunnen patiënten naar de Academie voor

zelfzorg verwijzen. Joost: “Mijn advies is: kijk goed naar wat iemand écht nodig heeft. Moet een zorgprofessional deze handeling overnemen of kan iemand het met de juiste begeleiding zelf leren? Dat levert winst op voor de patiënt én voor de zorgprofessional.”

TAMARA STOLS IS INSTRUCTIEVERPLEEGKUNDIGE IN HET MAASTRICHT UMC+: **“Het is ‘zelfzorg, tenzij’, altijd met oog voor wat iemand kan en in samenspraak.”**

“In het Maastricht UMC+ trainen wij zowel klinische als poliklinische patiënten; kinderen en hun ouders, maar ook patiënten van 80 en ouder. Soms gaat het om best complexe handelingen.

Uitgangspunt bij elk instructietraject is een gesprek over de mogelijkheden. Ben je fysiek en cognitief in staat om de instructie te ontvangen? Is er een mantelzorger die (een deel van) de handeling kan overnemen? Veel mensen kunnen zorghandelingen zelf leren en wij helpen hen om dat te kunnen. Natuurlijk altijd met oog voor wat iemand fysiek en cognitief aankan en welke ondersteuning nodig is. Zelfzorg gebeurt altijd in samenspraak. Als alle seinen op groen staan, starten we met een stukje

theorie. Daarna laten we de handeling zien en leggen we uit waarom we iets op een bepaalde manier doen. Vervolgens gaat de patiënt oefenen. In deze fase spelen tijdens een ziekenhuisopname de verpleegkundigen een belangrijke rol. Thuis zijn dat de wijkverpleegkundigen. Stel dat ik ‘s ochtends met een patiënt oefen hoe je zelf een stoma kunt verzorgen, dan helpen zij het leerproces door die zorghandeling ook in hun ondersteuning aan de patiënt over te laten. Dit vraagt om samenwerking en korte lijnen tussen alle betrokkenen bij het zorgproces. Over het algemeen zijn mensen enthousiast over zelfzorg en willen ze het graag leren. Slechts af en toe vinden ze het spannend of hebben ze moeite met het idee, meestal doordat nog niet helemaal duidelijk is wat



er van hen wordt verwacht. Als je dat goed uitlegt, zie je de mensen ontdooien. ‘Is dit het maar? Dat valt toch best mee’, horen we dan terug. Dan weten we dat die patiënt een belangrijke stap heeft gezet. Zelfs als een patiënt na onze instructie niet alles zelf kan en er toch thuiszorg nodig is, hebben we het aantal zorgmomenten wél vermindert, omdat de patiënt een deel van de zorg zelf uitvoert.”

ANITA UBACHS IS FYSIOTHERAPEUT/INSTRUCTIE-VERPLEEGKUNDIGE BIJ VITALA+:

“Zelfzorg is echt een win-win voor alle partijen.”

“Bij Vitala+ zijn verschillende disciplines betrokken bij het geven van zelfzorginstructies. Verpleegkundigen leren patiënten bijvoorbeeld hoe ze na een operatie Fraxiparine kunnen injecteren, hoe ze hun stoma verzorgen of oogdruppels toedienen. Een ergotherapeut begeleidt bij het leren omgaan met hulpmiddelen. Als fysiotherapeut richt ik me op het zo zelfstandig mogelijk functioneren bij ADL-vragen en verplaatsingen. Meteen al bij de opname kijken we naar de mogelijkheden om met zelfzorg aan de slag te gaan, maar soms ontstaat die ruimte pas tijdens het herstel- of revalidatietraject. Zowel de arts en paramedici als de zorg op de afdeling

kan ons dan inschakelen. Samen met de patiënt bepalen we het juiste moment om te starten. Het leertraject is eigenlijk heel eenvoudig: we leggen uit, doen het voor en laten de patiënt het vervolgens zelf doen. Het is in dit proces iedere keer mooi om te zien wat er gebeurt als mensen hun zelfstandigheid terugkrijgen en zelf de regie over hun leven houden. Dat is voor iedereen belangrijk, ongeacht leeftijd. Iedereen wil zo snel en zelfstandig mogelijk naar huis kunnen. Tegelijkertijd ontlasten we de zorg. Hier ligt een verantwoordelijkheid voor ons allemaal. Bij een opname gaan veel mensen er automatisch van uit dat straks thuiszorg beschik-

baar is. In de praktijk wordt dit steeds moeilijker. Wij gaan daarover in gesprek met onze patiënten en laten hen zien wat zij zelf kunnen doen om dit probleem op te lossen. Hierdoor verandert vaak al hun houding. Als ze vervolgens ervaren dat een handeling minder ingewikkeld is dan ze dachten, zijn ze meestal om. De insteek is dat we samen kijken naar wat kan. Het verlangen naar zelfstandigheid zorgt daarbij vaak voor extra motivatie en betrokkenheid bij het herstel. Ik vind het mooi om mensen daarbij op weg te helpen.”

UIT DE *praktijk*

In deze rubriek delen we ervaringen uit de praktijk over een thema in dit blad. Herman Doms (76) kreeg eerder dit jaar een stoma als gevolg van prostaatkanker. Instructeurs van de Academie voor zelfzorg leerden hem hoe hij zelf zijn stoma kan verzorgen. "Sindsdien heb ik mijn vrijheid terug", zegt Herman.

"Ik heb mijn **vrijheid** terug"

Herman Doms is een actieve 76-jarige Maastrichtenaar. Druk met zijn kinderen en kleinkinderen, lid van verschillende verenigingen, verkeersregelaar bij grootschalige evenementen in heel Limburg en enthousiast wandelaar. Tochten van tien of vijftien kilometer? Hij draait er zijn hand niet voor om. Onlangs kreeg Herman een stoma. Dat was een flinke inbreuk op zijn leven, totdat hij, zoals hij dat zelf vertelt, leerde hoe hij zelf voor zijn stoma kon zorgen.

"Toen ik een stoma kreeg, was dat even slikken", blikt Herman terug. "Ik ben altijd heel actief geweest en wil graag zowel fysiek als sociaal in beweging blijven. Maar met de stoma kon ik niet meer gaan en staan waar ik wilde. De ingreep was voorspoedig verlopen en ook met het idee van een stoma had en heb ik niet zo veel moeite. Ik ben positief ingesteld: wat voor mijn gezondheid moet gebeuren, moet gebeuren. Het lastigst was dat ik voor de verzorging van de stoma ineens afhankelijk was van de thuiszorg. Een paar keer per week, soms dagelijks, moest ik thuisblijven totdat de wijkverpleegkundige geweest was. En omdat ik in het begin veel last had van lekkages, zat ik soms hele dagen thuis; terwijl ik de ziekte achter mij wilde laten en er juist weer op uit wilde gaan. Dat maakte mij onzeker en zorgde achteraf gezien best voor een dip."

