

Zorg uit Voorzorg

Zorg op maat voor ouderen
in een kwetsbare positie



Wie de jeugd heeft...

Wie de jeugd heeft, heeft de toekomst. Daar is natuurlijk geen speld tussen te krijgen en dat ga ik dus ook niet proberen. Ik wil er wel een nieuwe zegswijze aan toevoegen: wie ouderen niets te bieden heeft, heeft geen toekomst.

Nederland gaat de aankomende jaren in verdubbeld tempo vergrijzen. Tot de leeftijd van gemiddeld 76 jaar ervaren ouderen hun gezondheid positief, maar daarna neemt dit af en neemt de zorgconsumptie toe. De stijgende levensverwachting en toenemende medisch-technologische oplossingen zorgen ervoor dat de kosten voor ouderenzorg enorm stijgen en daar ligt een grote gezamenlijke verantwoordelijkheid. Bij ongewijzigd beleid wordt de ouderenzorg onbetaalbaar en hebben we in de nabije toekomst onze ouderen nog maar weinig te bieden.

Tegelijkertijd met de stijging van de zorgvraag onder ouderen wordt er op termijn een schaarste aan personeel in de zorg verwacht. De zorg zal dus doelmatiger en beter moeten worden georganiseerd. CZ ziet hierin een taak weggelegd voor zichzelf. Die begint rondom het individu op het terrein van preventie en een gezonde levensstijl bevorderen, maar gaat ook verder in de wijkgerichte benadering van zorg en ondersteuning. Dat kunnen we niet alleen. Het regisseren van ouderen naar goede zorg zien wij slagen door middel van een integrale benadering, door taakdelegatie en door nieuwe toepassingen, zoals e-health en zelfmanagement. Ouderen ondersteunen zodat ze zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven functioneren. Daar gaat het om.

Het initiatief dat in de afgelopen jaren is ontstaan in de regio Sittard-Geleen sluit naadloos aan op deze visie. Er is een breed netwerk gevormd van betrokkenen in de regio rondom ouderenzorg. Huisartsen en praktijkondersteuners, specialisten en verpleegkundigen vanuit Orbis MC, wetenschappers van Zuyd Hogeschool en de Universiteit Maastricht, fysiotherapeuten en ergotherapeuten, mensen van het Huis voor de Zorg en, last but not least, de zorgverzekeraar.

Het betreft een zorgvernieuwingsproject waarin wordt samengewerkt met de patiënt en waarin de zorg rondom de patiënt wordt georganiseerd. De patiënt heeft de regie en bepaalt wat er gebeurt en wat vooral ook niet. De hechte samenwerking tussen de eerste en tweede lijn zorgt ervoor dat overdrachtsproblemen worden geminimaliseerd. Het multidisciplinaire karakter van het project, de korte lijnen tussen professionals en de goede communicatie vormen de basis voor een goed georganiseerde ouderenzorg.

In dit boekje kunt u lezen hoe Zorg uit Voorzorg is opgezet, wie hierbij betrokken zijn en wat dit oplevert voor de patiënt en de omgeving. Het enthousiasme van alle betrokkenen in dit project is aanstekelijk. Het daagt iedereen uit om mee te denken en mee te doen.

Zilveren haren, gouden jaren!

Tilburg, april 2012

Wim van der Meeren
Voorzitter Raad van Bestuur
Zorgverzekeraar CZ



Inhoud

Het ontstaan van Zorg uit Voorzorg 6

De initiatiefnemers

Cor Spreeuwenberg ACZIO 10
'Gebruik maken van de eigen kracht van de patiënt'

Walther Sipers en Herbert Habets OMC 13
'Proactief, geen rompslomp, maar helpen waar nodig!'

Ramon Daniëls Zuyd Hogeschool 16
'Ouderenzorg moet problemen voorkomen in plaats van oplossen'

Erik van Rossum Zuyd Hogeschool 20
'Zorg uit Voorzorg vertrekpunt voor nieuwe ontwikkelingen!'

Sjoerd Hobma, huisarts 22
'Het is belangrijk om over je eigen grens heen te kijken'

Orbis MC op weg naar 'Senior friendly hospital' 25

Zorg uit Voorzorg nader bekeken

Lilo Crasborn, Marlou Wolters en Simone Denis MCC Omnes 35
'Zorg uit Voorzorg is in de praktijk ontstaan, daarom werkt het ook'

Zorg uit Voorzorg in de eerste lijn 38

Zorg uit Voorzorg in de tweede lijn 40

Zorg op maat voor Marlie en Piet Meijer-van Mólken 43

Zorg uit Voorzorg in de praktijk

Huisarts Henk Jochems en Praktijkondersteuner Inge Systemans 52
'Zoeken naar het verhaal achter het verhaal'

Rob de Ruijter geriatriefysiotherapeut 55
'Werken met ouderen is meer dan lopen op de gang'

Huisarts Jean Dolhain en praktijkondersteuner Marijke Baart 59
'Niks forceren, maar wel voorzichtig confronteren'

Ergotherapeut Kelly Martens 61
'De toegevoegde waarde van ergotherapie is heel duidelijk geworden'

Huisarts Anniek Nilwik 'Als je zelf het initiatief neemt verlaag je de drempel voor contact'	64
Het Dorpsrestaurant	67
Zorg uit Voorzorg voor en door cliënten	
Manon Beckers-Houx, Walter Lennertz en Chris Baltus, NPO Doelgroeppanel 'We moeten nu bereid zijn kosten te maken om straks kosten te voorkomen'	76
Marlie en Piet Meijer - van Mólken 'Stap voor stap krijgen we de zorg die we nodig hebben'	82
Rob Dokter in koper bij CZ 'Zorg voor ouderen staat bij CZ hoog in het vaandel'	86
Jeu Renkens Gemeente Sittard-Geleen 'Samen zoeken naar de beste, maar ook betaalbare, ouderenzorg'	88
Cor Schulkens-Lebens mantelzorger 'Goed kijken wat mijn moeder wil en waar haar grenzen liggen'	91
Mevrouw Ebben-Knoben 'Ik had nooit gedacht dat ik zo oud zou worden'	93



Het ontstaan van Zorg uit Voorzorg

Huisartsen in de regio Sittard-Geleen, zorgprofessionals in Orbis Medisch Centrum (OMC), docenten en onderzoekers aan Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht, allemaal zijn ze de afgelopen tien jaar op een of andere manier bezig geweest met het bieden en ontwikkelen van zorg aan ouderen in een kwetsbare positie. Ieder op zijn of haar eigen manier, maar allemaal met hetzelfde doel, namelijk het verbeteren van de zorg voor ouderen in een kwetsbare positie. Zodat deze ouderen langer actief blijven en langer hun eigen leven kunnen leiden, op hun eigen manier en in hun eigen omgeving.

Henk Jochems is huisarts in Elsloo. Tien jaar geleden begon de Huisartsenpraktijk Dorine Verschureplein, waarvan hij deel uitmaakt, met het inzetten van praktijkondersteuners voor diabetespatiënten en voor complexe ouderenzorg. Inge Systemans ging zich daar als praktijkverpleegkundige mee bezig houden. De huisartsenpraktijk werd regelmatig geconfronteerd met crisissituaties, waarbij dan ineens allerlei zaken heel snel geregeld moesten worden. Dat lukte vaak niet, met alle gevolgen van dien voor de patiënt en frustratie voor de huisarts. Aanvankelijk werd de praktijkverpleegkundige ingezet bij deze calamiteiten, maar al snel kwam er een protocol om er eerder bij te zijn en calamiteiten juist te voorkomen. Nadat er drie jaar met het protocol was gewerkt, vroeg Ramon Daniëls, seniordocent ergotherapie, lid van het managementteam van de opleiding ergotherapie en onderzoeker bij Zuyd, in 2006 Henk Jochems en Inge Systemans voor de werkgroep van zijn promotieonderzoek over het voorkomen van beperkingen bij thuiswonende ouderen. Daarin zaten o.a. ook fysiotherapeut Rob de Ruijter en ergotherapeut Margot van Melick. Samen met de onderzoeksgroep, met daarin o.a. Herbert Habets, Walther Sipers en Sjoerd Hobma werd er gewerkt aan het ontwikkelen van interventies. Daarbij gingen praktijk (werkgroep) en onderzoek (onderzoeksgroep) hand in hand. Het protocol dat in Elsloo werd ontwikkeld en toegepast in de praktijk werd zo een van de pijlers van Zorg uit Voorzorg.

Klinisch geriater Walther Sipers en gespecialiseerd geriatrisch verpleegkundige en verplegingswetenschapper Herbert Habets, beiden werkzaam in OMC, bedachten rond 2008 dat het goed zou zijn om proactief om te gaan met de zorg voor ouderen. En dan bij voorkeur in samenwerking met de huisartsen. Uit hun dagelijkse praktijk wisten ze, dat een ziekenhuisopname vaak grote gevolgen heeft voor een oudere in een kwetsbare positie. Daarom bedachten ze het plan om alle 70-plussers die in het ziekenhuis werden opgenomen te gaan screenen. Ze ontwikkelden een eenvoudig programma, met de GFI-score (Groninger Frailty Indicator, een lijst van 15 vragen, waarmee de kwetsbaarheid van ouderen wordt gemeten) als basiselement. Naast het screenen van patiënten was het uitgangspunt om die zorg te bieden die nodig is om extra complicaties bij een ziekenhuisopname zoveel mogelijk te voorkomen. Om hiervoor een integraal plan op te zetten voor zowel de tweede als de eerste lijns zorg werd intensief samen gewerkt met MCC Omnes, het Medisch Coördinatie Centrum voor de huisartsen en OMC.

Sjoerd Hobma is huisarts in Sittard. Zijn aanvankelijke opleidingskeuze was interne geneeskunde. Uit die periode kent hij Walther Sipers. Uiteindelijk koos hij toch voor

het beroep van huisarts, omdat hij dat een mooier vak vond. Hij was een aantal jaren nauw betrokken bij de huisartsenopleiding van de Universiteit Maastricht, maar wilde op zeker moment meer in de regio gaan werken. Voor hem lag het voor de hand dat dat iets zou moeten zijn op het gebied van ouderenzorg. Ouderen spreken hem aan, als generatie. Mensen die het land hebben opgebouwd, maar zo bescheiden zijn dat ze zelfs niet om zorg komen vragen. Hij ziet ook dat de ouderenzorg een onderdeel van de zorg is waar veel geld in omgaat, maar waarin te weinig wordt bereikt. Vanuit zijn eigen huisartsenpraktijk zou hij graag slagvaardiger willen handelen als het nodig is. Hij weet echter ook dat de huisarts lang niet altijd de aangewezen professional is om de benodigde zorg te leveren. Hij of zij heeft er eenvoudigweg de tijd niet voor. De praktijkondersteuner met een verpleegkundige opleiding heeft die tijd wel en bovendien een betere achtergrond. Met die gedachte wilde hij aan de slag. Walther Sipers was voor hem de aangewezen persoon om zijn gedachten mee te delen.

Zuyd Hogeschool leidt al sinds jaar en dag zorgprofessionals op, zoals HBO-verpleegkundigen, fysiotherapeuten en ergotherapeuten. Een nauwe samenwerking met de praktijk is daarbij vanzelfsprekend. Zuyd is aangesloten bij het landelijke onderzoeksprogramma RAAK, gericht op innovatie, waarbij onderwijs en praktijk/bedrijfsleven nauw met elkaar samenwerken. Een van de RAAK programma's binnen Zuyd is 'Continuïteit van zorg voor kwetsbare ouderen'. Coördinator van dit programma is Erik van Rossum, bijzonder lector 'Zorginnovaties voor kwetsbare ouderen' en senior onderzoeker aan de Universiteit Maastricht. Ook hij is een goede bekende van Walther Sipers en Herbert Habets, want de laatste maakt deel uit van zijn RAAK-projectteam en is docent aan Zuyd Hogeschool. Erik van Rossum weet als geen ander dat het moeilijk is om in de praktijk vooruitgang te boeken op het gebied van ouderenzorg. De problematiek is weerbarstig door verschillende factoren. Geld uiteraard, maar ook regelgeving, moeilijk te veranderen besluitvormingsstructuren, tijd en de waan van de dag. Iedereen is ervan overtuigd dat zorg voor ouderen anders georganiseerd moet worden, de vraag is alleen hoe. Als er dan mensen uit de weerbarstige praktijk van zowel de huisartsen als het ziekenhuis zich melden om er samen mee aan de slag te gaan, dan ligt er een kans om bestaande structuren te doorbreken.

In 2008 ging ook het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) van start, gericht op het verbeteren van zorg voor ouderen met complexe problematiek. Doel is te komen tot een zorgaanbod dat beter is afgestemd op de behoeften van ouderen, waardoor deze langer actief en zelfstandig kunnen blijven. Vanuit dit programma worden projecten op het gebied van ouderenzorg gefinancierd en wetenschappelijk ondersteund vanuit de universitaire medische centra. Voor Limburg is dat ACZIO, het Academisch Centrum Zorginnovatie Ouderen, onderdeel van de Universiteit Maastricht. Cor Spreeuwenberg is er penvoerder. Begin jaren 90 werd hij gevraagd voor de Nationale Commissie Chronisch Zieken. Voor hem betekende dat een omslagpunt in zijn zorgdenken, veel meer gericht op de patiënt en minder vanuit de positie van de arts. De plannen van Walther Sipers en Herbert Habets, MCC Omnes en Zuyd Hogeschool pasten perfect binnen de doelstelling van het NPO. Er werd financiering aangevraagd en verkregen vanuit het zogenaamde TP 1 traject. Met als voorwaarde dat er een studie wordt gedaan naar de effecten. Deze studie wordt in 2012 afgerond.

Wat nog ontbrak was een slagvaardige projectorganisatie. Die werd gevonden bij MCC Omnes met Lilo Crasborn als projectleider, Marlou Wolters als secretaresse en Simone Denis als liaisonmanager naar de huisartsen en praktijkondersteuners toe.



De initiatiefnemers



Initiatiefnemers

Cor Spreeuwenberg ACZIO

‘Gebruik maken van de eigen kracht van de patiënt’

Cor Spreeuwenberg is van origine huisarts, daarna werd hij hoogleraar huisartsgeeneeskunde en weer later hoofdredacteur van het blad Medisch Contact. Hij heeft veel kennis en ervaring als het gaat om zorg. Toen hij in de jaren 90 betrokken raakte bij de beleidsontwikkeling van de zorg voor chronisch zieken, veroorzaakte dat een omslagpunt in zijn denken. “Ik dacht eigenlijk altijd vanuit de arts, maar van de chronisch zieken heb ik geleerd dat je moet denken vanuit de patiënt en dat je de zorg ook vanuit die patiënt moet organiseren. In de praktijk betekent dat een heel andere benadering van zorg.” Cor Spreeuwenberg maakt daartoe gebruik van het door Wagner in Seattle ontwikkelde en door de WHO geadopteerde Expanded Chronic Care Model. Hierin is de zorg georganiseerd rondom de patiënt. “Belangrijk zijn de communicatie met de betrokkene(n), de ondersteuning van zelfmanagement, de goede organisatie en het toepassen van technologie. Wat organisatie betreft gaat het om transmurale netwerkvorming door middel van samenwerking tussen bijvoorbeeld huisartsen, medisch specialisten en andere zorgverleners, en het anders inrichten van de taakverdeling tussen die zorgverleners. Alles is gericht op het ondersteunen van de patiënt. Het is de kunst om gebruik te maken van de eigen kracht van mensen, daar kom je altijd verder mee.”

Zelfmanagement, dat klinkt een beetje als ‘zoek het zelf maar uit’. “Dat is het zeker niet. Zelfmanagement wil niet zeggen dat je mensen in de steek laat. Integendeel, je laat mensen juist in hun waarde door ervan uit te gaan dat ze tot heel veel in staat zijn. Elk mens is anders en daar moet je als zorgverlener rekening mee houden en gebruik van maken. De patiënt stimuleren in het zelf kunnen en het zelf

“ Zelfmanagement wil niet zeggen dat je mensen in de steek laat. Integendeel, je laat mensen juist in hun waarde door ervan uit te gaan dat ze tot heel veel in staat zijn. ”

willen, door uit te gaan van wat de patiënt belangrijk vindt. Bovendien moet je zorgen dat de patiënten zichzelf als eigenaar van hun problemen ervaren. Dan zijn ze ook in staat om zelf oplossingen mee te bedenken. Vervolgens moet je laten voelen

dat je er vertrouwen in hebt dat ze die eigen oplossingen zelf uit kunnen voeren. Dat vraagt veel van de zorgprofessional. Die moet je daar ook goed voor opleiden en zorgen voor de juiste instrumenten om dit zelfmanagement in de praktijk te kunnen begeleiden. Technologie is daarbij belangrijk, maar ook coachingskills en het vermogen om een buurtnetwerk te ontwikkelen. Uiteindelijk is dit de enige manier om de complexe ouderenzorg betaalbaar en effectief te houden. We hebben de mensen niet voor de ouderwetse aanpak en bovendien werkt deze aanpak voor iedereen beter.”

Het anders organiseren van de ouderenzorg is het vertrekpunt van het Nationaal Programma Ouderenzorg. Doel is te komen tot een zorgaanbod dat beter is afgestemd op

de behoeften van ouderen, waardoor ze langer actief en zelfstandig kunnen blijven. Aanvankelijk zat Cor Spreeuwenberg aan de andere kant van de tafel, als beoordeelaar van de plannen in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg. “Er ontstond echter een vacature in het Zuiden om de projecten hier in de regio vanuit ACZIO te begeleiden en zo het veranderingsproces in de ouderenzorg mee vorm te geven.” In Zuid-Limburg bleken al de nodige initiatieven te zijn, daardoor kon er een snelle start worden gemaakt. Een voorbeeld is [G]OUD, dat staat voor Goed oud. In dit project werken sinds 2008 huisartsen en andere zorgverleners in de eerste lijn in Maastricht-Heuvelland en Parkstad nauw samen om de kwaliteit van leven van zelfstandig wonende 75-plussers te behouden of te verbeteren. Ook Zorg uit Voorzorg stond toen al in de startblokken. Cor Spreeuwenberg: “De kracht van Zorg uit Voorzorg is de grote betrokkenheid en het enthousiasme van iedereen. Ook de goede samenwerking tussen de onderzoekers en de praktijk is een enorm sterk punt. Het is bovendien tamelijk uniek dat er zo’n grote bijdrage wordt geleverd vanuit de tweede lijn met name vanuit Orbis MC.”

“ De kracht van Zorg uit Voorzorg is de grote betrokkenheid en het enthousiasme van iedereen. ”

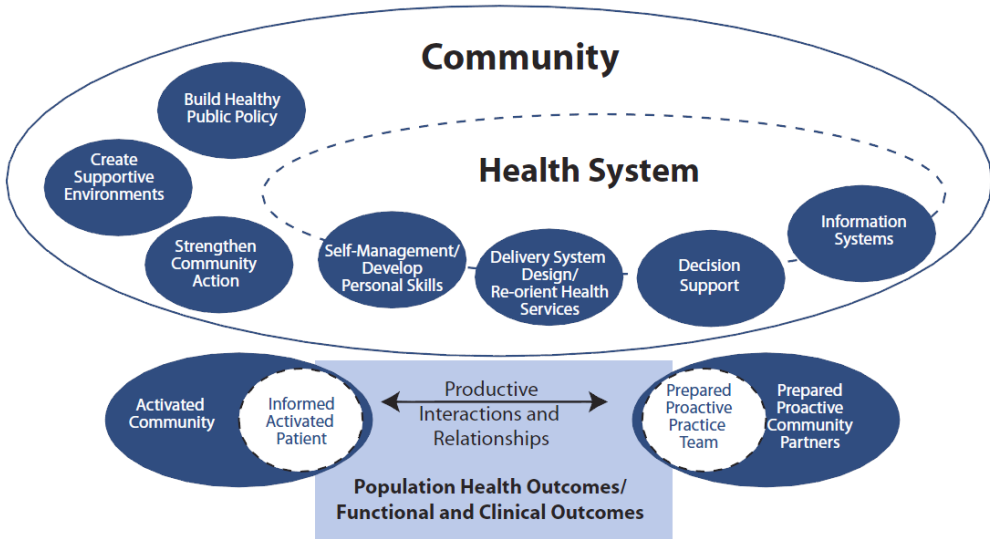
Methodieken ontwikkelen

De gelden binnen het NPO zijn in eerste instantie vooral bedoeld om methodieken te ontwikkelen om ouderen in een kwetsbare positie in kaart te brengen. Cor Spreeuwenberg: “Je moet weten wat kwetsbaarheid is. Wat zijn de kenmerken van deze patiënt. Wat kan of wil hij of zij, hoe ziet de omgeving eruit, hoe is het evenwicht tussen partners. Is er een mantelzorger, woont er bijvoorbeeld een dochter in de buurt? Dat moet je allemaal te weten zien te komen. Het is belangrijk om daarbij de kennis van de huisartsen te gebruiken. Zij kennen de risicogroepen en hebben ook zicht op de zorgmijders, de mensen die ze al lang niet meer in de praktijk hebben gezien. Aan de hand van vragenlijsten en gesprekken kun je dan een bestand opbouwen van ouderen in een kwetsbare positie. Bij Zorg uit Voorzorg is dat heel goed verlopen. In eerste instantie is gekozen voor een kleinschalige aanpak en is er veel aandacht besteed aan een goede opbouw van het project, waarbij steeds geleerd is van de opgedane ervaringen. Door de grote betrokkenheid van iedereen zijn er steeds duidelijke afspraken gemaakt, waar iedereen zich ook aan houdt.”

Ouderenzorg heeft politiek de wind mee

Het Project Zorg uit Voorzorg heeft in de praktijk tot goede resultaten geleid, maar hoe moet het nu verder? Cor Spreeuwenberg: “Ik begrijp wel dat er zorgen zijn over de voortgang, maar ik ben daar niet zo pessimistisch over. Ouderenzorg heeft politiek de wind mee. Er is een vervolg mogelijk vanuit het NPO, waarbij de aandacht gericht zal zijn op technologische ondersteuning, coaching en de buurtgerichte aanpak. Wat echter ontbreekt zijn centrale gelden en dat maakt het vaak lastig om een andere aanpak financieel rond te krijgen. Zeker als het gaat om zorg die niet gericht is op een concrete diagnose, maar juist daarvoor zit. Wat dat betreft, is het wel jammer dat er in Den Haag nu minder aandacht is voor preventie. Oud minister Klink was daar juist wel voorstander van. Als je de juiste zorg op het juiste moment wilt leveren is het tijdig opsporen van bijvoorbeeld kwetsbaarheid heel belangrijk. Zorg uit Voorzorg moet vooral voortgaan op de ingeslagen weg en de goede voorbeelden overdragen aan anderen. Het is belangrijk om bekendheid te geven aan de resultaten die zijn bereikt, ook bij het grote publiek. Daarmee kun je invloed uitoefenen op de politieke

besluitvorming. Oplossingen uit de praktijk moeten door de politiek worden overgenomen. Wat dat betreft moet ook de zorg vertrouwen op eigen kracht, want daar kom je altijd verder mee!”



Created by: Victoria Barr, Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts & Darlene Ravensdale (2002)
 Adapted from Glasgow, R., Orleans, C., Wagner, E., Curry, S., Solberg, L. (2001). "Does the Chronic Care Model also serve as a template for improving prevention?" *The Milbank Quarterly*, 79(4), and World Health Organization, Health and Welfare Canada and Canadian Public Health Association.(1986). Ottawa Charter of Health Promotion.



Walther Sipers en Herbert Habets OMC *‘Proactief, geen rompslomp, maar helpen waar nodig!’*

In Orbis Medisch Centrum (OMC) zien Walther Sipers, klinisch geriater en Herbert Habets, gespecialiseerd geriatrisch verpleegkundige en verplegingswetenschapper, dagelijks hoe ingrijpend een ziekenhuisopname voor een ouder iemand kan zijn. Niet alleen vanwege de reden van opname, een operatie bijvoorbeeld, maar ook vanwege mogelijke complicaties. Sommige ouderen raken verward, er kan een risico zijn op vallen, eten is soms moeilijk. Voorkomen is dan altijd beter dan genezen. Daarom besloten Sipers en Habets in 2008 dat het goed zou zijn om meer proactief om te gaan met ouderenzorg in OMC en dat dan liefst in samenwerking met de huisartsen. De eerste stap op weg naar Zorg uit Voorzorg.

Proactief hoe gaat dat in zijn werk? “Dat betekent dat we zijn gestart met het screenen van ouderen bij een ziekenhuisopname. Als basis hebben we een klein programma ontwikkeld, waarbij alle patiënten van 70 jaar en ouder werden gescreend met behulp van de GFI (Groninger Frailty Indicator), een lijst van 15 vragen, waarmee de kwetsbaarheid van ouderen wordt gemeten. Bij een score van 4 of hoger is er sprake van kwetsbaarheid. Later hebben we dit programma verfijnd en uitgebreid in samenwerking met Zuyd Hogeschool.” Een dergelijke aanpak komt natuurlijk niet vanzelf van de grond. “In een ziekenhuis zit niemand te wachten op extra rompslomp, de verpleegkundige niet en de patiënt al evenmin. We hebben de GFI-vragenlijst daarom geïntegreerd in het elektronisch verpleegkundig dossier. Bij het afnemen van de verpleegkundige anamnese komen de vragen dus vanzelf aan de orde. Bovendien hebben we de ICT mensen binnen Orbis MC gevraagd een instrument te ontwikkelen waarmee de GFI-scores van 4 en hoger er automatisch worden uitgefilterd. Als je in een ziekenhuis iets wilt veranderen, moet je zorgen dat je niet alleen staat. Daarom hebben we deze nieuwe aanpak aangekaart binnen de medische staf. In 2009 heeft dat geresulteerd in een positief stafbesluit.”

“*In een ziekenhuis zit niemand te wachten op extra rompslomp, de verpleegkundige niet en de patiënt al evenmin.*”

Proactieve aanpak in de praktijk

Hoe werkt deze aanpak in de praktijk? “Als er nu een patiënt van 70 jaar of ouder wordt opgenomen en er blijkt sprake te zijn van kwetsbaarheid, dan gaan daar een verpleegkundige en de klinisch geriater naartoe. Onlangs hadden we bijvoorbeeld een mevrouw van 73 jaar, opgenomen met een gebroken heup na een valincident, met een GFI-score hoger dan 4. Dat betekent dat ze de dag na opname bezoek krijgt van de gespecialiseerd verpleegkundige. Die constateert dat mevrouw, een weduwe, onzeker en angstig is en ook verward. De contactpersoon, haar zoon, wordt gebeld. Hij geeft aan dat zijn moeder last heeft van depressiviteit en geheugenklachten, de afgelopen weken slechter is gaan functioneren en suffer is geworden. Ze gebruikt pijnstillers, heeft last van urineweginfecties, rookt 20 sigaretten per dag en valt regelmatig. De zoon wil graag een nadere analyse van de situatie van zijn moeder.

Vervolgens komt de geriater in beeld voor nader onderzoek en wordt er een plan de campagne opgesteld met een advies aan de hoofdbehandelaar, in dit geval de orthopedisch chirurg.”

