

praktijk



Thema *Better in, Better out* Patiënten worden te weinig gestimuleerd om uit bed te komen **Ondervoeding bij ziekte** Aanpak obesitas bij kinderen **Heupdysplasie** Eva Rombout over ijzerstapeling

THEMA Patiënten die met een goede conditie het ziekenhuis in gaan voor een operatie, lopen minder kans op complicaties en herstellen sneller dan patiënten bij wie de fysieke gesteldheid minder goed is. Het klinkt logisch, maar hoe krijg je patiënten ‘fit’ voor de operatie? Het landelijk onderzoeksinstituut TNO ontwikkelt samen met ziekenhuizen programma’s voor *Better in, Better out*. Ook in het Maastricht UMC+ wordt er gewerkt aan de implementatie van een dergelijk programma, waarbij ook de samenwerking met de eerste/anderhalve lijn een cruciale factor is. En hoewel er in Maastricht nog geen sprake is van een formeel *Better in, Better out*-project, is er in het ziekenhuis wel al heel veel aandacht voor perioperatieve voeding en fysiotherapie. Op welke manier dit gebeurt en hoe betrokkenen kijken naar de toekomst op dit gebied, wordt uitvoerig belicht in deze uitgave van *Praktijk*.



3 Nico van Meeteren over het concept *Better in, Better out* | 6 Eva Rombout: “Meest voorkomende aandoening (hemochromatose) nog onbekend” | 8 Kort nieuws | 10 Kinderarts Anita Vreugdenhil over aanpak obesitas bij kinderen | 12 Phil Geerlings, afdelingshoofd Diëtetiek over ondervoeding bij ziekte | 15 Uit de *Praktijk*: Let u goed op uw voeding? | 16 Jeroen Hendriks: “Minder ziekenhuisopnamen en sterfgevallen door aanpak AF-poli” | 18 Heupdysplasie | 19 Jean-Paul Buysrogge over *Better in, Better out* | 20 Column door Annemie Schols

Colofon

Praktijk is een uitgave van Maastricht UMC+, RVE Patiënt en Zorg i.s.m. Zorg in Ontwikkeling (ZIO)

Ontwerp en grafische vormgeving Strategyminds, Maastricht

Redactie Hans Fiolet, Ber Huijnen, Job Metsemakers, Liesbeth van Hoef, Guy Schulpen, Geertjan Wesseling, Caroline Robertson, Bert Panis, Stafdienst Communicatie Maastricht UMC+, Strategyminds

Eindredactie Liesbeth van Hoef

Fotografie Appie Derks

Druk Pietermans Lanaken

Praktijk is ook digitaal te lezen: www.mumc.nl/actueel/media/magazine-praktijk

Suggesties voor de redactie? Bel of mail Stephanie Klomp-Hameleers

Stafdienst Communicatie Maastricht UMC+,

telefoon 043 387 19 63, e-mail stephanie.hameleers@mumc.nl

Huisartsen Servicedesk telefoon 043 387 44 80

Maastricht UMC+



Maastricht University

“Patiënten worden te weinig gestimuleerd om uit bed te komen”

We zijn het gewend om zieke mensen te verzorgen. Maar dat is lang niet altijd het beste voor de patiënt. Als patiënten in afwachting van een operatie passief zijn, verliezen ze conditie en vitaliteit. Daarmee neemt het risico op complicaties van de operatie toe en herstelt de patiënt minder snel. Preoperatieve therapeutische training zorgt voor een fittere patiënt op de operatietafel, verkort de opnameduur, vermindert complicaties en versnelt het herstel.

Nico van Meeteren is directeur van het innovatiegebied Levenslang Gezond bij TNO en één van de initiatiefnemers van het zorggerelateerd preventieconcept *Better in, Better out*. Het doel is kwetsbare patiënten die voor een grote chirurgische ingreep staan, vooral fysiek beter voor te bereiden op hun operatie. Het moet leiden tot een afname van postoperatieve sterfte en morbiditeit en een sneller functioneel herstel na de operatie. Hiervoor ontwikkelt TNO samen met ziekenhuizen en andere partners, zoals het KNGF en CBO, interdisciplinaire ketenzorgprogramma's. Ook in het Maastricht UMC+ is Nico van Meeteren gestart om samen met onder andere de afdeling Fysiotherapie een programma op te zetten om patiënten te trainen. Onderzoek heeft aangetoond dat door de conditie en functionaliteit vooraf te verhogen, de patiënt in een betere conditie de operatie ingaat, en daardoor ook met minder complicaties en sneller vitaal het ziekenhuis weer uit komt.

Andere mindset “Bewegen is minstens zo belangrijk als medicijnen”, aldus George Roox, hoofd Fysiotherapie van het Maastricht UMC+. Hij ziet COPD-patiënten bin-



nenkomen met een zuurstofcilinder en vervolgens de deur uitgaan zonder extra lucht. Simpelweg door oefeningen te doen. De mindset moet om, volgens Nico van Meeteren: “Er zijn maar weinig indicaties die het nodig maken dat je de hele dag op bed blijft liggen. Ons streven is dat mensen niet meer zeggen ‘ik lig in het ziekenhuis’, maar ‘ik ben in het ziekenhuis’. Patiënten worden nu niet gestimuleerd hun bed uit te komen; zelfs de tv hangt boven het bed. Wij willen de patiënt op verantwoorde wijze zo actief mogelijk maken.

Alleen 's nachts naar bed. Overdag alleen als het echt nodig is.”

Dr. Thomas Hoogeboom, post doc en onderzoeker op *Better in, Better out*: “In plaats van rustig (thuis) af te wachten op een operatie en zichzelf te ontzien, dienen patiënten met een verhoogd risico op complicaties of vertraagd herstel hun conditie te trainen. Hierdoor is de kans groter dat ze de ingreep makkelijker doorstaan. Door niks te doen verliezen ze juist conditie en vitaliteit. Sommigen gaan zelfs zienderogen achteruit met als mogelijk gevolg dat zich na de operatie vermijdbare complicaties voordoen en het herstel langer duurt.”

“We hebben inmiddels genoeg referentiekaders om te weten wat mensen met een bepaalde fysieke aandoening aankunnen. We weten waar de grenzen liggen.”

Nico van Meeteren: “Om dit te organiseren moeten eerste, tweede en derde lijn een interdisciplinair team vormen. Fysiotherapeuten, ergotherapeuten en diëtisten moeten naar de mensen toe. De patiënt moet thuis, in zijn eigen omgeving, begeleid worden. Reaching out tot achter de voordeur. Dat is beter dan ze naar de spreekkamer of de poli te laten komen. Thuis betrek je ook de rest van de familie en mantelzorgers erbij. Zij zijn vaak beschermend en verzorgend. Maar ook zij moeten mee in die trainingsdynamiek en de patiënt stimuleren. Bovendien loop je door te trainen in de thuissituatie niet het risico dat patiënten afhaken omdat ze niet naar de poli of de spreekkamer kunnen komen.