De wijkverpleegkundige zag dat Herman last had van de nieuwe situatie en verwees hem naar de Academie voor zelfzorg. Herman: "Ik stond daar open voor en al heel snel stonden twee instructeurs bij mij thuis voor de deur. Van begin af aan wilde ik de verzorging per se zelf doen. De instructeurs keken mee en gaven tips. De gouden tip was

het gebruik van een spiegel. Ik kan mijn stoma van bovenaf zelf niet zien en vlak na de ingreep gebeurde de zorg terwijl ik op de bank lag; dan zie je dus ook niet wat er gebeurt. Ik weet nu hoe ik met behulp van een spiegel zelf kan zien wat ik doe en in welke volgorde ik de handelingen moet uitvoeren. Ik heb alle instructies als een spons opgenomen. De tweede keer dat de instructeurs langskwamen, stonden

ze versteld van de stappen die ik had gezet. Ik kon het gewoon zelf. We hebben maar een kopje koffie gedronken, want verdere instructies waren niet nodig. Dat was niet alleen fijn voor mij, maar ook voor hen. Zij konden er 100% op vertrouwen dat ik deze zorg zelf op mij kan nemen. Het feit dat ik 35 jaar lid geweest ben van het BHV-team bij de ENCI zal hierbij zeker een rol hebben gespeeld."

"Ik ben ontzettend tevreden over de deskundigheid en de aanpak van de instructeurs. Ze leggen de handelingen die je moet doen goed uit, staan naast je terwijl je het zelf probeert en geven je vertrouwen in jezelf. Dit laatste vind ik misschien wel het belangrijkste. Ik ben nu wat deze zorg betreft niet meer afhankelijk van anderen en durf er weer op uit te gaan. Dat is geweldig. Laatst ben ik een dag met de kinderen en kleinkinderen naar de Efteling geweest. Daar kreeg ik plots last van een lekkage. Vóór mijn instructies zou ik misschien in paniek zijn geraakt, nu wist ik wat ik moest doen. Het familiefeest kon dus gewoon doorgaan. Dat is zo waardevol."

Meer over de Academie voor zelfzorg lees je op pagina 3 in dit magazine en op www.academievoorzelfzorg.nu.





Nieuwe **echotechniek** kijkt tijdens hartklepingreep mee vanuit het hart

Cardiologen van het Maastricht UMC+ hebben afgelopen jaar als eerste in de Benelux een nieuwe echotechniek ingezet die tijdens een hartklepingreep letterlijk vanuit het hart meekijkt. De techniek, 3D intracardiale echocardiografie (3D ICE), levert gedetailleerde driedimensionale beelden op van de hartklep tijdens de ingreep. Daardoor kunnen bepaalde patiënten mogelijk beter en minder belastend worden behandeld. Een groeiend deel van de hartklepaandoeningen wordt behandeld via een katheter. Een openhartoperatie is dan niet nodig. Bij deze complexe hartklepingrepen werken de interventiecardioloog en beeldvormend cardioloog de hele procedure nauw samen. Nauwkeurige beeldvorming is dan essentieel en vormt de basis voor het behandelteam om de ingreep goed en veilig uit te voeren. Tot nu toe gebeurde dat vooral met een echo vanuit de slokdarm, waarvoor de patiënt bij deze ingrepen onder algehele narcose moet.

“Complexe hartklepingrepen zijn echt teamwork”, zegt Pieter Vriesendorp, interventiecardioloog. “Juist door rechtstreeks vanuit het hart te kunnen kijken tijdens de ingreep zorgen we als team ervoor dat we beter onderbouwde beslissingen kunnen maken om zo het beste resultaat voor patiënten te bereiken.”

Meer informatie:

www.mumc.nl/actueel/nieuws.

KORT**nieuws**

Maagverkleining voor **jongeren met ernstige obesitas** voortaan vergoed

Zorginstituut Nederland heeft besloten maagverkleinende operaties bij jongeren met ernstige obesitas onder strikte voorwaarden te vergoeden uit het basispakket. Het besluit is mede gebaseerd op ervaringen binnen de TEEN-BEST-studie van Maastricht UMC+ en Máxima Medisch Centrum (MMC). Een maagverkleining is altijd onderdeel van een langdurig zorgtraject. De behandeling is bedoeld voor een kleine groep jongeren bij wie intensieve leefstijl- en psychosociale begeleiding onvoldoende effect heeft en die grote gezondheidsrisico's lopen. Een landelijke expertgroep toetst of een operatie verantwoord is. Screening en nazorg vinden plaats bij expertisecentrum COACH van het MUMC+; de operatie wordt uitgevoerd in het MMC. Kinderartsen, chirurgen, psychologen en diëtisten werken daarbij nauw samen. **Meer op mumc.nl, zoek op 'maagverkleining jongeren'.**



Hypnotherapie therapeut werkt beste, **app** vaak goed alternatief

Mensen met het prikkelbaredarmsyndroom (PDS) hebben het meeste baat bij hypnotherapie door een therapeut. Zelfhypnose via een smartphoneapp kan echter een goed alternatief zijn. Dat blijkt uit onderzoek van het Maastricht UMC+ onder 230 mensen met PDS. De deelnemers kregen hypnotherapie van een therapeut, gebruikten een app voor zelfhypnose of volgden alleen een online voorlichtingsprogramma. Bij 48% van de deelnemers die door een therapeut werden behandeld, nam de buikpijn duidelijk af. Bij gebruikers van de app was dat 33% en bij de controlegroep 22%. Zes maanden na de behandeling waren de positieve effecten van beide vormen van hypnotherapie grotendeels behouden. Hypnotherapie door een therapeut werkt het beste, maar een app kan uitkomst bieden voor mensen die geen toegang hebben tot een gespecialiseerde hypnotherapeut of de behandeling niet kunnen betalen. Het Maastricht UMC+ onderzoekt hoe de app voor alle patiënten met PDS beschikbaar kan worden. **Meer informatie:** www.mumc.nl, zoek op 'App bij PDS'

Hoe kunnen patiënten, mantelzorgers en zorgprofessionals samen de zorg van de toekomst vormgeven? Welke rol ligt er daarbij voor de Academie voor zelfzorg? En hoe zorgen we ervoor dat succesvolle innovaties hun weg vinden naar de rest van Nederland? Deze vragen leiden ons naar Stichting KOMPAZ Nederland, een initiatief van het Maastricht UMC+ en Innovatiefonds Ouderenzorg dat een verbindende en versnellende rol speelt als het om zelfzorgondersteuning en het bevorderen van zelfredzaamheid gaat. Arts-onderzoeker Matthijs Bosveld, inhoudelijk adviseur bij KOMPAZ, biedt een kijkje achter de schermen.