Ouderen hebben vaak al te maken met functiebeperkingen. Het is daarom van belang helder te krijgen welk niveau iemand had en wat het gevolg is van de ziekenhuisopname. “Het doel is om de patiënt op hetzelfde niveau te brengen als voor de ziekenhuisopname. Daarom wordt de patiënt als geheel in kaart gebracht. Er wordt gekeken naar de algemene dagelijkse levensverrichtingen, naar functies als horen en zien, naar de sociale context en naar de woonomgeving. Dit gebeurt meestal in nauw overleg met de contactpersoon. In sommige gevallen wordt ook contact opgenomen met de praktijkondersteuner van de huisarts, bijvoorbeeld als er geen contactpersoon is, of als er sprake is van een complexe situatie.”

Toolbox

Na het screenen en in kaart brengen van de situatie van een oudere, moeten de verpleegkundigen op de afdeling er mee aan de slag. “Ook hier geldt weer dat het niet

“ *Steeds meer behandelaars verwijzen patiënten gericht naar ons door en dat zal in de toekomst alleen maar toenemen. Iedereen wil immers graag onnodige complicaties voor zijn of haar patiënten voorkomen.* ”

teveel rompslomp op moet leveren. Daarom hebben we, in samenwerking met Zuyd Hogeschool, een toolbox ontwikkeld. Die bestaat uit een handzaam, klein boekje met daarin

informatie over kwetsbaarheid en mogelijke complicaties: delirium, vallen, ondervoeding, functieverlies en pijn. Op de samenvattingsbladen die bij de toolbox horen, staat compacte informatie over risicoscreening, diagnostiek, preventieve interventies, behandeling en nazorg. Met pictogrammen is aangegeven welke discipline voor welke taak verantwoordelijk is. In één oogopslag is duidelijk welke documenten, achtergrondinformatie via het intranet beschikbaar zijn. Soms zijn oplossingen heel eenvoudig. Verpleegkundigen hebben bijvoorbeeld gemerkt dat veel ouderen het prettig vinden als het bed met de lange kant tegen de muur staat, in plaats van los in de kamer. Omdat ze dat thuis ook zo gewend zijn. In het begin vonden veel mensen dat raar, maar nu wordt een bed regelmatig zo geplaatst en dat werkt.”

In anderhalf jaar tijd zijn zo’n 1300 oudere patiënten als kwetsbaar uit de bus gekomen. “Dankzij Zorg uit Voorzorg hebben we voor deze mensen veel problemen kunnen voorkomen. Het heeft echter niet geleid tot een afname van de reguliere consulten. Steeds meer behandelaars verwijzen patiënten gericht naar ons door en dat zal in de toekomst alleen maar toenemen. Iedereen wil immers graag onnodige complicaties voor zijn of haar patiënten voorkomen.”

Deskundigheid bevorderen en team uitbreiden

De projectfase van Zorg uit Voorzorg is officieel afgelopen. Hoe gaat het verder? “Belangrijk is dat we de zorgaanpak die we hebben opgezet borgen, maar ook verbeteren. Hoe kunnen we er bijvoorbeeld voor zorgen dat de adviezen die we geven ook daadwerkelijk worden opgevolgd? We willen graag dat er op elke afdeling waar ouderen worden opgenomen geriatrie expertise komt. Daarom moet er worden gewerkt aan deskundigheidsbevordering zowel bij de hoofdbehandelaars als bij de verpleegkundigen. Daarnaast willen we het consultatieteam geriatrie dat nu nog alleen

bestaat uit de klinisch geriater en de gespecialiseerde verpleegkundige, uitbreiden met bijvoorbeeld een diëtist, een fysiotherapeut en een ergotherapeut. Als we een multidisciplinaire aanpak kunnen bieden, zal het ook gemakkelijker zijn om de adviezen die we geven samen met de patiënt uit te voeren. In november 2011 zijn hier vier studenten van Zuyd Hogeschool begonnen met een project om oudere patiënten te helpen de dag zinvol door te komen. De nadruk ligt daarbij op functiebehoud, zowel fysiek als sociaal. Als een ouder iemand bijvoorbeeld drie dagen in bed ligt, dan verliest hij of zij enorm veel spiermassa. Als dat naderhand weer hersteld moet worden, kost dat heel veel moeite. Dat moeten we dus zien te voorkomen.” Ook de samenwerking met de huisartsen is een aandachtspunt. “Aanvankelijk was het plan om te komen tot een transmuraal dossier. ICT-ers zijn daar mee aan de slag gegaan, maar dat heeft nog onvoldoende opgeleverd. Dat dossier is echter heel belangrijk voor een goede overdracht van de eerste naar de tweede lijn en terug, zeker als een patiënt bij de huisarts al in beeld is als een oudere in een kwetsbare positie.”

“ Als we een multidisciplinaire aanpak kunnen bieden, zal het ook gemakkelijker zijn om de adviezen die we geven samen met de patiënt uit te voeren. ”

Orbis MC op weg naar Senior Friendly Hospital

Orbis MC heeft het plan opgevat om het ziekenhuis te ontwikkelen tot een Senior Friendly Hospital. “Deze aanpak is afkomstig uit Canada. Het gaat erom dat je je hele organisatie afstemt op de oudere patiënt. Dat geldt niet alleen voor de aanpak van zorg, maar ook voor de inrichting van het gebouw, veiligheid en bejegening.” Inmiddels is er een stuurgroep geformeerd waarin naast Walther Sipers en Herbert Habets ook leden van de directie en de medische staf zitten. “Het is heel belangrijk dat een dergelijke aanpak ziekenhuisbreed wordt gedragen en niet iets is van een enkeling, want dan krijg je het niet van de grond.”



Ramon Daniëls Zuyd Hogeschool *‘Ouderenzorg moet problemen voorkomen in plaats van oplossen’*

Eind 2003 verhuisde Ramon Daniëls vanuit Amsterdam naar Zuid-Limburg om aan de slag te gaan bij Zuyd Hogeschool als hoofddocent ergotherapie en lid van het managementteam. “Voor mij was al direct duidelijk dat ouderenzorg voor Limburg hét thema voor de toekomst is. De vergrijzing en de bevolkingskrimp gaan hier sneller dan in de rest van Nederland. Men maakt zich zorgen over het toenemend aantal ouderen en het geld dat nodig zal zijn om hen de nodige zorg te bieden.” Voor Ramon Daniëls zonder twijfel dus een interessant thema voor zijn promotieonderzoek. Het thema is maatschappelijk relevant en vraagt om samenwerking met partijen in de regio. Met zijn promotieteam bestaande uit Luc de Witte, Wim van den Heuvel en Erik van Rossum schreef Ramon Daniëls een promotievoorstel gericht op het ontwikkelen van een multidisciplinair programma voor thuiswonende ouderen in een kwetsbare positie met als doel het voorkomen van beperkingen in dagelijkse activiteiten. “Mijn interesse lag bij de ouderenzorg en dan vooral hoe je ouderen, multidisciplinair, zodanig kunt ondersteunen, dat ze zo lang mogelijk kunnen blijven doen wat ze graag willen doen. Voorkomen van problemen is het vertrekpunt, in plaats van het oplossen daarvan. Daar ligt wat mij betreft de toekomst van de ouderenzorg.”

De Nederlandse overheid ziet het als een speerpunt om ouderen te ondersteunen om onafhankelijk te zijn en te kunnen participeren in de maatschappij. Zelfredzaamheid, blijkt uit veel beleidsstukken, zou weleens het meest relevante doel kunnen zijn voor interventies binnen de ouderenzorg. Beperkingen in activiteiten, zoals zelfverzorging, sociale activiteiten of hobby's hebben namelijk een grote invloed op de kwaliteit van het leven van ouderen. Ondanks alle studies naar en over kwetsbaarheid van ouderen, lagen er geen klant en klare programma's voor het omgaan met deze groeiende groep in onze samenleving. Ramon Daniëls: “Er waren wel studies verricht naar huisbezoeken door verpleegkundigen, maar die waren voor-

“Beperkingen in activiteiten, zoals zelfverzorging, sociale activiteiten of hobby's hebben namelijk een grote invloed op de kwaliteit van het leven van ouderen.”

namelijk monodisciplinair. In onze ogen was er juist in de eerste lijn behoefte aan een multidisciplinaire aanpak. Daar lag dan ook de uitdaging voor het promotieonderzoek. Zo 'n onderzoek stelt bepaalde eisen aan het stapsgewijs opbouwen en onderbouwen. Daarbij was ook de input vanuit de praktijk van groot belang. Via Erik van Rossum kwamen we in contact met Walther Sipers, Herbert Habets en Sjoerd Hobma. In de regio Sittard-Geleen bleken zij samen met MCC Omnes te werken aan een projectplan gericht op kwetsbaarheid bij ouderen, dat uitstekend aansloot bij de plannen voor het promotieonderzoek. Een ideale combinatie van ontwikkelingen en initiatieven uit theorie en praktijk, allemaal gericht op een nieuwe aanpak van de zorg voor ouderen.”

aan het stapsgewijs opbouwen en onderbouwen. Daarbij was ook de input vanuit de praktijk van groot belang. Via Erik van Rossum kwamen we in contact met Walther Sipers, Herbert Habets en Sjoerd Hobma. In de regio Sittard-Geleen bleken zij samen met MCC Omnes te werken aan een projectplan gericht op kwetsbaarheid bij ouderen, dat uitstekend aansloot bij de plannen voor het promotieonderzoek. Een ideale combinatie van ontwikkelingen en initiatieven uit theorie en praktijk, allemaal gericht op een nieuwe aanpak van de zorg voor ouderen.”

Kwetsbaarheid multifactorieel benaderen

Voordat je met het ontwikkelen van een behandelprogramma kunt beginnen, moeten er keuzes worden gemaakt. Ramon Daniëls: “we zijn begonnen met het nader definiëren van het begrip kwetsbaarheid. Kwetsbaarheid kun je op twee manieren benaderen: puur fysiek of multifactorieel, waarbij je ook de psychische aspecten en

de sociale context bekijkt. Welke benadering je kiest, heeft grote consequenties voor de manier van opsporen van kwetsbaarheid en voor de interventies die je ontwikkelt. Wij hebben gekozen voor de tweede benadering. De volgende stap was literatuuronderzoek en een expertmeeting om helder te krijgen welke elementen bijdragen aan de effectiviteit van interventies. Uit het literatuuronderzoek concludeerden we dat een multidisciplinaire, multifactoriële aanpak, maatwerk, casemanagement, een beweegcomponent, technologie en follow-up belangrijke elementen waren. De expertmeeting gaf soortgelijke uitkomsten, maar voegde daar zelfmanagement, cliëntgericht werken en aandacht voor zingeving en participatie in de maatschappij aan toe.”

Theorie en praktijk samen aan de slag

Vervolgens werd er vanuit twee groepen gewerkt aan een behandelprogramma op basis van de geformuleerde elementen. De onderzoeksgroep, bestaande uit het promotieteam aangevuld met Walther Sipers, Herbert Habets en Sjoerd Hobma, en de werkgroep met daarin juist mensen uit de praktijk, en Ramon Daniëls als linking pin tussen de twee groepen. “Doel was om een behandelprogramma te ontwikkelen dat niet alleen gebaseerd zou zijn op onderzoek, maar vooral ook op de ervaringen uit de praktijk. Zo bleek het assessment van Inge Systemans, praktijkondersteuner in Huisartsenpraktijk Elsloo, goed te gebruiken als basis voor het onderzoek van de praktijkondersteuner in Zorg uit Voorzorg.

Snel werd duidelijk dat naast de huisarts en de praktijkondersteuner ook de fysiotherapeut en de ergotherapeut belangrijke disciplines waren. Bij Zorg

“ Je inventariseert de wensen, behoeften en mogelijkheden en samen ga je dan bespreken wat wenselijk en haalbaar is om actief en zelfstandig te kunnen blijven. De oudere maakt daarbij zelf de keuzes, niet de hulpverlener. ”

uit Voorzorg hebben we niet gekozen voor de traditionele diagnose-recept-aanpak, maar voor een systeemtheoretische benadering. Je stelt daarbij de persoon centraal, wat hij of zij wil en kan en de verwachtingen die vanuit de omgeving aan hem/haar worden gesteld. Daarna ga je pas kijken naar de beperkingen die de persoon ervaart, welke risicofactoren er bestaan voor beperkingen in de toekomst, welke mogelijke oplossingen er zijn en wie ingezet kan worden. Het protocol dat we vervolgens voor Zorg uit Voorzorg hebben ontwikkeld, is hierop gebaseerd. Je inventariseert de wensen, behoeften en mogelijkheden en samen ga je dan bespreken wat wenselijk en haalbaar is om actief en zelfstandig te kunnen blijven. De oudere maakt daarbij zelf de keuzes, niet de hulpverlener. De oudere doet ook zoveel mogelijk zelf, al dan niet samen met de mantelzorger, om zelfmanagement te behouden en te bevorderen. Voor de interventies van zorgprofessionals hebben we een toolbox ontwikkeld. Deze bestaat uit vijf onderdelen gericht op het ontwikkelen van betekenisvolle activiteiten, het aanpassen van de omgeving, activiteiten en/of vaardigheden, het verstevigen van het sociale netwerk, het verhogen van de dagelijkse fysieke inspanning en het stimuleren van gezondheid. Daarnaast hebben we veel aandacht besteed aan motiverende gespreksvoering en coaching. Dat vraagt veel van de gespreksvaardigheden en attitude van zorgprofessionals. Voor sommigen is dat best lastig, zeker als je gewend bent heel oplossingsgericht te werken.”

Uittesten in de praktijk

Daarna was het de beurt aan de praktijk om de ontwikkelde aanpak te testen. Ramon Daniëls: “We zijn begonnen met een pre-pilot in Huisartsenpraktijk Elsloo. Daar was al veel ervaring opgedaan in het omgaan met complexe ouderenzorg. Als het daar niet uitvoerbaar zou zijn, zou het nergens uitvoerbaar zijn. Huisarts Henk Jochems ging er samen met praktijkondersteuner Inge Systemans, fysiotherapeut Rob de Ruijter en ergotherapeut Barry Nugteren mee aan de slag. Via de Groningen Frailty Indicator werden daarvoor tien ouderen geselecteerd. Op basis van de opgedane ervaringen hebben

“*Dat screenen bleek overigens nog best lastig. Een deel van de als kwetsbaar geïdentificeerde ouderen werd door de zorgprofessionals namelijk als niet-kwetsbaar beoordeeld.*”

we het protocol aangepast. Daarna hebben we de pilot uitgebreid met de huisartsenpraktijk in Buchten met huisarts Anniek Nilwik, praktijkondersteuner Simone Denis, ergotherapeute

Jaimy de Kok en fysiotherapeute Melanie Beumer. In Buchten was nog niet zoveel ervaring opgedaan met deze manier van ouderenzorg. Uit de screening kwamen 41 ouderen, 24 in Buchten en 17 in Elsloo. Met hen gingen we volgens protocol het traject in. Dat screenen bleek overigens nog best lastig. Een deel van de als kwetsbaar geïdentificeerde ouderen werd door de zorgprofessionals namelijk niet als kwetsbaar beoordeeld. Ook het strikt werken volgens protocol, was niet altijd even makkelijk. Maar over het algemeen bleek de hanteerbaarheid van het protocol goed te zijn. Het interdisciplinair werken en de principes van zelfmanagement boden duidelijke meerwaarde. De ouderen waarden de aandacht die ze krijgen en de betekenisvolle doelen waar ze aan werken. Ook vinden ze het prettig om in beeld te zijn bij een team, waar ze makkelijk met hun vragen terecht kunnen. Hetzelfde geldt voor de mantelzorgers.”

Effectstudie zorgt voor wetenschappelijke onderbouwing

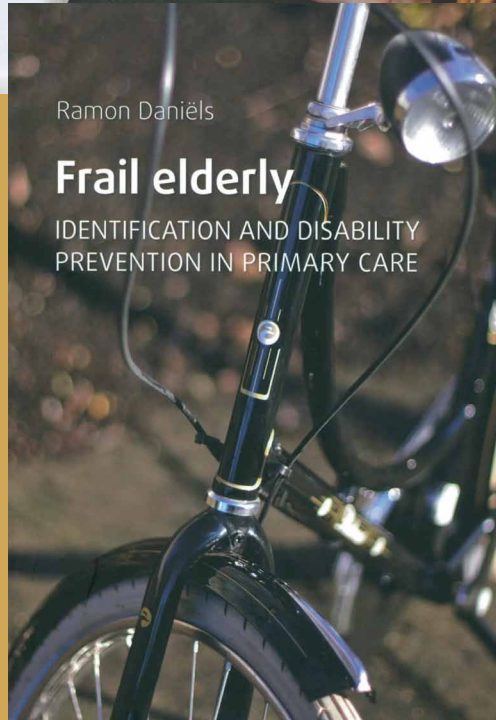
Ramon Daniëls kon met deze resultaten zijn promotieonderzoek afronden. Maar daarmee was en is de kous niet af. “Zorg uit Voorzorg is mede gefinancierd met middelen uit het Nationaal Programma Ouderenzorg. Voorwaarde voor die financiering is het doen van een effectstudie voor een wetenschappelijke onderbouwing van de behaalde resultaten. In 2010 is Silke Metzelthin daarmee begonnen. In 2012 worden de resultaten daarvan verwacht.” Hoe denkt Ramon Daniëls na zijn promotieonderzoek over de toekomst van de ouderenzorg? “Zorg uit Voorzorg heeft belangrijke stappen gezet op weg naar een andere aanpak van de zorg voor ouderen. Maar we zijn er nog lang niet. We moeten blijven door ontwikkelen en daarbij steeds zoeken naar innovatieve elementen, zoals het inzetten van technologie. Daarmee kun je bijvoorbeeld het multidisciplinaire overleg makkelijker organiseren en hoeven mensen daar niet meer fysiek voor bij elkaar te komen. Dat overleg blijkt in de praktijk namelijk lastig te organiseren. Ook van belang is het verder vormgeven van methoden en tools als ondersteuning bij zelfmanagement. We moeten daarnaast partijen buiten het zorgcircuit hierbij betrekken, zoals de gemeenten en de ouderenorganisaties. Kortom: er is nog veel te doen!”



Ramon Daniëls

Frail elderly

IDENTIFICATION AND DISABILITY
PREVENTION IN PRIMARY CARE



Erik van Rossum Zuyd Hogeschool **“Zorg uit Voorzorg vertrekpunt voor nieuwe ontwikkelingen!”**

Het verbeteren van de zorg voor ouderen staat al jarenlang op tal van agenda's. “Het is een hardnekkig probleem om de gewenste zorg van de grond te krijgen,” weet Erik van Rossum, bijzonder lector ‘zorginnovaties voor kwetsbare ouderen’ aan Zuyd Hogeschool en senior onderzoeker aan de Universiteit Maastricht. Hij promoveerde zelf al in 1993 op een studie naar de effecten van preventieve ouderbezoeken door wijkverpleegkundigen. “Zowel inhoudelijk als qua financiering en wetgeving zijn er schotten opgetrokken die een voortvarende aanpak in de weg staan. Dan is het bijzonder als een aantal partijen in de regio Sittard-Geleen bereid blijkt hier serieus werk van te maken. Met een programmatische aanpak en de bereidheid om over de eigen grenzen heen te kijken. Zorg uit Voorzorg heeft laten zien dat dit een succesvolle aanpak is en een vertrekpunt voor tal van nieuwe ontwikkelingen. Ook voor de studenten van Zuyd biedt dat volop kansen!”

Zuyd Hogeschool is eind jaren negentig al gestart met het inventariseren van de mogelijkheden om de zorg voor ouderen te verbeteren. Erik van Rossum: “We werken daartoe al langer samen met Sevagram, Orbis en Universiteit Maastricht. De samenwerking met Orbis loopt onder meer via Herbert Habets die ook seniordocent is aan Zuyd Hogeschool. Op een gegeven moment kwamen alle plannen bij elkaar, de ideeën vanuit de

zorgpraktijk van de eerste en de tweede lijn, het RAAK-programma (landelijke onderzoeksprogramma, gericht op innovatie, waarbij onderwijs en praktijk/

“ Als je wilt vernieuwen in de zorg is het vaak lastig dat je met verschillende geldstromen te maken hebt. Als de zorgverzekeraars en de politiek bereid zijn om daar anders mee om te gaan, dan heb ik er vertrouwen in dat het op de lange termijn goed komt. ”

bedrijfsleven nauw met elkaar samenwerken) en het Nationaal Programma Ouderenzorg. Daardoor konden we het benodigde onderzoek financieren en de basis leggen voor Zorg uit Voorzorg. Het project heeft geleid tot een goede en productieve samenwerking tussen alle betrokken partijen en de basis gelegd voor nieuwe ontwikkelingen. Belangrijk is daarbij dat we samen op blijven trekken. Het is positief dat zorgverzekeraar CZ bereid is hierin mee te denken en te doen, dat is echt een stap voorwaarts. Als je wilt vernieuwen in de zorg is het vaak lastig dat je met verschillende geldstromen te maken hebt. Als de zorgverzekeraars en de politiek bereid zijn om daar anders mee om te gaan, dan heb ik er vertrouwen in dat het op de lange termijn goed komt.”

Technologie helpt bij faciliteren van samenwerking

Een voorbeeld van een project dat direct voortkomt uit Zorg uit Voorzorg is het faciliteren van samenwerking dankzij technologie. Erik van Rossum: “Het samenwerken van verschillende zorgprofessionals is een van de pijlers van Zorg uit Voorzorg. In de praktijk is dat echter lastig te organiseren, zowel financieel als fysiek. Een huisarts werkt bijna altijd buurtgericht. Zijn of haar patiënten wonen rondom de praktijk. Voor fysiotherapeuten en ergotherapeuten geldt dat echter niet. Daardoor kan het zijn dat een huisarts samenwerkt met wel tien fysiotherapeuten en vijf ergotherapeuten. Veel mensen werken dan ook nog eens parttime en in de financieringsstructuur zit geen ruimte voor het vergoeden van overleg. Daardoor dreigt het multidisciplinaire overleg al snel te mislukken. Zuyd is nu begonnen

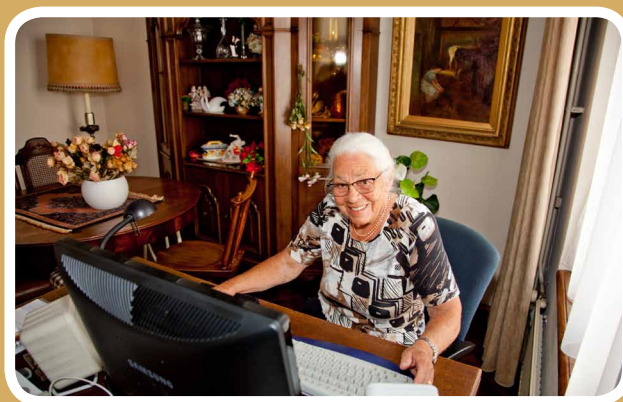
met een project om dit overleg virtueel te maken, bijvoorbeeld via skype of videoconferencing. Daarbij moeten dan ook alle patiëntgegevens beschikbaar zijn.”

Een ander onderdeel uit Zorg uit Voorzorg, waar nog nader naar gekeken zou moeten worden, is het zelfmanagement door de ouderen. Erik van Rossum: “Het gaat daarbij om het stellen van doelen en het zelf maken van keuzes om die doelen te bereiken. Dat laatste is belangrijk om resultaat te boeken. Als iemand anders gaat bepalen wat goed is voor een oudere dan gaat die oplossing in de praktijk meestal niet werken. Ramon Daniëls gaat hiervoor een nieuw project opzetten. De huisartsenpraktijken die al werken volgens het Zorg uit Voorzorgprotocol gaan hierin naar verwachting wederom participeren. In de loop van 2012 gaat het van start.”

Zorg op afstand

De zorg voor ouderen is ook nog op een andere manier een belangrijk punt van aandacht voor de toekomst. Er komen namelijk steeds meer ouderen en steeds minder professionals om voor hen te zorgen. Daarom is Zuyd Hogeschool begonnen met diverse studies naar de mogelijkheden van zorg op afstand. “Typisch een traject, waarbij praktijk en onderwijs nauw samenwerken,” vertelt Erik van Rossum. “Samen met de panelleden van het Huis voor de Zorg die bij Zorg uit Voorzorg zijn betrokken, zijn bijvoorbeeld een aantal parameters ontwikkeld om op afstand het functioneren van ouderen te volgen. Voorbeelden daarvan zijn gewicht, balans en beweging. Er is nu bijvoorbeeld een weegschaal ontwikkeld die niet alleen het gewicht aangeeft, maar ook kan meten hoe lang het duurt voordat iemand stabiel op die weegschaal staat. De gegevens worden dagelijks via een telefoon doorgegeven en als er significante afwijkingen zijn, kan er een seintje naar de huisarts of fysiotherapeut gaan. De dagelijkse beweging van iemand is bijvoorbeeld te monitoren via een mobiele telefoon die ook het aantal stappen per dag telt. Samen met de panelleden zijn deze hulpmiddelen ontwikkeld, zodat ze ook afgestemd zijn op het gebruik door oudere mensen. Ook dit komt voort uit Zorg uit Voorzorg.”

“ Er is nu bijvoorbeeld een weegschaal ontwikkeld die niet alleen het gewicht aangeeft, maar ook kan meten hoe lang het duurt voordat iemand stabiel op die weegschaal staat. ”



Zuyd Hogeschool kan niet zonder de praktijk

Voor Zuyd Hogeschool zijn deze ontwikkelingen heel belangrijk. “De directe relatie met de praktijk is voor onze studenten interessant en ook het zichtbare resultaat. Voor HBO-studenten zijn ouderen vaak niet direct de doelgroep waar ze hun carrière op willen richten. Aanvankelijk zijn ze vaak meer geïnteresseerd in de wat ‘snellere’ zaken. Mensen van 80 jaar of ouder staan ver van hun leefwereld af. Als ze echter in aanraking komen met projecten op het gebied van ouderenzorg, zie je dat toch ver-

“Ouderenzorg is de markt voor de toekomst en ouderen zijn de grootste zorgdoelgroep. Ziekenhuizen zie je langzaam maar zeker veranderen in ouderinstellingen, dat is gewoon de realiteit. Studenten zullen er dus wel mee aan de slag moeten.”

anderen. Ouderenzorg is de markt voor de toekomst en ouderen zijn de grootste zorgdoelgroep. Ziekenhuizen zie je langzaam maar zeker veranderen in ouderinstellingen, dat is gewoon de realiteit. Studenten zullen er dus wel mee aan de slag moeten. Dankzij een nauwe samenwerking die we hebben met de praktijk lukt het om dit ook aantrekkelijk te maken voor studenten. Het HBO kan niet zonder de praktijk. Daar ligt het begin- en het eindpunt van alles wat wij op onderwijs- en onderzoeksgebied doen. We leiden ook veel zorgprofessionals op, dus we moeten een goed contact houden met de praktijk. Zeker voor de toekomst, want er zijn nu al te weinig mensen om de benodigde zorg voor ouderen te leveren. Kijk maar eens naar de ziekenhuizen, in Orbis MC werken meer dan 150 medisch specialisten, slechts drie of vier daarvan zijn klinisch geriater. Ook wat dat betreft moet er nog heel wat gebeuren.”