Binnen het adherentiegebied van het ziekenhuis moet je een aantal dedicated fysiotherapeuten hebben die dit oppakken. Op basis van een nulmeting wordt een persoonlijk trainingsprogramma gemaakt voor iedere patiënt. We hebben inmiddels genoeg referentiekaders om te weten wat mensen met een bepaalde aandoening qua training aankunnen. We weten waar de grenzen liggen. Deze kennis moet aanwezig zijn bij de fysiotherapeuten zodat ze met de juiste intensiteit kunnen trainen. Daarbij is het vooral belangrijk dat ze hun hart, ziel en zaligheid erin willen leggen.”

Binnen vier jaar een perioperatief trainings- en voedingsnetwerk in Maastricht Het concept *Better in, Better out* is al in verschillende projecten in meerdere ziekenhuizen in Nederland toegepast. De resultaten geven aan dat meer dan 95 procent van de veelal fragiele deelnemers preoperatief fitter is geworden. De patiënten zijn daardoor ook veel beter uit de operatie gekomen. Ze herstellen beter en hebben minder complicaties dan de patiënten die de training niet hebben gedaan. Het begin van *Better in, Better out* werd gemaakt door Van Meeteren en dr. Erik Hulzebos, klinisch inspanningsfysioloog en (sport)fysiotherapeut in het Utrecht Medisch Centrum. Hij promoveerde in 2006 op zijn onderzoek: ‘Preoperative respiratory physical therapy in cardiac surgery with high risk patients’. Dit onderzoek toonde aan dat preoperatieve ademhalings-oefeningen voorafgaand aan een hartoperatie longcom-

plicaties na de operatie met tweederde verminderen en de opnameduur bekort.

Binnen nu en vier jaar hopen Van Meeteren, Roox en Hoogeboom dat er ook in Maastricht een perioperatief netwerk is gerealiseerd. Het is een inspanning waarbij de eerste, tweede en derde lijnszorg de rijen moeten sluiten. Het ziekenhuis als regisseur, de huisarts als poortwachter, de specialist en chirurg die de patiënt consequent duidelijk maken dat optimaliseren van voedingstoestand en vitaliteit cruciaal zijn en dus integraal onderdeel uitmaken van hun gehele chirurgisch programma en paramedici die hoogwaardige invulling geven aan het pre- en postoperatieve traject om zo de patiënt maximaal te betrekken en verantwoordelijkheid te geven om van meet af aan actief mee te doen. Samenwerken dus inclusief de patiënt zodat hij fitter op en van de operatietafel komt. Fitter word je immers door therapeutisch te trainen, en te eten. Dat kan al in een paar weken voor de operatie. *Better in, Better out* moet een integraal gepersonaliseerd programma worden waarin voor beide aspecten aandacht is. Dat *Better in, Better out* programma's aantoonbaar rendement leveren en leiden tot een aanzienlijke kostenbesparing, zijn slechts een deel van het succes. Het is ook een cultuuromslag die gemaakt moet worden. De praktijk blijkt weerbarstig weet ook George Roox: “Als je hometrainers op een afdeling plaatst waarop patiënten zelf kunnen trainen, moet het verpleegkundig personeel patiënten stimuleren om daar gebruik van te maken. Anders gebeurt er niets. Typerend is ook de vernieuwde hoofdentree van het ziekenhuis. Je komt binnen en wordt de roltrap op gedirigeerd. De trap ligt verstopt. Waarom niet andersom?”

“Zorgverleners moeten een mind-shift maken van het verzorgen van de patiënt, naar het as much as possible doen participeren van de patiënt in de zorg voor zijn vitaliteit.” aldus Thomas Hoogeboom. Hij vervolgt: “Het *Better in, Better out* concept sluit hier goed op aan. Immers, het geeft patiënten de mogelijkheid zelf bij te dragen aan de goede uitkomst van de operatie.”



*Post doc, onderzoeker Dr. Thomas
Hoogeboom (links) en Dr. Nico van Meeteren,
directeur Levenslang Gezond bij TNO.*



Meest voorkomende erfelijke aandoening nog onbekend

Geen ijzer tekort, maar ijzer **teveel**

“Mevrouw, de diagnose is hereditaire hemochromatose (HH)?” “Wat zegt u dokter, heridi wat?”. Hoewel voor veel mensen onbekend, is primaire ijzerstapeling oftewel hereditaire hemochromatose de meest voorkomende erfelijke aandoening in Noord-Europa.

In 1996 werd het eerste hemochromatose-veroorzakende gen (HFE-gen) geïdentificeerd en inmiddels weten we dat een half procent van de Noord-Europese bevolking een mutatie in dit gen in homozygote vorm heeft en 10% in heterozygote vorm. De aandoening wordt gekenmerkt door overmatige ijzerresorptie uit het maag-darm kanaal met daarop volgend ijzerstapeling in de organen zoals de lever, de pancreas, het hart, de gewrichten, de huid, de hypofyse en de geslachtsorganen. In het eindstadium kan ziekte leiden tot levercirrose en hartfalen.

Diagnose is lastig “Voor de arts is het niet eenvoudig de diagnose te stellen, omdat de klachten heel divers zijn en het klachtenpatroon vaak verschilt per patiënt. De meest voorkomende klachten zijn langdurige vermoeidheid, gewrichtspijnen en pijn in de bovenbuik. Verder komen impotentie en/of verminderde zin in seks voor, hartritme stoornissen, verkleuring van de huid, diabetes en leverfunctiestoornissen. Bij combinatie van deze klachten is het zinvol om ijzerparameters zoals ferritine en transferrine saturatie te controleren. Als deze verhoogd zijn, is de kans op de diagnose primaire ijzerstapeling hoog. Vroege diagnose en behandeling kunnen complicaties voorkomen, zodat de lange termijn-overleving gelijk is aan die van mensen zonder hemochromatose”, aldus Drs. Eva Rombout-Sestrienkova, internist en bloedtransfusiespecialist.

Sinds enkele jaren is er in het Maastricht UMC+ een polikliniek hemochromatose; twee keer per maand worden hier door Eva Rombout patiënten met verdenking op hemochromatose verder onderzocht en patiënten met een vastgestelde diagnose behandeld. “50% Van de patiënten komt bij ons binnen via de reumatoloog; de andere helft grotendeels door verwijzing van de huisarts. Vijf jaar geleden hebben we voorlichting gegeven in Zuid- en Midden-Limburg om deze aandoening onder de aandacht te brengen van de huisartsen.”

Verbonden aan de polikliniek wordt verder, in samenwerking de maag-darm-leverarts Ger Koek (Maastricht UMC+) en internist Cees van Deursen (Atrium Medisch Centrum Parkstad), onderzoek gedaan naar de behandelmethode bij de patiënten.