Stichting KOMPAZ Nederland vertaalt Zuid-Limburgse innovatie naar landelijke beweging

“We willen voorkomen dat zelfredzaamheid uitmondt in zoek-het-zelf-maar-uit-redzaamheid”

Matthijs volgt de ontwikkeling van de Academie voor zelfzorg op de voet. “De Academie voor zelfzorg is een echt Zuid-Limburgs initiatief. Daar mogen we trots op zijn. Met KOMPAZ willen wij deze innovatie verder ontwikkelen en opschalen naar de rest van Nederland, binnen de kaders die de Academie heeft opgesteld. Die kaders zijn belangrijk”, benadrukt Matthijs. “Onder meer om te voorkomen dat de verantwoordelijkheid voor zelfzorg, als er tekorten dreigen, simpelweg bij patiënten en mantelzorgers wordt neergelegd onder het motto: ‘succes ermee, zoek het zelf maar uit’. KOMPAZ wil het samenspel tussen patiënten, mantelzorgers en zorgprofessionals op een gelijkwaardige manier organiseren en versterken. Want, alleen als de randvoorwaarden op orde zijn kan zelfzorg daadwerkelijk bijdragen aan toekomstbestendige zorg.”

Scheefgroei Matthijs illustreert het risico op scheefgroei bij zelfzorg aan de hand van e-health. “Een app kan technisch uitstekend functioneren en heel gebruiksvriendelijk zijn”, licht hij toe, “maar dat betekent nog niet dat patiënten en mantelzorgers ermee uit de voeten kunnen. Daar gaan we in de zorg soms te gemakkelijk aan voorbij. Tijdens een kort consult wordt het behandelplan besproken en aan het einde krijgt de patiënt te horen dat hij nog even een app moet downloaden en dagelijks gegevens moet invullen. Ook iemand die minder digitaal vaardig is, loopt misschien vol goede moed de deur uit. Eenmaal buiten kan de onzekerheid toeslaan: wat moet ik precies doen en doe ik het wel goed? Juist daarom gaat de ondersteuning vanuit de Academie voor zelfzorg verder dan alleen het aanleren van technologie. Ook de

menselijke kant krijgt aandacht. Wat moet iemand precies doen? Waarom is het belangrijk om gegevens bij te houden? En hoe weet iemand of de handeling goed wordt uitgevoerd? Het lijken eenvoudige vragen, maar voor iemand die plotseling afhankelijk wordt van zorg, zijn ze dat lang niet altijd. Instructieverpleegkundigen vertalen deze vragen naar praktische ondersteuning, waarmee zij patiënten en mantelzorgers op weg helpen. KOMPAZ ondersteunt de uitrol van deze methodiek in heel Nederland.

Kennisbank en scholing “Door het beschikbaar stellen van een kennisbank landelijke leernetwerken en scholingen willen we voorkomen dat anderen opnieuw het wiel moeten uitvinden”, vervolgt Matthijs. “Lokale omstandigheden verschillen en lokale projectleiders kennen hun eigen organisatie en omgeving het beste. Andere regio’s hoeven dan ook niet precies hetzelfde te doen als wij, wij nemen de lokale implementatie ook niet over. De lokale partners kunnen wel leren van de dingen waar wij tegenaan zijn gelopen. Ook kunnen zij bij ons aankloppen als zij concrete vragen hebben. Bijvoorbeeld over de financiering van een project, de overgang van een tijdelijke subsidie naar duurzame bekostiging of juridische vraagstukken. Waar ligt bijvoorbeeld de verantwoordelijkheid wanneer een patiënt of mantelzorger zelf een handeling uitvoert? Wat mag een verpleegkundige doen? En wat mag iemand doen die bijvoorbeeld een buur helpt? KOMPAZ heeft deze juridische vraagstukken in samenwerking met landelijke kennisorganisatie Vilans onderzocht. Vilans bezit uitgebreide expertise en kennis over het maken van protocollen voor zorghandelingen. Deze landelijke kennisorganisatie



**“De Academie voor zelfzorg
is echt een Zuid-Limburgs
initiatief dat Nederland in
beweging brengt. Daar mogen
we trots op zijn.”**

ARTS-ONDERZOEKER
MATTHIJS BOSVELD,
INHOUDELIJK
ADVISEUR BIJ KOMPАЗ

biedt zo een mooie aanvulling op de functie van KOMPАЗ. Samen ontwikkelen we kennisdocumenten en whitepapers met knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen.”

Matthijs: “Minimaal zes keer per jaar organiseren we start- en inspiratiesessies voor organisaties die met zelfzorg aan de slag gaan en deelnemers uit het netwerk. Deze bijeenkomsten vinden telkens bij een andere zorgorganisatie plaats. Deelnemers krijgen zo letterlijk een kijkje in elkaars keuken. Wat gebeurt er in een andere organisatie? Welke keuzes zijn daar gemaakt? Wat werkt goed en waar lopen mensen tegenaan? Elke sessie levert nieuwe kennis op. Ontzettend waardevol voor de dagelijkse praktijk is daarnaast het educatiemateriaal dat KOMPАЗ online beschikbaar stelt. Onze

contentspecialist vertaalt (nieuwe) protocollen telkens naar heel begrijpelijke tekst, die ondersteund wordt door toegankelijk beeldmateriaal voor patiënten en mantelzorgers. Dit materiaal is overal te gebruiken, of je nu in Maastricht of in Groningen aan de slag gaat met zelfzorg. Dat scheelt tijd en geld. Tegelijkertijd ontstaat een landelijke databank waarin kennis makkelijker gedeeld en aangepast kan worden.”

Vinger aan de pols bij polyfarmacie

Veel ouderen gebruiken meerdere medicijnen per dag. Dat kan voor problemen zorgen, die niet direct zichtbaar zijn. Ziekenhuisapothekers prof. dr. Fatma Karapinar-Çarkit en dr. Judith de Ruijter-van Dalem buigen zich over de vraag hoe je bij polyfarmacie de vinger aan de pols houdt. Welke medicatie is (nog) nodig en verantwoord bij ouderen? Wat versterkt elkaar of werkt elkaar juist tegen?