Zuyd
Hogeschool

ZU
YD

Sjoerd Hobma, huisarts

‘Het is belangrijk om over je eigen grens heen te kijken’

Sjoerd Hobma is huisarts in Sittard. Aanvankelijk heeft hij interne geneeskunde gestudeerd, maar hij besloot toch om huisarts te worden. ‘Huisarts is een mooier vak, eigenlijk het mooiste vak dat er is.’ Hij heeft veel affiniteit met ouderenzorg. “Ouderen zijn meestal aardige mensen met een hele geschiedenis. Het gaat dan niet alleen om een medisch probleem, maar om hun hele situatie, de fase in hun leven en wat ze wel en niet meer willen. Dat vind ik mooi.” Hij is niet alleen huisarts, maar ook een meedenker en een meedoener. Sjoerd Hobma is medewerker zorginnovatie bij CZ en was een aantal jaren betrokken bij de huisartsenopleiding. “Ik wil graag zaken mee ontwikkelen, kijken hoe je dingen kunt veranderen. Als je kijkt naar de ouderenzorg dan zijn daar nu veel mensen mee bezig en er gaat veel geld in om. Er wordt echter te weinig bereikt. Waar het aan ontbreekt, is samenwerking en coördinatie. We werken teveel langs elkaar heen. Als we echt iets willen veranderen dan moet iedereen bereid zijn over zijn eigen grens heen te kijken en kiezen voor efficiëntie en samenwerking. Zorg uit Voorzorg heeft een duidelijk stap in die richting gezet!”

Het stoort hem eigenlijk al jaren dat je als huisarts soms niet slagvaardig kunt handelen. “Het gebeurt te vaak dat je wel weet wat er moet gebeuren, maar dat je niet de middelen hebt om dat ook te doen. Het ontbreekt ook aan tijd voor omslachtige procedures. Soms kies je dan voor een oplossing, waarvan je weet dat het niet de beste is, omdat je wel moet handelen. Daar wilde ik op een gegeven moment echt iets aan doen. En aan de telefoontjes op vrijdagmiddag van de dochters die aangeven ‘zo kan ik met pap of mam echt het weekend niet in’. Ik ken Walther Sipers nog van de interne geneeskunde dus dat contact was logisch. Een schot in de roos, samen met Herbert Habets zat hij vanuit het ziekenhuis precies op dezelfde lijn. Samen hebben we de mogelijkheden die er lagen gegrepen, samengewerkt met veel mensen met name ook van Zuyd en zo is Zorg uit Voorzorg ontstaan. Met z’n allen hebben we er een goed project van gemaakt. De zorg voor ouderen is in de regio Sittard-Geleen nu iets beter georganiseerd, waardoor we ook betere zorg kunnen leveren. Dat geldt dan vooral voor de praktijkondersteuners want zij zijn de spil waar alles om draait. Zij leveren de zorg die de huisarts in zijn hoofd heeft en dat werkt goed.”



Bureaucratische aanpak doorbroken

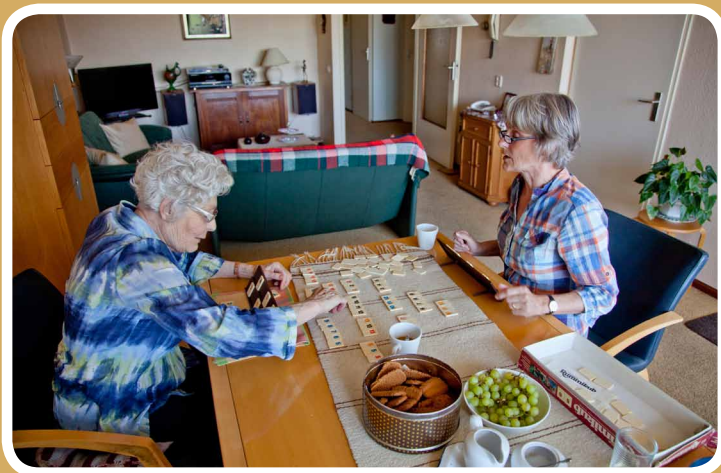
“Het sterke punt van Zorg uit Voorzorg is dat de zorgprofessionals de baas zijn gebleven, dat vind ik heel erg belangrijk om slagvaardig te kunnen zijn. Het is moeilijk om in de zorg structureel wat te veranderen, want je loopt steeds tegen dezelfde schotten aan. Zorg wordt geleverd door verschillende mensen en instanties en het geld daarvoor komt uit verschillende potten. Als je het anders wilt doen, is het niet duidelijk uit welke pot het geld moet komen en kom je vaak niet verder. Dan moet je weerstanden doorbreken en dat is niet eenvoudig. Als je nu bijvoorbeeld een patiënt hebt met een groot valrisico, dan komen er bij wijze van spreken vijf mensen thuis kijken wat er moet gebeuren. Ze doen allemaal hetzelfde en het duurt te lang voordat er iets geregeld is. Met Zorg uit Voorzorg hebben we deze bureaucratische aanpak doorbro-

ken. We hebben een module ontwikkeld om kwetsbaarheid bij ouderen op te sporen en via een multidisciplinaire aanpak de hulp te bieden die nodig is, zonder onnodig te medicaliseren. De huisarts, praktijkondersteuner, ergo- en fysiotherapeut komen samen met de patiënt en de mantelzorger tot een aanpak die past bij de patiënt, zijn mogelijkheden en zijn situatie. De eerste lijn is daarbij de spin in het web en werkt goed samen met de tweede lijn. Het is nog niet perfect, maar we zijn goed op weg.”

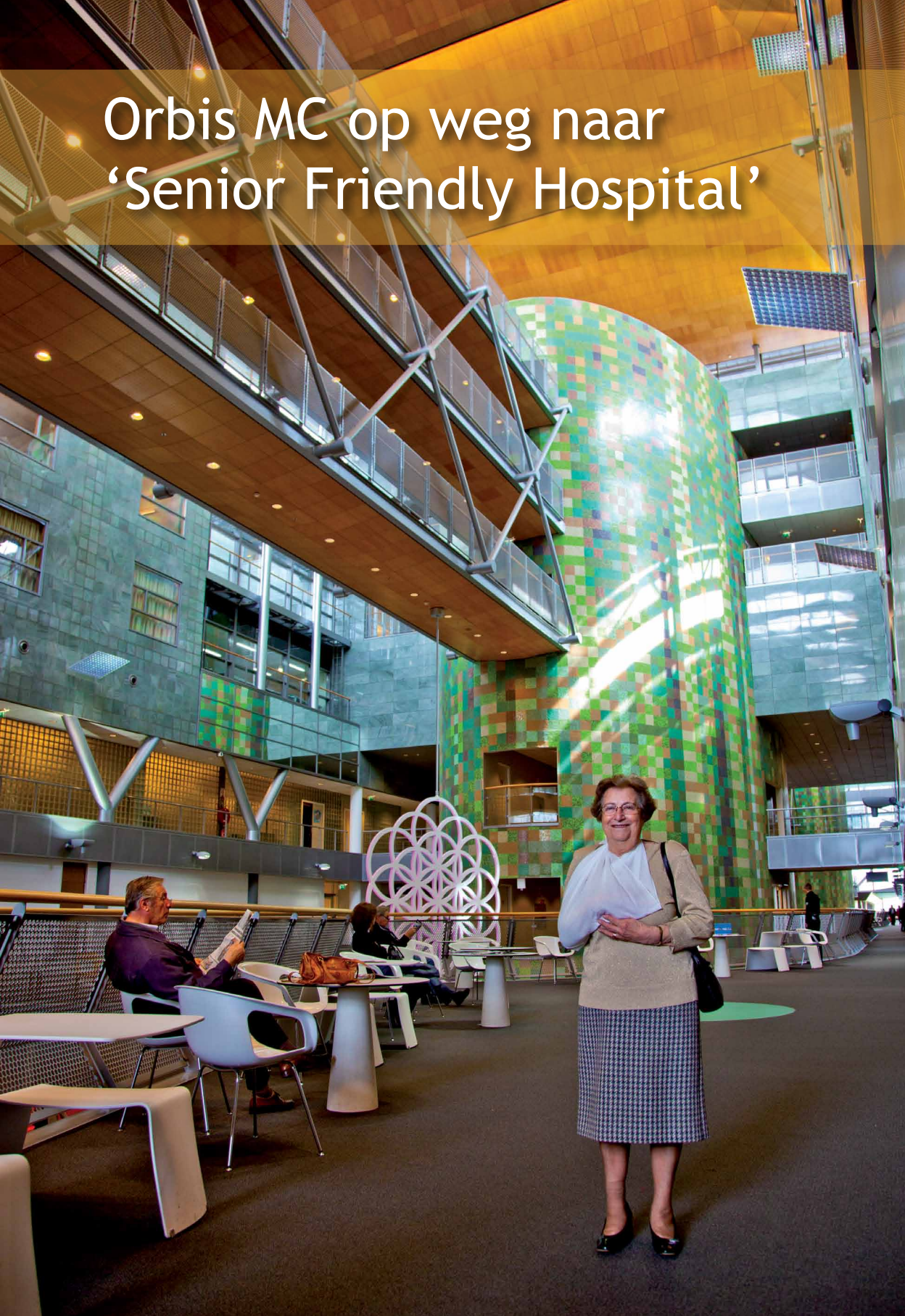
Verbeteringen

Wat moet er nog verbeterd worden aan het project? “Het screenen is nog niet goed genoeg. Er vallen nog mensen buiten de boot die wel kwetsbaar zijn, analfabeten bijvoorbeeld en dat zijn er meer dan je denkt. Ook de gegevensuitwisseling met de tweede lijn moet beter, daar zijn ook middelen voor. Daarnaast is het belangrijk dat je de goede mensen hebt voor de uitvoering. Het klinkt misschien niet zo vriendelijk, maar met goede mensen kan een slecht systeem toch werken, andersom is een stuk moeilijker. Daarom moet je veel aandacht besteden aan scholing. Voor de rest moeten we wachten op de resultaten van de effectstudie. Die resultaten zouden best tegen kunnen vallen, want er is nu eenmaal geen sprake van een laboratoriumsituatie, je kunt de ruis niet uitschakelen. Maar goed, we zullen zien.”

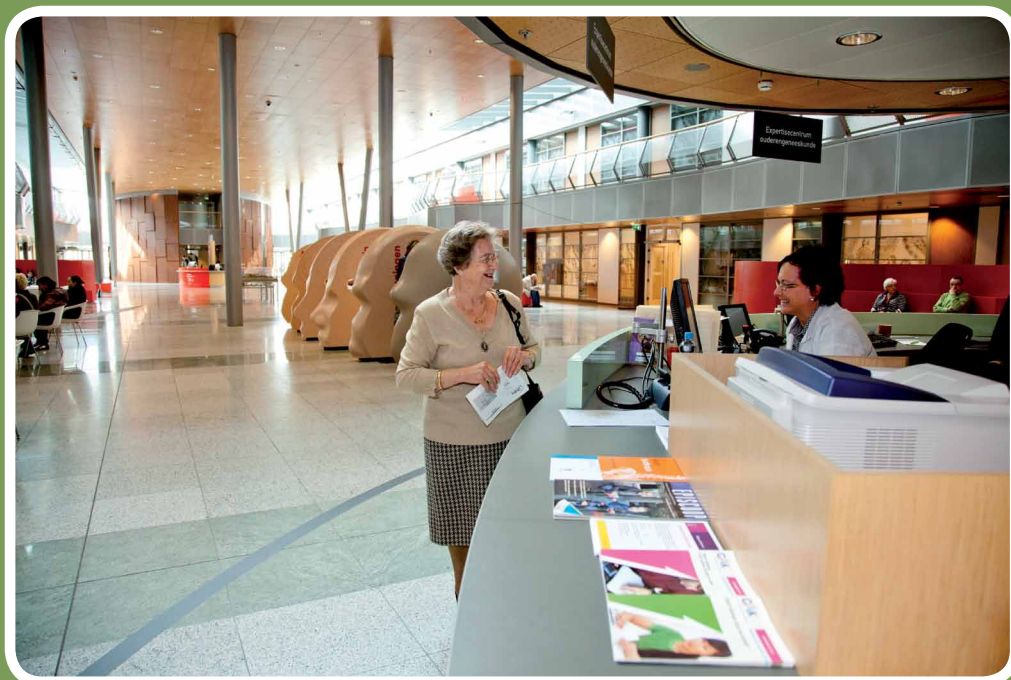
Het is hoe dan ook belangrijk om de resultaten van Zorg uit Voorzorg verder uit te bouwen. “We hebben laten zien dat we in staat zijn een systeem op te bouwen dat slagvaardig is en waarmee je goede zorg kunt leveren. We hebben ook laten zien dat autonomie belangrijk is. Niet over de ouderen beslissen, maar samen kijken wat nodig en haalbaar is. Ouderen zijn zelfstandige mensen die veel weten en veel kunnen, daar moet je gebruik van maken, Zorg uit Voorzorg doet dat. Ik zou graag alle betrokken partijen en geldstromen bij elkaar willen brengen en dan samen goede zorg organiseren. Zorg waar behoefte aan is en die mensen zo lang mogelijk in staat stelt hun eigen leven te leiden in hun eigen huis. Dat vind ik belangrijk. En dat kan, maar dan moet iedereen over zijn eigen grenzen heen kijken en bereid zijn tot samenwerking. Als we dat doen, kunnen we de schotten tussen de verschillende zorgaanbieders open zetten en daarna afbreken. Hier in de regio Sittard-Geleen zijn we daar met Zorg uit Voorzorg voorzichtig mee begonnen.”



Orbis MC op weg naar 'Senior Friendly Hospital'

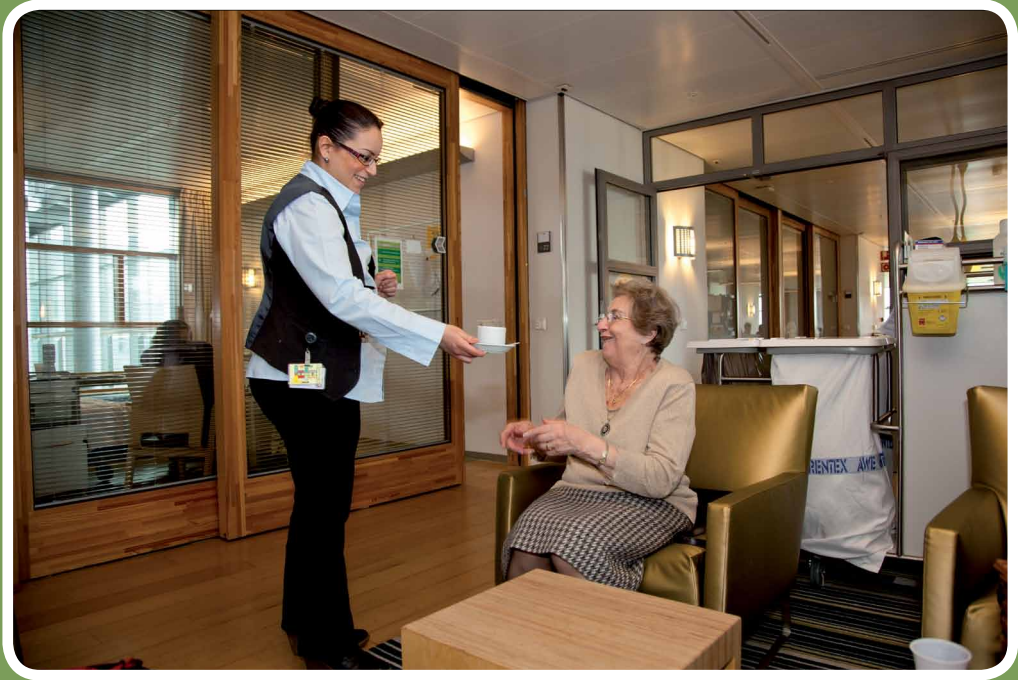
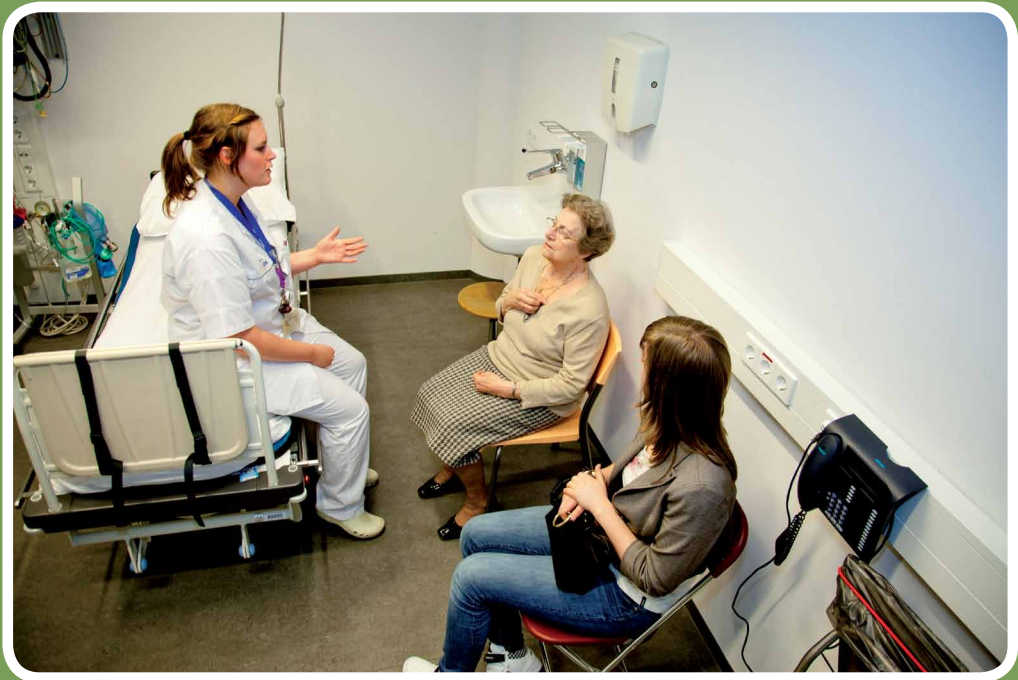


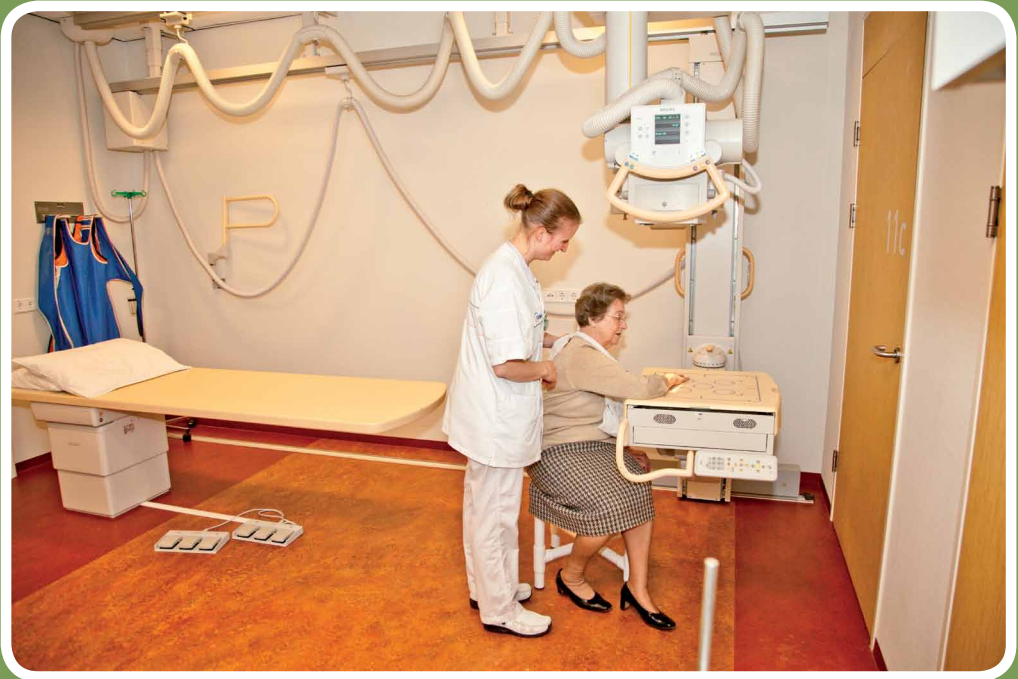
De samenwerking tussen de eerste en tweede lijn is een belangrijke pijler van Zorg uit Voorzorg. Klinisch geriater Walther Sipers en gespecialiseerd geriatrisch verpleegkundige Herbert Habets van Orbis MC stonden mede aan de wieg van het project. Dankzij hun inspanningen worden in het ziekenhuis nu alle patiënten vanaf 70 jaar gescreend. Als het nodig is, wordt het consultatieteam geriatrie ingeschakeld. In anderhalf jaar tijd werden zo al 1300 ouderen als kwetsbaar geïndiceerd. Inmiddels zijn zowel medische staf als directie ervan overtuigd dat een ziekenhuis specifiek (in)gericht moet zijn op de oudere patiënt. Orbis MC is daarom de weg ingeslagen van het concept van het Senior Friendly Hospital. Mevrouw Limpens-Dolmans valt in de categorie kwetsbaar en komt regelmatig als patiënt in het ziekenhuis. Voor dit boekje kroop ze een middag in de rol van fotomodel om mee te werken aan het in beeld brengen van de zorg voor ouderen binnen Orbis MC.

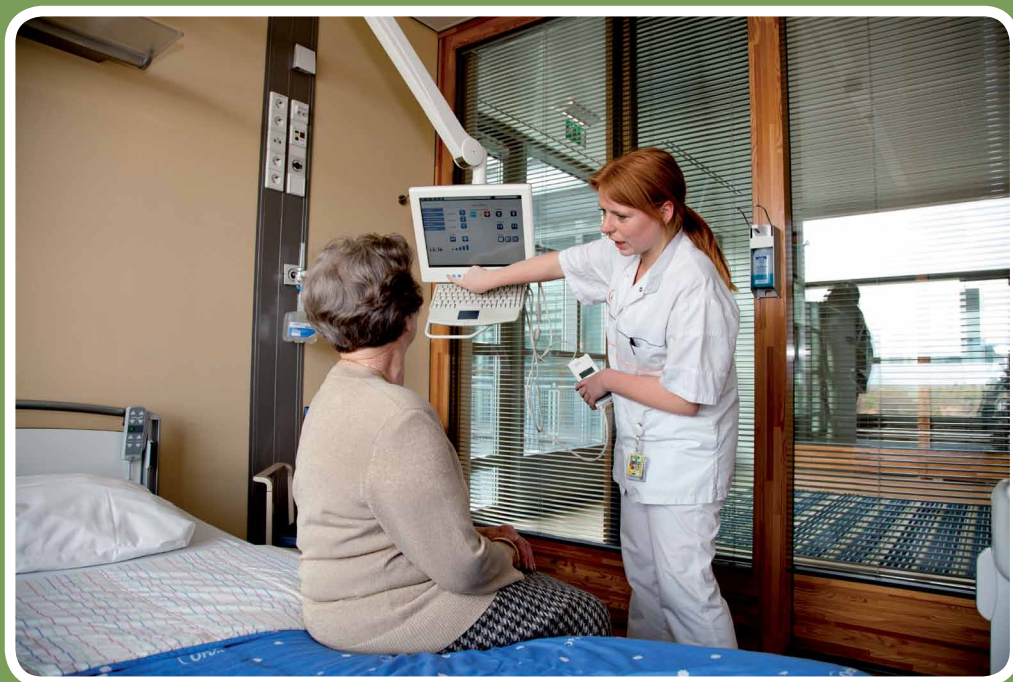
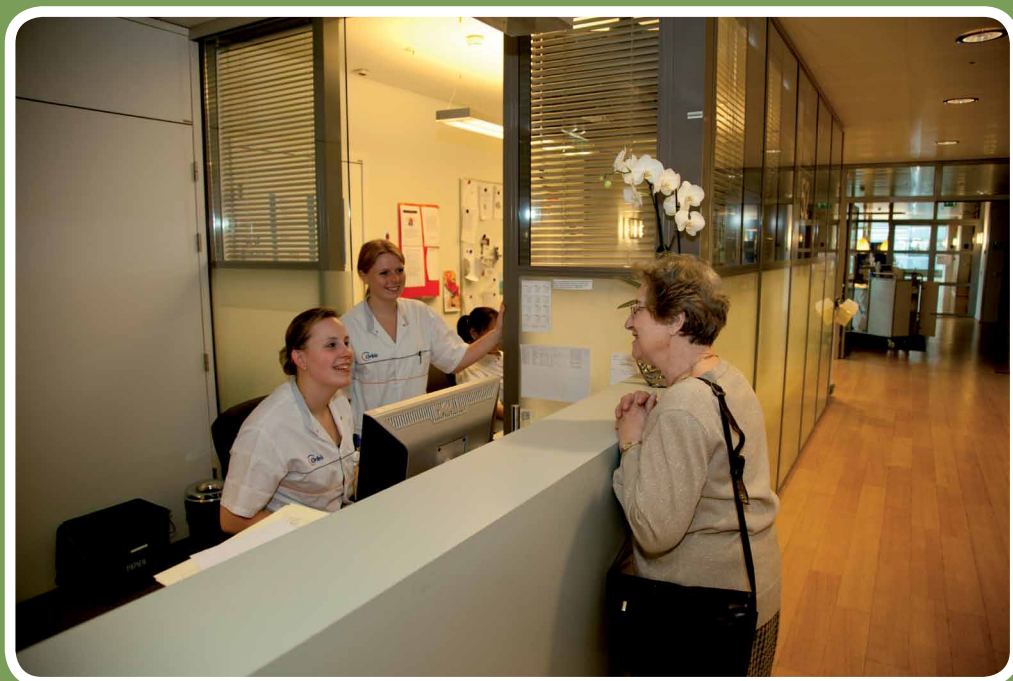


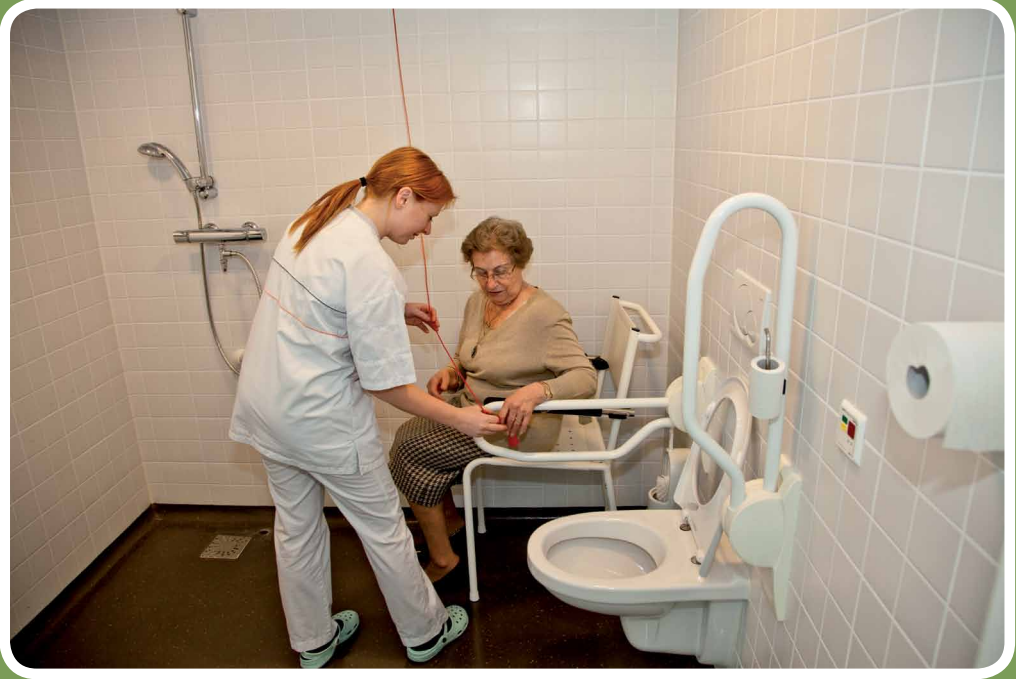


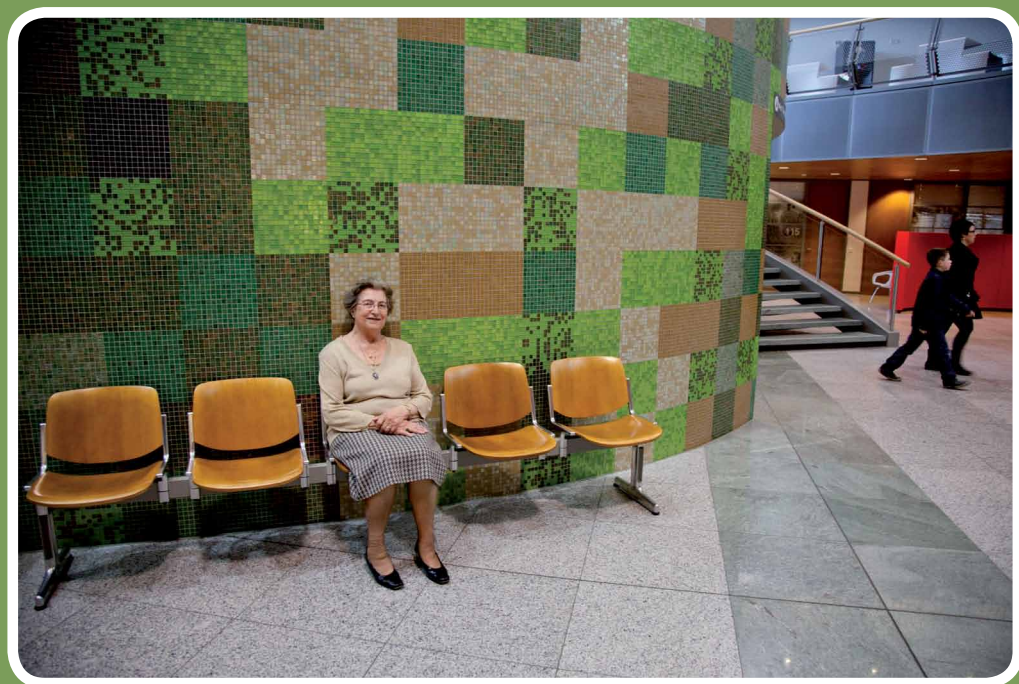














Zorg uit voorzorg nader bekeken

De projectorganisatie

*Lilo Crasborn, Marlou Wolters en Simone Denis MCC Omnes
'Zorg uit Voorzorg is in de praktijk ontstaan, daarom werkt het ook'*

Als je met iets nieuws begint, moet er veel geregeld en georganiseerd worden. Een slagvaardige projectorganisatie is dan heel belangrijk. Voor de organisatie van Zorg uit Voorzorg tekent het Medisch Coördinerend Centrum (MCC) Omnes Dit is een organisatie die onder meer werkt aan samenhangende zorg tussen huisartspraktijken en ziekenhuis in de regio Sittard-Geleen Het uiteindelijke team bestaat uit Lilo Crasborn, projectleider, Marlou Wolters, secretaresse en spin in het web en Simone Denis, liaisonmanager voor de praktijkondersteuners. Ze zijn met recht trots op wat ze samen met de praktijk hebben neergezet. "We zijn een goede weg ingeslagen."