Aderlating De huidige standaardtherapie is aderlating. Hierbij wordt bij de nieuwe patiënten wekelijks 500 ml bloed afgenomen tot de ferritinewaarde op peil is. Daarna moet de patiënt gedurende zijn hele leven gemiddeld drie tot zes aderlatingen per jaar ondergaan. Onder leiding van



drs Eva Rombout wordt in Maastricht een nieuwere en effectievere methode toegepast: de erythrocytaferese. Dit is een techniek waarbij selectief erythrocyten (rode bloedcellen) uit het bloed worden verwijderd met behulp van een centrifuge. Die scheidt de verschillende bloedcomponenten. De rode bloedcellen worden apart verzameld in een opvangzak; plasma, trombocyten en leukocyten krijgt de patiënt tijdens de behandeling terug. Bij een aderlating wordt hooguit 250 mg ijzer onttrokken. Met het aferese-apparaat kan dat oplopen tot 750 mg ijzer, afhankelijk van de patiënt. Deze methode levert dus een reductie in het aantal behandelingen met gemiddeld 66% ten opzichte van aderlating.

Erythrocytaferese vindt plaats bij Sanquin Bloedvoorziening in Maastricht. “Tijdens de behandeling liggen de patiënten tussen gezonde donoren die bloed of plasma komen geven. “Dat doen we bewust omdat we ze niet in een ziekenhuisomgeving willen plaatsen”, aldus Eva Rombout. De meeste patiënten hebben namelijk geen orgaanbeschadiging en worden preventief behandeld. Bij 20% van de patiënten die homozygote mutatie in het HFE-gen hebben, ontwikkelt zich daadwerkelijk ijzerstapeling. Bij mannen openbaart zich dit meestal tussen de 40 en 50 jaar. Bij vrouwen tussen de 50 en 60 jaar. Dit heeft onder andere te maken met ijzerverlies tijdens de menstruatie. Als de diagnose is gesteld, onderzoeken we meteen eerstegraads familieleden. Dit doen we in samenwerking met afdeling Klinische genetica.”

In veel gevallen verdwijnen de klachten na de normalisatie van ijzerparameters. Het komt niet vaak voor dat de situatie zo ernstig is dat er geen weg meer terug is. In Maastricht worden gemiddeld 150 erythrocytaferese behandelingen per jaar uitgevoerd”, aldus Eva Rombout.

Subsidie voor onderzoek naar inzet technologische hulpmiddelen in de eerste lijn

1 September is een onderzoek gestart naar het inzetten van technologische hulpmiddelen in de eerste lijn.

Het onderzoek richt zich vooral op het gebruik van bijvoorbeeld elektronische/mobiele applicaties, zodat patiënten hun status thuis kunnen monitoren, diagnosticeren en op termijn zelfs, zelf behandelen. Het onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met TNO, NIVEL en TU Twente en 10 externe bedrijven.

Projectleider is Luc de Witte, hoogleraar 'technologie in de zorg' aan de Universiteit Maastricht.

Voor dit onderzoek is een subsidie van 625.000 euro beschikbaar gesteld door ZonMW.



www.azm.nl wordt www.mumc.nl

Nieuwe website Maastricht UMC+ is live

Na een uitgebreide testperiode is op 1 oktober definitief de nieuwe website www.mumc.nl gelanceerd. De oude website www.azm.nl komt hiermee te vervallen.

De website www.mumc.nl bevat alle basisinformatie van het Maastricht UMC+. Naast patiënten en bezoekers kunnen ook onderzoekers, studenten en huisartsen terecht op de nieuwe website voor alle essentiële informatie. Overzichtelijk en toegankelijk.

Het live gaan is een zichtbare uiting van de samenwerking tussen het academisch ziekenhuis Maastricht (azM) en de Faculty of Health,

Medicine and Life Sciences (FHML) van de Universiteit Maastricht onder de gezamenlijke naam Maastricht Universitair Medisch Centrum+.

De nieuwe site geeft de mogelijkheid om de snel veranderende eisen op het gebied van digitale informatievoorziening nu en in de toekomst het hoofd te kunnen bieden. Zo wordt er volgend jaar een mobiele versie van de website

gemaakt die geschikt is voor tablets en smartphones. Maar ook interactie met bijvoorbeeld patiënten wordt mogelijk. Een voorbeeld hiervan is het live uitzenden van voorlichtingsbijeenkomsten met de mogelijkheid om direct online vragen te stellen.

De bezoekers van www.azm.nl worden automatisch doorgestuurd naar de nieuwe website.

kort nieuws

Maastrichts onderzoek biedt perspectief voor longkankerpatiënten met spiermassaverlies

Onderzoekers van Maastricht UMC+ hebben een onderliggende verklaring gevonden voor de ernstige spier- en gewichtsafname bij longkankerpatiënten. Deze zogeheten cachexie verhoogt het sterfterisico en beperkt de behandelingsopties. Een gerichte en tijdige voedingsinterventie zou naar aanleiding van de vinding kunnen bijdragen om het veelvoorkomende probleem bij de bron aan te pakken.

Extreme vermagering met verlies van spiermassa, cachexie, is een ernstig syndroom dat vaak voorkomt bij kanker. Het is zelfs de directe oorzaak van een deel van alle aan kanker gerelateerde sterfgevallen. Specifiek bij longkanker verloopt de ontwikkeling van cachexie snel en het komt relatief veel voor. Een middel om dat tegen te gaan of te voorkomen is tot op heden niet voorhanden. Door de opheldering van het probleem op een moleculair niveau, kunnen bestaande behandelingen worden geoptimaliseerd en komt de ontwikkeling van nieuwe interventies binnen handbereik.

“Bij cachectische patiënten met COPD hebben we namelijk aangetoond dat een gerichte aanpak haalbaar is.”

Spiermassaverlies Uit het onderzoek bij longkankerpatiënten met cachexie bleek dat de activiteit van het zogeheten NF-KB eiwit in spiercellen is verhoogd. Dit eiwitcomplex is betrokken bij de regulering van tal van processen in menselijke cellen. Een verhoging daarvan wordt in verband gebracht met een sterke toename in de afbraak van spiereiwit. Opmerkelijk is dat de onderzoek-

kers daarbij activatie van een ander mechanisme aantoonde voor eiwitafbraak bij patiënten dan eerder altijd werd aangenomen. De regulatie van de aanmaak van nieuwe eiwitten was daarbij ook nog eens verstoord. Uiteindelijk leidt de negatieve balans in spiereiwit tot een sterke spiermassa afname bij patiënten.