Judith schetst de problematiek rond polyfarmacie aan de hand van een recent onderzoek naar het gebruik van potentieel ongewenste medicatie zoals opiaten, benzodiazepinen en antipsychotica na ontslag uit het ziekenhuis. “Van deze drie groepen geneesmiddelen verwacht je dat ze kortdurend worden gebruikt”, stelt zij. “Toch zien we dat zowel jonge als oudere patiënten deze middelen vaak langdurig gebruiken na een start in het ziekenhuis, ongeacht de risico’s die daaraan verbonden zijn. Er wordt te weinig geëvalueerd of deze medicatie na verloop van tijd nog echt nodig is.”

Naar aanleiding van het onderzoek werken de afdelingen Interne Geneeskunde en Orthopedie samen met de Ziekenhuisapotheek van het MUMC+ aan een pilot waarmee zij zowel het aantal voorschriften voor opiaten, benzodiazepinen en antipsychotica als de duur van die recepten willen verminderen. Judith: “In de oude situatie werden recepten automatisch en te vaak zonder einddatum doorgezet naar de thuissituatie. Nu wijst het elektronische patiëntensysteem de arts erop om actief te besluiten en aan te geven of en hoe lang een middel thuis nog gebruikt mag worden. Na de einddatum is er een nieuw recept nodig om het voort te zetten.

“Deze werkwijze sluit aan op de STOP-NL V2-richtlijn, die dit jaar is ingesteld om medicatie bij kwetsbare ouderen ouder dan 70 jaar kritisch te heroverwegen en te optimaliseren”, vult Fatma aan. “Met deze STOP-richtlijn is één polyfarmacievraagstuk hopelijk getackeld. Maar er speelt meer. Wij zien bijvoorbeeld ook de risico’s van overbehandeling toenemen. Ik kom medicatielijsten tegen van patiënten

die al jaren wel twintig geneesmiddelen per dag gebruiken, zonder dat van alle medicijnen duidelijk is wie ze voorgeschreven heeft en waarom ze gebruikt worden. Dat kan verschillende oorzaken hebben. De gezondheidsklachten kunnen in de loop der jaren veranderd zijn, zonder dat de medicatie aangepast is. Er kan ook sprake zijn van een voorschrijfcascade, waarbij ongewenste effecten van een geneesmiddel behandeld werden met een ander geneesmiddel. Het eerste geneesmiddel is dan gestopt, het tweede niet.”

“Deze ongewenste situatie is te voorkomen door op gezette tijden een medicatiebeoordeling in te plannen”, vervolgt Fatma. “Door de steeds complexer wordende richtlijnen bij geneesmiddelen is dit voor huisartsen zeker bij hyperpolyfarmacie (meer dan 10 geneesmiddelen) steeds complexer. Het is bovendien erg tijdrovend. Wij volgen daarom met interesse onderzoeken waarbij AI wordt ingezet om een medicatiebeoordeling te doen op basis van de informatie over een patiënt in het EPD. Uit ons eigen onderzoek bleek dat ChatGPT naast hallucinaties en foute adviezen ook met terechte suggesties kwam die zorgverleners niet hadden gezien. AI is zeker niet het antwoord op alle polyfarmacievraagstukken; de nieuwe generatie large language models kunnen in de toekomst mogelijk wel helpen om gestructureerd en kritisch naar een medicatiebeoordeling te kijken.”



“Het uitschrijven van recepten voor potentieel ongewenste medicatie zoals opiaten, benzodiazepinen en antipsychotica vraagt om duidelijke monitoring en evaluatie.”

DR. JUDITH DE RUIJTER-
VAN DALEM

“Bij polyfarmacie zou de focus vooral moeten liggen op de vraag of de medicatie (nog) passend is voor die individuele patiënt. Het gaat dus eerder om passende farmacotherapie dan om het aantal geneesmiddelen.”

PROF. DR. FATMA
KARAPINAR-ÇARKIT

“Transmuraal denken automatisme

Op 1 mei is dr. Jessica Willemse (foto rechts) gestart als medisch coördinator Maastricht UMC+. Daarnaast is zij werkzaam als huisarts bij Maasland. Zij is ook hoogleraar interprofessioneel samenwerken, belicht zij haar plannen voor de regio Maastricht/Heuvelland verder.

“Correctie”, opent Jessica het interview lachend. “Het MUMC+ en de huisartsen uit de regio Maastricht en Heuvelland hebben een ambitiedocument Samenwerking eerste en tweede lijn 2024-2028 gemaakt, dat in een samenwerking tussen het Maastricht UMC+, ZIO, de Vereniging Regionale Huisartsenzorg Maastricht-Heuvelland en de Huisartsenpost Maastricht/Heuvelland tot stand is gekomen. Vanuit het MUMC+ kan ik met mijn huisartsen- en onderzoekersblik meedenken over hoe we een aantal ambities in de samenwerking concreet beter of anders kunnen uitvoeren. Daarnaast is de verbinding met huisartsgeneeskunde weer verstevigd, waardoor ook op het gebied van onderzoek en de Academische Werkplaats Huisartsgeneeskunde weer een nauwe verbinding is ontstaan. Dat is supermooi.”

Loes: “Er spelen momenteel zoveel innovaties en ontwikkelingen, die zowel de eerste als de tweede lijn raken. Bijvoorbeeld rondom digitale zorg en diagnostische mogelijkheden. Wáár begin jij?”

Jessica: “Ik zie mijn rol vooral als een antenne- en verbindingfunctie binnen de transmurale zorgketen en een inhoudelijke aanvulling omdat ik ook als huisarts werk. Maar om die ‘brugfunctie’ goed te kunnen vervullen, moeten mensen mij eerst leren kennen. Zodat ze mij weten te vinden en weten dat ik kan helpen om innovaties transmuraal vorm te geven. Mijn focus ligt op het verbeteren van diagnostische procedures en het verwijzingsproces. Om de koe bij de horens te vatten, heb ik mijn kennismakingsronde daarom gekoppeld aan de inrichting van Zorgdomein. Overal waar ik kom, bekijken we samen of de verwijzingen handig verlopen en of we daar iets aan willen veranderen. Daar komen concrete verbeter suggesties uit voort, waarmee ik aan de slag ga. Daarnaast geef ik een vervolg aan het project Ontregel de Zorg om de administratieve lasten voor zorgprofessionals te verminderen. Dat doen we door de kennisquiz te herhalen om de kennis te testen van verwijzers in de eerste en tweede lijn over het verwijzingsproces. Uit de eerste ronde is gebleken dat onze verwijzingskennis echt beter kan.”