Lilo Crasborn was al algemeen coördinator bij MCC Omnes. Van huis uit is ze gezondheidswetenschapper en in die hoedanigheid betrokken bij innovaties in de zorg. Ze weet dan ook dat het niet vanzelfsprekend is dat behaalde resultaten zonder meer worden vastgehouden en uitgebouwd. "Het sterke punt van Zorg uit Voorzorg is, dat het niet vanachter een bureau is bedacht, maar juist door de zorgprofessionals zelf. Zij hebben het initiatief genomen om beter te gaan samenwerken en wij hebben dat gefaciliteerd. Na afronding van de projectfase voelen wij ons ook medeverantwoordelijk om dat wat is opgebouwd te behouden en uit te bouwen. Dit doen we samen met de betrokken zorgprofessionals en organisaties als Meditta, Orbis MC en Fy West (samenwerkingsverband fysiotherapeuten)."

“ Het sterke punt van Zorg uit Voorzorg is, dat het niet vanachter een bureau is bedacht, maar juist door de zorgprofessionals zelf. ”

Simone Denis was praktijkondersteuner met verpleegkundige achtergrond en heeft veel ervaring met ouderenzorg. Ze heeft in de huisartsenpraktijk Buchten de ouderenzorg mee opgestart en werd door Ramon Daniëls en Erik van Rossum van Zuyd gevraagd voor de pilot van Zorg uit Voorzorg. Terwijl ze daarmee bezig was solliciteerde ze met succes naar de functie van HAGRO(Huisartsengroep)-ondersteuner. Daarna werd ze door MCC Omnes benaderd om de schakel te zijn tussen de huisartsenpraktijken en de praktijkondersteuners bij het opzetten van Zorg uit Voorzorg. Ze is ook de verbindende schakel met de onderzoekers. "Zorg uit Voorzorg heeft subsidie gekregen vanuit het Nationaal Programma Ouderenzorg. Een voorwaarde daarbij is dat er wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan naar de effectiviteit. Het gaat dan echt om harde resultaten. Blijven mensen bijvoorbeeld langer thuis wonen dankzij Zorg uit

“ Ook de toegevoegde waarde van de wisselwerking tussen praktijk en theorie is heel duidelijk naar voren gekomen. ”

Voorzorg. Om daar achter te komen, zijn er twee groepen van huisartsenpraktijken geselecteerd. Eén groep die werkt met het Zorg uit Voorzorgprotocol en één groep die dat niet doet. Bij beide groepen loopt nu een onderzoek naar de uitwerking in de praktijk van hun aanpak van ouderenzorg. In 2012 zijn de resultaten bekend.” Maar wat die resultaten ook zullen zijn, Zorg uit Voorzorg gaat door. Dat staat ook voor Simone vast. “Alle betrokkenen zijn het daar over eens. Er is een goede samenwerking en een goede afstemming, dankzij het multidisciplinair overleg. Ook de toegevoegde waarde van de wisselwerking tussen praktijk en theorie is heel duidelijk naar voren gekomen.” Marlou Wolters is van begin af aan bij Zorg uit Voorzorg betrokken. Als secretaresse van MCC Omnes begon ze met het notuleren van vergaderingen. Gaandeweg kwam er steeds meer taken bij. De lay-out van het opleidingsmateriaal vaststellen, het organiseren van de scholingsactiviteiten en het maken van de nieuwsbrieven. Zo werd ze langzaam maar zeker een herkenbaar aanspreekpunt voor huisartsen en praktijkondersteuners voor vragen van organisatorische aard. Met z'n drieën vormen ze, samen met Herbert Habets als projectleider voor de tweede lijn, de motor achter het project Zorg uit Voorzorg.

Steeds kijken wat de praktijk nodig heeft

Centraal in de projectorganisatie staat de projectgroep. Hierin zitten naast Lilo, Marlou en Simone, de initiatiefnemers Walther Sipers, Herbert Habets en Sjoerd Hobma en de onderzoekers Ruud Kempen, Erik van Rossum en Silke Metzelthin. In de projectgroep werd steeds de afstemming van Zorg uit Voorzorg in de hele keten, dus zowel bij de huisartsen als in het ziekenhuis, bewaakt. Ook de afstemming tussen het onderzoeksdeel van het project en het inhoudelijke deel was een belangrijk uitgangspunt. Lilo Crasborn: “Van begin af aan was het voor iedereen helder dat er geen logge organisatie mocht ontstaan. Alles werd geregeld vanuit de projectgroep en als het nodig was, hebben we een tijdelijke werkgroep in gesteld. Bijvoorbeeld voor het ontwikkelen van de ICT en voor de communicatie. Steeds met een duidelijke taak met een duidelijk begin- en eindpunt. Was de taak uitgevoerd, dan stopte de werkgroep. We hebben samen steeds gekeken wat de praktijk nodig had. Zuyd heeft bijvoorbeeld een toolbox ontwikkeld met daarbij een aantal werkbladen. Die bleken in de praktijk te uitgebreid en daardoor te ingewikkeld om mee te werken. Daarom hebben we, met Zuyd, samenvattingskaarten gemaakt die gebruikt kunnen worden als checklist. Dat werkt wel. Binnen het ziekenhuis hebben we steeds de afstemming gezocht met de plannen om zich te ontwikkelen tot Senior Friendly Hospital.”

Scholing stap voor stap

Op dezelfde manier is omgegaan met de scholing van de praktijkondersteuners. Simone Denis: “om hen te helpen bij het in de praktijk brengen van het Zorg uit Voorzorgprotocol hebben we aanvankelijk een stevig scholingstraject opgezet samen met Zuyd. Dat werkte wel goed, maar in de praktijk bleek, dat de praktijkondersteuners toch met vragen bleven zitten. Daarom zijn we begonnen met het organiseren van lunchbijeenkomsten voor het informeel uitwisselen van ervaringen en om elkaar beter te leren kennen. Vaak is er bij die bijeenkomsten een gastspreker die een bepaald onderwerp wat verder uit diept. Hierbij waren ook de panelleden van het Huis voor de Zorg betrokken. Zij hebben het accent gelegd op het cliëntenperspectief en daarmee een goede rol in het geheel gehad. Wat we ook hebben geleerd is dat je de scholing beter stap voor stap kunt doen. Een stukje kennis meegeven, dan weer terug naar de praktijk en gaandeweg de kennis verder uitbouwen.”

Veel praktijken wilden meedoen

Hoe zijn de huisartsenpraktijken die mee hebben gedaan geselecteerd? Marlou Wolters: “We hebben in eerste instantie alle huisartsenpraktijken in de regio Sittard-Geleen uitgenodigd voor een informatieavond over Zorg uit Voorzorg. Daarbij bleek dat van de 50 praktijken er 24 direct mee wilden doen. Dat waren er te veel om mee te beginnen. Daarom hebben we moeten loten. Zo konden uiteindelijk veertien praktijken meedoen en zes praktijken functioneren als controlegroep.” “Met die praktijken zijn we aan de slag gegaan,” vult Lilo Crasborn aan. “De praktijken die mee deden kregen vanuit het project uren vergoed voor het inzetten van een praktijkondersteuner. De onderzoekers bepaalden door loting welke ouderen gevraagd werden om mee te doen. Daarnaast konden de huisartsenpraktijken zelf ouderen in het project laten instromen. Een belangrijk onderdeel van het project was de mantelzorger. Uit de evaluatierondes is gebleken dat bijvoorbeeld de rol van de mantelzorgers in een dorpspraktijk anders is dan in een stadspraktijk. In de dorpen kan er makkelijker een beroep worden gedaan op mantelzorgers, in de stad is dat veel lastiger. Daar moet je bij je aanpak rekening mee houden.”

“ Een stukje kennis meegeven, dan weer terug naar de praktijk en gaandeweg de kennis verder uitbouwen. ”

Koesteren wat opgebouwd is

Onlangs is besloten dat de betrokken partijen Zorg uit Voorzorg in elk geval willen voortzetten. Er hebben zich al diverse huisartsenpraktijken gemeld die ondersteund willen worden om Zorg uit Voorzorg ook in hun praktijk te laten werken. Voorwaarde is dat ze een praktijkondersteuner hebben die bij voorkeur affiniteit heeft met ouderenzorg en dat er een ruimte is voor die praktijkondersteuner. De inzet van de praktijkondersteuner wordt deels gefinancierd door Zorgverzekeraar CZ en misschien in de toekomst ook door VGZ. De ondersteuning, zoals scholing, borging en begeleiding wordt gefinancierd vanuit MCC Omnes en mede uitgevoerd door Meditta, Orbis MC, Zuyd en Fy West. Lilo Crasborn: “Voor 2012 is hiermee de continuïteit gegarandeerd en hoeven we niet bang te zijn dat de opgebouwde kennis verloren gaat. Voor de toekomst is het belangrijk dat we koesteren wat we met elkaar hebben opgebouwd en dit verder uitrollen in de praktijk. Daarnaast moeten we oog hebben voor de bereik die we nog op onze weg zullen vinden, voordat we er echt structureel mee verder kunnen. Er is bijvoorbeeld nog geen geïntegreerde financiering, die alle kosten dekt. Die is uiteindelijk toch nodig om geïntegreerde zorg te kunnen bieden, zoals Zorg uit Voorzorg die voor ogen heeft. Om dat te bereiken is er op landelijk niveau actie nodig. Om te onderzoeken wat er precies nodig is, is inmiddels het project Invest opgestart, waarvan Sjoerd Hobma de projectleider is. We zijn een goede weg ingeslagen met Zorg uit Voorzorg en op die weg zullen we ook verder gaan.”

Protocol

Het Zorg uit Voorzorg-programma richt zich op het voorkomen of uitstellen van beperkingen in activiteiten bij ouderen. Het gaat om activiteiten die ouderen zelf als betekenisvol zien, die zin geven aan hun leven en bijdragen aan hun kwaliteit van leven. Deze activiteiten kunnen te maken hebben met ontspanning, nuttig bezig zijn en zelfredzaamheid. Zorg uit Voorzorg ziet ouderen in een kwetsbare positie als ouderen die een verhoogde kans hebben op het ontwikkelen van beperkingen in activiteiten. Er wordt uitgegaan van een multifactorieel perspectief op kwetsbaarheid. Daarbij maken zowel fysieke als psychosociale, cognitieve en omgevingsfactoren onderdeel uit van de kwetsbaarheid en de ontwikkeling van beperkingen in activiteiten. Het multifactorieel perspectief is in alle elementen van het programma terug te vinden.

Zorg uit Voorzorg heeft twee aangrijpingspunten voor preventie:

- het aanpakken van risicofactoren voor de ontwikkeling van beperkingen, zoals comorbiditeit, cognitieve stoornissen, depressie, verminderde lichamelijke fitheid, weinig fysieke activiteit, verminderd gezichtsvermogen, vallen, hoog alcoholgebruik, roken, hoog medicatiegebruik, gewichtsafname, weinig sociale contacten of activiteiten;
- het aanpakken van bestaande of dreigende beperkingen in activiteiten, zoals boodschappen doen, vrienden bezoeken, koken, huis en tuin bijhouden.

Het gaat dus zowel om het voorkomen van ziekte als om het voorkomen van het ontstaan van beperkingen. Belangrijke voorwaarde voor resultaat is, dat ouderen zelf bepalen wat ze belangrijk vinden en zelf waar mogelijk de regie hebben over de zorg die ze daarbij nodig hebben. Zorg uit Voorzorg is cliëntgericht. De rol van zorgprofessionals is gericht op het stimuleren tot actieve participatie en streven naar gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het behandelproces. De samenwerking tussen de oudere, eventuele mantelzorger en de zorgverlener moet leiden tot zorg die aansluit bij de wensen en verwachtingen van de oudere en voldoet aan de professionele standaarden.

Eerste lijn

Zorg uit Voorzorg werkt in de eerste lijn vanuit twee teams: het kernteam van huisarts en praktijkondersteuner en het uitgebreide interdisciplinaire team van huisarts, praktijkondersteuner, fysiotherapeut en ergotherapeut en waar nodig andere disciplines. Beide teams richten zich op de vraag hoe de oudere het best ondersteund kan worden in het kunnen (blijven) uitvoeren van betekenisvolle activiteiten. Het uitgebreide interdisciplinair team wordt ingezet als er sprake is van complexe problematiek. Het multidisciplinaire overleg zorgt voor een goede afstemming van zorg. Een goede samenwerking binnen het team draagt bij aan de verbetering van de kwaliteit van de zorg door:

- het stellen van gemeenschappelijke behandeldoelen en het afstemmen van strategieën en acties;
- continuïteit in de behandeling;
- duidelijke en inzichtelijke procedures;
- korte communicatielijnen.

Het Zorg uit Voorzorgprogramma gaat uit van de volgende zes stappen:

Screening op kwetsbaarheid

De Groningen Frailty Indicator (GFI) wordt gestuurd vanuit de huisartsenpraktijk naar ouderen die 70 jaar of ouder zijn. Ouderen met een GFI score van 5 of hoger worden als kwetsbaar beschouwd en door de praktijkondersteuner benaderd voor een oriënterend assessment.

Assessment

De praktijkondersteuner voert een assessment uit bij de oudere thuis, gericht op problemen en wensen van de oudere, beperkingen in activiteiten en risico-factoren voor beperkingen in activiteiten. Daarna overleggen de huisarts en de praktijkondersteuner als kernteam of er aanvullend assessment nodig is, bijvoorbeeld door de huisarts, de ergotherapeut, de fysiotherapeut, of andere disciplines/ specialisten. Bij bestaande en dreigende beperkingen in activiteiten wordt altijd overwogen de ergotherapeut en/of de fysiotherapeut in te schakelen.

Analyse en (voorlopig) plan van aanpak

Na afronding van de assessmentfase beoordelen huisarts en praktijkondersteuner als kernteam door wie het (voorlopige) plan van aanpak het beste kan worden opgesteld. Waar mogelijk doen zij dit samen. Als het nodig is, wordt het interdisciplinaire team hiervoor ingeschakeld. Dit uitgebreide team komt op indicatie bij elkaar, analyseert de situatie en geeft een advies voor het plan van aanpak.

Vaststellen plan van aanpak

De Praktijkondersteuner stelt in overleg met de oudere en als het kan de mantelzorgers het plan van aanpak vast. Essentieel is dat de oudere en de mantelzorgers daarbij een actieve rol hebben. Het gesprek zal niet alleen gaan over de inhoud van de interventie, maar ook over betrokkenheid en de verantwoordelijkheid die de oudere en de mantelzorgers voelen voor de geformuleerde doelen en acties.

Uitvoeren plan van aanpak

In het plan van aanpak staat aangegeven welke interventies door wie uitgevoerd gaan worden. In de meeste gevallen gaat het daarbij om een combinatie van medische en meer sociaal gerichte interventies, gebaseerd op de vijf onderdelen van de toolbox. De praktijkondersteuner, de huisarts, de fysiotherapeut en de ergotherapeut zijn bij de onderdelen van de toolbox betrokken. Daarnaast kan voor de uitvoering van het plan van aanpak een beroep worden gedaan op andere hulpverleners en voorzieningen. De intensiteit en duur van de interventies zullen per oudere en per situatie verschillend zijn.

Evaluatie en follow-up

In de uitvoeringsfase overlegt de praktijkondersteuner regelmatig met de oudere en als het kan de mantelzorgers of bijstelling van doelen en acties nodig is. Na beëindiging van een toolbox onderdeel, of andersoortige interventie, wordt er gekeken of er behoefte is aan follow-up. Tijdens het hele traject is de praktijkondersteuner het centrale aanspreekpunt, zowel voor de oudere en de mantelzorgers als voor de hulpverleners. Waar nodig vindt interdisciplinair overleg plaats over bijstellingen.

Toolbox

De doelen en acties zijn gerelateerd aan de toolbox van interventies die voor het Zorg uit Voorzorgprogramma is ontwikkeld. De toolboxonderdelen zijn:

Betekenisvolle activiteiten:

ontdekken eigen capaciteiten, interesses en tevredenheid in het uitvoeren van betekenisvolle activiteiten.

Aanpassen van omgeving, activiteiten en vaardigheden:

aanpassen omgeving, aanleren nieuwe vaardigheden of nieuwe manier van handelen om activiteiten uit te voeren.

Sociaal netwerk en sociale activiteiten:

opbouwen/ verstevigen sociaal netwerk en gebruiken van omgevingsbronnen.

Inspanning fysiek:

verhogen dagelijkse fysieke activiteit.

Stimuleren van de gezondheid:

maatregelen nemen die gezondheid en een gezonde levensstijl bevorderen.

Tweede lijn (Orbis MC)

Screenen op kwetsbaarheid

Alle patiënten van 70 jaar en ouder die worden opgenomen worden ziekenhuisbreed gescreend op kwetsbaarheid met behulp van de Groningen Frailty Indicator. Dat geldt dan zowel voor de acute ziekenhuisopnames als voor geplande opnames. De vragen uit de GFI zijn geïntegreerd in de digitale verpleegkundige (verkorte) anamnese. Elke werkdag wordt er een totaaloverzicht gemaakt van alle 70-plussers die opgenomen zijn en een GFI-score hebben van 4 of meer.

Tevens wordt bij alle patiënten van 70 jaar en ouder het risico op vermijdbare ziekenhuiscomplicaties vastgesteld. Screenende vragen om dit risico vast te stellen zijn eveneens in de digitale verpleegkundige anamnese opgenomen. Op het samenvattingstabblad van de anamnese kan in één oogopslag beoordeeld worden of er sprake is van kwetsbaarheid en met welke specifieke risico's men rekening moet houden.

Uitgebreid gericht geriatrisch assessment

De patiënten, die als kwetsbaar beschouwd worden, worden dezelfde dag proactief bezocht door het consultatieteam geriatrie. Een uitgebreid, gericht geriatrisch assessment vindt plaats. Hierbij wordt de kwetsbaarheid nader geanalyseerd en wordt specifiek gekeken naar het risico op vermijdbare complicaties zoals het risico op een delier, valrisico, ondervoeding, medicatie en risico op functieverlies. De verpleegkundige van het team neemt contact op met de contactpersoon van de patiënt om een goed beeld te krijgen van het functioneren vóór de opname in de thuissituatie.

De betrokken disciplines hierbij zijn de geriatrisch verpleegkundige, klinisch geriater en als het nodig is de fysiotherapeut, de ergotherapeut en de diëtist. Samen stellen zij een plan van aanpak op met daarin opgenomen passende interventies. De verpleegkundige bespreekt deze interventies met de collega's van de betreffende verpleegafdeling en noteert de adviezen in het verpleegkundig rapportagesysteem. De klinisch geriater formuleert zijn bevindingen en gerichte adviezen in het digitale dossier van de patiënt.

In het kader van Zorg uit Voorzorg zijn daarnaast een aantal preventieve interventies gekozen, die bij risico op een complicatie automatisch in het verpleegplan gegeneerd worden. Op deze manier wordt geprobeerd de daadwerkelijke uitvoering van interventies te stimuleren.

Interventies

Hulpmiddel bij het vinden van passende interventies is ook in de tweede lijn de Zorg uit Voorzorg toolbox. Voor de tweede lijn is deze toolbox echter anders opgebouwd. De toolbox bestaat uit een handzaam, klein boekje met daarin informatie over kwetsbaarheid en vijf complicaties: delier, vallen, ondervoeding, functieverlies en pijn. Voor elke complicatie vindt de lezer compacte informatie over risicoscreening, diagnostiek, preventieve interventies, behandeling en nazorg. Met pictogrammen is aangegeven welke discipline voor welke taak verantwoordelijk is. Daarnaast is in één oogopslag duidelijk welke achtergrondinformatie via het intranet beschikbaar is. De toolbox wordt ziekenhuisbreed verspreid onder alle verpleegkundigen en artsen en is via intranet beschikbaar.

Evaluatie en follow up

Individueel wordt vastgesteld welke follow-up noodzakelijk is. De verpleegkundige van het consultatieteam vervult hierbij een belangrijke rol. Bij elke patiënt wordt afgesproken of en welke vorm van nazorg noodzakelijk is. Dat kan zijn overdracht naar de huisartsenpraktijk en op indicatie poliklinisch vervolg op de poli geriatrie / ouderengeneeskunde.

(bronnen: Protocol Zorg uit Voorzorg Ramon Daniëls Zuyd Hogeschool, Ziekenhuisbrede aanpak ouderen in een kwetsbare positie Herbert Habets, Orbis MC/ Zuyd Hogeschool)

Stappen van Zorg uit Voorzorg in de eerste lijn

Screening: Praktijk stuurt GFI aan ouderen ≥ 70 .
GFI-score ≥ 5 : Praktijkondersteuner (POH) belt voor huisbezoek

Assessment: huisbezoek

POH voert assessment uit met de oudere (en mantelzorger) gevolgd door overleg met HA over aanvullend:

- Assessment HA
- Assessment ET en/of FT (aanbeveling: bij constatering problemen met activiteiten inschakelen)
- Assessments andere 1e of 2e liins professionals

Analyse en voorlopig actieplan: Perspectief HA en POH (of uitgebreid team met ET en FT of anderen) op huidige problemen t.a.v. activiteiten en risicofactoren voor het ontstaan van beperkingen

Vaststellen plan van aanpak: huisbezoek

POH onderhandelt met oudere (en mantelzorger) over doelen, acties en toolboxonderdelen

Uitvoering plan van aanpak (toolbox)

1. **Betekenisvolle activiteiten:**
Ontdekken eigen capaciteiten, interesses en tevredenheid in (het uitvoeren van) betekenisvolle activiteiten
 2. **Aanpassen van omgeving, activiteiten en vaardigheden**
Aanpassen omgeving, aanleren nieuwe vaardigheden of nieuwe manier van handelen om activiteiten uit te voeren. Eventueel bewegingsprogramma
 3. **Sociaal netwerk en sociale activiteiten:**
Opbouwen/verstevigen sociaal netwerk, gebruik omgevingsbronnen
 4. **Inspanning fysiek:**
Verhogen dagelijkse fysieke activiteit
 5. **Stimuleren van de gezondheid:**
Maatregelen die gezondheid een gezonde levensstijl bevorderen
- (naast deze toolboxonderdelen zijn andere type interventies mogelijk),
POH is casemanager en monitort voortgang en tevredenheid

Evaluatie en Follow-up:

POH en oudere (en mantelzorger) evalueren voortgang en maken afspraken over follow-up

Werkbladen geriatrische problemen:

- Valpreventie
- Dementie
Probleemgedrag bij dementia
- Depressie
- Delier
- Urine incontinentie
- Obstipatie en fecale incontinentie
- Polyfarmacie
- Ondervoeding/dehydratie

NHG-standaarden bijv:

- Diabetes
- COPD
- Cardiovasculair risico management
- Arthritis

Zorg op maat voor Marlie en Piet Meijer-van Mólken



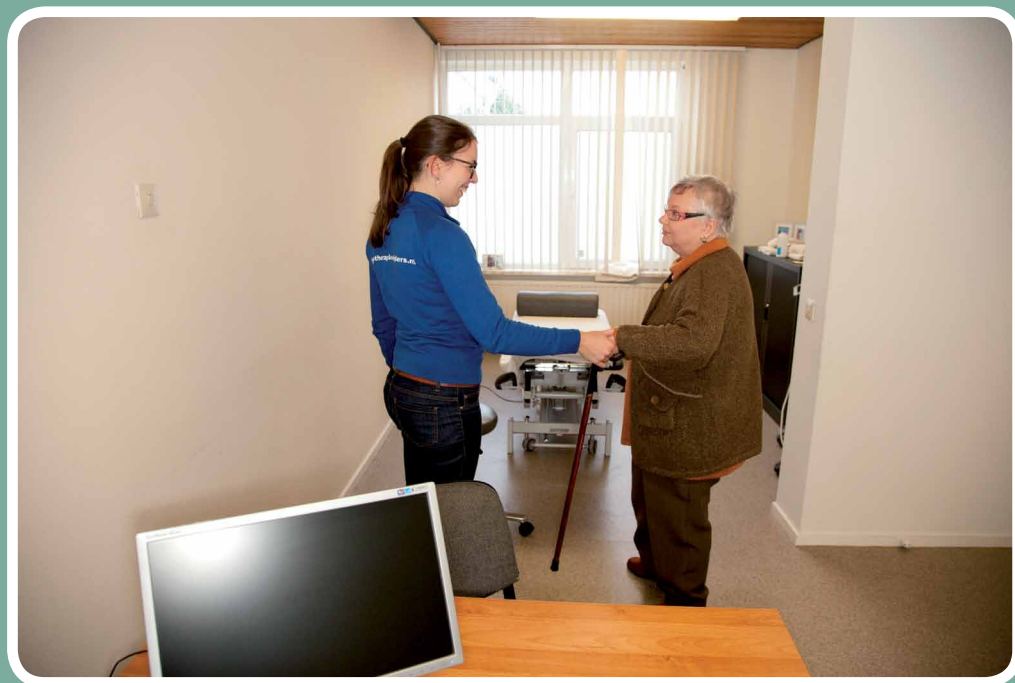
Marlie en Piet Meijer-van Mólken uit Stein vallen in de categorie ouderen in een kwetsbare positie. Dit klinkt misschien een beetje als broze ouderen die nog maar tot weinig in staat zijn. Dat is echter beslist niet het geval. Ze zijn actief en steunen elkaar bij de dagelijkse taken. Ze worden daarbij geholpen met een pakket aan zorg dat is afgestemd op hun situatie. Het pakket is tot stand gekomen in goed overleg met huisarts Henk Jochems, praktijkondersteuner Claar Lenssen, geriatriefysiotherapeut Rob de Ruijter en ergotherapeut Kelly Martens.