Voedingsinterventie Met deze bevindingen kan de behandeling op maat worden gesneden: “Bij cachectische patiënten met COPD hebben we namelijk aangetoond dat een gerichte aanpak haalbaar is. Zowel door te focussen op de aanmaak en afbraak van spiereiwit als op de verminderde eetlust en negatieve energiebalans”, zegt projectleider Annemie Schols, hoogleraar voeding en metabolisme bij chronische ziekten. “Ondanks dat de verhoging in activiteit van NF-KB ook al wordt waargenomen bij longkankerpatiënten die milde verschijnselen van cachexie vertonen, de zogenoemde pre-cachexie, is de eiwitbalans in dit stadium slechts beperkt verstoord. Daarom lijkt in die fase dan ook de meeste winst te halen voor de patiënt. Opmerkelijk, want pre-cachexie wordt nu nog helemaal niet onderkend in de medische behandeling van longkanker”, besluit Schols.

Anita Vreugdenhil, kinderarts COACH:

“We laten zien dat deze aanpak van obesitas bij kinderen werkt”

“16% Van de Nederlandse kinderen tot 18 jaar is te dik. In Limburg is dat zelfs 18%”, aldus kinderarts Anita Vreugdenhil. Er zijn volgens de kinderarts maar weinig afvalprogramma’s die zich richten op het duurzaam terugdringen van overgewicht bij kinderen. Er wordt meestal gefocust op snel resultaat met als gevolg dat kinderen vroegtijdig afhaken omdat ze het niet volhouden, of ze vervallen weer in oude patronen. In 2010 is Anita Vreugdenhil gestart met het Center for Overweight Adolescent and Children’s Healthcare, kortweg COACH. 60% Van de kinderen valt duurzaam af. “Een mooie score.”

COACH richt zich op de gezondheidszorg voor kinderen en jong volwassenen met overgewicht. De kracht bestaat er onder meer uit dat het probleem met een multidisciplinair team wordt aangepakt, waaronder kinderartsen, een kinderverpleegkundige, een pedagoog/gezinscoach, diëtisten en psychologen. Ook wordt er verder wetenschappelijk onderzoek gedaan naar obesitas bij deze doelgroep. COACH richt zich op permanente leefstijlverandering. Gezond eten en meer bewegen staan centraal, maar wel stap voor stap, op een manier die voor de kinderen ook prettig en motiverend is.

Begeleiding zo lang als nodig Kinderen die bij COACH terechtkomen krijgen eerst een lichamelijk en psychologische screening. Er wordt gekeken welke oorzaken ten grondslag liggen aan het overgewicht en of er sprake is van gevolgen van het overgewicht op de gezondheid, zoals suikerziekte, vetophoping in de lever, ademhalingsstoornissen tijdens de slaap en te hoge bloeddruk. Twee weken later volgt dan een gesprek met het COACH-team, waaronder een kinderarts, psycholoog en een diëtist. Het team bekijkt wat er moet gebeuren en hoe de individuele begeleiding eruit gaat zien. Een programma op maat waarin ook de opvoeders worden betrokken. “In de meeste gevallen zijn de oorzaken toch te veel eten en te weinig bewegen. Daarvoor is het van belang dat de leefstijl verandert en dat lukt alleen als de ouders ook hun bijdrage leveren. Het is niet gemakkelijk

voor ouders om je kind aan te spreken op zijn gewicht. Ze voelen zich schuldig of vinden het zielig om ‘nee’ te zeggen. Bij COACH leren we ouders hoe ze hiermee om kunnen gaan, zonder meteen alles te verbieden. Stap voor stap is het devies”, aldus Anita Vreugdenhil. Na de screening en het gesprek komt het kind één keer per maand naar de poli. De begeleiding duurt zo lang als nodig.

Maatschappelijke samenwerking Obesitas is een maatschappelijk probleem. Binnen een straal van vijftien kilometer rond Maastricht wonen naar schatting vijfduizend kinderen met overgewicht en nog eens duizend met obesitas. Overgewicht is niet alleen van invloed op de lichamelijke gezondheid. Dikke kinderen hebben vaak last van pesterijen en kampen met een laag zelfbeeld en weinig zelfvertrouwen. Rob Munnich is bij COACH verantwoordelijk voor het programma-onderdeel ‘COACH in ConAction’. Hij zoekt verbinding met maatschappelijke partners om het probleem breed onder de aandacht te brengen en om gezamenlijk initiatieven te ontwikkelen om obesitas te bestrijden. Partners zijn bijvoorbeeld Gemeente Maastricht en voetbalclub MVV. De Stichting Meer dan Voetbal heeft MVV onlangs uitgeroepen tot profclub van het seizoen 2012/13. De Maastrichtse club kreeg deze prijs vanwege het vernieuwende maatschappelijke beleid, waaronder een project om overgewicht bij de jeugd tegen te gaan. “Dit project werd gerealiseerd samen met COACH. Doel van dit pro-



Kinderarts Anita Vreugdenhil.

ject, onder de naam 'Overgewicht Buitenspel', was om kinderen met overgewicht met plezier te laten bewegen onder leiding van voetballers van het eerste elftal van MVV. Goed voor het zelfvertrouwen en de conditie. Kinderen leren dat sporten leuk is. Een maand geleden hebben we een subsidie gekregen voor het project 'Kicken met COACH'. Jongeren worden door een personal coach begeleid bij het veranderen van hun leefstijl door sporten te combineren met gezonde voeding. Ook de ouders worden gestimuleerd om in beweging te komen. Dit doen we samen met Health Center, een fitnesscentrum dat onder meer is gespecialiseerd in beweegprogramma's voor speciale doelgroepen (Fitvak Preventie Centrum). Met Maastricht Sport en Fontys Sporthogeschool organiseren we beweeglessen zoals voetbal, dans, trefbal. Iedere deelnemer zijn eigen beweegmaatje. Dit zijn studenten van de sporthogeschool. Door op deze manier samen te werken geven we jongeren de kans kennis te maken met diverse sporten, ze plezier te geven in bewegen en enthousiast te maken om het ook te blijven doen. Veel van deze kinderen hebben drempelvrees om te gaan sporten.

60% Valt duurzaam af Inmiddels erkent iedereen dat het een serieus probleem is, maar ik denk dat veel mensen nog niet bewust zijn van de risico's van overgewicht bij kinderen. Het kan leiden tot onherstelbare schade. Het gaat om onze toekomstige generatie. "Ik erger me

aan opmerkingen als 'is dat wel allemaal nodig' of 'als ie gaat groeien wordt het vanzelf minder'. Te zware kinderen kunnen daar heel veel last van krijgen. Niet wachten, nu moeten we er iets aan doen.

Er zijn veel ideeën en beleidsnotities, maar concreet gebeurt er nog te weinig. Ik hoop dat we onze methode ook elders in het land kunnen uitrollen. We hebben laten zien dat deze benadering werkt. Er zijn 220 kinderen onder begeleiding bij COACH. "80% Van de jongeren houden we binnen boord. Er stappen weinig gezinnen uit het programma, dat komt vooral doordat onze aanpak duurzaam is. 60% Van de kinderen valt duurzaam af. Dat is het resultaat van samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, maar ook van maatschappelijke samenwerking. Ketenzorg in de breedste vorm. We hebben de goeie versnelling te pakken, maar er is nog genoeg progressie te maken."