Jessica: Wat moet volgens jou echt landen in het bewustzijn van mensen in de zorg om het verschil te maken?

Loes: “Dat verandering van werkwijzen in de

en werken zou een moeten zijn"

coördinator van het Transmuraal Diagnostisch Centrum in het MUMC+ in Maastricht. In een gesprek samen met Loes van Bokhoven, over de transmurale samenwerking, kennisuitwisseling en innovatie in het MUMC+ om de samenwerking te faciliteren en te versterken.

systemen waarmee we werken een enorme impact kunnen hebben op het werkproces van anderen; of je nu arts, praktijkondersteuner, technicus of een ontwikkelaar van apps bent. Zorg- en netwerkpartners buiten de muren van het ziekenhuis of de huisartsenpraktijk beseffen vaak niet voldoende wat het effect is van bijvoorbeeld het veranderen van de patiëntenroute of de wijze van verwijzen. Dus kijk over de muren van je eigen organisatie heen."

Jessica: "Ik vind dat iedereen in de zorg altijd vanuit het perspectief van de patiënt moet werken. We willen allemaal de juiste zorg op de juiste plaats bieden. Dat betekent per definitie transmuraal. Het is niet meer 'ik in mijn domein': het is 'de keten en het netwerk'."

Jessica: Wat kan helpen om die bewustwording te krijgen?

Loes: "Laat ik vooropstellen dat er mooie voorbeelden zijn van transmuraal denken en werken. Maar het kan altijd beter. Professionals in het ziekenhuis besteden om een voorbeeld te noemen meer aandacht aan leefstijlinterventies in hun consulten. Een goede zaak. Bij hun verwijzing zijn zij vervolgens geneigd om de interventies in de ziekenhuissetting te zoeken, terwijl die in de eerste lijn volop voorhanden zijn. Daarbij weten huisartsen en praktijkondersteuners vaak heel goed welke interventie bij hun patiënt past, wat deze zelf nog kan en wat hun thuissituatie is. Door eerder en sneller transmuraal te schakelen kun je jezelf dus veel (zoek)werk besparen."

Jessica: "Voor de eerste lijn verwacht ik dat het meedenkadvies een belangrijke rol gaat spelen; dit najaar gaan we het implementeren. Huisartsen kunnen dit advies inzetten om samen met een specialist digitaal te schakelen over wat je zelf nog kunt doen als je de NHG-richtlijnen al hebt opgevolgd om goed beleid te vormen en er niet helemaal uit komt. Ik verwacht dat dit overleg net zoals in andere regio's gaat helpen om het aantal tweedelijns-verwijzingen te verminderen."

Loes: Wat is tot slot het bijzonderste en leukste wat je in jouw eerste halfjaar in deze functie hebt geleerd?

Jessica: "Het leukste is dat ik elke keer een energieboost krijg als ik weer een onderwerp te pakken heb waarvan ik als huisarts denk: daar kunnen we tussen ziekenhuis en huisartsenpraktijk iets mee om voor onze regio een verschil te maken. Maar, ik heb ook geleerd dat ik geduld moet hebben. We kunnen niet van het ene op het andere moment dingen veranderen. We moeten vooral met elkaar in gesprek blijven om te bekijken hoe we van transmurale samenwerking een automatisme kunnen maken."



De Academische Werkplaats Huisartsengeneeskunde (AWH) Horizon verbindt huisartsenzorg aan onderzoek, onderwijs en opleiding om de eerstelijnszorg te versterken en toekomstbestendig te maken. Vanuit twee hubs in Zuidoost Nederland – Maastricht en Eindhoven – groeit een regionaal, lerend netwerk waarin ervaringen uit de spreekkamer en nieuwe kennis elkaar voortdurend voeden. Linkin-pin Gaston Peek, tevens huisarts in Gulpen-Wittern, maakt de balans op.

Van vraag uit de **spreekkamer** naar **onderzoek en onderwijs**



“De Academische Werkplaats Huisartsengeneeskunde Horizon is een jonge werkplaats”, legt Gaston uit. “We bestaan pas twee jaar en zijn nog volop aan het bouwen, door zoveel mogelijk huisartsen en (kennis) partners aan het netwerk te verbinden. Mijn rol als linkin-pin betekent vooral: luisteren, vragen ophalen en deze vertalen naar onderzoek, onderwijs en opleiding. Welke vragen leven er in de spreekkamer? Welke expertise hebben huisartsen nodig? Die vragen verzamelen we. Vervolgens kijken we binnen de academische werkplaats wat we over die vragen kunnen vinden of dat we nieuw onderzoek moeten doen. Die kennis geven we vervolgens terug aan de huisarts in de vorm van direct bruikbare resultaten, zodat de huisarts en het team er daadwerkelijk iets aan hebben in hun werk.”

Brug tussen wetenschap en praktijk Het doel van de AWH Horizon is een goed werkend systeem op te zetten, waarin vragen uit de praktijk eenvoudig hun weg vinden naar de wetenschap en dat ontwikkelingen in de wetenschap vice versa makkelijk geïntegreerd worden in de praktijk. Gaston: “Een mooi recent voorbeeld is de methode waardoor patiënten met zwangerschapsdiabetes gemakkelijker in de systemen kunnen worden gevonden, zodat zij beter kunnen worden gevolgd. Deze methode is ontwikkeld naar aanleiding van een vraag van een huisartsenorganisatie. En zo loopt er momenteel ook naar aanleiding van een vraag vanuit de praktijk een onderzoek naar de inzet van een virtuele AI-praktijkondersteuner Somatiek. Kan deze AI zorg leveren die even goed is als die van de POH in de praktijk? Het onderzoek loopt.”

“Maar niet iedere vraag hoeft automatisch tot nieuw onderzoek te leiden”, vervolgt Gaston. “Soms is de benodigde kennis namelijk gewoon beschikbaar maar moeilijk vindbaar. Er is enorm veel kennis in het veld, zowel op medisch als bedrijfskundig of bestuurlijk vlak. Denk aan de kaderhuisartsen die zich gespecialiseerd hebben. En zo zijn er ook huisartsen die een managementopleiding hebben gevolgd, die bestuurlijk actief zijn of zich bezighouden met thema’s als duurzaamheid. De AWH verzamelt deze expertise in een denken doetank om de betreffende huisartsen waar nodig te betrekken bij onderzoeksvragen. Zo ontstaat een breed kennisnetwerk dat bijdraagt aan innovatieve en toekomstbestendige huisartsenzorg.”