In dit hoofdstuk een fotoverslag van het wekelijks bezoek aan fysiotherapiepraktijk Snijders in Stein en aan de huisartsenpraktijk in Elsloo.















Zorg uit Voorzorg in de praktijk



Zorg uit Voorzorg in de praktijk

Huisarts Henk Jochems en Praktijkondersteuner Inge Systemans 'Zoeken naar het verhaal achter het verhaal'

Tien jaar geleden kregen huisartsenpraktijken de mogelijkheid om extra zorg te gaan bieden aan bepaalde groepen van patiënten, zoals diabetes- en COPD-patiënten. In de Huisartsenpraktijk Elsloo waar huisarts Henk Jochems werkt, werd gekozen voor diabetes. “Maar je kon ook een vrij onderwerp kiezen,” vertelt hij. “We hebben toen gekozen voor ouderenzorg. De reden daarvoor was, dat als er met ouderen iets mis gaat, dan moet je ineens heel veel regelen en loop je steeds tegen muren aan. Dat wilde ik niet meer. Bovendien is de problematiek waar ouderen mee te maken hebben vaak complex en zeker niet alleen medisch. Daar moet je breed naar kunnen kijken. ” Praktijkverpleegkundige Inge Systemans werd aangetrokken, en samen gingen ze aan de slag met COZ, Complexe Ouderenzorg.

In eerste instantie werd de praktijkverpleegkundige vooral ingezet bij calamiteiten. “We hadden echter al snel in de gaten dat je dan achter de feiten aanloopt. Na een half jaar hebben we onze werkwijze aangepast. We zijn gaan inventariseren welke oudere patiënten een risico lopen, met andere woorden kwetsbaar zijn. We hebben daar indertijd al overleg over gehad met Herbert Habets, gespecialiseerd geriatrisch verpleegkundige in het ziekenhuis in Sittard. Daarmee hebben we toen onbewust de basis gelegd voor Zorg uit Voorzorg. Toen we drie jaar met ons protocol ouderenzorg hadden gewerkt, zijn we gevraagd door Ramon Daniëls van Zuyd Hogeschool om mee te werken aan zijn promotieonderzoek. Het protocol dat wij hier gebruikten, is het vertrekpunt geweest voor wat er nu ligt.”

Met ‘model-Elsloo’ als basis werd er een nieuw protocol ontwikkeld. De huisartsenpraktijk in Elsloo mocht het als eerste uitproberen. Inge Systemans: “We hadden voorheen niet gewerkt met de GFI-vragenlijst en ook het multidisciplinaire overleg was nieuw. We hebben eerst de vragenlijsten rondgestuurd en op basis van de scores ben ik begonnen met de anamneses. Ook de fysiotherapeut en de ergotherapeut zaten in het team, samen met een technisch deskundige voor de advisering over allerlei aanpassingen. Het was echt uitproberen. Onze ervaringen zijn weer meegenomen naar de echte pilotfase, waar ook de huisartsenpraktijk in Buchten bij betrokken was. Zo is uiteindelijk stap voor stap het definitieve protocol Zorg uit Voorzorg ontstaan.”

Breder kijken

Wat is er veranderd met Zorg uit Voorzorg? Henk Jochems: “In eerste instantie kwamen we pas in actie als we problemen voorzagen. Dan ging de praktijkverpleegkundige op bezoek om het probleem in kaart te brengen, samen met de oudere en liefst ook een mantelzorger. Bij Zorg uit Voorzorg focus je niet op een bepaald probleem, maar op de persoon en zijn of haar fragiliteit. Daardoor komen er mensen in beeld die nog geen acuut probleem hebben, maar wel een risico lopen en kijk je veel breder. Voorheen keken we vooral fysiek/medisch, maar nu kijken we ook naar de sociale context en komen alle facetten in beeld. Je hebt er geen idee van waar ouderen

allemaal mee te maken hebben. Puur medisch valt het meestal nog wel mee, maar vaak zijn er tal van andere problemen. Soms financieel, bijvoorbeeld omdat het huis op naam van de kinderen is gezet. Relationele problemen komen ook regelmatig voor, zeker als er bij een van de partners sprake is van beginnende dementie. En de mantelzorger, meestal is dat de oudste dochter, die loopt zichzelf soms compleet voorbij. Hulpmiddelen worden slecht gebruikt, de manier waarop medicijnen worden aangeleverd, werkt lang niet altijd in de praktijk. Deze en nog veel meer zaken zijn allemaal duidelijk geworden dankzij Zorg uit Voorzorg. Soms gaat het echt om kleine dingen. Bijvoorbeeld een dementerende man die geen auto meer kan rijden, geeft zijn auto aan zijn kleinzoon. Maar de volgende dag is hij dat vergeten en is hij in alle staten dat zijn auto weg is. We zijn veel proactiever geworden en kunnen daardoor echt hulp op maat bieden, waar een ouder iemand ook zelf achter staat. Dat laatste is heel belangrijk.”

“ Je hebt er geen idee van waar ouderen allemaal mee te maken hebben. Puur medisch valt het meestal nog wel mee, maar vaak zijn er tal van andere problemen. ”

Screenen en afgaan op ‘niet-pluis-gevoel’

In Elsloo krijgt iedereen van 70 jaar en ouder de GFI-vragenlijst toegestuurd. Als er geen problemen zijn, dan wordt er na een jaar opnieuw contact opgenomen. Zijn er wel problemen dan is er minstens eens in de drie maanden contact om te kijken hoe het gaat en of er hulp nodig is. Is de problematiek complex, dan is er maandelijks contact. Inge Systemans: “In totaal hebben we ongeveer 800 mensen van 70 jaar en ouder in ons bestand staan. Daarvan zijn er 150 tot 200 die in een kwetsbare positie zitten. Overigens komen niet alle kwetsbare ouderen via de GFI-vragenlijst in beeld. Ook via onze huisartsen en praktijkassistenten krijgen we de nodige mensen doorverwezen. Dat is een kwestie van alert zijn en afgaan op je ‘niet-pluis-gevoel’. Mijn collega praktijkondersteuners Claar Lenssen, Vienna Bouwens en ik gaan naar deze mensen toe voor een eerste gesprek. Dat duurt ongeveer een uur. De vervolgesprekken duren meestal iets korter. In totaal zien we samen tien tot vijftien patiënten per week. Je merkt dat mensen veel te vertellen hebben. Ik denk dat ze dat makkelijker doen aan een verpleegkundige. Wij kijken met een andere bril, niet alleen medisch. Ons werk begint al aan de voordeur. Hoe lang duurt het voordat er open wordt gedaan, wie doet er open, hoe ziet de voortuin eruit, dat zijn allemaal aanknopingspunten. Veel ouderen schamen zich voor hun situatie en doen er alles aan om de werkelijke problemen te verbloemen. Dat vind ik vaak aandoenlijk. Daarom moet je daar doorheen prikken en op zoek gaan naar het verhaal achter het verhaal.”

“ In totaal hebben we ongeveer 800 mensen van 70 jaar en ouder in ons bestand staan. Daarvan zijn er 150 tot 200 die in een kwetsbare positie zitten. ”

Als de situatie helder is, kan er samen worden nagedacht over oplossingen. Huisarts Henk Jochems: “Je moet dat stap voor stap doen, want er zijn nog steeds veel mensen die het wel prima vinden als de dokter of de verpleegkundige zeggen wat er moet gebeuren. Maar daardoor krijgen ze vaak niet de hulp die ze zelf willen en nodig hebben. Ze moeten zelf keuzes maken, ook al vinden ze dat lastig. Hierbij moet je vooral aansluiten bij de wensen en gedachten van de oudere. Als je steeds laat zien dat het resultaat heeft als ze dat wel doen, dan krijgen mensen er vertrouwen in dat ze

in staat zijn hun eigen situatie ten goede te veranderen.” Kan altijd de hulp worden geboden die mensen nodig hebben? Inge Systemans: „Als praktijkondersteuners hebben we veel contacten met tal van hulpverleners en instanties. We weten goed wie

“ *Maar als je de situatie goed in de gaten houdt, is er zelden sprake van een acute situatie, want je bent op tijd met het zoeken en bieden van de juiste hulp. We voorkomen zo ook dat iemand bijvoorbeeld op de verkeerde plek terecht komt.* ”

we waarvoor moeten inschakelen en daardoor kunnen we over het algemeen snel hulp bieden. Maar als je de situatie

goed in de gaten houdt, is er zelden sprake van een acute situatie, want je bent op tijd met het zoeken en bieden van de juiste hulp. We voorkomen zo ook dat iemand bijvoorbeeld op de verkeerde plek terecht komt. In het verleden gebeurde dat nog wel eens, omdat er acuut iets moest gebeuren. We proberen nu keuzes die toch gemaakt moeten worden, zoals het verhuizen naar een zorgwoning, rustig voor te bereiden. Het is ook heel belangrijk om een nauw betrokkene, vaak de oudste dochter, casemanager te maken.“



Als ik minister was...

Hoe zou Inge Systemans de zorg aanpakken als ze minister van Volksgezondheid zou zijn? “Ik zou zorgen voor minder regels en minder bureaucratie en de zorgprofessionals veel meer ruimte geven.

Zij weten wat er moet gebeuren en meestal ook hoe. Als ik nu bijvoorbeeld zie dat thuiszorgmedewerkers met een pasje op pad worden gestuurd om heel afgepast zorg te verlenen, dan denk ik: dat

“Maak gebruik van de aanwezige expertise en laat mensen die er geen verstand van hebben er ook niet over beslissen.”

is geen goede weg. Je moet zorg leveren vanuit menselijk oogpunt en niet met de klok in je handen. Ik zou er ook voor zorgen dat de zorg in een rustiger vaarwater komt, niet maar blijven veranderen en vooral ook de marktwerking afschaffen. Dat hoort niet bij de zorg. Maak gebruik van de aanwezige expertise en laat mensen die er geen verstand van hebben er ook niet over beslissen.” Wat is er nodig om door te gaan met de Zorg uit Voorzorg-aanpak? Henk Jochems: “We hebben vooral menskracht nodig. Onze praktijkondersteuners doen geweldig werk, maar ze moeten uiteraard wel betaald worden. CZ is daar wel mee bezig en er komen ook wel middelen voor, maar op dit moment is dat nog te weinig. We gaan er echter hoe dan ook mee door, want dit is de goede weg. Je ziet wel dat de kosten nu nog hoger zijn dan de opbrengsten, maar dat zal geleidelijk aan veranderen. Over vijf jaar ziet dat plaatje er heel anders uit. Door Zorg uit Voorzorg wordt veel ellende voorkomen. Er zijn minder verwijzingen en we voorkomen daarmee veel dure onderzoeken. Uiteindelijk zullen de financiers dat ook inzien, daar ben ik van overtuigd.”

Rob de Ruijter geriatriefysiotherapeut

‘Werken met ouderen is meer dan ‘lopen in de gang’

Het beroep van geriatriefysiotherapeut is nog niet algemeen bekend. “Ze werken nog voor het grootste deel in de ziekenhuizen en de verpleeg- en verzorgingshuizen, maar inmiddels ook steeds meer in de eerste lijns zorg,” vertelt Rob de Ruijter. Hij is zelf geriatriefysiotherapeut, werkzaam bij fysiotherapiepraktijk Snijders in Stein en Elsloo en daarnaast docent aan Zuyd Hogeschool. Hij werkt al jaren met ouderen en was nauw betrokken bij de ontwikkeling van Zorg uit Voorzorg. “Geriatriciefysiotherapeut is het beroep van de toekomst met de steeds groter wordende groep ouderen in onze samenleving. Onze studenten zijn in eerste instantie vaak niet op ouderenzorg gericht. Als je ze laat zien wat je met een goede begeleiding samen kunt bereiken, zijn ze ‘om’. Dan zien ze dat geriatriciefysiotherapie veel meer is dan ‘lopen op de gang’.”

Wat onderscheidt een geriatriefysiotherapeut van een gewone fysiotherapeut?

“Geriatriciefysiotherapie is een specialisatie binnen de fysiotherapie, die je na de basisopleiding kunt doen. De opleiding bestaat uit onderwijsmodules die gericht zijn op het begeleiden van ouderen. Je krijgt bijvoorbeeld een module gerontologie, die gaat over de normale veroudering van de mens. Een andere module is neurorevalidatie, waarbij het gaat om het begeleiden van mensen die bijvoorbeeld een beroerte

hebben gehad, die de ziekte van Parkinson hebben of die aan het dementeren zijn. Binnen de modulaire opleiding wordt ook aandacht gegeven aan andere specifieke onderwerpen: het oefenen met reumapatiënten, gerofitness, valpreventie en sociaal emotionele aspecten van het ouder worden. Als je deze opleiding combineert met de Masteropleiding duurt hij vier jaar en moet je uitgaan van tien tot vijftien uur studiebelasting per week. Best pittig!” Kenmerkend voor de geriatriefysiotherapeut is dat

“ Je moet als het ware in de patiënt kruipen, want dan weet je hoe je iemand kunt helpen. ”

hij of zij heel breed naar mensen kijkt. Niet alleen naar fysieke klachten, maar juist ook naar de persoonlijke factoren en de omgeving. “Heel belangrijk is om in beeld te krijgen

hoe iemand met zijn of haar situatie om kan gaan. Is het een actief iemand, of juist een passief iemand. Is het iemand die vroeger veel heeft gesport of niet. Iemand die sociaal actief wil zijn, of liever thuis zit. Waar woont iemand, in wat voor huis en hoe ziet de omgeving eruit. Je moet als het ware in de patiënt kruipen, want dan weet je hoe je iemand kunt helpen.”



Aansluiten bij betekenisvolle activiteiten

Dankzij Zorg uit Voorzorg is deze manier van benaderen steeds gebruikelijker. “Zorg uit Voorzorg heeft fysiotherapeuten en ergotherapeuten geleerd dat je moet aansluiten bij betekenisvolle activiteiten, die passen in het dagelijks leven van mensen. Ik heb de toolboxonderdelen fysieke inspanning en aanpassingen mee ontwikkeld en meegedacht met de andere vier onderdelen. Ik ben ook nauw betrokken geweest bij de pilots in Elsloo en Stein. We hebben samen een extra checklist gemaakt om te bepalen welke patiënten naar de geriatriefysiotherapeut doorverwezen moeten worden. Deze checklist hebben we gelieerd aan de GFI-vragenlijst. Ik heb gemerkt dat het lastig is om strikt via een protocol te werken, zeker als het gaat om het multidisciplinaire overleg. Ik heb de neiging om dat in een aantal gevallen over te slaan, omdat ik graag snel wil handelen. Toch is dat niet goed. Het is belangrijk dat je samen naar een patiënt kijkt, elkaar aanvult en informatie met elkaar deelt. Dan weet je pas echt goed wat er moet gebeuren. Dankzij Zorg uit Voorzorg weten alle betrokkenen elkaar nu snel en makkelijk te vinden en elkaar ook aan te vullen. Een ander punt is het motivational interviewen. Stap voor stap met een patiënt de mogelijkheden op een rij zetten. Rekening houden met wat hij kan, maar vooral ook met wat hij wil en niet uitgaan van wat jij denkt dat goed voor hem is. Dat is nog niet zo gemakkelijk. Maar de tijd die je hierin investeert, win je ruimschoots terug, omdat je uiteindelijk betere keuzes maakt.”

Mevrouw van in de 80 op de Wii

Voorbeelden heeft Rob de Ruijter te over. Van een mevrouw van in de 80 bijvoorbeeld. “Een mevrouw met knieklachten had twee weken met griep in bed gelegen.

Daarvoor kon ze nog heel veel, zelf autorijden bijvoorbeeld en volksdansen. Ze wilde de draad graag weer oppakken, maar

“Doel was om haar weer te activeren via een gericht bewegingsprogramma en wat aanpassingen. We kwamen uit bij de Wii met het balance board. Haar zoon hielp haar om dit onder de knie te krijgen.”

door het slechte weer durfde ze geen auto te rijden en kon ze ook niet naar volksdansen. Daardoor ging ze snel achteruit. Huisarts Henk Jochems heeft haar situatie besproken in het multidisciplinair overleg. Doel was om haar weer te activeren via een gericht bewegingsprogramma en wat aanpassingen. We kwamen uit bij de Wii met het balance board. Haar zoon hielp haar om dit onder de knie te krijgen. We hebben het balance board aangepast, zodat ze er niet op hoefde te stappen, want dat ging anders alleen met iemand erbij. Ook kreeg ze een oefenprogramma voor op de hometrainer. Bij deze mevrouw werkte dit perfect. We vonden ook iemand die haar meenam naar het volksdansen, totdat ze weer zelf kon rijden. Nu is ze weer helemaal terug op haar oude niveau!” Een ander praktijkverhaal gaat over een man van 90 jaar met vaatproblemen in zijn benen en een huidprobleem, waardoor hij wondjes heeft aan zijn voeten. “Deze meneer moet eigenlijk veel lopen, maar door de pijn aan zijn voeten doet hij dat niet. Het gevolg is dat hij ’s nachts last heeft van kramp en daardoor slecht slaapt. Zijn voeten worden nu intensief verzorgd en samen hebben we een trainingsprogramma gemaakt, gericht op uithoudingsvermogen. Hij maakt geen lange wandelingen, maar loopt volgens een vast schema rondjes in en om huis. Zijn benen worden daarnaast gemasseerd. Hij slaapt nu weer beter en hij loopt trouw zijn rondjes, omdat hij weet dat het dan veel beter met hem gaat.” Maar het gaat niet altijd zo gemakkelijk. “Het is moeilijk als mensen niets willen, dat komt ook

voor. We kennen allemaal de zorgmijders die zelden bij de huisarts komen. We doen dan toch allemaal ons best om deze mensen te laten zien wat er mogelijk is. Maar als iemand echt niet wil, dan houdt het op. Ook dat moet je accepteren.”

Wanneer is iemand kwetsbaar

Zorg uit Voorzorg heeft volgens Rob de Ruijter een goede stap gezet in de richting van ouderenzorg zoals die zou moeten zijn. “Maar we hebben nog een hele ontwikkeling voor de boeg. We zijn er bijvoorbeeld nog niet uit, wanneer iemand nu precies kwetsbaar is. Daar zijn de meningen over verdeeld. Huisartsen en praktijkondersteuners vinden een patiënt vaak sneller kwetsbaar dan de fysio- en de ergotherapeut. Wij hebben meer tijd om naar de patiënt te kijken en daardoor soms ook een beter

beeld. Zelf ben ik bezig met mijn Masteropleiding fysiotherapie en doe ik onderzoek naar de perceptie op kwetsbaarheid door fysiotherapeuten en wat dit betekent voor het stellen van hun doelen en hun uiteindelijke plan van aanpak. Het is belangrijk dat we daar een goed zicht op krijgen. Dan weten we ook

“*Feit is dat als iemand in de categorie kwetsbaar valt en je geen actie onderneemt, dan is die persoon gemiddeld binnen zeven jaar dood.*”

beter wanneer we in actie moeten komen. Feit is dat als iemand in de categorie kwetsbaar valt en je geen actie onderneemt, dan is die persoon gemiddeld binnen zeven jaar dood. Daarom zijn we nu ook al bezig met programma's die moeten voorkomen dat iemand kwetsbaar wordt. Bij Lifestyle worden in de toekomst bijvoorbeeld bewegingsprogramma's aangeboden voor mensen tussen de 55 en de 75, bewegen uit voorzorg noemen we dat. De programma's zijn vooral gericht op mensen die een risico lopen. Wat dat betreft valt er nog heel veel te ontwikkelen!”



Huisarts Jean Dolhain en praktijkondersteuner Marijke Baart 'Niks forceren, maar wel voorzichtig confronteren'

In de huisartsenpraktijk van Oud-Geleen is ouderenzorg al lang een punt van aandacht. "De Geleense huisartsen verzorgen per toerbeurt wekelijks een spreekuur in de verzorgingshuizen," vertelt huisarts Jean Dolhain, "we hebben een goed zicht op de problematiek. Maar we waren voorheen toch vaak te laat met het bieden van zorg, met alle gevolgen van dien." In de eigen praktijk zijn twee praktijkondersteuners actief voor ouderen, een van hen is Marijke Baart: "we hebben het in eerste instantie zelf opgezet met behulp van Easy Care, dat lijkt een beetje op Zorg uit Voorzorg. Er werd onder andere gescreend op leeftijd. Maar Zorg uit Voorzorg gaat verder en werkt veel duidelijker volgens een protocol. Dat vind ik erg prettig." Ook Jean Dolhain is tevreden over de nieuwe aanpak: "voor mij als huisarts heeft het veel voordelen. Ik hoef de zorg nu alleen maar te coördineren, de praktijkondersteuners doen het grote werk. De zorg is er enorm door verbeterd." Wat is volgens Jean Dolhain en Marijke Baart de kracht van Zorg uit Voorzorg? "Je aanpassen aan het tempo van de oudere, niks forceren, maar wel voorzichtig confronteren en samen op tijd zoeken naar oplossingen."

Marijke Baart was al jaren doktersassistente toen ze de opleiding tot praktijkondersteuner ging volgen. "In eerste instantie ging ik aan de slag met diabetes- en COPD-patiënten, maar het werd al snel ouderenzorg. Voor Zorg uit Voorzorg is een extra praktijkondersteuner aangenomen om mijn collega Sonja Coenen en mij vrij te roosteren voor dit project. Tijdens de opleiding heb ik les gehad van Herbert Habets, hij heeft me geleerd dat je

stap voor stap te werk moet gaan. Ouderenzorg is heel breed, daar verlies je je soms in. Je moet heel goed opletten wat

“ Ouderenzorg is heel breed, daar verlies je je soms in. Je moet heel goed opletten wat je wel en niet moet doen. Het protocol van Zorg uit Voorzorg biedt je daarbij een goed houvast. ”

je wel en niet moet doen. Het protocol van Zorg uit Voorzorg biedt je daarbij een goed houvast." Wat is het grote verschil met het werk van een doktersassistente? "Een doktersassistente krijgt een vraag en bedenkt daarvoor ter plekke een oplossing. Dat werkt met ouderen niet. Je gaat eerst informatie verzamelen, door te luisteren. Ik luister bij wijze van spreken met vier oren, twee om te horen wat mensen zeggen en twee om te horen wat ze niet zeggen. Daarna ga ik filteren, waar moet ik iets mee doen? Dan vragen, wat wil de patiënt zelf? Dat is vaak heel wat anders dan je zelf zou denken. Soms moet je terug naar vroeger, naar wat ze toen leuk vonden om te doen. Vervolgens iets zoeken wat daarbij aansluit. Veel ouderen zijn bang voor wat er komen gaat. Ik moet ze helpen bij het accepteren van hun situatie, dat gaat soms voetje voor voetje. Zij bepalen daarbij het tempo, niet ik. Dat is lastig, maar het is de enige manier om tot goede zorg te komen."

Kinderen komen hun verhaal doen

De Huisartsenpraktijk Oud-Geleen zat in de onderzoeksgroep van Zorg uit Voorzorg. Huisarts Dolhain: "In eerste instantie hebben we er 30 patiënten uitgefilterd, waar we mee aan de slag zijn gegaan. Inmiddels zijn het er veel meer. We hebben structureel eens per week overleg met het kernteam van huisarts en praktijkondersteuner en eens in de zes tot acht weken multidisciplinair overleg. Het werkt prima. De patiën-

“ Zij zien het vaak als eerste dat de situatie met pap of mam onhoudbaar dreigt te worden. ”

ten komen nu hoofdzakelijk via de huisartsen binnen, gewoon door alert te zijn op hun problematiek. Het zijn trouwens niet alleen de ouderen zelf die je ziet op het spreekuur.

Soms zijn het ook de kinderen die hun verhaal komen doen. Zij zien het vaak als eerste dat de situatie met pap of mam onhoudbaar dreigt te worden. We zouden structureler te werk moeten gaan door echt de hele populatie te screenen, maar daar zijn we nog wat terughoudend in. Je moet wel zeker weten dat je de aantallen die dan je op je af komen, ook aankunt."

Werken met ouderen is mooi, maar ook intensief

Voor praktijkondersteuner Marijke Baart heeft het werken met ouderen veel toegevoegde waarde. "Maar het is ook intensief. Er komt veel op je af en vaak ook dingen die je echt raken. Die wil je zelf ook wel eens aan iemand kwijt." Als voorbeeld noemt ze een man van in de 80 die zich ondanks zijn leeftijd ontfermt over een buurvrouw die in de problemen is gekomen, waarbij alcohol en drugs in het spel zijn. "De problematiek van de buurvrouw groeit hem helemaal boven het hoofd en ze dreigt hem daarin mee te trekken. Dat zijn zaken, waar ik geen kaas van heb gegeten. Daar zou ik dan wel eens met iemand over willen praten. Dat geldt ook voor de problematiek van demen-

“ Niet alleen praten over een casus, maar juist ook over je eigen functioneren. Steeds kijken waar je staat en hoe je bepaalde problematieken aan kunt pakken, als een soort van intervisie. ”

terende ouderen, zeker als het om partners gaat. Vaak zitten ze allebei in een

andere fase van acceptatie. Ik weet dan al wat er komen gaat, maar moet hen daar heel voorzichtig in begeleiden. Dat is best moeilijk, ook daarover zou ik dan wel eens willen klankborden. Niet alleen praten over een casus, maar juist ook over je eigen functioneren. Steeds kijken waar je staat en hoe je bepaalde problematieken aan kunt pakken, als een soort van intervisie. In Geleen wordt daar nu ook aan gewerkt om de praktijkondersteuners daarin te ondersteunen. Jeanne Krikke, manager van de Coöperatie Huisartsen Geleen is daar mee bezig en dat vind ik erg fijn." Aan Marijke Baart de vraag hoe haar ervaringen zijn met mantelzorgers binnen de ouderenzorg. "Mantelzorg is prachtig en kan veel toegevoegde waarde hebben. Maar het is zeker niet vanzelfsprekend, lang niet iedere oudere heeft een mantelzorger naast zich staan. Zeker niet structureel. Dat ligt deels ook aan de ouderen zelf, die vaak niemand tot last willen zijn, zeker de eigen kinderen niet. Wat wel goed werkt, is mailcontact met de kinderen. Dat doe ik met toestemming van de patiënt. Voor beide kanten levert dat veel waardevolle informatie op. Bovendien leer je zo toch de kinderen wat beter kennen en als je ze dan nodig hebt, weet je ze ook snel te bereiken."