De huisarts speelt een belangrijke rol in het signaleren, bespreekbaar maken en doorverwijzen van kinderen met overgewicht. Het is geen gemakkelijk onderwerp, temeer omdat ouders zich mogelijk schuldig voelen én het niet leuk vinden als hun kind op het gewicht wordt aangesproken. Door een laagdrempelige multidisciplinaire aanpak reageren zowel kinderen als hun ouders positief op COACH. Voor informatie en doorverwijzingen kunt u mailen naar: coach.kindergeneeskunde@mumc.nl. Of kijk op www.coachmaastricht.com.



Ondervoeding bij ziekte is een groot probleem in de zorg. Uit landelijke cijfers blijkt dat in het ziekenhuis 25 tot 40%, in het verpleeghuis 20 tot 25% en in de thuiszorg 15 tot 25% van de patiënten ondervoed is. Ondervoeding kan leiden tot langzamer herstel en complicaties bij ziekte en operaties. In het Maastricht UMC+ worden patiënten bij opname gescreend op hun voedingstoestand. Dit zorgt voor herkenning van het probleem en waar nodig wordt een behandeling gestart.

Phil Geerlings, Afdelingshoofd Diëtetiek:

“Ondervoeding is niet alleen een probleem in het ziekenhuis”

Maar dit is slechts een deel van de oplossing, volgens Phil Geerlings, afdelingshoofd Diëtetiek, Ergotherapie en Activiteitscentrum van het Maastricht UMC+. “De gemiddelde opnameduur is minder dan tien dagen. Dat is de tijd waarin wij de patiënt zien en kunnen helpen. In het voortraject zouden de patiënt zelf, naaste familie en zorgverleners, waaronder huisartsen alerter moeten zijn op dit probleem. Tussen de 8 en 22% van de patiënten in de huisartsenpraktijk zijn ondervoed.”

De grootste risicogroep voor ondervoeding in de eerstelijnszorg zijn de kwetsbare ouderen. Zij hebben een grotere kans op (co-)morbiditeit wat het risico op ondervoeding vergroot. Chronische ziekten zoals COPD, hartfalen en CVA gaan vaak gepaard met gewichtsverlies. Ook dementie, gebitsproblemen en polyfarmacie kunnen een slecht eetpatroon in de hand werken. “In de huisartsenpraktijk zouden risico-patiënten bij een consult systematisch vaker gewogen kunnen worden. De praktijkondersteuner controleert het gewicht en stelt een aantal vragen. Iemand die de eerste 5 kilo afvalt vindt dat vaak niet erg (wie is er niet jaren mee bezig geweest om op gewicht te blijven). Daar hoeft niemand wakker van te liggen. Maar als het lichaamsgewicht in korte tijd snel verder afneemt, is er wel iets aan de hand.

Dat kan gerelateerd zijn aan een ziekte, maar kan ook te maken hebben met een sociale beperking of mentaal probleem (eenzaamheid of een depressie) waardoor de eetlust vermindert. Juist hier speelt de alertheid van de omgeving een belangrijke rol”, aldus Phil Geerlings.

Ondervoeding wordt onderschat Ondervoeding leidt niet alleen tot gewichtsafname, maar ook verlies van spierkracht en weerstand. Volgens de Landelijke Stuurgroep Ondervoeding, die zich inzet om vroege herkenning en een adequate behandeling van ondervoeding bij ziekte in te voeren in de gehele Nederlandse gezondheidszorg, wordt het probleem nog steeds onderschat, terwijl de gevolgen ingrijpend kunnen zijn. Bij operaties hebben ondervoede patiënten een significant verhoogde kans op postoperatieve complicaties, zoals infecties en decubitus en een vertraagde wondgenezing. Deze situatie kan tot een negatieve gezondheidsspiraal leiden zoals langere opnameduur, verhoogd medicijngebruik, toename van de zorgcomplexiteit, afname van de kwaliteit van leven en soms zelfs tot overlijden. Uit onderzoek blijkt dat het probleem van ondervoeding bij ziekte nog steeds wordt onderschat en dat screening en behandeling van ondervoeding nog geen gemeengoed zijn in Nederland.



Om het eetgedrag te stimuleren wordt er op de geriatrische afdeling gezamenlijk gegeten in een 'huiskamer'. Zien eten, doet eten.

Ouderen zijn een risicogroep, maar ook bij patiënten met bepaalde vormen van kanker, zoals hoofd-hals kanker en longkanker komt ondervoeding vaak voor. Waar ook een gevaar van ondervoeding in schuilt is dat de behandeling van kanker tegenwoordig vaker start met chemo en bestraling en de operatie daarop volgt. Hierdoor is de patiënt vaak ernstig verzwakt als hij nog geopereerd moet worden. Je zou dus vanaf de eerste behandelinterventie het voedingsplan moet inzetten en blijven monitoren gedurende het hele traject, tot en met de herstelperiode.

Screening van patiënten In het Maastricht UMC+ krijgen patiënten die binnenkomen voor opname een MUST-screening. Met deze meting kan (het risico op) ondervoeding worden vastgesteld. De screening resulteert in een MUST-score. 74% Heeft een score van nul; geen risico op ondervoeding en hiervoor is geen behandeling nodig. Patiënten met MUST 1 lopen risico op ondervoeding en volgen een voedingsprogramma; zes keer per dag eten, waarvan drie maaltijden en drie tussendoortjes. Geen straf overigens, want de assortimentskaart, waar iemand met de kwalificatie MUST 1 of 2 uit kan kiezen, biedt een scala aan zoete en hartige snacks, uiteenlopend van bifiworstjes en worstenbroodje tot knabbelnootjes en M&M's. De maaltijden bestaan uit energie- en eiwitverrijkte voeding. Bij MUST 2 volgt een consult met een diëtist die een dieetplan opstelt voor de patiënt. Bij het Maastricht UMC+ komt 11% van de patiënten binnen met MUST 1. 15% Heeft een score van MUST 2. De MUST-screening wordt wekelijks herhaald. Patiënten worden uitgebreid geïnformeerd over voeding tijdens de opname. Ze krijgen tips en uitleg over waarom goed eten zo belangrijk is. Bij ontslag geeft de verpleegkun-

dige een voedingsfolder mee over goede voeding tijdens het herstel na een operatie.

De diëtist wordt vergoed vanuit de basisverzekering, ook in 2014, en vanuit diverse aanvullende pakketten. Voor aanvullende drinkvoeding kan de diëtist voor de patiënt een machtiging regelen bij de zorgverzekeraar.