Link met de toekomst Onmisbaar voor de brug die de AWH Horizon slaat tussen praktijk en wetenschap is de link met de geneeskundeopleiding en de huisartsopleiding van Maastricht UMC+.

Gaston: “Behalve dat ik mijn oor te luister leg in spreekkamers vraag ik ook wat studenten en huisartsen in opleiding nodig hebben om goed voorbereid te zijn op de toekomst. En, een belangrijke stap verder: hoe wij zuidoost Nederland aantrekkelijk houden als opleidingsomgeving? Projecten in andere regio’s laten zien dat verbindingen met andere disciplines en de tweede lijn hiervoor van waarde kunnen zijn. Door artsen in opleiding vanuit verschillende disciplines met elkaar te laten leren en werken, ontstaat kruisbestuiving en meer samenwerking. Dat zijn belangrijke criteria voor artsen om zich ergens te vestigen, maar ook om knelpunten in onze zorg bottom-up, vanuit de behoeften van artsen en patiënten te verbeteren.”

Meedenken of meewerken aan AWH Horizon? Heb je als huisarts expertise die we in de regio kunnen gebruiken? Wil je lid worden van de denken doetank? Of loop je ergens vast in jouw praktijk? Kijk op <https://awh-horizon.nl> voor meer informatie.

Voor kwetsbare ouderen kan een ziekenhuisbezoek een hoge drempel zijn. De reis ernaartoe en de drukke omgeving kunnen ervoor zorgen dat mensen zorg uitstellen of afhaken. De GOUD-poli organiseert de zorg voor deze patiënten daarom anders: de internist ouderengeneeskunde gaat naar de huisartsenpraktijk, waar deze patiënten in een vertrouwde omgeving samen met hun huisarts worden gezien. Dat is prettiger voor patiënten en mantelzorgers, en leidt direct tot minder verwijzingen naar het ziekenhuis. De GOUD-poli, die begin 2026 startte en inmiddels in zeven huisartsenpraktijken in Maastricht is uitgerold, maakt zo haar naam waar. De poli brengt Gespecialiseerde OUderenzorg Dichtbij. We spreken enkele drijvende krachten achter deze vernieuwende pilot van ZIO en Maastricht UMC+ in samenwerking met het Citrienfonds.

Dit is GOUD



Dr. Fabienne Magdelijns is internist ouderengeneeskunde en medisch directeur Transmurale en Paramedische Zorg in het Maastricht UMC+. Zij doet de GOUD-poli in Huisartsenpraktijk Sint Pieter in Maastricht: **“Het GOUD-polimodel stelt ons in staat om flexibel te zijn en de juiste zorg op de juiste plek te leveren door de juiste zorgverlener.”**

De aanleiding voor de GOUD-poli ligt bij het onderwijsconcept de huisartsencarrousel. In het contact met huisartsen over kwetsbare ouderen kwam steeds vaker dezelfde vraag naar voren: ‘Er zijn patiënten die ik graag met een specialist wil bespreken, maar het zou veel gemakkelijker zijn als die specialist deze patiënten gezamenlijk in onze praktijk kon zien.’ Dan ging het om ouderen die te kwetsbaar of angstig waren om naar het ziekenhuis te reizen of voor wie het ziekenhuis een te hoge drempel vormde. Daarnaast zijn er ouderen die vooral vertrouwen hebben in de zorg van de huisarts omdat dit hun ‘vaste gezicht’ is. Dat merk ik ook in het ziekenhuis. Veel ouderen komen meerdere keren per jaar bij de huisarts, terwijl een bezoek aan het ziekenhuis incidenteel is. ‘U ziet mij één keer per jaar en u gaat aan mijn medicijnen zitten’, horen we weleens terug. Zij zijn dan vooral benieuwd naar wat hun huisarts van eventuele veranderingen vindt. Los van de vertrouwensband is het van belang dat huisartsen het totaalplaatje kennen. Kwetsbare

ouderen hebben vaak meerdere aandoeningen, gebruiken diverse medicijnen en hebben te maken met mantelzorgers, een sociaal steunnetwerk en andere zorgverleners. Een behandeling die vanuit één medische aandoening logisch lijkt, kan in de praktijk te belastend zijn. De huisarts heeft het brede perspectief; van daaruit kijken we samen naar behandelopties. Die gezamenlijke verantwoordelijkheid is een succesfactor. Doordat de huisarts betrokken is bij het bepalen van het behandelplan is er veel meer vertrouwen bij patiënten en hun familie. Het GOUD-polimodel stelt ons daarbij in staat om flexibel te zijn en buiten de hokjes te denken. Als een oudere echt niet meer naar het ziekenhuis wil voor een behandeling, bekijk ik samen met de huisarts en mantelzorger wat wel kan. De GOUD-poli is dan ook zeker geen one-size-fits-allconcept. De kracht zit ‘m in het brede draagvlak op basis waarvan persoonsgerichte ouderenzorg tot stand komt.”



Van links naar rechts: Renée Bruggeman, Hanneke Joosten, Merel Drummen en Fabienne Magdelijns.



Dr. Hanneke Joosten, internist ouderengeneeskunde in het Maastricht UMC+, voert de GOUD-poli in Huisartspraktijk Malberg en Huisartspraktijk Leenen in Maastricht: **“Een belangrijk verschil met een regulier specialistisch consult is dat de huisarts op de GOUD-poli letterlijk nabij is voor overleg.”**

“Als ik een behandeling voorstel maar daarbij iets over het hoofd zie, kan de huisarts zeggen: ‘Dat eerste heb ik drie of vier jaar geleden al geprobeerd, maar je tweede voorstel lijkt me ook van meerwaarde.’