Toekomst

Hoe gaat het verder met de ouderenzorg in Huisartsenpraktijk Oud-Geleen? Jean Dolhain: “We gaan er uiteraard mee door. De praktijkondersteuners zijn bij ons in dienst en dat blijft ook zo. We moeten wel steeds goed kijken wat haalbaar is, om het voor onszelf ook beheersbaar te houden. Daarbij kunnen we de hulp van de zorgverzekeraars wel gebruiken.” “Ik zou willen dat we het geld kregen, dat we met Zorg uit Voorzorg uitsparen,” vult Marijke Baart aan. “Door op deze manier te werken voorkomen we opnames en zien we veel beter wat er werkelijk aan de hand is. Je bent soms verbaasd hoe eenvoudig iets opgelost kan worden. Als je de patiënt kent, kun je op tijd doen wat er nodig is. Dat is wat wij doen, mooi werk met meerwaarde voor de patiënt en we besparen er ook nog geld mee!” En Jean Dolhain tot besluit: “Zorg uit Voorzorg is niet zomaar een naam van een project, het is wat er in de praktijk letterlijk gebeurt!”

“Zorg uit Voorzorg is niet zomaar een naam van een project, het is wat er in de praktijk letterlijk gebeurt!”



Ergotherapeut Kelly Martens

‘De toegevoegde waarde van ergotherapie is heel duidelijk geworden’

Kelly Martens werkte al jaren samen met fysiotherapie Snijders in Stein toen ze werd gevraagd om te participeren in het Project Zorg uit Voorzorg. Dat wilde ze wel doen. “Ik ben er eigenlijk blindelings in gestapt, maar ook wel met een beetje argwaan. Het zoveelste project waar ik veel energie in zou steken, zonder dat het echt resultaat zou opleveren? Het duurde ook even, voordat mijn rol duidelijk was. Huisartsen zijn niet gewend samen te werken met een ergotherapeut. Ze kennen ons vakgebied meestal alleen van het aanschaffen van een rolstoel. Toen het multidisciplinair overleg goed op gang kwam, heb ik kunnen laten zien dat ergotherapie veel meer kan betekenen. Dat is niet alleen voor mij een geweldige opbrengst van Zorg uit Voorzorg, maar ook voor de patiënt. De toegevoegde waarde van ergotherapie is heel duidelijk geworden.”

Wat kan een ergotherapeut allemaal voor mensen betekenen? “Kern van mijn werk is het oplossen van beperkingen in het dagelijks leven. Het woord ergo komt van het Griekse woord ergos en dat betekent arbeid of bezigheid. Eigenlijk help ik mensen om de bezigheden die ze willen of moeten doen, ook te kunnen doen. Dat kan inderdaad het aanschaffen van een rolstoel zijn, als de mobiliteit een probleem is, of een woningaanpassing als iemand een handicap heeft. Maar ook het bestrijden van eenzaamheid en het helpen om de dag zinvol te besteden, horen bij het vakgebied van de ergotherapeut.”

Mensen zoveel mogelijk laten vertellen

Kelly Martens werkt inmiddels samen met huisartsenpraktijken in Elsloo, Stein en Geleen. Hoe ziet jouw werk binnen Zorg uit Voorzorg eruit? “De praktijkondersteuner schakelt mij in als er beperkingen zijn in het dagelijks leven. Ik ga dan naar de patiënt toe om te kijken wat er precies aan de hand is. Ik neem veel tijd voor de eerste kennismaking, dat is heel belangrijk. Ik ga open naar binnen, laat mensen zoveel mogelijk vertellen, probeer goed naar hen te luisteren en hun vertrouwen te winnen. Ik ga niet binnen als therapeut, maar gewoon als mens, op een positieve manier en met humor.

“ Ik ga niet binnen als therapeut, maar gewoon als mens, op een positieve manier en met humor. ”

Veel mensen willen in eerste instantie geen hulp en dan is het een uitdaging om contact te krijgen en toch hulp te bieden. Ouderen doen me gewoon iets. De maatschappij is heel erg veranderd. Vroeger werden ouderen door hun familie opgenomen en verzorgd. Nu hebben de kinderen een drukke baan en een gezin. Ze wonen vaak niet meer in de buurt en dan worden ouders aan hun lot overgelaten. Ik zie veel eenzaamheid bij mensen en ook mensen die geen zin meer hebben in het leven. Dat vind ik aangrijpend en ik zal dan ook altijd proberen daar wat aan te doen.”

Samenwerking is heel belangrijk

Kelly Martens kan honderduit vertellen over haar patiënten en wat ze samen hebben bereikt. “Die samenwerking is heel belangrijk. Ik ga niemand hulp opdringen, ik laat ze zien wat er in hun situatie mogelijk is. Dat probeer ik zo te doen, dat ze er zelf van overtuigd raken dat ze hun situatie kunnen veranderen. Via Zorg uit Voorzorg kwam ik in contact met een echtpaar dat al jaren nauwelijks met elkaar sprak. Eigenlijk sinds hun zoon was overleden en dat was al zeventien jaar geleden. Ik ben er naar toe gegaan en heb met allebei gesproken. De man praatte wel wat met mij, gaf antwoord op vragen, maar praatte inderdaad nauwelijks met zijn vrouw. Zijn vrouw was daar erg boos en verdrietig over. Al pratende merkte ik dat er toch meer aan de hand was en na onderzoeken bleek dat de man al jaren Parkinson had. Passiviteit hoort bij dat ziektebeeld. Het gaat nu al beter met hen. Ik kom ook bij een mevrouw van in de 80 die last heeft van wanen en hallucinaties. Ze kwam al 15 jaar niet meer buiten en er komt vrijwel geen bezoek. Tijdens het eerste gesprek ging het een half uur goed, maar daarna sloeg het om en begon ze allerlei warrige verhalen te vertellen. Ik heb haar toch mee naar buiten genomen, haar medicatie is bekeken en opnieuw ingesteld. Via Vrijwilligerscentrale De Brug hebben we een vrijwilliger voor haar gevonden die goed met haar beperkingen om kan gaan. Samen gaan ze elke week wat ondernemen. Het leven van deze mevrouw heeft hierdoor weer inhoud gekregen. Dat geeft me heel veel voldoening.”

“ Ik laat ze zien wat er in hun situatie mogelijk is. Dat probeer ik zo te doen, dat ze er zelf van overtuigd raken dat ze hun situatie kunnen veranderen. ”

Ik heb haar toch mee naar buiten genomen, haar medicatie is bekeken en opnieuw ingesteld. Via Vrijwilligerscentrale De Brug hebben we een vrijwilliger voor haar gevonden die goed met haar beperkingen om kan gaan. Samen gaan ze elke week wat ondernemen. Het leven van deze mevrouw heeft hierdoor weer inhoud gekregen. Dat geeft me heel veel voldoening.”

Dorpsrestaurant

In de regio Stein kennen veel ouderen Kelly Martens van haar project het Dorpsrestaurant. “Ik kom uit België en in Bilsen ken ik daar het dorpsrestaurant. Dat is een laagdrempelige uit-eten-voorziening voor ouderen. Voor een betaalbaar bedrag krijgen ze een goede maaltijd, ze kunnen gezellig samen eten en met elkaar praten. Veel ouderen zitten in een isolement en weten niet goed hoe ze daar uit moeten komen. Daar wilde ik iets aan doen. Ik heb het probleem voorgelegd bij Vivantes en ook zij bleken daarmee bezig te zijn. Samen hebben we in brasserie De Merode in Nieuwdorp een welkijks dorpsrestaurant opgezet.

Elke woensdag kunnen ouderen hier terecht van 12.00 tot 15.00 uur. We maken tafels van acht per-

“ *Dat is een laagdrempelige uit-eten-voorziening voor ouderen. Voor een betaalbaar bedrag krijgen ze een goede maaltijd, ze kunnen gezellig samen eten en met elkaar praten.* ”

sonen, waar mensen gewoon aan kunnen schuiven. Voor €9,50 krijgen ze een driegangenmaaltijd geserveerd die ter plekke wordt klaargemaakt door eigenaar Patrick van De Merode. Na het eten is er ontspanning. We praten soms over een bepaald thema of er is muziek en de woensdag voor Kerstmis hebben we een Kerstviering. Daarvoor hebben 60 mensen zich aangemeld. Normaal gesproken zijn er iedere week tussen de 20 en 25 mensen. Je ziet dat mensen ervan genieten. Niet alleen van het eten, maar vooral ook van het onder de mensen zijn. Dat is heel belangrijk.”



Huisarts Anniek Nilwik

‘Als je zelf het initiatief neemt, verlaag je de drempel voor contact’

Toen Anniek Nilwik in 2005 de huisartsenpraktijk in Buchten overnam, liep ze in eerste instantie een paar middagen visites mee met haar voorganger. “Op eigen initiatief ging hij eens in de twee, drie maanden langs bij oudere patiënten. Daardoor kende mijn voorganger zijn patiënten heel goed. Ik vond de visites echter te weinig medisch inhoudelijk en realiseerde me al snel dat ik de tijd niet zou hebben om dat op deze manier te doen. Mijn voorganger was echt nog een huisarts die in zijn beginjaren 24 uur per dag en zeven dagen in de week beschikbaar was voor zijn patiënten. Zo’n huisarts kan en wil ik niet zijn. Ik woon niet in het dorp en ik werk parttime. Maar voor mij was wel direct duidelijk dat je voor een goede ouderenzorg zelf het initiatief moet nemen, want dan verlaag je de drempel en krijg je kwetsbaarheid op tijd in beeld.”

In de huisartsenpraktijk Buchten werkte op dat moment Simone Denis als praktijkondersteuner. Ze had voorheen in verpleeghuizen gewerkt en had daardoor zowel kennis van als affiniteit met ouderenzorg. “Samen zijn we aan de slag gegaan met het opzetten van de ouderenzorg in onze praktijk. Ons doel daarbij was de ouderenzorg efficiënter maken. Simone heeft een verpleegkundige vragenlijst gemaakt, gericht op zorg en daar zijn we mee naar patiënten gegaan, die in onze ogen kwetsbaar waren. Simone werd degene in onze praktijk met de basiscontacten. Op enig moment kwamen we in contact met Walther Sipers en Herbert Habets, van het Expertisecentrum Ouderenzorg van Orbis MC. Met hen hebben we gesproken over het opzetten van goede en efficiënte ouderenzorg in een huisartsenpraktijk. De volgende stap was dat onze praktijk werd benaderd voor de pilot van Zorg uit Voorzorg.”

Lastig om multidisciplinair overleg van de grond te krijgen

In Buchten werden uitnodigingsbrieven gestuurd naar de oudere patiënten met daarbij de GFI-vragenlijst. “Dat leverde in eerste instantie onvoldoende resultaat op.

“Met veel parttimers is het lastig om mensen bij elkaar te brengen. Daar is ook nog niet echt een oplossing voor gevonden.”

Daarom hebben we vanuit onze eigen module patiënten toegevoegd. De pilot was een proef om te kijken hoe de geformuleerde aanpak in de praktijk zou werken. Het bleek lastig om het multidisciplinaire

overleg van de grond te krijgen en om de structuur erin te houden. Met veel parttimers is het lastig om mensen bij elkaar te brengen. Daar is ook nog niet echt een oplossing voor gevonden. Ook de GFI-screening werkte niet optimaal. Patiënten die wij als zeer kwetsbaar zagen, kwamen er soms niet uit naar voren en andersom. Als je de patiënt kent, heb je de GFI-vragenlijst niet nodig. Als je de patiënt niet goed kent, kan het wel een nuttig hulpmiddel zijn.”

Na de pilot was het in eerste instantie niet duidelijk of huisartsenpraktijk Buchten mee zou doen met Zorg uit Voorzorg. “Uiteindelijk zijn we toch ingestapt, omdat we extra uren praktijkondersteuning kregen. Dat klinkt misschien erg zakelijk, maar als je goede zorg wilt bieden, moet je daar ook de middelen voor krijgen.” Via de screening werden in eerste instantie 30 patiënten geselecteerd en uiteindelijk wer-

den het er 40. Er is vooral gekeken naar wat mensen willen. Vaak komt het er op neer dat ze middelen zoeken om zo lang mogelijk in hun eigen huis te kunnen blijven. “Dan blijkt al snel dat je daarvoor de fysiotherapeut en de ergotherapeut nodig hebt. Ook het omgaan met eenzaamheid is een belangrijk item. Dat proberen we aan te pakken via de sociale kaart van de regio. We kijken bijvoorbeeld samen met de patiënt of dagopvang een optie zou kunnen zijn. Maar dat is ook

“ Ook het omgaan met eenzaamheid is een belangrijk item. Dat proberen we aan te pakken via de sociale kaart van de regio. ”

typisch een traject dat beter door de verpleegkundige kan worden begeleid dan door de huisarts. Zij heeft een ander contact met de patiënten. Eigenlijk kom ik pas in beeld bij medische problemen, zoals een depressie of incontinentie. We hebben bij alle patiënten een medicatiecheck gedaan, ook dat is typisch een taak voor de huisarts samen met de apotheker.”

Niet onnodig in ziekenhuisbed

Wat heeft Zorg uit Voorzorg opgeleverd? “Het aantal vooral sociale visites is enorm afgenomen, die lopen nu veelal via de praktijkondersteuner. Ze zijn wel belangrijk want de urgentie-opnames zijn bijna helemaal verdwenen. Omdat je een goed inhoudelijk contact hebt met de oudere patiënten, kun je op tijd de nodige zorg regelen. Zo voorkom je bijvoorbeeld dat een oudere onnodig in een ziekenhuisbed belandt. Dat voorkomt een hoop ellende voor iedereen en je bespaart er heel veel kosten mee. Ik vind dan ook dat er voor deze zorg een goede financiering moet zijn. Dat is echter nog niet het geval en daar moet echt iets aan gedaan worden.”

Er moet goede financiering zijn

De projectfase van Zorg uit Voorzorg loopt nu af. Hoe gaat het in Buchten verder? “We gaan er toch mee verder. We hebben ons ingeschreven voor de module complexe ouderenzorg van CZ. Daardoor krijg je wel wat uren vergoed, al is het maar een klein deel van de werkelijke uren. Gelukkig heeft MCC Omnes in oktober 2011 besloten ondersteuning te bieden aan de huisartsen. Dat heeft ons over de streep getrokken, hoewel nog niet duidelijk is wat de ondersteuning in gaat houden. We gaan verder met de patiënten die we via Zorg uit Voorzorg al in beeld hadden en we voegen daar ook nieuwe patiënten aan toe. De praktijkondersteuner doet de intake, maar we starten pas weer in 2012 met de nieuwe screening. Ik vind echt dat er voor deze zorg goede financiering moet zijn. Deze aanpak biedt voor iedereen alleen maar voordelen en bespaart heel veel kosten. Daar kan uiteindelijk niemand om heen. Zeker niet met het groeiend aantal ouderen en de wens van alle partijen om deze mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren.”



Andre van Bilsen, 80 jaar

Het Dorpsrestaurant

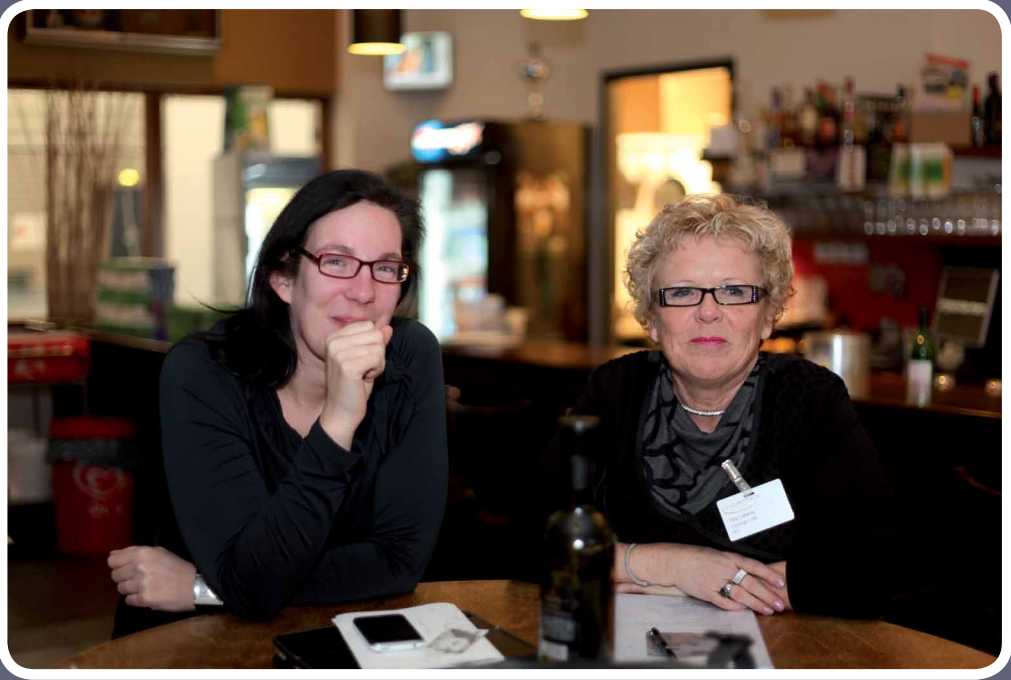


Elke woensdag organiseert ergotherapeut Kelly Martens, naar Belgisch voorbeeld, samen met Vivantes het Dorpsrestaurant. In Brasserie De Merode in Nieuwdorp/Stein kunnen ouderen hier elke week aanschuiven voor een ambachtelijk bereid driegangendiner. Het diner kost € 9,50 per persoon en wordt ter plekke bereid door eigenaar/uitbater Patrick.

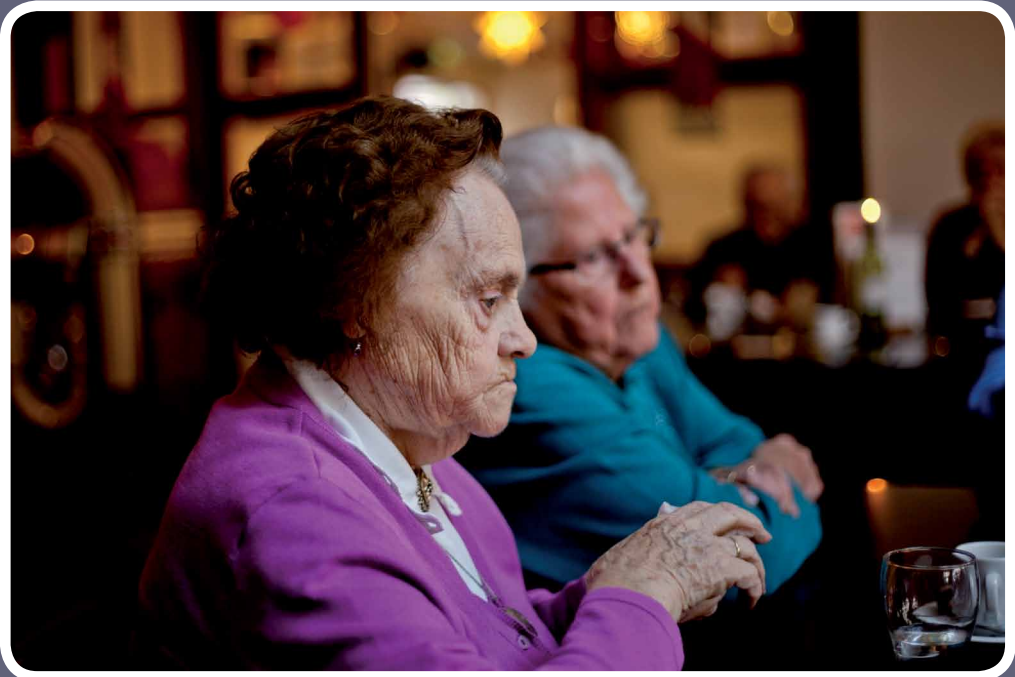
Na en tijdens het eten is er alle gelegenheid om met elkaar in gesprek te gaan. Soms gebeurt dat ook rondom een speciaal thema. In december was het thema 'Kerst'. Met een extra feestelijk menu, optredens van muzikanten en natuurlijk...de Kerstman!

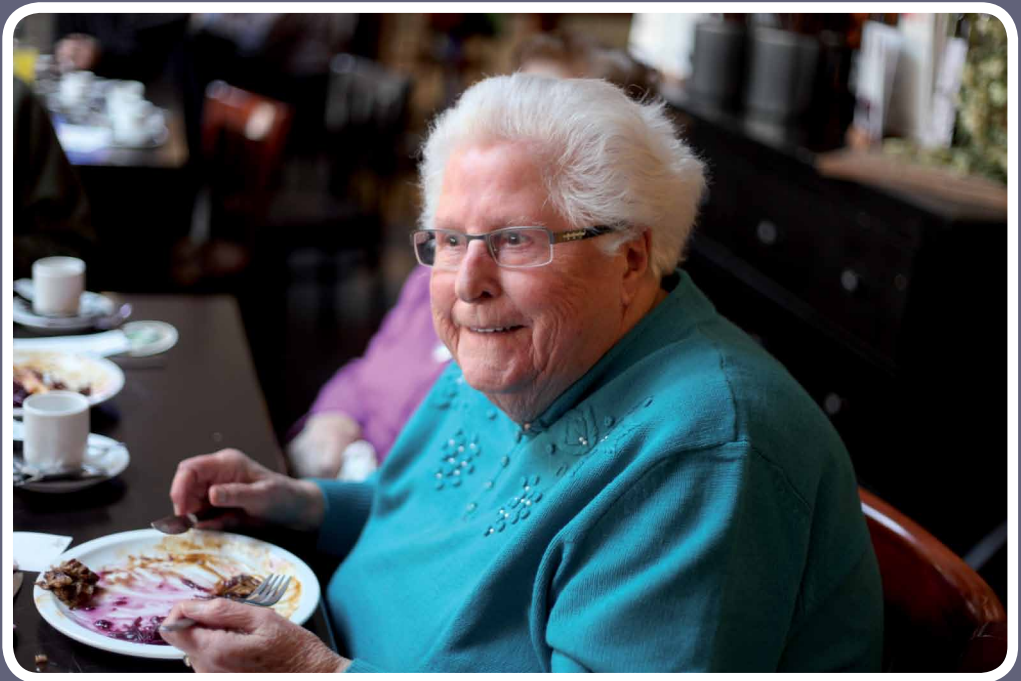














Zorg uit Voorzorg voor en door cliënten



Zorg uit Voorzorg voor en door cliënten

*Manon Beckers-Houx, Walter Lennertz en Chris Baltus,
NPO Doelgroeppanel*

'We moeten nu bereid zijn kosten te maken om straks kosten te voorkomen'

Cliëntgerichte zorg is een van de kernpunten van Zorg uit Voorzorg. Goed luisteren naar de cliënt, ook naar wat hij of zij niet zegt, kijken naar de situatie, samen oplossingen zoeken. Het Huis voor de Zorg heeft als doelstelling zorgvragers in Limburg een krachtige stem geven en hun positie versterken. Het lag dus voor de hand om het Huis voor de Zorg in te schakelen bij het ontwikkelen van Zorg uit Voorzorg. Ook het Nationaal Ouderenprogramma hecht aan een gestructureerde betrokkenheid van zorgvragers bij het ontwikkelen van innovaties binnen de ouderenzorg. Samen hebben ze daarom het doelgroeppanel NPO-Zuid-Limburg opgezet. Het panel heeft tien uitgangspunten opgesteld om projecten te toetsen op verschillende momenten tijdens de ontwikkeling. Een nulmeting aan het begin, een tussentijdse meting en een eindmeting. Groepjes van twee tot drie personen monitoren een specifiek project binnen het NPO. Voor Zorg uit Voorzorg zijn dat Manon Beckers-Houx, Walter Lennertz en Chris Baltus. Hun standpunt over Zorg uit Voorzorg is helder: "voor de ouderen is het een heel goed project, preventief en duidelijk cliëntgericht. De resultaten zijn evident en we moeten er nu voor zorgen dat we die vasthouden en verder uitbouwen. Belangrijk daarvoor is dat zorgfinanciers bereid zijn nu kosten te maken om veel hogere kosten te voorkomen."

De drie panelleden hebben hun sporen verdiend als het gaat om belangenbehartiging van cliënten in de zorg. Manon Beckers-Houx doet al 25 jaar vrijwilligerswerk in de ouderenzorg, was lid van het bestuur KBO-Limburg, is voorzitter van de werkgroep Wonen, Welzijn, Zorg van de KBO-Limburg, lid van het Platform Mantelzorg Limburg

“ De drie panelleden hebben hun sporen verdiend als het gaat om belangenbehartiging van cliënten in de zorg. ”

en het kernteam ACZIO/NPO en voorzitter van de Klankbordgroep van het Netwerk Palliatieve Zorg Westelijke Mijnstreek. Walter Lennertz was onder meer raadslid

en wethouder van de Gemeente Sittard-Geleen. Inmiddels is hij vier jaar actief in de ANBO, betrokken bij ACZIO en bij de WMO-raad. Chris Baltus was in het verleden onder andere voorzitter van de Cliëntenraad en lid van de Raad van Toezicht van de Thuiszorg. Naast panellid van het NPO is hij ook lid van het netwerkoverleg in het kader van het NPO. Ze werden door het Huis van de Zorg benaderd met de vraag of ze iets zouden willen doen voor de versterking van de positie van zorgvragers in Limburg. Ze kwamen alle drie uit bij Zorg uit Voorzorg.

Rol binnen Zorg uit Voorzorg

Wat is hun rol precies geweest binnen het NPO in het algemeen en Zorg uit Voorzorg in het bijzonder? Chris Baltus: "we zijn begonnen met het formuleren van uitgangspunten om de verschillende projecten binnen het NPO te kunnen beoordelen. Dat was nog niet zo eenvoudig. We hebben daar ongeveer een jaar aan gewerkt. Veel tijd,

maar daarmee hadden we wel een goed instrument, waarmee we de projecten op een gedegen inhoudelijke manier hebben kunnen beoordelen.” De uitgangspunten zijn vanuit ouderenperspectief ontwikkeld en hebben onder andere betrekking op regie, afstemming en samenwerking tussen cliënt, mantelzorgers en alle zorgdisciplines, coördinatie, betrokkenheid van familie en naasten, communicatie en informatie, benadering van de cliënt, meerwaarde en praktische uitvoerbaarheid. Aan de hand van de uitgangspunten krijgen projecten een score, waarbij de kleuren van een stoplicht worden gehanteerd: rood als het niet in orde is of als er geen meting is geweest, oranje als er al enige vooruitgang is geboekt, maar nog veel te weinig, lichtgroen als het de goede kant opgaat, maar er toch nog verbeterpunten zijn en donkergroen als grotendeels aan het uitgangspunt is voldaan. Wat Zorg uit Voorzorg betreft, hebben de drie panelleden de ontwikkelingen van dichtbij gevolgd. “We zijn aanwezig geweest bij een lunchbijeenkomst en hebben daar uitgebreid gesproken met de praktijkondersteuners. Ook met de mensen van MCC Omnes en met de initiatiefnemers zijn gesprekken gevoerd. Daarnaast hebben we uiteraard uitgebreid contact gehad rondom de toetsingsmomenten, zowel met de zorgverleners in de eerste als in de tweede lijn. In het ziekenhuis zijn we ook betrokken geweest bij de ontwikkeling van een cliëntenfolder.”