Als een patiënt na ontslag uit het ziekenhuis verdere begeleiding door een diëtist nodig heeft, wordt dit al tijdens de opname besproken. "We werken intensief samen met diëtisten in de regio. Dit gebeurt vanuit een platform van diëtisten uit de verschillende werkvelden (DORM). Vivre en Groenekruis Domicura participeren hier onder andere in, maar ook azM Herstelzorg en particuliere diëtistenpraktijken. Eén van de doelstellingen is dat patiënten die vanuit het ziekenhuis naar huis (al dan niet met thuiszorg) of naar een zorgcentrum gaan en verdere begeleiding met voeding nodig hebben, geholpen worden. We proberen de gegevens van onze patiënten zo goed mogelijk over te dragen. Helaas is er nog geen integraal patiëntendossier, dat zou het een stuk makkelijker maken, maar zover is het nog niet."

Samenwerken 'Samenwerken' is het devies van Phil Geerlings. Een integrale aanpak door efficiënte ketenzorg. De kosten voor de gezondheidszorg in Nederland van ondervoeding bedragen minimaal 300 miljoen euro per jaar. Sommige berekeningen lopen zelfs op tot ruim 1 miljard euro per jaar. Het probleem, en daardoor de kosten van ondervoeding, zal de komende jaren alleen maar toenemen, gezien de groeiende groep ouderen en chronisch zieken. Een integrale aanpak hoeft zich niet te beperken tot voeding. Als het gaat om conditie, is bewegen minstens zo belangrijk. Het programma *Better in, Better out* focust meer op de fysiotherapeutische aanpak. Maar ook daarin wordt erkend dat voeding en bewegen onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden.

De cijfers zijn afkomstig van de website: stuurgroepondervoeding.nl

*Let u goed op uw voeding en zo ja hoe?
Voor de rubriek *Uit de Praktijk* maken
we dit keer een uitstapje naar de
wachtruimte van Gezondheidscentrum
Dr. Van Kleef in Maastricht.*

Uit de praktijk

Een gevarieerde maaltijd en dagelijks voldoende groente en fruit. Voor **Jos Janssen (69)** uit Maastricht is dit vanzelfsprekend. “Ik let altijd op wat ik eet. Dat heb ik altijd al gedaan. Gelukkig ben ik een gemakkelijke eter. Ik vind het allemaal lekker, ook groente en fruit. Ik eet het hele jaar door appels en peren. Van minder eetlust met het vorderen van de jaren, merk ik niets. Trouwens dat zie ik ook terug bij leeftijdsgenoten in mijn omgeving. Wat ik wel zie en waar ik me zorgen over maak is dat de jeugd vandaag de dag steeds dikker wordt. Het heeft ongetwijfeld te maken met een ongezond eet- en leefpatroon.”



Marley van Sonsbeek (51) uit Maastricht wil wel meewerken aan een artikel over het belang van goed eten. Ze weet als geen ander hoe belangrijk voeding is want ze lijdt al acht jaar aan de ziekte van Crohn. “Dat houdt in dat ik altijd bewust bezig ben met eten. Als ik iets verkeerd eet, komt het er onmiddellijk weer uit of krijg ik hevige buikpijn. Ik denk dat juist oudere mensen heel goed beseffen hoe belangrijk eten is. Dan kijk ik naar mijn bejaarde ouders. Deze mensen hebben veel ontberingen moeten doorstaan in de oorlogsjaren. Vroeger was het trouwens veel gemakkelijker om gezond te leven en te eten. Groenten kwamen vaak nog uit de eigen tuin. Tegenwoordig is het aanbod in de supermarkten zo groot, dat het steeds moeilijker wordt om er de gezonde en lekkere producten uit te kiezen. Wat dat betreft juich ik de keurmerken als ‘een bewuste keuze’ toe.”

“Natuurlijk let ik goed op wat ik eet en drink. Dat moet wel als je nog zelfstandig woont op mijn leeftijd. Maar ik moet toegeven dat ik ook wel eens dagen heb dat ik minder eetlust heb”, vertelt de 82-jarige **Trudy Spronken** uit Maastricht. Ze woont bij het zorgcentrum Scharwyerveld waar ze de warme maaltijd nuttigt. En daar letten de koks volgens haar heel goed op wat ze de bewoners voorschotelen. “Als het eten smakelijk is en de entourage gezellig, dan is het eten geen probleem. Dan kun je nog genieten van de maaltijd, zeker als er iets extra’s op het menu staat. Bij het samenstellen van het snelbuffet wordt altijd rekening gehouden met een brede en verantwoorde keuzemogelijkheid. Nee, geen biefstuk want veel ouderen hebben moeite met kauwen, maar bijvoorbeeld wel runderlapjes. Natuurlijk is het ook belangrijk om daarbij te drinken. Zelf drink ik graag een glas rode wijn bij het eten. Een verstandige keuze. De dokter heeft het me zelf aanbevolen.”



Minder ziekenhuisopnamen en sterfgevallen door aanpak AF-poli

Het succes van de AF-poli (Atriumfibrileren) van het Maastricht UMC+ is volgens dr. Jeroen Hendriks te danken aan een integrale aanpak waarbij drie zaken onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn: het inzetten van de specialistisch verpleegkundigen onder supervisie van de cardioloog, het consequent gebruik maken van richtlijnen en het toepassen van een software-systeem. Jeroen Hendriks kan het weten. Hij is in maart dit jaar gepromoveerd op onderzoek naar deze methode. De uitkomst: een significante afname in ziekenhuisopname en sterfte.

In 2003 neemt de toenmalige afdeling Cardiologie van het azM deel aan The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation, een Europese studie in 35 landen onder 5.000 patiënten met de diagnose AF. Eén van de conclusies uit dit onderzoek is dat de richtlijnen niet goed worden opgevolgd, met als resultaat meer opnames en sterfgevallen.

Mede op basis van deze uitkomsten heeft het Hart- en Vaatcentrum in Maastricht ervoor gekozen een AF-poli op te zetten, destijds de eerste AF-poli in Nederland. Deze poli is in 2006 gestart. Een jaar later begint Jeroen Hendriks met zijn promotie-onderzoek. Voor zijn proefschrift onderzoekt Jeroen of het nieuwe organisatie-model van de AF-poli de zorg voor patiënten met boezemfibrilleren inderdaad verbetert. Voor dit onderzoek worden bij het Maastricht UMC+, 712 patiënten gemiddeld 22 maanden gevolgd. De helft van deze patiënten wordt geholpen via de AF-poli, de andere helft krijgt de reguliere zorg via de cardioloog. Van de patiënten die reguliere zorg krijgen, worden er tijdens de onderzoeksperiode 68 opgenomen in het ziekenhuis. Bij de groep die de AF-poli bezoekt, krijgen 48 patiënten een ziekenhuisopname. Het verschil in sterfte is ook opvallend. De groep die zorg ontvangt via de AF-poli laat tijdens de onderzoeksperiode vier sterfgevallen zien. De groep met reguliere zorg heeft er veertien. Deze resultaten tonen aan

dat er zowel bij opname als bij sterfte significante verschillen zijn in het voordeel van de AF-poli. Uit het onderzoek blijkt ook dat de werkwijze van de AF-poli een positieve invloed heeft op de kwaliteit van leven van de patiënt en op de kostenefficiëntie, onder meer omdat het aantal ziekenhuisopnames vermindert.

Integrated care richting eerste lijn “In de AF-poli worden patiënten gescreend, behandeld en begeleid door gespecialiseerde verpleegkundigen. Dit gebeurt onder supervisie van een cardioloog en met speciaal voor dit doel ontwikkelde software. Medische details van de patiënten worden met deze software vertaald naar individuele risicoprofielen en op basis daarvan naar individuele behandelplannen; steeds met de internationale richtlijnen als basis. Het computersysteem leidt verpleegkundigen en cardiologen door het gehele proces van geïntegreerde zorg, en bewaakt dat er geen stappen worden overgeslagen of zaken worden vergeten”, aldus Jeroen Hendriks.

Richting patiënten ligt de focus op het activeren van hun zelfmanagement, onder meer door het geven van goede voorlichting over wat boezemfibrilleren is en hoe het behandeld wordt. Tevens worden ze begeleid bij het aanleren van een gezondere leefstijl. “De arts ontbreekt het hiervoor vaak aan tijd. Het gaat om de mens, niet

“Richting patiënten ligt de focus op het activeren van hun zelfmanagement, onder meer door het geven van goede voorlichting over wat boezemfibrilleren is en hoe het behandeld wordt.”

alleen om zijn aandoening. Daar moet je tijd voor nemen. Laat mensen hun verhaal doen, luister naar ze en probeer zo goed mogelijk antwoord te geven op vragen over de ziekte en de behandeling. Verder is het van belang om patiënten ervan bewust te maken dat ze zelf invloed hebben op het proces. Leg ze bijvoorbeeld uit waarvoor de medicatie bedoeld is en waarom het belangrijk is om het middel op tijd en consequent in te nemen. Zo stimuleer je het zelfmanagement. Daar heeft de patiënt alleen maar profijt van. Die voorlichting hoeft niet per sé plaats te vinden in de AF-poli. Dat kan ook in de huisartsenpraktijk. We willen heel graag met de huisartsen samenwerken. Daar is nog winst te behalen; integrated care verder doortrekken naar de eerste en anderhalve lijn. Dat is het idee. Een goede samenwerking tussen huisarts, praktijkondersteuner en de gespecialiseerde verpleegkundige van de AF-poli, juich ik van harte toe. Zo zijn er meer zaken die we nog beter kunnen doen”, aldus Jeroen Hendriks.

En dat is nodig, want steeds meer mensen krijgen een hartritmestoornis. Nu zijn er dat in Nederland zo'n 300.000. In 2050 naar schatting 700.000.





Verpleegkundig specialist Wiel Wijnen (links) en orthopedisch chirurg Adhiambo Witlox.

“Met behulp van een echoscopie kunnen we vaststellen of er sprake is van DDH. We zien meteen of een heup niet goed gevormd is of dat de kop verkeerd in de kom ligt”

Laagdrempelig spreekuur voor baby's met heupdysplasie

In Nederland worden jaarlijks ongeveer drieduizend baby's geboren met een heupafwijking (DDH). Met de introductie van een nieuw heupdysplasiespreekuur door de kinderorthopedie in het Maastricht UMC+ is de zorg niet alleen laagdrempeliger maar ook beter georganiseerd.

Sommige kinderen lopen meer risico op DDH (Developmental Dysplasia of the Hip) dan anderen. Dit kan voor consultatiebureauartsen en verloskundig actieve huisartsen reden zijn om het kind (via de huisarts) door te verwijzen naar een orthopedisch chirurg. Het gaat om baby's die het laatste deel van de zwangerschap en tijdens de bevalling in een stuit lagen. Kinderen uit families waar heupdysplasie tot en met de tweede graad of heupartrose op jongere leeftijd voorkomt. Maar ook voor kinderen die worden geboren met een klompvoet, torticollis of spina bifida.

“Met behulp van een echoscopie kunnen we vaststellen of er sprake is van DDH. We zien meteen of een heup niet goed gevormd is of dat de kop verkeerd in de kom ligt”, stelt orthopedisch chirurg Adhiambo Witlox. “En het is belangrijk dat we er snel bij zijn. Bij baby's van drie maanden kunnen we de aandoening vaak verhelpen zonder operatie. Als DDH wordt ontdekt als een kind twee jaar oud is, wordt therapie een stuk lastiger.”

Speciaal voor ouders met kinderen met een mogelijke DDH is er nu op woensdagochtend een spreekuur. “Na het consult door een orthopedisch chirurg of assistent in opleiding, volgt onmiddellijk een lichamelijk onderzoek

en een echografie of röntgenfoto als dat nodig is. Nog dezelfde ochtend krijgen de ouders de uitslag en wordt de behandeling ingezet. Vroeger moesten ouders met hun kind hiervoor diverse afspraken maken”, licht verpleegkundig specialist Wiel Wijnen toe, die tijdens het eerste consult, maar ook in de follow up het vaste aanspreekpunt is.

De behandeling van heupdysplasie of de ernstigere vorm luxatie, waarbij de kop van één of beide benen geheel buiten de kom ligt, is een stuk minder ingrijpend dan vroeger. Slechts bij een kleine groep kinderen hoeft de heupkop onder narcose handmatig in de kom te worden geplaatst. Bij de meeste kinderen volstaat het dragen van een campspreider (beugel) of een pavlikbandage, zodat de beentjes in spreidstand worden gehouden en de kom zich kan ontwikkelen. De meesten kunnen na het eerste levensjaar zonder hulpmiddelen door het leven.

Op dinsdag 26 november houdt de afdeling orthopedische chirurgie van het Maastricht UMC+ een symposium over kinderen met heupdysplasie. Aanmelden is mogelijk tot 19 november.

Jean-Paul Buysrogge over *Better in, Better out*:

“Preoperatief trainen of wachtlijsten verkorten”

Huisarts Jean-Paul Buysrogge in de Maastrichtse wijk Sint Pieter vindt dat een concept zoals *Better in, Better out* in een breder perspectief geplaatst moet worden: “De opnameduur wordt steeds korter, er zijn nog altijd wachtlijsten, behandelmethodes veranderen. Als je wil dat patiënten vitaler een operatie in gaan dan zullen wij in de eerste lijn een beter inzicht moeten hebben in het proces waar onze patiënten in zitten. Nu weten we vaak niet wanneer iemand geopereerd wordt. Dat maakt het lastig om een patiënt voor te bereiden.”

“Ik hoor tegenwoordig te vaak dat wij huisartsen, dingen moeten signaleren of dat we poortwachter zijn. Als 20% van de patiënten ondervoed het ziekenhuis inkomt, doet de huisarts dan zijn werk niet goed? Of is dit een maatschappelijk probleem en daardoor veel lastiger te duiden en aan te pakken. Het wordt niet hardop gezegd, maar je zou de indruk kunnen krijgen dat het aan de huisarts ligt dat dit percentage zo hoog ligt. Bovendien suggereert het dat er in de eerste lijn niks gebeurt.”

Better in, Better out, de naam zegt het al, dan heb je het over de deuren van het ziekenhuis. Je kunt in een klinische setting goed meten. Nu ligt de focus naar mijn idee teveel op die tweede lijn. Terwijl de periode dat patiënten in deze zorglijn zitten, steeds korter wordt. Vroeger was je twee maanden zoet met een nieuwe heup, nu ben je binnen een week in en uit het ziekenhuis met een kunstheup. Vóór en na de operatie is het mijn patiënt. Daarom zou het goed zijn om *Better in, Better out* breder te trekken, over de lijnen heen en dan niet alleen kijkend naar de klinische interventie, maar juist naar een integraal behandelplan. Daarvoor moeten we elkaar in ieder geval beter informeren en meer inzicht verschaffen. Kijk eens naar wat er al is gebeurd in de eerste lijn, naar de historie van de patiënt. Vóór dat er een operatie plaatsvindt, hebben wij die patiënt al een heel tijdje in behandeling. Dat inzicht kan een specialist helpen. Andersom zou ik meer willen weten over wat er gebeurt met mijn patiënt in de tweede lijn. Wanneer vindt de operatie plaats. Nu weet ik dat vaak niet. Patiënten staan op een wachtlijst. Ineens zijn ze geopereerd, een andere keer duurt het veel langer. Er zijn mensen die soms maanden wachten op een operatie. Hoe langer iemand moet wachten, hoe meer hij inteert op zijn gezond-

heid. Als een patiënt in een rolstoel terecht komt voor een operatie dan neemt zijn spierkracht sterk af. Hoe langer de operatie duurt, hoe minder vitaal zo'n patiënt is. Kun je twee dingen doen. Preoperatief trainen of de wachtlijsten verkorten. De vraag is wat beter is.”

Het gaat om de patiënt Ik denk dat huisartsen zeker willen meewerken aan een gezamenlijke aanpak. We willen allemaal hetzelfde, namelijk dat die patiënt een zo goed mogelijke kwaliteit van leven heeft en daarvoor is vanuit verschillende plekken een geïntegreerde aanpak nodig. Maar dan moet er ook onderzoek komen naar het effect. Onderzoeken naar *Better in, Better out* zijn, zover ik weet, alleen uitgevoerd in het kader van klinische interventies. Iemand die vooraf oefeningen doet komt makkelijker door een heupoperatie. Hetzelfde geldt voor patiënten die ondervoed het ziekenhuis binnenkomen. Zij worden bijgevoed met een gericht dieet en lopen daardoor minder kans op complicaties. Dit speelt zich vooral af in de tweede lijn. Ik ken geen wetenschappelijk onderzoek uit de eerste lijn, of vanuit de huisartsengeneeskunde dat dit aantoonde. Dat wil overigens niet zeggen dat ik niet geloof dat het zo is. Sterker, ik wijs bijvoorbeeld patiënten met artrose erop dat ze hun spieren moeten trainen. Train wat je behoudt. Je krijgt wel een nieuwe heup of knie, maar geen nieuwe spieren. Wat je houdt moet je onderhouden. Vaak lopen deze patiënten ook al bij de fysiotherapeut. Dit zijn processen van maanden en jaren. En uiteindelijk komen deze patiënten in het ziekenhuis voor een operatie. Dus dit pleit voor een geïntegreerde benadering om patiënten vitaler op de operatietafel te krijgen”, aldus Jean-Paul Buysrogge.



Mosae Vita

Door de huidige leefstijl dreigen we, ondanks toenemende medisch technologische ontwikkelingen, voor de eerste keer geconfronteerd te worden met een afname van de levensverwachting. Helaas loopt Zuid-Limburg hierin vóór op de rest van Nederland. Zowel 'overvoeding' als 'ondervoeding' spelen een sleutelrol bij het verminderen van de gezondheid en het verhogen van de ziektelast. Dit betreft niet alleen de lichamelijke gezondheid maar ook de psychische gezondheid. Volgens recente schattingen kan een gezond voedingspatroon de belasting van veel chronische ziekten met 30 tot 40% reduceren en kan de gemiddelde Nederlander door een positieve leefstijl 10 jaar langer leven in goede gezondheid. Vanwege een vermindering van het aantal rokers in onze samenleving neemt een suboptimaal voedingspatroon geleidelijk de eerste positie over als leefstijl-gerelateerde oorzaak van gezondheidsverslechtering.

Het Maastricht UMC+ wil niet bij de pakken neerzitten maar een actieve bijdrage leveren aan oplossingen voor kwetsbare groepen, van dik tot dun. Binnen het onderzoeksinstituut NUTRIM bundelen medisch specialisten en wetenschappers hun krachten voor het verwerven van nieuwe inzichten in het voorspellen en modifieren van gezondheid en het gunstig beïnvloeden van ziektebeloop door op maat gesneden leefstijladvisering. Om deze kennis optimaal in de praktijk te brengen is echter meer nodig. Het vraagt ook om een gedragsverandering van zowel risicogroepen en patiënten als hun behandelaars en omgeving. Daarvoor is aanvullende kennis nodig over bijvoorbeeld de psychologie van eten, consumentengedrag, wetgeving omtrent gezondheidsclaims en privacy bescherming. Het Maastricht UMC+ treedt daarom buiten haar muren binnen het thema 'eatwell'. We richten ons zowel op primaire preventie van overvoeding in de huidige 'jongere' generatie, als op secundaire preventie bij de huidige 'oudere' generatie waarbij eerder sprake is van ondervoeding. De secundaire preventie-initiatieven omvatten veel voorkomende en sterk groeiende patiënt populaties in Limburg. Er wordt intensief samengewerkt met andere faculteiten van de Universiteit Maastricht, binnen het netwerk van zorginstellingen en met de GGD. Ook het bedrijfsleven en maatschappelijke partners worden actief betrokken. Deze samenwerking wordt de komende jaren voor én met de bevolking heel tastbaar vormgegeven in 'Mosae Vita'; een uniek, uitnodigend gebouw op de Maastricht health campus waarbinnen laagdrempelige kruisbestuiving wordt gestimuleerd en gezondheid beleefd voor een vitaal leven erbuiten.



Eén telefoontje is genoeg

De Huisartsen Service Desk

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. Daar zorgt Alie Lubbersen voor, zij bemenst de Huisartsen Service Desk.



De Huisartsen Service Desk is te bereiken via 043 387 44 80.

Maastricht UMC+



Maastricht University