Huisartsen beschikken over kennis van patiënten die specialisten tijdens één consult onmogelijk kunnen opdoen. Zij kennen de voorgeschiedenis, weten wat eerder is geprobeerd en zijn op de hoogte van de thuissituatie. Vanuit die kennis kunnen zij beoordelen welke opties passend zijn én, ook zeer relevant, of en hoe die in de praktijk te begeleiden zijn. Samen met de medische expertise die wij als specialist inbrengen, ontstaat zo tijdens één consult een completer beeld; ook van het systeem rondom een patiënt en de draagkracht van dat systeem. Zo kunnen we aansluiten bij wat bij een patiënt past en wat die daadwerkelijk aankan. Dat betekent

niet dat het ziekenhuis volledig buiten beeld is. Als verder onderzoek of behandeling toch nodig is, kan het consult helpen om die stap beter voor te bereiden. De eerste stap is dan gezet in een omgeving die vertrouwd voelt. Sceptici zien de GOUD-poli misschien als een verplaatsing van tweedelijnszorg naar de eerste lijn. Maar het is een middenweg. Het is juist een manier om de zorg beter te laten aansluiten bij kwetsbare ouderen: dichtbij en met oog op hun kwetsbaarheid. Als je ziet hoeveel kwetsbare patiënten onder de hoede van een huisarts vallen, ligt hier een verantwoordelijkheid die we vanaf nu dus ook samen dragen. Daarbij is deze manier van samenwerking enorm leerzaam. In ‘mijn’ praktijken leer ik veel van hoe huisartsen soms vanuit een heel andere invalshoek tot goede behandelopties komen.”



Dr. Saskia Nicolai is huisarts in Huisartsenpraktijk Sint Pieter in Maastricht: **“Dat de specialist gewoon in de praktijk kan meekijken, verlaagt de drempel.”**

“De GOUD-poli is voor mij vooral heel praktisch. Bij een kwetsbare patiënt weet ik soms dat ik tegen problemen aanloop of dat ik niet voldoende expertise in huis heb om te bepalen wat nodig is. Dan is het waardevol als een specialist meekijkt. Ik had bijvoorbeeld een patiënt met geheugenklachten die om meerdere redenen niet meer naar het ziekenhuis wilde. Voor haar was het heel fijn dat de specialist gewoon bij ons in de praktijk kon meekijken en verder onderzoek in het ziekenhuis niet meer nodig was. De samenwerking binnen de poli verloopt prettig. We bespreken vooraf samen wat de vraag is. Dan spreekt de patiënt eerst alleen met de specialist en daarna volgt een gezamenlijk overleg. Zo maken we samen een plan. Dat geeft patiënten vertrouwen: ze weten dat ik betrokken blijf, maar ook dat ik kan terugvallen op de expertise van de specialist. De meerwaarde zit in dit brede perspectief. Wat

ik daarnaast waardevol vind, is dat de kennis twee kanten op gaat. Als huisarts leer ik van de specialist, terwijl de specialist meer inzicht krijgt in hoe het er in de huisartsenpraktijk aan toegaat en wat onze knelpunten zijn. Uiteindelijk gaat het om gewone, praktische dingen, maar juist daarmee kun je voor kwetsbare oudere patiënten echt het verschil maken.

Ik denk zeker dat je dit model ook op andere plekken kunt toepassen, maar uiteraard zijn er voorwaarden. Financiering is belangrijk, net als een goede samenwerking tussen huisartsenzorg en specialisme. Ook moet je goed kijken hoeveel organisatie nodig is. Assistentes die afspraken plannen en patiënten bellen lijken misschien kleine dingen, maar vormen samen een belangrijk onderdeel van het zorgmodel.”



Merel Drummen doet promotieonderzoek aan het Maastricht UMC+ naar de integratie van geriatrische expertise in de eerstelijnszorg: **“Patiënten, mantelzorgers en huisartsen ervaren de GOUD-poli als een meerwaarde.”**

“Mijn promotieonderzoek richt zich op de implementatie van de GOUD-poli en de impact daarvan op de zorg voor ouderen, de samenwerking tussen zorgverleners en het zorggebruik en de kosten. Hiervoor combineer ik cijfermatige gegevens met de ervaringen van zorgverleners, patiënten en mantelzorgers. Patiënten en mantelzorgers vraag ik bijvoorbeeld na hun bezoek aan de GOUD-poli naar hun ervaringen. Patiënten reageren vrijwel unaniem positief. Ook mantelzorgers zijn enthousiast. Zij vinden het belangrijk dat een specialist meekijkt en dat hun naaste in goede handen is.

Wat ik mooi vind aan het onderzoek, is dat we het model samen met huisartsen verder ontwikkelen. De feedback van huisartsen, praktijkmanagers en assistenten over wat logistiek wel en niet werkt, helpt ons het zorgmodel aan te laten sluiten bij de praktijk. Wat dat is verschilt per praktijk: de een heeft behoefte aan expertise bij kwetsbare

patiënten met complexe problematiek, de ander bij somatisch ingewikkelde vraagstukken. Het GOUD-model biedt ruimte voor die verschillen. Die positieve waardering krijgen we ook terug vanuit de huisartsen; uit de evaluatie blijkt dat zij de GOUD-poli als een meerwaarde voor hun praktijk ervaren. De volgende stap is onderzoeken welke praktijken het beste bij deze manier van werken passen. Factoren zoals afstand tot het ziekenhuis, patiëntenpopulatie en het aantal kwetsbare ouderen spelen daarbij een rol.”



Suzanne Cappon is programmamanager van het landelijke Citrienprogramma ‘Anders werkt beter’. **“De GOUD-poli is één van de zeven projecten binnen het Citrienprogramma, waarin we werken aan meer werkefficiëntie en meer werkgeeluk voor zorgprofessionals.”**

“Het programma ‘Anders werkt beter’ richt zich op het slimmer organiseren van zorg in samenwerking met zorgprofessionals. Met als doel: meer werkefficiëntie en meer werkgeeluk voor zorgprofessionals. De GOUD-poli is daar een schoolvoorbeeld binnen de ouderenzorg van. Door de specialistische ouderenzorg dichterbij patiënten te organiseren en hierbij tegelijkertijd de samenwerking tussen huisarts en medisch specialist te versterken, kan een deel van de zorg buiten het ziekenhuis plaatsvinden. Dat is met name relevant voor kwetsbare ouderen voor wie een ziekenhuisbezoek (te) belastend kan zijn. Tegelijkertijd biedt de aanpak meerwaarde voor zorgprofessionals. Huisartsen en internisten ouderengeneeskunde kunnen eerder en directer met elkaar overleggen, van elkaar leren en gezamenlijk bepalen welke zorg het beste past.

Daarmee draagt de GOUD-poli bij aan een sterkere samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Maar ook de manier waarop de GOUD-poli is ontwikkeld, past bij de uitgangspunten van het Citrienfonds. Het initiatief komt voort uit de praktijk en wordt samen met zorgprofessionals in intussen zeven verschillende huisartsenpraktijken toegepast. Daarmee wordt niet alleen gekeken of deze nieuwe werkwijze werkt, maar ook wat ervoor nodig is om deze in de praktijk te laten functioneren. Tenslotte biedt het project de mogelijkheid om systematisch te onderzoeken wat de effecten zijn op onder meer patiënten, de samenwerking en de werkbeleving van zorgprofessionals. Dit is relevant met het oog op de vervolgvraag, want we willen heel graag dat deze manier van werken in andere regio's kan worden toegepast.”

Facts&Figures GOUD

→ **7 huisartsenpraktijken** in Maastricht nemen deel: Huisartsenpraktijk Leenen en Huisartsenpraktijk Malberg, Huisartsenpraktijk Dr. van Kleef, Huisartsenpraktijk Daalhof, Huisartsenpraktijk Sint Pieter, Huisartsenpraktijk Maasmedics en Gezondheidscentrum Heer.



→ **Alle huisartsen** binnen de deelnemende praktijken kunnen patiënten verwijzen naar de GOUD-poli in hun eigen praktijk. In iedere deelnemende praktijk vindt ongeveer **eens per zes weken** een GOUD-poli plaats.

→ De GOUD-poli richt zich op **kwetsbare ouderen met complexe zorgvragen**.

→ Er hebben **24 GOUD-poli-sessies** plaatsgevonden. In totaal **49 consulten**, waarvan 47 eerste consulten en 2 herhaalconsulten.

→ De GOUD-poli beoogt medisch-specialistische ouderenzorg vanuit het ziekenhuis **dichter bij huis te bieden**, de samenwerking tussen eerste en tweede lijn te versterken en waar mogelijk ziekenhuisverwijzingen te voorkomen.

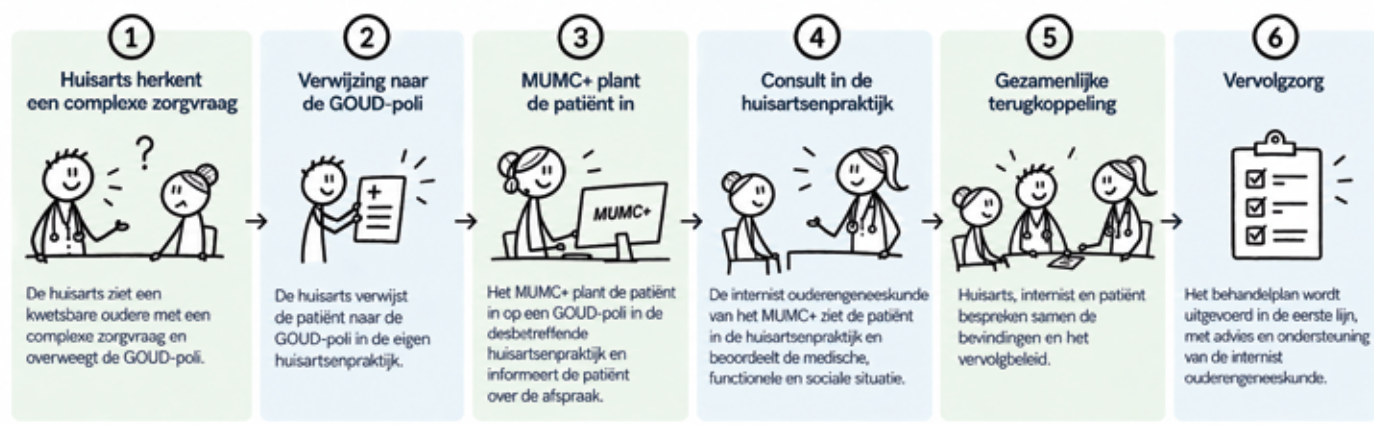
→ **6 internisten ouderengeneeskunde van het Maastricht UMC+** draaien de GOUD-poli's. Iedere internist is gekoppeld aan een vaste huisartsenpraktijk.

→ De GOUD-poli is een samenwerking tussen **Maastricht UMC+, de deelnemende huisartsenpraktijken en ZIO** en maakt deel uit van het Citrienfondsprogramma '**Anders werkt beter**'.

→ Na het consult vindt een **gezamenlijke terugkoppeling met patiënt, huisarts en internist ouderengeneeskunde** plaats.

→ De kern van het zorgmodel is dat **internisten ouderengeneeskunde vanuit het MUMC+ naar de huisartsenpraktijk komen**, in plaats van dat patiënten voor deze expertise naar het ziekenhuis moeten komen.

Zorgpad GOUD



Column

Prof. dr. Jochen Cals is huisarts en hoogleraar aan de vakgroep huisartsgeneeskunde

Briljante robijn?



Binnenstebuiten of buitenstebinnen? M'n dochter vond dat hetzelfde en na een heerlijke discussie werden we het eigenlijk wel eens. Want met het hoofd ín de trui was het buitenste ook echt binnen. En zo'n perspectief maakt vaak wel uit.

Vanuit mijn werkkamer kijk ik – over het vijvertje – prachtig uit op het MUMC+ en ik mag geregeld mooi onderzoek doen met teams in het ziekenhuis. En daar hoorde ik steeds vaker de term ROBIJNzorg langskomen. En waar ik me initieel afdelingen met heerlijk riekend beddengoed voorstelde, blijkt het bij napluizen de systematiek te zijn om te bepalen welk percentage topreferente of academische zorg een umc biedt. En zo las ik ook dat Maastricht eerder het laagst scoorde in deze Robijn-systematiek ten opzichte van de andere umc's. Tja, is dat dan een doffe edelsteen in Maastricht?

Ik zie het van buitenaf toch vooral fonkelen. Het feit dat het MUMC+ óók een streekfunctie heeft, maakt de patiëntenmix juist rijker. Een academische instelling die 3e-, 2e- en 1,5e-lijnszorg biedt is absoluut uniek in Nederland. Zo mogen en moeten superspecialisten ook generalistisch blijven kijken. Zo kan onderwijs nog interprofessioneler zijn dan elders. En zo worden de buisjes bloed, foto's en scans vanuit de regio gewoon in het MUMC+ verwerkt zodat integrale diagnostiek mogelijk is. De achtste medische faculteit kreeg 50 jaar geleden niet voor niets een extramurale opdracht. Die proeftuin is al lang een volwassen transmurale siertuin. Laten we daar meer mee pronken. Want of je nu van binnen naar buiten of van buiten naar binnen kijkt; het is eigenlijk briljant.