“ Aan de hand van de uitgangspunten krijgen projecten een score, waarbij de kleuren van een stoplicht worden gehanteerd. ”

Zorg uit Voorzorg scoort vooral licht- en donkergroen

Hoe vallen de kleurscores voor Zorg uit Voorzorg uit? Manon Beckers-Houx: “in de eindrapportage kun je zien dat de scores over het algemeen lichtgroen en donkergroen zijn. Dat betekent dat Zorg uit Voorzorg vanuit ouderenperspectief een goede beoordeling heeft gekregen. Zeker in de eerste lijn lijkt het er op dat de cliënt zelf de regie in handen heeft. Tenminste als de zorgverleners bereid zijn om de cliënt te ondersteunen bij het zelfmanagement. Dat is niet voor iedere zorgverlener even makkelijk. In de tweede lijn ligt dat wat moeilijker, omdat de cliënt zich daar in een heel andere situatie bevindt. Veel afhankelijker van de zorgverleners dan in de eerste lijn. Positief is wel dat in de tweede lijn bij Orbis Medisch Centrum nu alle 70-plussers worden gescreend en waar nodig worden bezocht. Dat is ook nodig want uit cijfers is gebleken dat bijna 40 procent van de ouderen extra kwets-

“ Uitbreiding richting welzijnswerk en WMO zou een goede aanvulling zijn. Het digitale patiëntendossier is daarbij overigens een cruciale factor, goede informatie is van groot belang. ”

baar is bij een ziekenhuisopname.” Wat afstemming en samenwerking betreft, vinden de panelleden dat er nog te eenzijdig medisch wordt samengewerkt. “Uitbreiding richting welzijnswerk en WMO zou een goede aanvulling zijn. Het digitale patiëntendossier is daarbij overigens een cruciale factor, goede informatie is van groot belang.” De betrokkenheid van familie en naasten scoort oranje. “Het is voor ons niet duidelijk hoe dit in de praktijk werkt. Op papier lijkt het geregeld, maar we twijfelen of het in de praktijk ook echt goed loopt.”

Of de communicatie en informatie richting de cliënt doelmatig en effectief is, kunnen

de panelleden niet goed beoordelen. “Vandaar de lichtgroene score. We hebben een enquête ontwikkeld die hierover definitief uitsluitsel moet geven.” De laagdrempeligheid van Zorg uit Voorzorg is heel duidelijk. Zeker zo lang er sprake is van een proactieve aanpak binnen de eerste en tweede lijn. In de pilotfase was dat duidelijk het geval. De panelleden maken zich echter wel zorgen over de toekomst. “Als je echt de hele populatie gaat screenen, is het de vraag of je over voldoende mensen en midde-

“Als je echt de hele populatie gaat screenen, is het de vraag of je over voldoende mensen en middelen beschikt om de hulp die nodig is, ook te kunnen bieden.”

len beschikt om de hulp die nodig is, ook te kunnen bieden. De aangekondigde bezuinigingen in de zorg voorspellen wat dat betreft niet veel goeds.”

Zorg uit Voorzorg heeft duidelijk meerwaarde voor de cliënt blijkt uit de eindbeoordeling en dat geldt ook voor de praktische uitvoerbaarheid. Met name de multidisciplinaire samenwerking heeft voor de klant veel toegevoegde waarde en levert ook financieel voordeel op. Er is nu een veel betere afstemming tussen hulpverleners en er wordt preventief gewerkt. De panelleden vinden dat overheid en zorgverzekeraars dit zouden moeten honoreren door ook preventieve zorg te vergoeden.

Andere naam voor geriatrie

Uniek aan Zorg uit Voorzorg is de betrokkenheid van de tweede lijn. Walter Lennertz: “Wat de mensen van Orbis in het ziekenhuis hebben klaargespeeld is echt heel positief. Ze hebben niet alleen een proactieve aanpak ontwikkeld, maar zijn er ook in geslaagd om de directie en de medische staf te doordringen van het belang van deze aanpak. Het feit dat Orbis nu werkt aan een Senior Friendly Hospital verdient veel waardering. Op deze manier kun je de zorg voor ouderen ziekenhuisbreed aandacht geven en ervoor zorgen dat de verschillende specialismen goed samenwerken met de geriater als een soort accountmanager. Ik zou er overigens voor willen pleiten om de naam

“Ouderen hebben vaak het idee dat een bezoek aan of van de geriater betekent dat je gek bent. Dat is natuurlijk niet zo, maar dat kleeft wel aan het woord geriatrie.”

van geriater te veranderen. Die heeft helaas bij veel ouderen een negatieve klank, omdat de geriater te veel

wordt geassocieerd met dementie. Ouderen hebben vaak het idee dat een bezoek aan of van de geriater betekent dat je gek bent. Dat is natuurlijk niet zo, maar dat kleeft wel aan het woord geriatrie. Noem het voortaan gewoon ouderengeneeskunde zou ik zeggen.”

Zorg uit Voorzorg werkt proactief en daarmee preventief

De drie panelleden zijn heel enthousiast over wat Zorg uit Voorzorg heeft bereikt, maar hebben ook wel twijfels over het borgen van de resultaten. Walter Lennertz: “Zorg uit Voorzorg werkt proactief en daarmee preventief. Problemen voorkomen is altijd beter en goedkoper dan oplossen en dat is precies wat Zorg uit Voorzorg doet. Het is dan wel vervelend om te constateren dat de financiering van de zorg eigenlijk vooral gericht is op het vergoeden van het oplossen van problemen. Dat moet echt veranderen.” “Dat is vooral een kwestie van willen,” vult Manon Beckers-Houx aan,

“overheid en zorgverzekeraars moeten een knop omzetten en zich realiseren dat je soms kosten moet maken om kosten te voorkomen. Als je ziet hoeveel de praktijkondersteuners bereiken, omdat ze op de goede manier contact hebben met mensen. We moeten er echt voor zorgen dat we met deze aanpak door kunnen gaan. De financieringsstromen moeten zich aan de cliënt aanpassen en niet andersom.” Ook Chris Baltus is het daarmee eens: “In Nederland zijn we er heel goed in om een commissie in te stellen of een project op te starten. Vaak levert dat ook nog wel resultaat op, maar dan. Dan stopt de financiering, dan worden er geen besluiten genomen en dan stopt het project en beginnen we weer een nieuw project... Dat moeten we echt niet meer willen. In Limburg lopen nu vier projecten op het gebied van innovatieve ouderenzorg. De goede dingen van deze vier projecten moeten we bij elkaar voegen en verankeren. Daar moeten we nu onze schouders onder zetten in het belang van de cliënt en het waarborgen van goede en betaalbare ouderenzorg in de toekomst.”

“ De financieringsstromen moeten zich aan de cliënt aanpassen en niet andersom. ”



10 uitgangspunten Doelgroeppanel NPO Zuid-Limburg

1. De klant heeft de regie

Zelfredzaamheid en vrije keuze in zorgaanbod staan centraal. De wensen en behoeften van de klant worden vastgelegd en gerespecteerd.

2. De klant en zijn klantsysteem staan centraal

De behoefte van de klant wordt als uitgangspunt genomen en is het vertrekpunt voor de zorg. Belevingsgericht en vraaggestuurd werken staan centraal. Er is aandacht voor het behoud van de eigenwaarde van de klant en er wordt voldoende tijd genomen voor de klant. Het nastreven van een optimale kwaliteit van leven neemt een belangrijke plaats in.

3. Gedurende het hele traject vindt afstemming en samenwerking plaats tussen klant, mantelzorg en verschillende zorgdisciplines

Er is een vaste contactpersoon voor de klant tijdens het hele traject, die verantwoordelijk is voor afstemming en samenwerking tussen de verschillende zorgdisciplines. De juiste zorg wordt op het juiste moment door de juiste zorgverlener geboden. Er is aandacht voor het medicijngebruik en combinaties van verschillende medicijnen, zeker bij het voorschrijven door verschillende specialisten. Er is één actueel, volledig en toegankelijk klantdossier.

4. Er is één hoofdcoördinator voor het hele traject, die alles coördineert en afstemt

Het is duidelijk wie de eindverantwoordelijkheid heeft over het behandelingstraject en de afstemming tussen de verschillende zorgdisciplines.

5. Familie en/of naasten worden optimaal bij de zorg betrokken

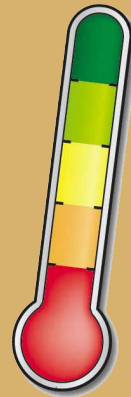
De familie en/of naasten worden geïnformeerd en ondersteund gedurende het hele zorgtraject. De contactpersoon is verantwoordelijk voor de informatie en ondersteuning aan familie en/of naasten. De mantelzorg wordt ondersteund in zijn/haar taken en wordt gewezen op de mogelijke meerwaarde van het steunpunt mantelzorg.

6. De communicatie en informatie richting de klant is doelmatig en effectief

De informatie is op maat, volledig, eenduidig en actueel en wordt zowel schriftelijk (brief, folder, online) als mondeling aangeboden. De informatie is in heldere, eenduidige en begrijpbare taal geschreven of gesproken. De zorgverlener toetst regelmatig of de klant de informatie heeft ontvangen en begrepen.

7. De beoogde doelgroep (ouderen in kwetsbare positie) wordt bereikt

Het is helder en eenduidig wie in aanmerking komt voor het project. Het project spoort daadwerkelijk ouderen op, die in een kwetsbare positie verkeren.



8. Het project is praktisch uitvoerbaar

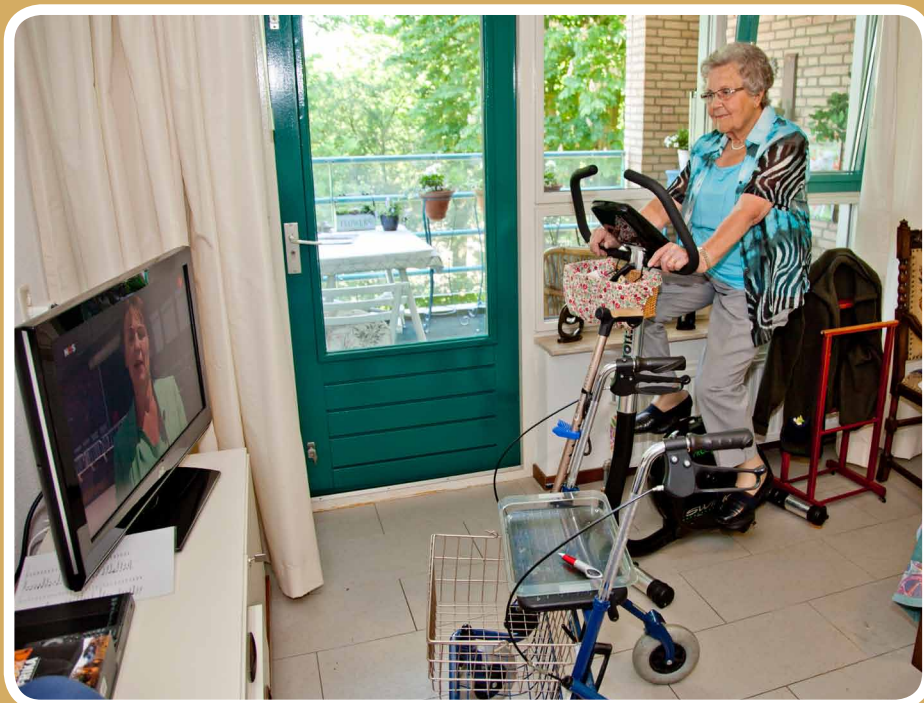
Het project heeft draagvlak onder de verschillende zorgdisciplines. Na afloop van de projectperiode kan het project financieel en inhoudelijk worden ingebed in de reguliere zorg.

9. De benadering van de klant is laagdrempelig

De contactpersoon zorgt voor snelle en makkelijke contacten met andere zorgdisciplines. De klant wordt snel geholpen (korte wachttijd) door de verschillende zorgdisciplines. De eindverantwoordelijke, de contactpersoon en de verschillende zorgdisciplines zijn goed bereikbaar. De zorgdisciplines bezoeken de klant thuis, indien mogelijk.

10. Het project heeft meerwaarde voor de klant

Het project heeft - in vergelijking met 'oude' of 'reguliere' zorg - een toegevoegde waarde voor de kwaliteit van leven van de klant. Zichtbaar is welk voordeel de klant heeft door mee te doen aan het project. De investering of belasting van de klant staat in goede verhouding tot hetgeen het de klant oplevert.



Marlie en Piet Meijer - van Mólken

'Stap voor stap krijgen we de zorg die we nodig hebben'

Het echtpaar Meijer-van Mólken is binnenkort 50 jaar getrouwd. Ze wonen in Stein in een bungalow waar alles gelijkvloers is. Samen redden ze het heel aardig, maar op een aantal punten hebben ze hulp nodig. Via huisarts Henk Jochems en praktijkondersteuner Claar Lenssen kwamen ze in contact met Zorg uit Voorzorg. Samen hebben ze hun gezondheids- en leefsituatie onder de loep genomen en zijn ze op zoek gegaan naar zorg. Uitgangspunt daarbij is wat ze zelf graag willen en wat aansluit bij hun situatie. "Stap voor stap wordt nu het zorgplaatje ingevuld op een manier waar we echt iets aan hebben."

Mevrouw Meijer is 73 jaar. Vroeger heeft ze in Elsloo een textielwinkel gehad en naderhand is ze overgestapt op de verkoop van tapijten. "Dat was achteraf gezien niet zo'n handige keuze," vertelt ze. "Met tapijten moet je veel en zwaar sjouwen. Daardoor heb ik nu nog altijd rugklachten die het gevolg zijn van slijtage." Toen mevrouw Meijer net 50 jaar was, werd ze getroffen door een CVA, een beroerte, en raakte ze halfzijdig verlamd. "In eerste instantie gingen de artsen in het ziekenhuis ervan uit dat

“ In eerste instantie gingen de artsen in het ziekenhuis ervan uit dat ik het niet zou redden. Maar zelf heb ik het eigenlijk nooit opgegeven en na drie dagen kwam ik weer bij. ”

ik het niet zou redden. Maar zelf heb ik het eigenlijk nooit opgegeven en na drie dagen kwam ik weer bij. Ik heb alles bij elkaar vijf maanden in het ziekenhuis en in

de revalidatiekliniek in Hoensbroek gelegen. Toen was ik gelukkig zo ver dat ik weer naar huis kon. Vooral in Hoensbroek had ik het zwaar. Voor mijn gevoel zaten daar indertijd veel mensen die hun handicap nog niet accepteerden. Ik heb een opgeruimd karakter en dan kun je daar niet goed tegen. Eenmaal weer thuis heb ik me in huis steeds kunnen redden met een wandelstok, maar buiten ben ik aangewezen op een rolstoel." Toch was het geen makkelijke periode voor mevrouw Meijer. "Voordat ik een CVA kreeg, was ik heel actief. Ik zat in het schoolbestuur en stond voor iedereen klaar. Ik was altijd bereid om mensen ergens naar toe te brengen en meer van dat soort dingen. Toen ik zelf hulp nodig had, kwam er niemand op een enkele buurvrouw na. Daar heb ik het heel moeilijk mee gehad."

De heer Meijer heeft onlangs zijn 80ste verjaardag gevierd. Hij is Chef Beleggingen geweest bij AZL in Heerlen. In 1991 ging hij met de VUT en later met pensioen. "Voor mij kwam de VUT op een goed moment, want ik was thuis hard nodig om mijn vrouw te helpen. Toen ze die beroerte kreeg, woonden onze drie kinderen nog thuis. Mijn

“ Voor mij kwam de VUT op een goed moment, want ik was thuis hard nodig om mijn vrouw te helpen. Toen ze die beroerte kreeg, woonden onze drie kinderen nog thuis. ”

werkgever heeft me ook voor ik met de VUT ging gelukkig alle ruimte gegeven om voor mijn gezin te zorgen." Dat zorgen doet hij nog steeds, maar inmiddels heeft hij ook

zelf de nodige klachten. Hij heeft diabetes, last van evenwichtsstoornissen en zijn gezichtsvermogen gaat achteruit, waardoor bijvoorbeeld autorijden lastiger wordt. "De jaren beginnen bij mij nu toch te tellen. In de tuin werken wordt steeds moeilij-

ker, want ik kan niet meer goed bukken. Maar ook het duwen van de rolstoel van mijn vrouw valt me niet altijd mee.”

Thuis

Tot 1998 woonde het echtpaar in een twee onder een kapwoning. Daarna verhuisden ze naar appartementencomplex Martinushof, waar ze een levensloopbestendig appartement kregen. Maar mevrouw Meijer voelde zich er niet thuis. Daarom verhuisden ze in 2005 naar hun huidige woning. Huisarts Henk Jochems en praktijkondersteuner Claar Lenssen hebben met het echtpaar Meijer-van Mólken de balans opgemaakt van hun situatie op dit moment. Ook ergotherapeut Kelly Martens en fysiotherapeut Rob de Ruijter zijn daarbij betrokken. Samen wordt er bijvoorbeeld gekeken naar een rolstoel die mevrouw

Meijer zelf kan besturen. “Ik heb al eens een scootmobiel gehad, maar in Hoensbroek hadden ze er onvoldoende rekening mee gehouden dat ik maar weinig kan met mijn rechterarm. Daardoor is het een fiasco geworden, want ik kon totaal niet met die scootmobiel overweg.” Kelly Martens is nu op zoek naar een rolstoel die wel past bij haar handicaps. Samen met Rob de Ruijter is mevrouw Meijer ook begonnen met een bewegingsprogramma. “Ik moet eerlijk zeggen dat ik daar niet zoveel voor voelde. Maar samen met Rob ben ik er toch aan begonnen en ik ben er nu al een week of zes mee bezig. Ik word ook elke week gemasseerd om mijn spieren soepel te houden. Die combinatie werkt voor mij goed.”

“ Ik moet eerlijk zeggen dat ik daar niet zoveel voor voelde. Maar samen met Rob ben ik er toch aan begonnen en ik ben er nu al een week of zes mee bezig. ”



Koken

Het koken neemt de heer Meijer voor zijn rekening. “Ik vind het eerlijk gezegd te gevaarlijk als mijn vrouw dat doet, omdat ze maar één arm goed kan gebruiken. Met die hete pannen vind ik dat geen goed idee.” Misschien zijn kant en klaar maaltijden een oplossing? “Die vind ik eigenlijk niet zo lekker,” zegt mevrouw Meijer eerlijk. “Wat zelf wordt klaar gemaakt, is toch echt lekkerder.” Op woensdag neemt meneer Meijer vrijaf wat het koken betreft, want dan gaat hij eten in het dorpsrestaurant in Brasserie De Merode in Stein/Nieuwdorp. “Het eten is er heel goed en ik vind het er ook gezellig moet ik zeggen.” Waarom gaat zijn vrouw niet mee? “Het eten is er wel lekker, maar voor mij echt veel te veel. Ik blijf daarom liever thuis.”

Elke dag hulp

Mevrouw Meijer krijgt sinds kort elke morgen hulp vanuit Vivantes bij het wassen en aankleden. Die hulp is ingeschakeld, omdat er een risico is op vallen. De heer Meijer: “tot voor kort heb ik haar altijd zelf geholpen, maar ik vond het langzaam toch te risicovol worden. Stel je voor dat ze valt, dan hebben we een groot probleem. We hebben een douchebak waar je in moet stappen. Ik heb de gemeente gevraagd om een aanpassing, maar die krijgen we niet. De reden is dat we er zelf voor gekozen hebben om de aangepaste woning die we hadden, in te ruilen voor een gewone woning. Een beetje kort door de bocht als je het mij vraagt. Ik ben heel blij dat we nu wel hulp hebben. Het geeft mijn vrouw regelmaat, omdat ze elke dag op hetzelfde tijdstip op moet staan en het geeft mij meer rust.” Claar Lenssen heeft deze zorg in gang gezet. Ze bezoekt het echtpaar Meijer-van Mólken een paar keer per jaar en de laatste maanden wat intensiever. Mevrouw Meijer zou eigenlijk graag wat meer op stap gaan. “Ik houd erg van winkelen en ik vind het ook leuk om eens naar het theater te gaan. Voor mijn man is dat echter allemaal te zwaar en hij vindt het ook niet zo leuk. Daarom wordt er nu gekeken of er een maatje voor mij kan worden gevonden. Ik heb de formulieren al ingevuld, maar helaas heb ik er nog niets van gehoord.” Hopelijk lukt het binnenkort toch om een vrijwilliger te vinden die wat met mevrouw Meijer wil ondernemen. Inmiddels heeft het echtpaar ook een persoonlijk alarm en wordt er voorzichtig gepraat over een zorgwoning. Niet omdat het nu acuut nodig is, maar meer uit Voorzorg!

“ Ik ben heel blij dat we nu wel hulp hebben. Het geeft mijn vrouw regelmaat, omdat ze elke dag op hetzelfde tijdstip op moet staan en het geeft mij meer rust. ”



Rob Dokter inkoper bij CZ

'Zorg voor ouderen staat bij CZ hoog in het vaandel'

Rob Dokter is inkoper huisartsenzorg, versterkte zorg eerste lijn en ketenzorg bij zorgverzekeraar CZ. Hij doet dit werk sinds december 2008 en met plezier. "Ik ben steeds op zoek naar initiatieven om de zorg in de eerste lijn, laagdrempelig en dichtbij huis, te versterken. Een van de beleidsuitgangspunten van CZ is zorg, waar mogelijk, over te hevelen van de tweede naar de eerste lijn. Een goed voorbeeld daarvan is diabeteszorg, die is nu bijna helemaal ondergebracht bij de huisartsen en de praktijkondersteuners. Dat werkt voor iedereen prima." Ook zorg voor ouderen is een van de beleidsspeerpunten bij CZ en daarom werd de module complexe ouderenzorg ontwikkeld voor de huisartsenpraktijken. "In 2010 wilden we deze module breed gaan invoeren bij de huisartsenpraktijken. Daardoor kwam ik in contact met Lilo Crasborn van MCC Omnes. Zij was bezig met Zorg uit Voorzorg. Toen we onze ideeën naast elkaar legden, zagen we alleen maar overeenkomsten. Het was meteen duidelijk dat we hierin samen verder moesten gaan."

Rob Dokter is erg te spreken over de manier waarop de huisartsenzorg in de regio Sittard-Geleen is geregeld. "De huisartsen in dit gebied leveren goede zorg. Ze zijn bovendien heel goed georganiseerd met organisaties als Meditta en MCC Omnes. Zij nemen de huisartsen veel werk uit handen en dat komt de doelmatigheid ten goede. Ik zie ook een grote betrokkenheid bij de huisartsen en de praktijkondersteuners. Zorg uit Voorzorg is daar een goed voorbeeld van. Ondanks dat nog niet alle randvoorwaarden waren ingevuld, zijn de huisartsen er toch mee begonnen. Ze bleken bereid om het risico te nemen, omdat ze ervan overtuigd zijn dat ze op deze manier met ouderenzorg om moeten gaan. Daar heb ik respect voor." Het respect lijkt niet altijd wederzijds te zijn. Veel huisartsen hebben kritiek op de financiering van projecten zoals Zorg uit Voorzorg door CZ. "Ik begrijp de onrust onder huisartsen wel.

Ik zie ook een grote betrokkenheid bij de huisartsen en de praktijkondersteuners. Zorg uit Voorzorg is daar een goed voorbeeld van. Ondanks dat nog niet alle randvoorwaarden waren ingevuld, zijn de huisartsen er toch mee begonnen.



Ze hebben op dit moment het gevoel dat ze gestraft worden voor het feit dat ze zo hard hebben gewerkt en bereid waren mee te werken aan het ontwikkelen van nieuw beleid. Het gaat dan met name om het overhevelen van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Die discussie moeten ze echter met de minister voeren. Wij als zorgverzekeraars voeren het beleid van de minister uit. We hebben wel de mogelijkheid binnen de beleidsregels onze visie op zorg vorm te geven. Extra financiering zoals de module Complexe Ouderenzorg is daar een voorbeeld van."

CZ biedt behoorlijke vergoedingen

Hoe zit de financiering van de ouderenzorg precies in elkaar? "Huisartsen krijgen een inschrijftarief voor iedere patiënt. Voor elke patiënt die ouder is dan 65 jaar ontvangen ze een opslag op dat tarief. Voor elke patiënt die ouder is dan 75 jaar ontvangen ze nog een opslag. Dat is de basisfinanciering. Daarnaast ontvangen de huisartsen die

meedoen aan Zorg uit Voorzorg of de module complexe ouderenzorg aanbieden in hun praktijk nog eens een extra vergoeding. Huisartsen mogen de consulten en visites die in dit kader worden gedaan gewoon declareren en dat geldt ook voor de praktijkondersteuners. Daarnaast vergoeden we het organiseren van het multidisciplinair overleg, alleen de uren die in het daadwerkelijke overleg gaan zitten, worden niet apart vergoed. Die zijn inherent aan de functie zou je kunnen zeggen en moeten worden gefinancierd uit de basisvergoeding die huisartsen krijgen. Wat ons betreft valt dit onder ondernemerschap. Ik vind eerlijk gezegd dat we vanuit CZ heel behoorlijke vergoedingen bieden en dat moet ook, want het gaat hier om zorg die veel toegevoegde waarde heeft voor de patiënt.”

Praktijken moeten aan voorwaarden voldoen

Het geld dat CZ betaalt voor zorg wordt niet zomaar gegeven. “Wij controleren of de zorg die we financieren daadwerkelijk wordt geboden. We stellen ook voorwaarden aan onze financiering. Bij de module complexe ouderenzorg is het multidisciplinair overleg een voorwaarde en het hebben van één aanspreekpunt voor deze zorg in de praktijk. Meestal is dat de praktijkondersteuner. Deze voorwaarden gelden ook voor de huisartsen die werken met Zorg uit Voorzorg. Ik

“ Ik kijk bijvoorbeeld hoeveel patiënten binnen de module of binnen Zorg uit Voorzorg worden behandeld, wie het aanspreekpunt is en hoe het multidisciplinaire overleg is georganiseerd. ”

bezoek de huisartsen om te kijken of aan de voorwaarden wordt voldaan. Ik kijk bijvoorbeeld hoeveel patiënten binnen de module of binnen Zorg uit Voorzorg worden behandeld, wie het aanspreekpunt is en hoe het multidisciplinaire overleg is georganiseerd. Iedereen weet dat ook en is eraan gewend. We hebben er allemaal belang bij dat de gelden in de zorg goed worden besteed.”

Samen betalen voor zorg

Hoe zal het verder gaan met ouderenzorg in het algemeen en Zorg uit Voorzorg in het bijzonder? “In Nederland is de financiering van de zorg gebaseerd op het solidariteitsbeginsel. We betalen samen voor de zorg die we met z’n allen nodig hebben. Huisartsen ontvangen een vergoeding voor iedere patiënt die ze in hun bestand hebben. Een deel van die patiënten zien ze nooit. Ik kijk maar naar mezelf, ik ga zelden naar de huisarts. Deze patiënten tellen ook mee in de omzet van een praktijk. Zo lang we dit zo kunnen blijven

“ Het is onze taak als zorgverzekeraar om mee te denken over een goede en doelmatige inzet van middelen, voor een optimale, effectieve en efficiënte zorgverlening. Zorg uit Voorzorg is daar een uitstekend voorbeeld van! ”

blijven

doen, is er een goede basis voor het betaalbaar houden van de zorg voor iedereen. Daarnaast blijft CZ extra toeslagen betalen voor extra zorg. Dat geldt in elk geval voor Zorg uit Voorzorg. Het is onze taak als zorgverzekeraar om mee te denken over een goede en doelmatige inzet van middelen, voor een optimale, effectieve en efficiënte zorgverlening. Zorg uit Voorzorg is daar een uitstekend voorbeeld van!”

Jeu Renkens Gemeente Sittard-Geleen

‘Samen zoeken naar de beste, maar ook betaalbare, ouderenzorg’

Toen op 1 januari 2007 de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning, kortweg WMO werd ingevoerd, kwam er een nieuwe speler op het zorgveld: de gemeente. De zorgprofessionals waren sceptisch en misschien zijn ze dat nog steeds. Volgens Jeu Renkens, beleidsmedewerker gezondheidsbeleid, welzijn en zorg van de Gemeente Sittard-Geleen is dat niet terecht. “In de maatschappelijke zorg gaat veel geld om. Dat geld moet op de juiste plaats terecht komen en dat lukt alleen als je dat decentraal organiseert. De gemeente was en is de aangewezen partij om er mee aan de slag te gaan. Maar je kunt het als gemeente alleen goed doen als je samenwerkt met alle betrokken partijen. Dat geldt ook voor de ouderenzorg. Samen moeten we zoeken naar de beste, maar ook betaalbare aanpak om ouderen zo lang mogelijk actief en zelfstandig te houden. Dat is in ieders belang. De sleutel ligt bij de samenwerking tussen cure en care.”

Ouderenzorg is binnen de Gemeente Sittard-Geleen een belangrijk aandachtsgebied. “Onze gemeente is pilotgemeente van de ouderenmonitor. In 2007 hebben we een onderzoek gedaan naar de leefwereld van ouderen in Sittard-Geleen, toegespitst op gezondheid. Daar kwam een aantal interessante zaken uit. Eenzaamheid bijvoorbeeld, dat is echt een probleem. We hebben vervolgens via de GGD aan de Universiteit Maastricht gevraagd te onderzoeken wat eenzaamheid nou precies is en welke vormen we als gemeente kunnen beïnvloeden. Uit het onderzoek kwam ook

“*Uit het onderzoek kwam ook naar voren dat ouderen denken dat ze gezond leven, maar dat dat eigenlijk niet het geval is.*”

naar voren dat ouderen denken dat ze gezond leven, maar dat dat eigenlijk niet het geval is. De meerderheid voldoet niet aan de beweegnormen en eet niet echt gezond. Er wordt nog veel gerookt, veel ouderen zijn te zwaar en er wordt teveel alcohol gedronken. Er zijn dus nogal wat gezondheidsrisico's onder ouderen en een risico op bijkomende problemen. Uit het onderzoek kwam ook naar voren dat 90% van alle ouderen minstens één keer per jaar de huisarts bezoekt.”

Iedereen moet bereid zijn een bijdrage te leveren

Voor het ontwikkelen van een goed ouderenbeleid vormde de Gemeente Sittard-Geleen een klankbordgroep met daarin alle organisaties die betrokken zijn bij ouderen. De onderzoeksgegevens en de resultaten van de gesprekken die in de wijken werden gevoerd over ouderenzorg vormden daarbij het vertrekpunt. In de klankbordgroep worden de huisartsen vertegenwoordigd door Sjoerd Hobma, die daar vertelde over Zorg uit Voorzorg. “Een prima aanpak,” aldus Jeu Renkens, “zeker wat het preventieve karakter betreft en de multidisciplinaire aanpak. Maar wel een hele papierwinkel om de financiering rond te krijgen en uiteindelijk ook kostbaar om het uit te voeren. Ik ben bij een expertmeeting van MCC Omnes geweest en ook daar werd mij duidelijk dat het probleem zit in de betaalbaarheid. De zorgverzekeraars willen alleen ‘echte’ zorg vergoeden en zijn voorsnog onvoldoende bereid tegemoet te komen in de kosten van preventie. Daar ligt uiteraard een rol voor de gemeente, maar wel samen met andere partijen. De huisartsen, maar ook de wijkverpleegkundigen en welzijnsorganisaties als PIW (Partners in Welzijn), iedereen moet bereid zijn er een bijdrage aan te leveren, ook financieel. Dat geldt ook voor de zorgverzekeraars.”

Senioren onze zorg

Samen met de klankbordgroep ontwikkelde de gemeente een concept programma voor de zorg voor ouderen 'Senioren onze zorg'. "Speerpunten van dit programma zijn het intensiveren van het gebruik van bestaande voorzieningen, en het wijkgericht en vraaggericht werken. Het middel dat we hierbij voor ogen hebben, zijn de wijksteunpunten (WSP). Van daaruit willen we de zorg voor ouderen gaan organiseren. Ze moeten er terecht kunnen voor informatie, welzijns- en beweegvoorzieningen en voor sociaal contact. PIW is daarbij het centrale aanspreekpunt. Stel een ouder iemand geeft



aan dat koken een probleem is. Het WSP beschikt over een actuele digitale database, met daarin alle voorzieningen op het gebied van ouderenzorg. Op basis daarvan moet het WSP aan kunnen geven wat de mogelijkheden zijn als iemand moeite heeft met koken. Bijvoorbeeld hulp bij het koken, een maaltijdvoorziening aan huis of in een zorgvoorziening voor ouderen. Binnen de WSP's willen we cure en care bij elkaar brengen. We weten allemaal dat cure, medische zorg, duur is. Daar moeten we dus niet meer gebruik van maken dan echt nodig is. Met care kunnen we medische zorg vaak uitstellen of

zelfs voorkomen. Daar heeft iedereen belang bij, zeker op lange termijn. Daarom wil de gemeente de

“We weten allemaal dat cure, medische zorg, duur is. Daar moeten we dus niet meer gebruik van maken dan echt nodig is. Met care kunnen we medische zorg vaak uitstellen of zelfs voorkomen.”

huisartsenpraktijk niet standaard inschakelen voor het casemanagement. We willen dat per situatie bekijken. Heeft een ouder iemand met name medische zorg nodig, dan ligt het voor de hand dat de huisarts/praktijkondersteuner de casemanager is. Kun je iemand ook prima helpen via de welzijnsvoorzieningen, dan zou PIW het casemanagement kunnen doen. Uiteraard zijn er nog meer mensen en instanties bij betrokken. De WSP's moeten multidisciplinair werken, net als Zorg uit Voorzorg. Maar we willen de zorg voor ouderen graag breder neerzetten. Cure en care nadrukkelijk bij elkaar brengen. Op deze manier houden we de zorg betaalbaar. Als gemeente is het onze wettelijke taak om goed voor onze burgers te zorgen. Maar ook toezien op een doelmatige inzet van gemeenschapsvoorzieningen en -gelden. Als we de zorg voor kwetsbare thuiswonende ouderen gezamenlijk organiseren vanuit de WSP's gaat dat lukken.”

Richten op mensen die echt risico lopen

Maar het monitoren van ouderen is daarmee nog niet geregeld. Hoe denkt de gemeente dat te gaan doen? "Het zou natuurlijk prachtig zijn als we iedereen van 70 jaar en ouder zouden kunnen screenen, maar dat is uiteindelijk niet haalbaar. We moeten ons dus richten op mensen die echt een risico lopen en hulp nodig hebben om zo lang mogelijk actief en zelfstandig te blijven. De huisartsen hebben een goed beeld van de ouderenpopulatie binnen hun praktijk en weten vaak welke mensen hulp nodig hebben. Maar dat geldt ook voor de wijkverpleegkundigen die veel bij ouderen thuis komen. Daarom zou ik hen daar ook bij willen inschakelen. In principe

moet iedere zorgverlener het WSP in kunnen schakelen om een zorgplan te ontwikkelen, ook de mantelzorger. De huisartsen zijn daarbij belangrijk, maar het is niet zo dat zij automatisch het voortouw moeten nemen. Dat moeten we echt per situatie bekijken. Op deze manier kan iedereen doen waar hij/zij goed in is, vraaggericht en houden we het op termijn betaalbaar. Wat dat laatste betreft, moet er overigens nog heel wat gebeuren. Ook wat de geldstromen betreft liggen cure en care nog ver uit elkaar. De zorgverzekeraars willen vooralsnog alleen 'echte' zorg vergoeden, maar daar beginnen steeds meer partijen anders over te denken. De politiek zal daar een besluit over moeten nemen, maar dat is een moeizaam traject."

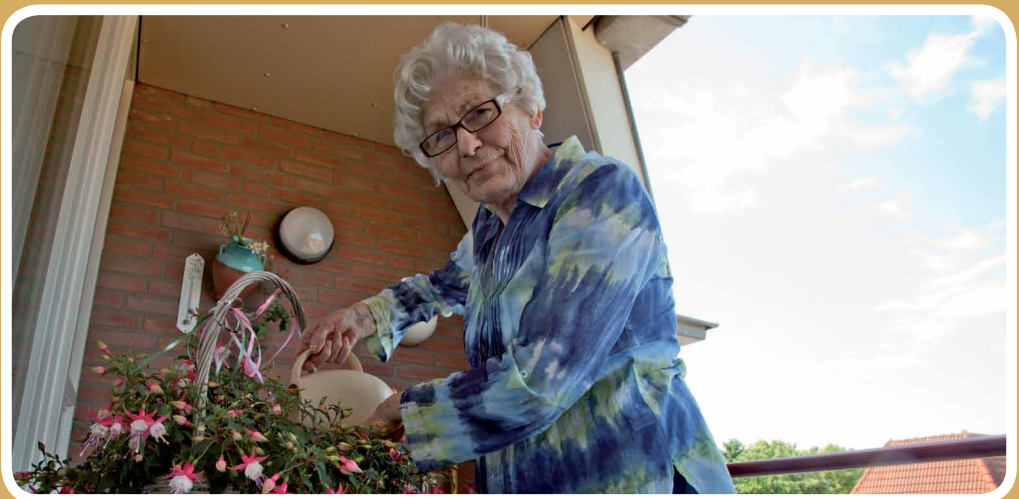
Toekomst

Hoe gaat de gemeente Sittard-Geleen de plannen die er liggen verder ontwikkelen? Jeu Renkens: "In 2012 willen we vijf wijksteunpunten openen en in 2013 moeten we op volle sterkte zijn met in totaal negentien WSP's die ieder gemiddeld 5000 inwoners

moeten bedienen. Ongeveer een kwart daarvan is ouder dan 65 jaar. De WSP's kunnen alleen goed functioneren als er zoveel mogelijk partijen in

“ We moeten ervoor zorgen dat iedereen voordeel heeft van deze aanpak, dan krijgen we het van de grond. ”

samenwerken. Daarom voeren we op dit moment gesprekken met bijvoorbeeld Vivantes, Orbis MC en MCC Omnes. De expertise die is opgedaan via Zorg uit Voorzorg komt heel goed van pas. Dat geldt ook voor andere projecten op het gebied van ouderenzorg. We moeten ervoor zorgen dat iedereen voordeel heeft van deze aanpak, dan krijgen we het van de grond. Ik ben ervan overtuigd dat dat gaat lukken, want uiteindelijk willen we allemaal hetzelfde: voorkomen dat mensen ziek worden en ervoor zorgen dat mensen zo lang mogelijk actief en zelfstandig kunnen blijven. Daar zetten we allemaal op in en als we alle inspanningen combineren, kunnen we goede en betaalbare zorg leveren. Precies de zorg waar ouderen behoefte aan hebben!"



Cor Schulkens-Lebens mantelzorger

‘Goed kijken wat mijn moeder wil en waar haar grenzen liggen’

Cor Schulkens-Lebens uit Born is al jaren mantelzorger voor haar moeder van 86 jaar. Ze is de oudste dochter, heeft een verpleegkundige achtergrond en is het eerste aanspreekpunt voor haar moeder en voor de zorgverleners. Ze zorgt uiteraard ook voor haar eigen huishouden, past regelmatig op haar kleinzoon en is een dagdeel in de week vrijwilliger in het Toon Hermanshuis. Ze gaat een aantal keren per week naar haar moeder en gaat ook mee als ze bijvoorbeeld naar de huisarts moet of naar het ziekenhuis. Gelukkig hoeft ze niet alles alleen te doen. Ze heeft hulp van haar zussen en broers en haar moeders vriend. “Daar ben ik heel blij mee, want er wordt toch veel van je verwacht,

“Ik merk dat het moeilijker voor haar wordt om dingen te verwerken. Zo lang alles in het normale patroon zit, gaat het best goed. Maar extra gebeurtenissen kan ze steeds minder goed aan.”

je voelt je verantwoordelijk voor alles wat er gebeurt. Maar ik vind het ook fijn om voor mijn moeder te zorgen. Ik zie het als een voorrecht. Valkuilen zijn er ook, hulp vragen bijvoorbeeld. Dat doet mijn moeder niet gemakkelijk, maar ik ook niet, en toch moeten we dat allebei wel doen. Wat mijn moeder betreft, vind ik het belangrijk om steeds goed te kijken wat ze wel en vooral ook wat ze niet wil en waar haar grenzen liggen.”

Cor Schulkens vertelt met liefde over haar moeder. “Ze is een sterke vrouw. Ze kwam zelf uit een groot gezin en heeft haar hele leven voor iedereen klaar gestaan. Voor haar eigen kinderen, zes stuks, maar ook voor anderen. Ze heeft jarenlang haar schoonvader in huis gehad en voor hem gezorgd. We woonden vroeger op een boerderij en dat was hard werken voor ons allemaal. Mijn moeder was altijd bezig, naast de dagelijkse dingen zoals poetsen en koken deed ze nog veel meer: naaien, breien, behangen, ze zat nooit stil. Dat zie ik nu nog wel een beetje in haar. Ze vindt het moeilijk, dat ze niet meer zoveel kan. Ze is al jaren lid van de vrouwenbond en van de Zonnebloem en sinds enkele jaren ook van de ouderenbond. Regelmatig nam ze deel aan activiteiten. Dat doet ze nog steeds graag, maar het kost haar wel steeds meer moeite. Op maandagmiddag gaat ze al jaren met een groepje vrouwen borduren of breien in het verzorgingshuis St. Maarten. Dit is voor haar een welkome afleiding en vooral de sociale contacten zijn voor haar heel belangrijk. ” Hoe staat het met de gezondheid van moeder? “ Vorig jaar is ze gevallen en daarna is haar conditie een stuk achteruit gegaan. Ze loopt nu veel slechter en ze is bang om te vallen omdat ze last heeft van duizeligheid. Sindsdien heeft ze een rollator en in huis hebben we het tapijt weggehaald om het valrisico kleiner te maken. Ook hebben we een aantal jaren geleden gezorgd voor een persoonlijk alarm. Gelukkig woont ze in een seniorenwoning, waarin alles gelijkvloers is. Dat heeft ze zelf heel kordaat geregeld na het overlijden van mijn vader. Ze wilde niemand tot last zijn en de boerderij was voor haar alleen veel te groot. Ik merk dat het moeilijker voor haar wordt om dingen te verwerken. Zo lang alles in het normale patroon zit, gaat het best goed. Maar extra gebeurtenissen kan ze steeds minder goed aan. Daarom proberen we erop te letten wat wel en niet haalbaar is.”

Samen in goed overleg de nodige zorg organiseren

De zorg voor haar moeder wordt georganiseerd samen met de huisarts en de praktijkondersteuner. “Haar huisarts is dokter van Oord uit Buchten en de praktijkondersteuner is Marcel Jacobs. We hebben een goed contact en op afroep kan ik altijd een beroep op hen doen. Sinds een jaar of twee komt Marcel Jacobs regelmatig langs om te kijken hoe het met mijn moeder gaat. Ik merk dat ik dan op moet letten dat ik mijn moeder de ruimte geef om zelf het gesprek te voeren. Je hebt toch de neiging om het een beetje over te nemen. Dat wil ik niet en daarom ben ik nu nog maar een deel van het gesprek aanwezig, zodat Marcel zich ook een goed beeld kan vormen hoe het met mijn moeder gesteld is. Samen en in goed overleg hebben we al de nodige zorg

kunnen organiseren. Er komt nu twee keer per week iemand van Buurtzorg om haar te douchen en er is wekelijks huishoudelijke hulp. Het is belangrijk dat er niet

“ *Het is belangrijk dat er niet teveel mensen over de vloer komen, want dan wordt het te onrustig.* ”

teveel mensen over de vloer komen, want dan wordt het te onrustig. Na haar val hebben we fysiotherapie voor haar geregeld. Maar het is moeilijk om haar in beweging te houden, omdat ze last heeft van pijn in haar rug. We zijn onlangs naar de geriater geweest om een goed beeld te krijgen van haar situatie. Het is belangrijk om te weten waar je staat, dan kun je ook beslissen welke zorg nodig is en welke niet. Mijn moeder bepaalt zoveel mogelijk zelf wat ze wil en nodig vindt.”

Mantelzorgers hebben een goed contact met elkaar

Naast de professionele hulpverlening is er rondom de moeder van Cor Schulkens ook mantelzorg geregeld. “We hebben de zorg rondom mijn moeder samen georganiseerd. Elke woensdagmorgen drinken we met alle kinderen en kleinkinderen, voor zover ze tijd hebben, samen koffie bij mijn moeder. Dat doen we al jaren en daardoor hebben we samen een goed contact en kunnen we makkelijk taken verdelen. Ik ga elke maandagmorgen naar haar toe. Mijn zus helpt bij de was en verzorgt de haren van mijn moeder. Op zaterdag gaat mijn moeder ook naar haar toe. Sinds een aantal jaren heeft mijn moeder een vriend die bijna dagelijks bij haar komt koken en haar ’s avonds gezelschap houdt. Hij helpt haar ook naar bed, voordat hij naar huis gaat. Dat is echt heel fijn voor mijn moeder en voor ons. Hij neemt ons veel werk en zorg uit handen. Daarnaast kan ik een beroep doen op mijn broers en zussen. Toen mijn moeder gevallen is, hebben we bijvoorbeeld om beurten bij haar geslapen, zodat ze niet alleen was. Ik merk wel dat ik het moeilijk vind om hulp te vragen. Ik verwacht dat mensen zelf wel zien wat er moet gebeuren, maar dat is niet zo. Als ik vraag om iets te doen, is het zelden een probleem. Maar dat vragen, vind ik heel moeilijk. Wat dat betreft, lijkt ik echt op mijn moeder.”

Alles bij elkaar is de zorg rondom moeder goed georganiseerd. Zijn er nog zaken die beter of anders zouden kunnen? “Ik zou het toch fijn vinden als de huisarts ook eens spontaan langs zou komen. Daar hebben oudere mensen behoefte aan. Ze gaan niet gemakkelijk zelf naar de huisarts toe, want dat vinden ze niet nodig, ze willen niemand tot last zijn. Maar soms zijn er toch dingen die besproken moeten worden en als de huisarts dan zelf het initiatief neemt, is dat makkelijker. Ik hoop dat mijn moeder met alle zorg die we nu hebben geregeld in haar seniorenwoning kan blijven wonen. Daar zetten we ons allemaal voor in.”

Mevrouw Ebben-Knoben (89)

‘Ik had nooit gedacht dat ik zo oud zou worden’

Op donderdagavond 30 december wil mevrouw Ebben-Knoben zich klaar gaan maken om naar bed te gaan. Ze woont in een aanleunwoning bij de Bunderhof in Geleen. Ze staat op, maar doet dit wat te snel. Ze wordt duizelig, verliest haar evenwicht en valt heel ongelukkig met haar knie tegen een scherp tafeltje. Een diepe wond met een flinke bloeding is het gevolg. Gelukkig draagt ze een persoonlijk alarm, waardoor ze direct hulp kan inschakelen. “Het duurde wel lang, voordat er iemand kwam. Er zijn ’s avonds twee nachthulpen voor 44 aanleunwoningen, dus dat is vaak hard werken geblazen.” Maar gelukkig onderneemt de nachthulp wel direct actie en belt de ambulance. Om 02.00 uur wordt mevrouw Ebben binnengebracht op de Spoedeisende Hulp van Orbis Medisch Centrum.

Voor mevrouw Ebben-Knoben was het niet bepaald de eerste keer dat ze in het ziekenhuis werd opgenomen. “Ik heb al veel operaties gehad in mijn leven. Verschillende buikoperaties, een keeloperatie, een heupoperatie, bijna 30 jaar geleden een open hartoperatie. Dat deden ze toen nog niet hier, daarvoor moest ik naar Breda, naar de Klokkenberg. Tien jaar daarna ben ik ook nog eens gedotterd. Ik had nooit gedacht dat ik zo oud zou worden. Ik was de oudste thuis, maar alleen mijn jongste broer en ik leven nog. Mijn zus, die drie jaar jonger was dan ik, is al elf jaar geleden overleden. Dat was voor mij een hard gelag, want we deden alles samen.” Zelf heeft mevrouw Ebben twee kinderen, een dochter en een zoon en ze heeft een kleinzoon van 24 jaar. Haar man is in 1997 overleden na een lang ziekbed. “We hebben hem zo lang mogelijk thuis verzorgd, maar op een gegeven moment ging dat niet meer en is hij opgenomen in een verpleeghuis. Dat vond ik verschrikkelijk. Ik merkte dat hij zich in de steek gelaten voelde. Na zes weken is hij overleden.”

Na het overlijden van haar man, voelde mevrouw Ebben zich niet prettig alleen in haar huis. Ze probeerde in aanmerking te komen voor een aanleunwoning, maar dat lukte niet. Uiteindelijk verhuisde ze naar een seniorenwoning in Elsloo, waar ze ook vandaan komt. “Vroeger hadden we daar een drukkerij met een kantoorboekhandel. De zaak is indertijd opgericht in de crisisjaren en bestaat nog steeds. Hij wordt nu gerund door een neef. Daar ben ik erg trots op.” In mei 2011 is ze verhuisd naar haar aanleunwoning in de Bunderhof. “Ik ga twee keer per week naar de dagopvang. Zelf koken is moeilijk, omdat ik mijn rechterhand niet goed kan gebruiken. Daarom gebruik ik regelmatig kant en klaar maaltijden die ik opwarm in de magnetron. Sinds mijn heupoperatie loop ik met een stok. Ik heb twee keer per dag thuiszorg. Op deze manier kan ik me toch aardig redden.”

Risico op vallen te groot

Als mevrouw Ebben in de nacht van 30 op 31 december wordt binnengebracht in het ziekenhuis, worden er direct foto’s gemaakt van haar knie. Gelukkig is er niks gebroken, maar de wond moet wel gehecht worden en er wordt een drukverband aangelegd. Later krijgt ze ook een brace. De cardioloog wordt geconsulteerd, want na de val heeft ze een tijd op de grond gelegen en ze klaagt over pijn op de borst. Nader onderzoek levert echter geen afwijkingen op. De volgende dag loopt ze al voorzichtig met een looprek en zijn de pijnklachten onder controle. Mevrouw Ebben heeft een GFI-score die hoger is dan 4. De familie maakt zich zorgen over het naar huis gaan. Ze zijn bang dat het risico op vallen echt te groot is. De hulp van het Verpleegkundig Consultatieteam Geriatrie wordt ingeroepen. Na onderzoek luidt de conclusie dat er

sprake is van een verhoogd valrisico en van een beperkte mobiliteit. Dat betekent dat er maatregelen moeten worden genomen om het risico op vallen zoveel mogelijk te beperken. Het team adviseert goed schoeisel, liefst orthopedisch, omdat er ook sprake is van artrose in de enkel, het gebruik van een rollator, in eerste instantie lopen onder begeleiding, drie maal daags twintig minuten in de stoel zitten om functieverlies te voorkomen en het opnieuw bekijken van de medicatie. Met extra hulp thuis zou ontslag uit het ziekenhuis mogelijk moeten zijn. Deze zorg blijkt echter niet op korte termijn te organiseren. Daarom wordt besloten om mevrouw Ebben over te plaatsen naar Orbis Revalidatie.

Leren lopen met de rollator

De overplaatsing naar de revalidatie verloopt niet helemaal vlekkeloos. “Kennelijk was iemand vergeten door te geven dat ik zou komen, want toen we er aankwamen, was er nog niets geregeld. Dat was wel vervelend, maar ik heb het maar een beetje over me heen laten komen. Uiteindelijk werd mijn kamer in orde gemaakt en kon ik me hier installeren. Ik ben naar de revalidatie gegaan om weer te leren lopen. Maar ik had problemen met de brace. Die bleef niet goed zitten en belemmerde me niet alleen bij het lopen, maar eigenlijk bij alles was ik deed. Toen is er een nieuwe gemaakt, maar die paste ook niet goed en drukte daardoor op de wond. Gevolg daarvan was dat de wond niet goed genes. Gelukkig kwam er op een zondagavond een dokter kijken die de brace eraf heeft gehaald en vervangen door een verband. Dat was een hele opluchting voor mij.”

De therapie is gericht op het weer mobiel worden met gebruik van een rollator. De rollator is niet alleen belangrijk als hulp bij het lopen, maar ook uit oogpunt van valpreventie. Door haar hartklachten heeft mevrouw Ebben namelijk makkelijk last van duizeligheid. “Elke dag heb ik op de revalidatie geoefend met de rollator en is er gekeken naar de afstelling daarvan. Er moest ook rekening worden gehouden met mijn hart. Ik heb namelijk last van kortademigheid. Het is wel indrukwekkend wat je allemaal ziet op de revalidatie. Ik ben al oud, maar ik zie hier ook jonge mensen die bijvoorbeeld moeten revalideren na een hersenbloeding. Dat is toch niet niks.”

Langzaam maar zeker gaat het lopen beter en op 1 februari mag mevrouw Ebben-Knoben weer naar huis. De huisarts/verpleeghuisarts is per brief geïnformeerd over haar verblijf in het ziekenhuis en er is een afspraak gemaakt op de polikliniek valpreventie.

“De familie maakt zich zorgen over het naar huis gaan. Ze zijn bang dat het risico op vallen echt te groot is. De hulp van het Verpleegkundig Consultatieteam Geriatrie wordt ingeroepen. Na onderzoek luidt de conclusie dat er sprake is van een verhoogd valrisico en van een beperkte mobiliteit.”



Colofon

Zorg uit Voorzorg

Zorg op maat voor ouderen
in een kwetsbare positie

In opdracht van

MCC Omnes Sittard
www.mcc-omnes.nl

Tekst

Joan Raaijmakers
Just Joan Geleen
www.just-joan.nl

Fotografie en vormgeving

Marcel Vossen
Vossen Film & Foto
www.vossenspringer.nl

Druk

Andi Druk, Maastricht-Airport
www.andidruk.nl

Oplage

2000 exemplaren

Sittard-Geleen 2012

Wij bedanken

Alle mensen die aan deze uitgave hebben meegewerkt. Een speciaal woord van dank aan de patiënten de heer en mevrouw Meijer-van Mólken uit Stein, mevrouw Dolmans-Limpens uit Maastricht en mevrouw Ebben-Knoben uit Geleen en mantelzorger mevrouw Schulkens uit Born voor het delen van hun ervaringen. Ook een speciaal woord van dank aan mevrouw Janssen uit Oirsbeek, mevrouw Eussen uit Geleen, mevrouw Derks uit Sittard en meneer van Bilsen uit Ohé en Laak. Zij waren bereid voor deze uitgave hun vitaliteit op foto te laten vastleggen. Mevrouw Janssen ziet u op pagina 3,24,63,90 mevrouw Eussen op pagina 5,12,19,54,81 en mevrouw Derks op pagina 1,8,21,58,83. We bedanken ook de bezoekers van het Dorpsrestaurant voor hun medewerking aan de fotografie.

Deze uitgave is mede mogelijk gemaakt door:

