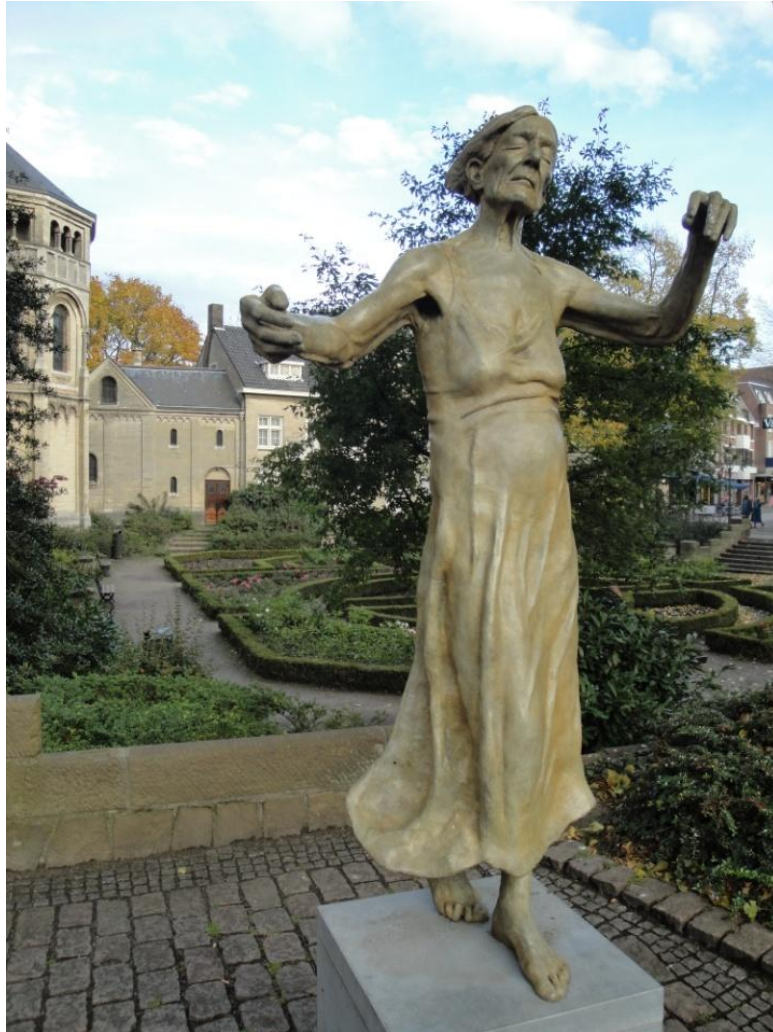


Goede voorbeelden van zorgvraaggerichte ouderenzorg

Vereiste competenties, succes- en faalfactoren en
implicaties voor beroepen en opleidingen op MBO- en HBO-niveau

College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg
Koningin Wilhelminalaan 3
3527 LA Utrecht
www.cbog.nl



Het beeld 'Pas de deux' verbeeldt de dans van een oudere vrouw met een denkbeeldige partner. Het model voor dit beeld was een 93-jarige balletdanseres. Het beeld staat op het Münsterplein in Roermond en is gemaakt door beeldhouwster Lotta Blokker (www.lottablokker.com).

'Het' is als een dans

'Zorgverleners die 'het' hebben, stemmen hun gedrag af op wat hun cliënten nodig hebben. Ze kunnen dat doen doordat ze de emotionele kwaliteit van hun eigen gedrag kennen. De kern van deze emotionele beschikbaarheid is dat ze niet overstuur raken van het gedrag van hun cliënten en in staat zijn zichzelf gerust te stellen. Daardoor kunnen ze vervolgens ook de aan hen toevertrouwde bewoners veiligheid en bescherming bieden. Zij zijn in staat een dieper contact met hun cliënten aan te gaan waardoor zij partners in de zorgrelatie worden. Zo kunnen zij elkaars stemmingen aanvoelen en hun houding daarop afstemmen; ze verstaan elkaar zonder alles onder woorden te hoeven brengen. 'Het' gaat dan ook verder dan inleven, het is meer een samenspel. Net als een dans, waarbij het oogcontact, de klank van de muziek en de lichaamsbewegingen de gevoelsband tussen de dansers tot uitdrukking brengen' (Theo Royers in Denkbeeld (februari 2010) 'Mag ik deze dans van u?'. Op zoek naar 'het' in de zorgverlening).

Ten geleide

De vergrijzingsgolf stelt de gezondheidszorg en de samenleving voor nieuwe problemen en uitdagingen. Niemand weet precies hoe de zorgvraag zich zal ontwikkelen. Een paar tendensen zijn wel te benoemen: ouderen worden mondiger, hoger opgeleid en welvarender. Van hen wordt meer verantwoordelijkheid verwacht voor eigen zorg en gezondheid. Zorgverleners moeten kunnen inspelen op een grote diversiteit aan oudere zorgvragers en zorgvragen: van sociaal zeer kwetsbare ouderen tot hoogopgeleide, kritische, zelfredzame ouderen. Antwoord geven op de verwachte diversiteit aan zorgvragen van ouderen impliceert een andersoortige ouderenzorg. Waar de huidige ouderenzorg overwegend aanbodgestuurd is, zal die in de toekomst meer zorgvraaggericht zijn. In de praktijk zijn hiervan al vele voorbeelden te vinden.

In dit onderzoek worden tien goede voorbeelden van zorgvraaggerichte ouderenzorg in beeld gebracht. In alle voorbeelden staat een MBO- of HBO-functie in de ouderenzorg centraal. De drie vragen waarop dit onderzoek zich toespitst zijn:

- a. Welke competenties zijn vereist voor goede, interdisciplinaire samenwerking in de ouderenzorg op het niveau van MBO- en HBO-opgeleide professionals?
- b. Wat zijn de succes- en faalfactoren voor interdisciplinaire samenwerking in de ouderenzorg?
- c. Wat zijn de implicaties van interdisciplinaire samenwerking voor beroepen en opleidingen op MBO- en HBO-niveau?

De gekozen voorbeelden laten een enorme verbreding en verdieping van het zorgconcept in de ouderenzorg zien. Dit blijkt alleen al uit de waaier van de beschreven functies, te weten casemanager dementie, wijkverpleegkundige, leidinggevende dagbehandeling, coördinerend verzorgende, medewerker Martha Florahuis, verpleegkundig expert ouderengeneeskunde, verpleegkundig consulent geriatrie, zorgcoördinator, praktijkverpleegkundige en praktijkondersteuner. De voorbeelden illustreren bovendien dat zorgvraaggerichte ouderenzorg een ander beroep doet op zorgprofessionals dan waar zij oorspronkelijk voor zijn opgeleid, met name op het gebied van interdisciplinair samenwerken.

Zorgvraaggerichte ouderenzorg vereist niet alleen een andere manier van denken en werken maar ook van opleiden. Omdat de beschreven functies nog in ontwikkeling zijn, is nog niet definitief duidelijk wat de implicaties zijn van zorgvraaggerichte ouderenzorg voor de opleidingen op hbo- en mbo-niveau. Wel kan de conclusie worden getrokken dat verpleegkundigen en verzorgenden moeten worden opgeleid voor een snel veranderende ouderenzorg, met extra aandacht voor communicatieve vaardigheden en onderhandelingsvaardigheden en reflectieve vaardigheden ten aanzien van de eigen professie.

mw. dr. M.L.M. Brouns
voorzitter van het CBOG

Utrecht, maart 2011

Inhoud

Probleemstelling	7
Analyse	12
Conclusies en aanbevelingen	18
1. Het is een specialistische functie Casemanager dementie in Amsterdam Zuidoost en Diemen	23
2. Liever buurtsuper dan supermarkt Wijkverpleegkundige Buurtzorg in Amsterdam	29
3. Werken met hoofd, hart en handen Teamleider dag-, avond- en nachtbehandeling bij verpleeghuis Camillus in Roermond	35
4. Het gedroomde verpleeghuis Martha Flora medewerker in de Tabakshof te Elst (Utrecht)	41
5. Een seniorvriendelijk ziekenhuis Verpleegkundig expert ouderengeneeskunde in het Diaconessenhuis Leiden	47
6. Passe-partout voor zorg en welzijn Verpleegkundig consulent geriatrie in het Universitair Centrum voor Chronische Ziekten in Groesbeek	53
7. Een even eenvoudig als praktisch systeem Zorgcoördinator thuiszorg en huisarts werken samen in het virtueel verzorgingshuis in Nederweert	59
8. Een huisartsenpraktijk is echt anders Praktijkverpleegkundige bij een maatschap van huisartsen in Nijmegen	65
9. Ik ben een voorloper Praktijkondersteuning vanuit het perspectief van de huisarts	71
10. Je moet mensen leuk vinden Combinatiebaan praktijkondersteuner en persoonlijk begeleider dementiezorg in Almere	77
Bijlage 1 Adressen en websites	81
Bijlage 2 Methode van onderzoek	82

Probleemstelling

De vergrijzingsgolf stelt de gezondheidszorg en de samenleving voor nieuwe problemen en uitdagingen. De problemen zitten in de explosieve toename van het aantal ouderen, de uitdagingen in de afstemming van het zorgaanbod op de groeiende en veranderende zorgvraag van ouderen. De huidige ouderenzorg is gebaseerd op de wensen van 'gisteren'. Het is noodzakelijk om in korte tijd, namelijk tussen 2010 en 2020, het roer om te gooien.

Voor alle betrokkenen in de ouderenzorg staat één ding als een paal boven water: Het moet anders.¹ Wat we nodig hebben is een paradigmashift in de ouderenzorg: de ouderenzorg van de toekomst moet zorgvraag-gericht zijn en dit vereist vooral meer interdisciplinaire samenwerking. Deze omslag naar zorgvraaggerichte ouderenzorg impliceert dat we anders moeten gaan denken, werken en opleiden.

Anders denken

Anders denken over ouderenzorg heeft alles te maken met de demografische ontwikkelingen. Het verhaal is inmiddels wel bekend: we worden met z'n allen ouder dan ooit tevoren en we blijven ook langer gezond. Dit laatste is echter niet voor iedereen weggelegd. De komende decennia zullen een enorme toename van het aantal chronisch zieke en/of kwetsbare ouderen te zien geven. Nederland heeft inmiddels de epidemiologische transitie bereikt waarin mensen niet langer overlijden aan welvaartsziekten, maar er oud mee worden en gaan lijden aan de chronische aandoeningen waarmee deze veroudering gepaard gaat (de fase van 'ongoing degenerative diseases')². Deze ontwikkeling wordt gekenmerkt door een verdere toename van de levensverwachting aan de ene kant en een stijging van degeneratieve, met processen van veroudering samenhangende aandoeningen aan de andere kant. Maar wat is oud worden eigenlijk?

Oud worden

De 65-jarige van 2011 is een andere dan de 65-jarige van 1950. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen biologische leeftijd en kalenderleeftijd. Met het ouder worden nemen de verschillen toe. Er zijn 80-jarigen die biologisch gezien overeenkomen met een gemiddelde 65-jarige en er zijn 65-jarigen die biologisch gezien 80 jaar zijn. Deze inzichten uit de gerontologie – het wetenschapsgebied dat zich richt op veroudering – zijn nog niet vertaald in anders denken over ouderen en een ander maatschappelijk beleid.

Gerontoloog en filosoof Jan Baars stelt dat in de huidige maatschappij paradoxaal genoeg eerder het omgekeerde het geval is³. Hoewel mensen steeds ouder worden en daarbij bovendien ook nog gezond blijven, worden mensen maatschappelijk gezien steeds jonger 'oud' verklaard. Een 50-jarige is voor de arbeidsmarkt oud. Het huidige pensioenstelsel is gebaseerd op een verouderde levensloop waarin drie levensfasen worden onderscheiden: leren (voor een beroep), werken (voor de kost) en uitrusten (pensioen). Het beeld is mannelijk en gaat uit van kostwinnenschap. Het hele idee van zorg verlenen is niet zichtbaar in deze levensloop. Immers, vrouwen zorgen voor kinderen, huishouden en ouders/ouderen.

Baars zet hier een ander model tegenover: dat van het geïntegreerde levensloopmodel. In dit model wordt 'leren voor een beroep' vervangen door 'levenslang leren'. Dit geldt zowel voor het werkende leven als voor het gewone leven. Tevens is hieraan toegevoegd de rol van doceren: leren aan. Die rol is niet voorbehouden

1 CBOG (2010). *Gedeelde verantwoordelijkheid. Basis voor een paradigmashift in de opleidingen en in de zorg voor ouderen*. Utrecht: College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg.

2 AMC/UvA (2001). *Gezondheid, zorg en stelsel*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

³ Baars, J. (2006). *Het nieuwe ouder worden. Paradoxen en perspectieven van leven in de tijd*. Amsterdam: Humanistic University Press.

aan leraren of beroepsbeoefenaars. Wij voeden op, leren anderen ook dingen. Werken wordt gezien als 'een zinvolle bijdrage aan de samenleving leveren'. Dit kan zowel betaald werk als onbetaald werk zijn. Het onderwerp 'zorg geven en zorg ontvangen' wordt gezien als een normaal onderdeel van het volwassen leven. In vrijwel iedere levensfase zorgen wij voor anderen of ontvangen wij zelf zorg. Het sluitstuk van zijn model wordt gevormd door ontspanning en rust. Iets wat mensen niet alleen nodig hebben als zij met pensioen gaan, maar wat gedurende het hele leven noodzakelijk is.

In het 'burgerschapmodel' van de nieuwe ouderenzorg vinden we voor een deel deze elementen terug. Ouderen kunnen blijven leren, leren ook aan anderen, blijven hun bijdrage leveren aan de samenleving, ontvangen zorg maar geven die ook. Zij zijn volwaardig burger, ook als zij kwetsbaar zijn. In dit model zien we een heel ander perspectief op zorg, gebaseerd op onder andere de zorgethiek van Tronto⁴. Zorg beperkt zich hierbij niet tot 'de zorgsector' maar gaat iedereen aan. Niet alleen in de ouderdom, maar een leven lang. Dat is een andere manier van denken over ouder worden. Het is ook een tegengeluid bij een al te groot optimisme over zelfredzaamheid en autonomie van ouderen. Zorgethiek neemt wederzijdse afhankelijkheid in relaties als uitgangspunt. Het ondersteunen van de autonomie in een situatie van afhankelijkheid is voor zorgprofessionals in de ouderenzorg een kernopgave⁵.

Een andere zorgvraag

Veroudering en de gevolgen daarvan leiden niet automatisch tot problemen in het dagelijks functioneren. De kans hierop is wel groot. Ter compensatie van het ervaren tekort ontstaan zorgbehoeften: de behoefte aan zorg om problemen in het dagelijks leven te compenseren. Bij deze zorgbehoeften is het zinvol onderscheid te maken tussen subjectieve zorgbehoeften, zoals deze door de oudere zelf worden ervaren ('wants') en objectieve zorgbehoeften zoals deskundigen deze vaststellen ('needs').

Er bestaat geen eenduidige relatie tussen de *zorgbehoefte*, de *zorgvraag* en het *zorggebruik* van ouderen. Van Bilsen e.a.⁶ deden een literatuuronderzoek in combinatie met interviews naar de zorgvraag van ouderen. Aan welke zorg hebben ouderen nu behoefte? Uit dit onderzoek kwam naar voren dat ouderen meestal pas een zorgbehoefte ervaren wanneer hun gezondheidstoestand verslechtert en hun zelfstandigheid bedreigd wordt. Het zelfstandig kunnen blijven wonen en de eigen regie over het dagelijks leven voeren is hun grootste wens. Wanneer deze zelfstandigheid bedreigd wordt, trachten zij dit te compenseren met eigen oplossingen. Deze oplossingen bestrijken een veel breder assortiment dan alleen zorgvoorzieningen. Te denken valt aan parken, winkels, openbaar vervoer, aangepast vervoer, sociale activiteiten. Ook zal in eerste instantie een beroep worden gedaan op mantelzorg.

Ouderen hebben moeite met het vertalen van hun *zorgbehoefte* in een *zorgvraag* die past bij wat zorg- en welzijnsvoorzieningen te bieden hebben. Ouderen plaatsen kanttekeningen bij de kwantiteit en kwaliteit van de huidige voorzieningen. Bij de vormgeving van een zorgvraaggericht zorgaanbod moet rekening worden gehouden met de diversiteit van ouderen en met de veranderlijkheid van de door hen ervaren behoeften. Wonen, zorg en welzijn zijn sterk met elkaar verweven en vragen om een integraal aanbod. De zorg dient bovendien niet zozeer op herstel van gezondheid gericht te zijn, als wel op de kwaliteit van leven en behoud van de regie over het eigen leven.

Een ander zorgaanbod

In Nederland wonen de meeste 65-plussers zelfstandig en maakt een minderheid gebruik van formele, professionele zorg. Van de 2,2 miljoen Nederlanders van 65 jaar en ouder woont ruim 93% zelfstandig, ongeveer 5% (100.000) woont in een verzorgingshuis en ongeveer 2,5% van de ouderen (50.000) woont in een

⁴ Tronto, J.C. (1993). *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. London/New York: Routledge. In: Coole, M. de en Verlaan, T. (2009). *Ouderen met toekomst. Visies en voorbeelden van een nieuwe aanpak*. Amsterdam: SWP. Hoofdstuk 2. Op naar burgerschap versie 2.0 door F. de Lange.

⁵ Pool, A. (1995). *Autonomie, afhankelijkheid en langdurige zorgverlening*. Proefschrift. Utrecht: Lemma.

⁶ Bilsen, P.M.A. van e.a. (2004). Welke zorg vragen ouderen? Een inventarisatie. *TSG* 82, 4, p 221-227.

verpleeghuis. In totaal zijn er ruim 400.000 personen in Nederland die gebruik maken van een vorm van thuiszorg (huishoudelijke hulp, verpleging en verzorging, begeleiding). Het overgrote deel van deze gebruikers bestaat uit ouderen, namelijk 80%. Maar wordt de groep ouderen als geheel beschouwd, dan maakt gemiddeld 15% gebruik van de thuiszorg.⁷ Zelfstandig blijven wonen en de regie over het eigen leven houden is voor vrijwel alle ouderen hun grootste wens. Om dit mogelijk te maken is een integrale benadering nodig, waarin behalve wonen, zorg en welzijn ook preventie, cure en care van meet af aan met elkaar worden gecombineerd. Dit vergt een dubbele integratie en stelt hoge eisen aan de zorgverleners in de ouderenzorg, met name op het gebied van de samenwerking.

Anders werken

Zorgvraaggerichte ouderenzorg vraagt niet alleen om een andere manier van denken (de integrale benadering van de zorgvraag), maar ook om een andere manier van werken. De zorgvraag houdt zich namelijk niet aan het daarvoor bestemde WMO-loket of zorgloket en evenmin aan de openingstijden. De zorgvraag komt op waar hij ontstaat: tijdens een ziekenhuisverblijf, bij de huisarts, bij een maatschappelijk werker, misschien wel bij de geestelijk verzorger of de huishoudelijke hulp. Het verhelderen van de zorgvraag en vervolgens samen met de oudere zoeken naar het best passende antwoord op die zorgvraag vereist een brede blik en samenwerking met anderen. Vooral wanneer de zorgvraag te ingewikkeld is om door één persoon, instantie of discipline te worden beantwoord. In dat geval is interdisciplinaire samenwerking de meest geëigende werkwijze.

Interdisciplinair samenwerken

Interdisciplinair samenwerken betekent dat elke discipline een uniek perspectief bijdraagt aan een gezamenlijk overleg en meewerkt aan de ontwikkeling en uitvoering van een gemeenschappelijk zorgplan. Met andere woorden: er zijn 'eigen' taken voor iedere discipline en er zijn 'gemeenschappelijke' taken voor iedereen of een aantal disciplines⁸. Het verschil met multidisciplinaire samenwerking is dat bij multidisciplinaire zorg verschillende disciplines *naast* elkaar werken, ieder met hun eigen aandachtsgebied ten aanzien van dezelfde patiënt. Zij functioneren afzonderlijk. Zij stellen een behandelplan op per eigen discipline, maar werken niet samen aan een omvattend zorgplan. Populair gezegd 'doet eenieder zijn ding' en bewaakt een hoofdbehandelaar of coördinator de voortgang en samenhang. Zorg voor kwetsbare ouderen wordt vaak gekenmerkt door multimorbiditeit en daaruit voortvloeiende multiproblematiek. Het is het zorgdomein bij uitstek waarbij interdisciplinariteit als vanzelfsprekend wordt aanvaard door alle betrokkenen. Alle disciplines werken mee aan de ontwikkeling en uitvoering van een gemeenschappelijk zorg- en behandelplan.

Samenwerking kost moeite en tijd. Het is daarom alleen nuttig als het meerwaarde heeft en antwoord geeft op complexe problemen. Wanneer een enkelvoudige verwijzing volstaat – bijvoorbeeld van huisarts naar medisch specialist – is samenwerken in deze zin niet aan de orde. Samenwerken is dus niet altijd vanzelfsprekend of noodzakelijk en de samenwerking dient aan een aantal voorwaarden te voldoen. Oftewel: samenwerking gaat niet vanzelf: het vereist organisatie en onderhoud. Met name communicatieve aspecten zijn van belang. Voor verpleegkundigen en verzorgenden zijn deze communicatieve aspecten extra belangrijk, omdat zij zich vaak in een meer afhankelijke positie bevinden ten opzichte van andere disciplines en tegelijkertijd een directer en veelvuldiger contact met de zorgvrager hebben.

⁷ Salentijn, C., Schuurmans, M., & Kruk, T. (2006) *Verpleegkundige zorgverlening aan ouderen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

⁸ Aubry, C., & Beullens, J. (2002). Van multidisciplinaire naar interdisciplinaire samenwerking in de ouderenzorg. In: K. Milisen, e.a.(red) (2002). *Verpleegkundige zorgaspecten bij ouderen*. Maarssen: Elsevier.

Zorgstandaarden

Een integrale zorgvraag vergt een integraal zorgaanbod. Hierbij gaat het niet meer om de vraag 'wie' moet worden ingeschakeld maar naar 'wat' er gedaan moet worden. Dit heeft geleid tot het formuleren van zogenaamde functionele zorgaanspraken, zoals persoonlijke verzorging, huisartsenzorg, activerende begeleiding. De beroepsbeoefenaar die de 'functie' verstrekt raakt hiermee op de achtergrond. Dit leidt tot een zekere mate van deprofessionalisering en domeinvervaging. Zorgverzekeraars betalen niet meer voor beroepsbeoefenaars, maar voor de prestaties die zij leveren. Die zorgprestaties zijn beschreven in (multidisciplinaire) keten-DBC's, zorgstandaarden en zorgzwaartepakketten. Een zorgstandaard⁹:

'..... geeft vanuit het patiëntenperspectief een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg, ook inhoudende de ondersteuning bij zelfmanagement, voor een bepaalde chronische ziekte, gedurende het complete zorgcontinuüm, alsmede een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg en de relevante kwaliteitsindicatoren.'

Binnen de zorgstandaard wordt onderscheid gemaakt tussen vier fasen van het zorgcontinuüm:

- vroege onderkenning en preventie bij individuen (casefinding, screening)
- diagnostiek van de betreffende ziekte
- opstellen individueel zorg- en behandelplan
- begeleiding, revalidatie, arbeidsreïntegratie, maatschappelijke participatie en relapspreventie.

Vanuit het perspectief van de patiënt kunnen deze fasen als volgt worden gedefinieerd:

- *geïndiceerde preventie*: 'Je hebt een verhoogde kans op een bepaalde ziekte/aandoening'
- *diagnose*: 'Er is een ziekte of aandoening bij je vastgesteld'
- *individueel behandel/zorgplan, leefstijlondersteuning*: 'Je kunt iets doen aan de ziekte'
- *inpassen in het dagelijks leven, preventie van complicaties*: 'Je moet ermee leren leven'

De zorgstandaard biedt voor al deze fasen een handreiking voor zowel patiënt als hulpverlener. Uiteraard dient deze altijd te worden afgestemd op de individuele patiënt en is het succes ervan mede afhankelijk van de samenwerkingsrelatie tussen patiënt en hulpverlener.

Zorgstandaarden worden landelijk en multidisciplinair vastgesteld. Anno 2011 zijn er vier landelijk vastgestelde zorgstandaarden: Diabetes, COPD, Vasculair Risicomanagement en Obesitas. Met het formuleren van de zorgstandaard Dementie is in januari 2011 gestart.

Omdat door de zorgverzekeraar het hele zorgpakket in de vorm van een ketend-DBC vergoed wordt – de functionele bekostiging – ontstaan er ketenzorggroepen (netwerken van multidisciplinair samenwerkende zorgaanbieders) die dwars door de traditionele organisatorische scheidslijnen heen lopen (ziekenhuis, huisartsenzorg, thuiszorg). Hiermee is samenwerken als het ware 'ingebakken' in het systeem, zowel bij het formuleren van de zorgstandaard als bij de uitvoering ervan.

Anders opleiden

Anders denken (zorgvraaggericht) en werken (integrale benadering) in de ouderenzorg roept de vraag op of zorgverleners ook anders moeten worden opgeleid. In dit onderzoek wordt aan de hand van een tiental goede voorbeelden van vraaggerichte ouderenzorg antwoord gegeven op deze vraag. De vraagstelling valt in drie delen uiteen:

⁹ Coördinatieplatform Zorgstandaarden (2010). *Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten*. Den Haag: ZonMw.

- a. Welke competenties zijn vereist voor goede, interdisciplinaire samenwerking in de ouderenzorg op het niveau van MBO- en HBO-opgeleide professionals?
- b. Wat zijn de succes- en faalfactoren voor interdisciplinaire samenwerking in de ouderenzorg?
- c. Wat zijn de implicaties van interdisciplinaire samenwerking voor beroepen en opleidingen op MBO- en HBO-niveau?

Het onderzoek focust op de beroepsgroep verpleegkundigen en verzorgenden. De reden voor deze focus is dat deze professionals de grootste beroepsgroep vormen in de ouderenzorg en een grote rol spelen in de dagelijkse of continue zorg voor ouderen. Dit contrasteert met de medische professionals, die overwegend episodische, intermitterende contacten hebben. De relatie tussen beide beroepsgroepen wordt in de regel als complementair gezien¹⁰.

In eerdere publicaties van het CBOG is de medische beroepsgroep in beeld gebracht, in het bijzonder in het rapport 'Beroepen en Opleidingen in de Ouderenzorg', dat in 2008 verscheen. In dit rapport werd onderkend dat de beroepen en opleidingen op MBO- en HBO-niveau, met name de verpleegkundigen en verzorgenden, onvoldoende belicht waren. Bovendien hebben het Nederlands Huisartsen Genootschap NHG (2008)¹¹ en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde KNMG (2010)¹² een standpunt uitgebracht over de door hen beoogde organisatie van de ouderenzorg. In deze standpunten wordt een grote rol toebedeeld aan de verpleegkundige, met name in de functie van praktijkondersteuner ouderenzorg in de huisartsenpraktijk. De verpleegkundige beroepsgroep, die met name georganiseerd is binnen Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), heeft tot nu toe geen eigen standpunt geformuleerd over de door haar beoogde rol in de ouderenzorg. Hier ligt dus een leemte, die met dit project voor een deel wordt ingevuld.

Verpleegkundigen en verzorgenden worden opgeleid voor hun eigen beroep en voor een veelheid aan functies binnen dat beroep. Inherent aan het beroep is de noodzaak tot samenwerking in monodisciplinair teamverband. Verplegen en verzorgen doe je zelden alleen. Samenwerken met andere disciplines is een vanzelfsprekend onderdeel van het beroep. Voor de zorgvraaggerichte ouderenzorg van de toekomst zijn ook andere competenties¹³ nodig. Zoals het in dialoog treden met de oudere over diens zorgleefplan, het onderhandelen met instanties, het optreden als belangenbehartiger, het organiseren van multidisciplinaire besprekingen en het samenwerken binnen een interdisciplinair team. De vraag is welke competenties nodig zijn voor deze vormen van samenwerking en in hoeverre er dan anders opgeleid moet worden.

¹⁰ Roodbol, P.F. (2005). *Dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en zangsporen. Onderzoek naar taakherschikking tussen verpleegkundigen en artsen*. Proefschrift. Universiteit van Groningen.

¹¹ NHG(2007) *NHG standpunt huisartsenzorg voor ouderen*. www.nhg.artsennet.nl, 19-01-2011.

¹² KNMG (2010) *Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen*. www.knmg.artsennet.nl, 19-01-2011.

¹³ Er is geen algemeen aanvaarde definitie van competentie. In deze publicatie hanteren wij de omschrijving uit het beroepsprofiel van de verpleegkundige (Leistra e.a., 1999): Een samenstel van complexe vaardigheden in de context van een beroepssituatie. Competenties zijn contextueel. Een competentie is afhankelijk van een juiste inschatting en beoordeling van situaties om kennis en vaardigheden op het goede moment en op een goede manier te hanteren. Competentie is synoniem voor bekwaamheid.

Bij de indeling van competenties volgen wij de CanMeds-systematiek met de volgende zeven rollen of taakgebieden:

1. vakinhoudelijke expertise (kernrol)
2. communicatie
3. samenwerking
4. kennis & wetenschap
5. maatschappelijk handelen
6. organisatie
7. professionaliteit.

Analyse

De werkbezoeken en de interviews zijn een goede afspiegeling van de uiteenlopende manieren waarop zorgvraaggerichte zorg voor ouderen op dit moment gestalte krijgt. We zien dat het 'detecteren van kwetsbare ouderen' zowel in de huisartsenpraktijk als in de ziekenhuizen nog in een experimenteel stadium verkeert. In de zorg voor mensen met dementie ontwikkelen zich allerlei vormen van casemanagement. Het systematisch monitoren en ondersteunen van chronische patiënten in de huisartsenpraktijk is via het inschakelen van praktijkondersteuners gemeengoed geworden, met name bij mensen met diabetes. Professionals werken op velerlei manieren samen. Tegelijkertijd zien we ook de moeite die het kost om de financiering en organisatie rond te krijgen. De voorwaarden om zorgvraaggerichte ouderenzorg te kunnen verlenen zijn bepaald nog niet overal aanwezig. Ideaal en werkelijkheid liggen dus nog ver uit elkaar.

Gemeenschappelijke kenmerken

Uit de werkbezoeken en interviews zijn ook gemeenschappelijke kenmerken te destilleren, te weten:

1. pluriformiteit in functies
2. contextafhankelijkheid en standaardisatie
3. zorgplanbespreking en/of casemanagement als instrument voor interdisciplinaire samenwerking
4. het belang van communicatieve vaardigheden
5. regelgeving, administratieve lasten en bekostiging
6. professionalisering versus vraagsturing
7. productiedenken versus beroepsethiek
8. dementie als probleemgebied
9. permanente educatie
10. meer ruimte voor de professional en morele dilemma's.

1. Pluriformiteit in functies

Uit de beschreven voorbeelden van zorgvraaggerichte ouderenzorg komt een pluriformiteit in functies naar voren. Neem bijvoorbeeld het casemanagement dementie. Is dit één van de rollen die een verpleegkundige vervult of gaat het om een aparte functie? Past casemanagement dementie het beste bij de thuiszorg of in de huisartsenpraktijk? En welke opleiding is hiervoor nodig?

Ook pluriformiteit binnen een en dezelfde functie komt voor, bijvoorbeeld bij de praktijkondersteuner. Wat is een praktijkondersteuner? Moet deze een verpleegkundige opleiding hebben gehad? Moet deze zich richten op geprotocolleerde zorg aan chronisch zieken of zijn er meer aandachtsgebieden? Zijn er verschillende soorten praktijkondersteuners en zo ja, hoe verhouden zij zich dan tot elkaar?

Door deze pluriformiteit is het noodzakelijk om per samenwerkingsverband na te gaan wat ieders bijdrage kan zijn ten opzichte van de cliënt. Het minst onduidelijk lijkt de taakverdeling in het ziekenhuis te zijn. De uit te voeren handelingen zijn concreet en worden vastgelegd in protocollen en multidisciplinaire zorgprogramma's. In de eerste lijn is pluriformiteit in functies eerder regel dan uitzondering. Ter illustratie wordt de actuele stand van zaken rond de functie van praktijkondersteuner op de volgende bladzijde uitgelicht.

Uitgelicht: de praktijkondersteuner

Voorgeschiedenis

Sinds 2000 zijn praktijkondersteuners werkzaam in huisartsenpraktijken. Anno 2010 werkt naar schatting tachtig procent van de huisartsenpraktijken met een praktijkondersteuner. In totaal gaat het om drietot vierduizend praktijkondersteuners. Praktijkondersteuners hebben meestal een opleiding als doktersassistente (50%) of als (wijk)verpleegkundige (50%), aangevuld met een specifieke vervolgopleiding voor praktijkondersteuner.

Taken

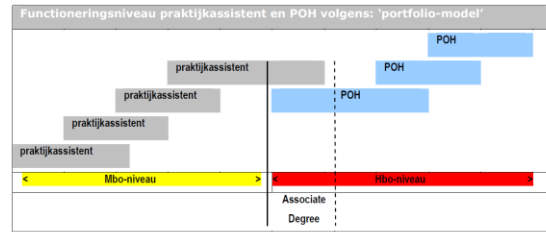
Aankankelijk werd de praktijkondersteuner ingezet voor geprotocolleerde monitoring van chronisch zieken, in het bijzonder diabetespatiënten. In de praktijk wordt het takengebied steeds verder uitgebreid. Uit een vooronderzoek naar de functie van praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk in opdracht van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG, 2010) bleek dat er dermate veel variatie in de taken was, dat gesproken kon worden van verschillende soorten en maten praktijkondersteuner. De praktijkondersteuner bestaat niet meer. De taken variëren van psycho-educatie tot het uitvoeren van assisterende handelingen. Van een zelfstandig spreekuur voor 'kleine kwalen' – in jargon 'common complaints' – tot het uitvoeren van een zorgprogramma en casemanagement bij multimorbiditeit.



Illustratie: vooronderzoek POH, LVG 2010

Competentieprofiel

De variatie in taken bij één en dezelfde functietitel maakt een nieuw competentieprofiel noodzakelijk. Gepleit wordt voor een portfoliomodel, waarbij verschillende functieniveaus mogelijk zijn en er een onderscheid ontstaat tussen praktijkassistent (MBO) en praktijkverpleegkundige (HBO). Voor dit idee lijkt draagvlak te bestaan. Het komt terug in de visie op ondersteunend personeel van de NHG/LHV (2010).



Illustratie: vooronderzoek POH, LVG (2010)

Domeinstrijd

Domeinstrijd tekent zich af tussen de verschillende betrokken beroepsgroepen. Verpleegkundigen hebben een probleem met de door huisartsen gecreëerde 'delegatie van taken' en geclaimde 'eindverantwoordelijkheid'. De verpleegkundigen – georganiseerd in V&VN praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen – geven de voorkeur aan de term 'herschikking van taken' en 'beroepsinhoudelijke verantwoordelijkheid'.

Dit blijkt onder andere uit hun commentaar op de visie van de huisartsen (NHG/LHV, 21-10-2010) ten aanzien van het 'ondersteunend team in de huisartsenvoorziening'. Als reactie op de wildgroei aan soorten opleidingen en functies heeft V&VN een eigen beroepsdeelprofiel voor de praktijkverpleegkundige ouderenzorg opgesteld. Het nieuwe, door de LHV opgestelde competentieprofiel voor de praktijkondersteuner (2010) is afgewezen door V&VN praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen, mede vanwege de in hun ogen te beperkte visie op de functie.

Reflectie op de interviews

In de interviews zijn alle beschreven elementen naar voren gekomen. Er zijn praktijkondersteuners die door de huisarts strikt ingezet worden voor 'diseasemanagement'. Anderen, zoals de praktijkondersteuner uit Almere, hebben meer vrijheid van handelen. De perceptie van de geïnterviewde huisartsen lijkt meer te neigen naar ondersteuning en delegatie dan naar taakherschikking.

2. Contextafhankelijkheid en standaardisatie

In de beschreven voorbeelden van zorgvraaggerichte ouderenzorg worden de HBO- en MBO-functies heel uiteenlopend ingevuld. De wijze waarop een functie wordt ingevuld is afhankelijk van de afspraken binnen een organisatie of afdeling. De functies verschillen per ziekenhuis, huisartsenpraktijk, thuiszorgorganisatie en verpleeg- of verzorgingshuis. Naarmate de context technischer en professioneler is (ziekenhuizen, huisartsenzorg) zijn de verschillen kleiner. Naarmate de context relationeler is, en minder goed te vangen in protocollen en richtlijnen, worden de verschillen groter. Zo is de huisartsenpraktijk uit Nederweert die samenwerkt met de lokale thuiszorgorganisatie niet te vergelijken met de samenwerking tussen de casemanagers dementie in Amsterdam Zuidoost en Diemen met de huisartsen in die regio. Omdat het bij casemanagement dementie en bij praktijkondersteuners om 'zich ontwikkelende functies' gaat, is de invloed van de zorgverzekeraar groot. Die kan per regio andere eisen stellen voor de financiering van de functie. Bovendien gaat het hier tot op zekere hoogte ook om experimentele functies die afhankelijk zijn van projectsubsidies. Voor alle gevallen geldt echter dat de invulling van de functies op dit moment meer worden ingegeven door de eisen van de omgeving, de aard van het werk en de plaatselijke omstandigheden, dan door een welomschreven visie op de competenties die voor zorgvraaggerichte ouderenzorg vereist zijn.

Standaardisatie heeft betrekking op de inhoud van het werk. Huisartsen en ziekenhuizen werken met allerlei standaarden, richtlijnen en protocollen. Zo is de begeleiding van diabetespatiënten, COPD-patiënten en het zogenaamde Cardiovasculaire Risico Management (CVRM) in de huisartsenpraktijk vastgelegd in uitgebreide, landelijk gelegitimeerde zorgstandaarden. De mate waarin standaarden, richtlijnen en protocollen worden geïmplementeerd verschilt per ziekenhuis, maar in grote lijnen verrichten verpleegkundigen overal ongeveer dezelfde werkzaamheden. Voor dementie is nog geen standaard ontwikkeld. Dementie is bovendien een veel minder 'concreet' en 'technisch' ziektebeeld. Nieuwe vormen van ouderenzorg, bijvoorbeeld het in beeld brengen van kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk (Rijsenhout) staan nog in de kinderschoenen. Dit onderdeel van de ouderenzorg is nog niet gestandaardiseerd. Mutatis mutandis geldt dit ook voor de financiering van deze activiteiten. Hiervoor zijn nog geen normtarieven vastgesteld.

3. Zorgplan en/of casemanagement als instrument voor interdisciplinaire samenwerking

Tijdens de interviews is expliciet gevraagd naar de samenwerking, met name of deze multi- dan wel interdisciplinair van aard is. Bij multidisciplinaire samenwerking leveren zorgverleners een bijdrage aan de zorg voor de oudere vanuit hun eigen discipline en daar blijft het bij. Bij interdisciplinaire samenwerking wordt de zorg voor de oudere ervaren als een gemeenschappelijke opgave van alle betrokken hulpverleners. In beide gevallen zal de zorg op een of andere manier moeten worden gecoördineerd, in het eerste geval iets meer dan in het laatste geval.

Gaandeweg de interviews bleek dat alle geïnterviewden de samenwerking gestalte geven door het initiëren van een zorgplanbespreking. Zij signaleren, vanuit hun professionele kennis, de behoefte aan een zorgplan, zij bespreken deze behoefte met de cliënt en diens familie en vervolgens met de potentiële deelnemers aan zo'n zorgplanbespreking: het team van professionals. Zij organiseren de vergadering en 'regelen' de daaruit voortvloeiende afspraken.

In sommige gevallen zijn zij expliciet 'care-verantwoordelijk', in de meeste gevallen lijkt dit meer impliciet het geval te zijn. Zo is de casemanager dementie, die geïnterviewd is, expliciet care-verantwoordelijk en is casemanagement nadrukkelijke haar taak. De zorgcoördinator van het virtuele verzorgingshuis heeft die taak en opdracht niet, maar vertelt wel dat zij zo nodig een zorgplanbespreking organiseert. Hoe de verantwoordelijkheidsverdeling tussen haar en de huisarts is, wordt niet direct duidelijk. Is de huisarts eindverantwoordelijk voor zowel het zorgplan als het behandelplan? Is er sprake van een gezamenlijke verantwoordelijkheid of is de zorgcoördinator verantwoordelijk voor de zorg en de huisarts voor de behandeling?

Volgens de literatuur wordt casemanagement wel omschreven als 'het organiseren door te onderhandelen', maar is het geen beroepsgebonden activiteit. Dit wil zeggen dat deze taak niet is voorbehouden aan een

bepaalde beroepsgroep¹⁴. In de praktijk zijn het echter wel vaak verpleegkundigen of maatschappelijk werkers die het casemanagement op zich nemen. De taak wordt echter – zo blijkt uit de interviews – lang niet altijd als zodanig benoemd.

4. Het belang van communicatieve vaardigheden

Een aantal uitspraken over ‘benodigde competenties voor interdisciplinaire samenwerking’ komen vaak naar voren in de interviews. Zoals:

- kunnen onderhandelen (dealen en whealen) met instanties
- verhelderen van de zorgbehoefte en zorgvraag van de cliënt
- duidelijk en ‘to the point’ presenteren van vragen of problemen naar andere disciplines, met name naar artsen toe
- bewustzijn van eigen (verpleegkundig) handelen en deze kunnen verwoorden naar anderen (je woordje durven doen, ook naar hoger-opgeleiden)
- assertiviteit naar cliënten en andere disciplines, eigen grenzen aangeven
- kunnen schakelen van ingewikkeld naar eenvoudig en andersom, verschillende niveaus van taal en verschillend jargon kunnen hanteren
- kunnen omgaan met heel verschillende cliënten qua opleiding, interesse en motivatie voor gedragsverandering
- kunnen communiceren met verbaal minder begaafden: aanvoelen, afstemmen, affectieve communicatie hanteren, non-verbale communicatie (lichaamstaal) gebruiken, speciale communicatietechnieken toepassen, zoals validation, reminiscentie, realiteitsoriëntatie.

Uit deze opsomming blijkt dat communicatieve vaardigheden een noodzakelijke voorwaarde zijn voor de samenwerking binnen de eigen discipline, de samenwerking met andere disciplines en de samenwerking met de cliënt. Tegelijkertijd blijkt uit de termen ‘assertiviteit’, ‘je woordje durven doen’, de ‘taal van de ander spreken’ en ‘je bewustzijn van je verpleegkundig handelen’ dat de verpleegkundigen en verzorgenden binnen het interdisciplinaire team nogal eens een ondergeschikte positie hebben of menen te hebben.

5. Regelgeving, administratieve lasten en bekostiging

In bijna alle praktijken komt naar voren dat de geïnterviewden veel last hebben van ingewikkelde regelgeving, administratieve lasten en onduidelijke financiering.

De regelgeving in de ouderenzorg is op zich al behoorlijk ingewikkeld (zie bijvoorbeeld het AWBZ-zorgkompas van het CVZ). Als gevolg van de vele wijzigingen in de regelgeving wordt het alleen maar nog ingewikkelder. Deze wijzigingen hebben vooral te maken met de uitdunning van de zorgaanspraken in de AWBZ en de overheveling van onderdelen van de AWBZ naar WMO en de zorgverzekering. Innovaties in de ouderenzorg laten zich niet altijd binnen de bestaande regelgeving inpassen.

Ook de administratieve lasten drukken zwaar. Veel goede voorbeelden van zorgvraaggerichte ouderenzorg komen voort uit projecten en transitie-experimenten en die werken per definitie met vormen van tijdelijke financiering. Omdat de financiers (bijvoorbeeld zorgverzekeraars) een uitgebreide verantwoording van de activiteiten eisen, brengt dit een grote registratielast met zich mee. De tijd die het meten kost – de registratielast – gaat vrijwel altijd ten koste van de tijd die aan de cliëntenzorg besteed kan worden.¹⁵

Als gevolg van de veranderende regelgeving zijn ook de regels voor de bekostiging van de ouderenzorg voortdurend aan veranderingen onderhevig. In huisartspraktijken maakt de vergoeding per consult van de

¹⁴ Zie van Riet en Wouters (2005). *Casemanagement. Een leerboek over organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening*. Koninklijke Van Gorcum: Assen. Hoofdstuk 1.

¹⁵ Zie onder andere Tonkens (2008). *Mondige burgers, getemde professionals*. Van Gennep: Amsterdam. Hoofdstuk 6. Prestatiemeting: meten is ingrijpen.

huisarts bijvoorbeeld plaats voor de integrale bekostiging van diabeteszorg door de praktijkondersteuner. In de sector verpleeg- en verzorgingshuizen is een verandering ingezet naar financiering via zorgzwaartepakketten.

De professional die belast is met een vorm van continue, zorgvraaggerichte begeleiding van de oudere cliënt, is ook degene die de meeste hinder ondervindt van de ingewikkelde regelgeving, de administratieve lasten en de veranderende bekostiging. Uit de interviews blijkt bovendien dat innovatieve praktijken in de ouderenzorg druk zetten op het stelsel (wet- en regelgeving, financiering, etc.) dat (nog) niet op deze innovaties berekend is. Zo lang de noodzakelijke stelselwijzigingen uitblijven, zal het moeilijk, zo niet onmogelijk zijn, om innovatieve initiatieven gemeengoed te laten worden.

6. Professionalisering versus vraagsturing

Professionalisering als proces waarbij de belangen van de beroepsgroep en de maatschappelijke positie van beroepsbeoefenaars worden bewaakt en bevorderd, verdraagt zich moeilijk met vraaggestuurde zorg. De belangen van de cliënt lopen namelijk niet altijd parallel met die van de professional. Juist bij interdisciplinaire samenwerking wordt van de professional gevraagd zo nodig in het traditionele domein van andere professionals te treden ten gunste van de cliënt. Leden van het interdisciplinaire team kunnen taken en rollen op zich nemen die niet-beroepsgebonden zijn, zoals het voorzitterschap (de kartrekker) of het casemanagement van een aantal cliënten. Dit zijn taken die niet bij het vak, de professie, horen, maar die ten behoeve van een goede zorg wel uitgevoerd, erkend en gehonoreerd moeten worden.

Zorgvraaggericht werken vraagt dus van de professional om 'een stapje terug te doen'. Uit de interviews komt dit op twee manieren naar voren: het contextafhankelijk werken zoals dit gebeurt bij Buurtzorg en bij de Martha Florahuisen en de neiging om verpleegkundigen in te zetten voor de niet-professiegebonden taken, zoals het casemanagement. In het eerste geval is er sprake van taakverrijking: het op zich nemen van verschillende taken die voorheen bij andere beroepsgroepen hoorden. Bij Buurtzorg gaat het dan vooral om ondernemerschap en zelfsturing; bij de Martha Florahuisen om zorg voor het huishouden, dagbesteding, koken en zorg voor het woon/leefklimaat. In het tweede geval is het van belang dat de verpleegkundigen zich bewust zijn van de generieke aard van hun werkzaamheden en voor zichzelf duidelijk moeten krijgen waar het generieke eindigt en hun eigen professionele rol begint.

7. Marktdenken, zorgproductie en beroepsethiek

In alle praktijken komt vroeg of laat 'de productie' ter sprake. Huisartsen en leidinggevendenden lijken zich hier veel meer van bewust te zijn dan uitvoerende medewerkers. De noodzaak om 'klanten' binnen te halen of 'productie' te maken speelt in alle praktijken. In het professionele handelen leidt dit marktdenken tot conflicterende belangen. Zo streeft Buurtzorg naar het zo snel mogelijk onafhankelijk maken van de cliënt. Vanuit de 'productie' bezien ligt het echter meer voor de hand om de afgegeven zorgindicatie 'volledig te benutten'.

Casemanagement dementie is bedoeld om mantelzorgers te ondersteunen. Indien de casemanager vanuit de organisatie impliciet de opdracht krijgt om 'klanten' binnen te halen is de verleiding groot om mantelzorgers te wijzen op allerlei vormen van beschikbare zorg van de eigen organisatie. Dit gebeurt door het signaleren van een zorgbehoefte, de mantelzorgers hiervan bewust te maken en vervolgens deze zorgbehoefte te vertalen naar een passend zorgaanbod vanuit de eigen organisatie. Hierdoor leidt zorgvraaggerichte ouderenzorg tot een hoger zorggebruik dan wanneer de zorg niet zo zorgvraaggericht was aangeboden.

8. Dementie als probleemgebied

Rode draad in alle interviews is de problematiek van mensen met dementie. Wie met kwetsbare ouderen werkt kan hier niet omheen. Er is veel variatie in het antwoord 'wie' de persoon met dementie begeleidt. Dit kunnen zijn: de praktijkondersteuner vanuit de huisartsenpraktijk, de wijkverpleegkundige, een aparte casemanager of zorgtrajectbegeleider vanuit een regionaal samenwerkingsverband. Daarnaast zijn er factoren zoals het opleidingsniveau van de persoon in kwestie, de gevraagde competenties en de inhoud van de begeleiding en

behandeling. Naar verwachting zal de in ontwikkeling zijnde zorgstandaard Dementie hier wat meer structuur in aanbrengen en zal ook een oplossing gevonden worden voor de financiering van de (zorgtraject)begeleiding. Los van de begeleiding blijkt uit enkele interviews dat er ook veel behoefte is aan respijtzorg en mogelijkheden voor crisisopvang. Tevens lijkt het erop dat het landelijk dementieprogramma als vliegwiel en katalysator gewerkt heeft voor alle kwetsbare ouderen. Met andere woorden: wat begonnen is met het beter structureren van de zorg voor mensen met dementie, wordt nu uitgebreid naar het verbeteren van de zorg voor alle kwetsbare ouderen.

9. Permanente educatie

Uit de interviews blijkt dat de verpleegkundigen, na hun initiële opleidingen, veel bijscholingen en nascholingen hebben gevolgd. De eisen, die aan hen in hun functies gesteld worden, veranderen voortdurend. Voor de relatief nieuwe functies van casemanager dementie en praktijkondersteuner worden nieuwe competenties gevraagd. De noodzaak om steeds met de cliënt en met de leden van het multi- of interdisciplinaire team af te stemmen maken communicatieve vaardigheden des te belangrijker. Dit in combinatie met aanvullende, inhoudelijke vakkennis, zoals bijvoorbeeld de inhoud van een nieuwe diabetesstandaard. Het belang van deze constatering is dat professionals in de ouderenzorg op dit moment vooral moeten worden toegerust voor een praktijk die voortdurend in beweging en ontwikkeling is. De opleidingsbehoefte is dus erg groot en dit zal, gezien de voortdurende ontwikkelingen in de ouderenzorg, nog lange tijd zo blijven.

10. Meer ruimte voor de professional en morele dilemma's

Welke systemen men ook bedenkt, hoe goed de financiering ook geregeld is: uiteindelijk krijgt zorgvraag-gerichte ouderenzorg gestalte in een één-op-één relatie tussen hulpverlener en cliënt. De hulpverlener is de professional die namens het zorg/welzijnssysteem in aanraking komt met de cliënt. Als de zorg van de hulpverlener tekortschiet, verleent de organisatie geen goede zorg. Naarmate de vraag wisselt – men moet zich afstemmen op de zorgbehoefte van de cliënt en diens leefwereld – en naarmate de context wisselt – men werkt in wisselende samenwerkingsverbanden en met financieringen en verantwoordelijkheden die voortdurend veranderen – neemt de complexiteit toe. Het adagium is 'meer ruimte voor de professional'. In de interviews zien we dat professionals binnen zorgvraaggerichte ouderenzorg inderdaad meer speelruimte en meer vertrouwen krijgen. Echter, ruimte krijgen is één ding, die ruimte ook benutten is een ander ding. Want uit de interviews komt ook naar voren dat verpleegkundigen en verzorgenden hun functies (bijvoorbeeld casemanager of praktijkondersteuner) niet zo zeer vanuit hun eigen beroepsidentiteit invullen als wel dat ze zich laten leiden door de eisen die de omgeving aan hen stelt (bijvoorbeeld de organisatie of de huisarts), de aard van het werk en de plaatselijke omstandigheden. Een iets groter bewustzijn van de eigen beroepsidentiteit zou dan ook op z'n plaats zijn. Aan dit bewustzijn is ook een beroepsethische component te onderscheiden. Juist bij 'meer regelruimte voor de professional' neemt het arsenaal aan handelingsmogelijkheden toe, waardoor men zich ook meer bewust moet zijn van de eigen rol in het professioneel handelen. Professionals moeten niet alleen in staat zijn om morele dilemma's in de zorgvraaggerichte ouderenzorg te herkennen, maar ze ook kunnen hanteren.

Conclusies en aanbevelingen

De vraagstelling van dit onderzoek was driedig:

- a. Welke competenties zijn vereist voor goede, interdisciplinaire samenwerking in de ouderenzorg op het niveau van MBO- en HBO-opgeleide professionals?
- b. Wat zijn de succes- en faalfactoren voor interdisciplinaire samenwerking in de ouderenzorg?
- c. Wat zijn de implicaties van interdisciplinaire samenwerking voor beroepen en opleidingen op MBO- en HBO-niveau?

Vereiste competenties

Competenties voor interdisciplinaire samenwerking door MBO- en HBO-professionals staan niet op zichzelf. Zij zijn allereerst contextafhankelijk en daarmee vooral organisatie-afhankelijk. Voor zorgvraaggerichte ouderenzorg zijn twee in het oog springende competenties nodig:

1. communicatieve vaardigheden en – nauw verwant daaraan – onderhandelingsvaardigheden
2. reflectieve vaardigheden ten aanzien van de eigen professie.¹⁶

Communicatieve vaardigheden en - daaraan verwant – onderhandelingsvaardigheden

In termen van Canmeds wordt dit beschreven als het competentiegebied communicatie:

De verpleegkundige faciliteert op een effectieve wijze de zorgvrager-professionalrelatie en de communicatie voor, tijdens en na het directe zorgvragercontact.

Communicatie heeft niet alleen betrekking op de relatie met de cliënt, maar ook met samenwerken en organiseren, twee andere Canmeds competentiegebieden. We vatten het echter samen onder de noemer van communicatie.

In de ouderenzorg gaat het om communicatief handelen, affectieve vaardigheden, nonverbale communicatie, emotionele afstemming, mondelinge en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid, verschillende ‘talen’ spreken, je in houding en gedrag afstemmen op de cliënt, onderscheid maken tussen inhouds- en betrekkingsniveau, communiceren in een situatie van machtsongelijkheid, kort en bondig presenteren, hoofden bijzaken onderscheiden, begrijpen wat de ander nodig heeft. Communicatie is de basis van verplegen, de ingang voor het opbouwen van een therapeutische relatie en een samenwerkingsrelatie met de cliënt en/of met andere disciplines. Kortom: communicatieve vaardigheden zijn nodig voor de communicatie:

- met de cliënt en mantelzorgers voor het opbouwen van een therapeutische - en vertrouwensrelatie, noodzakelijk om de zorgbehoefte en zorgvraag te verhelderen

¹⁶ Deze competenties/competentiegebieden komen grotendeels overeen met de competenties die geformuleerd zijn door Goumans en Finnema, in de bundel ‘Ouderenzorg met toekomst. Visie en voorbeelden van een nieuwe aanpak’ (Géron publicatie, uitgever SWP). Uit de gevolgen van de nieuwe, zorgvraaggerichte ouderenzorg leiden zij af wat de gevolgen hiervan zijn voor hulpverleners in de ouderenzorg en stellen zij: *In termen van competenties zijn communicatieve vaardigheden, inlevingsvermogen, onder-handelingsvaardigheden en creativiteit belangrijk. Maar ook ondernemend gedrag is een com-petentie, die tenminste een HBO-opgeleide hulpverlener zich eigen moet maken’.*

- met collega's van de eigen discipline voor een goede afstemming van de verpleegkundige zorg voor de cliënt. De cliënt heeft vrijwel altijd met meerdere verpleegkundigen en verzorgenden te maken. Dit in tegenstelling tot artsen en paramedici, die vaak wel als hoofdbehandelaar optreden
- met leden van andere disciplines om het aandeel van de verpleegkundige discipline af te stemmen op dat van andere disciplines; één van de verpleegkundigen/verzorgenden dient op te treden als woordvoerder namens de discipline.
- met externe instanties om belangen van de cliënt te kunnen behartigen. Veelal zijn de verpleegkundigen het beste op de hoogte van de mate van zelfredzaamheid en behoefte aan ondersteuning van de cliënt. Zij moeten dit kunnen vertalen naar instanties als het CIZ.

Reflectieve vaardigheden ten aanzien van de eigen professie

Binnen de Canmeds indeling komt dit het dichtst bij het competentiegebied professionaliteit:

De verpleegkundige committeert zich aan de gezondheid en het welzijn van individuen en de samenleving door een ethische beroepsuitoefening, door de professie geleide regulatie van het beroep en een hoge persoonlijke gedragsstandaard.

Reflectie op het eigen werk helpt bij de bewustwording van de eigen deskundigheid. Beroepsidentiteit is nauw verwant aan zelfbewustzijn en vertrouwen in eigen deskundigheid. Zicht op eigen kunnen, rol, domein en deskundigheid is nodig om af te kunnen stemmen met anderen binnen de interdisciplinaire samenwerking. Voor diezelfde afstemming zijn weer communicatieve vaardigheden vereist.

Reflectie op de beroepsethiek is nodig om morele dilemma's te herkennen en te leren hanteren. Juist bij 'meer regelruimte voor de professional' neemt het arsenaal aan handelingsmogelijkheden toe, waardoor men zich ook meer bewust moet zijn van de eigen rol in het professioneel handelen.

Succes- en faalfactoren

De organisatorische context schept de voorwaarden voor interdisciplinaire samenwerking. Succes- en faalfactoren voor de organisatorische context vallen voor een groot deel samen met de succes- en faalfactoren voor interdisciplinaire samenwerking. We onderscheiden de volgende factoren:

Succesfactoren

- een duidelijke en gedeelde visie op zorgvraaggerichte ouderenzorg bij alle samenwerkende professionals; bij voorkeur is de visie geoperationaliseerd in beoogde eindresultaten en gevraagde competenties van medewerkers en geëxpliciteerd
- goede bekendheid bij zowel potentiële cliënten als verwijzers (PR, communicatie)
- een geformaliseerd samenwerkingsverband met een duidelijke structuur, taakverdeling en organisatie
- gestructureerd overleg
- financiering van de initiatieven: geld stuurt
- wederzijds respect en erkenning van elkaars kwaliteiten
- benutting van de mogelijkheden van ICT als alternatief voor fysieke vergaderingen

Faalfactoren

- het ontbreken van een gezamenlijke visie en doel van de samenwerking
- een 'gelegenheidscoalitie' waarbij onduidelijk blijft wat de bijdrage van iedere discipline aan het geheel is, waarin de mandaten niet geregeld zijn (in hoeverre een deelnemer aan het overleg of samenwerkings-

verband kan spreken namens de eigen discipline, achterban of organisatie), onduidelijke taakverdeling (wie is voorzitter, wie notuleert, wie is waarvoor verantwoordelijk). Onvoldoende onderhoud van het netwerk of samenwerkingsverband

- onvoldoende financiering of ongelijkheid van deelnemers bij de overlegvormen zowel in tijd als in geld. Er moet commitment zijn bij deelnemers en hun organisaties om professionals in de gelegenheid te stellen deel te nemen aan samenwerkingsvormen; voorbeeld: staffunctionarissen van grote organisaties worden vaak in de gelegenheid gesteld deel te nemen aan instelling overstijgende samenwerkingsverbanden. Voor uitvoerende professionals, bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige, ligt dat een stuk moeilijker omdat de tijd die het kost gezien wordt als 'niet-productief'
- hiërarchische verhoudingen, verschillende belangen, boven – en ondergeschikten
- onvoldoende mogelijkheden om gebruik te maken van ICT, het ontbreken van deskundigheid en onderhoud van ICT-voorzieningen, onvoldoende vaardigheid van de deelnemers om met de ICT om te kunnen gaan.

Gevolgen

Meer aandacht voor communicatieve vaardigheden

In de opleidingen en bijscholingen op MBO- en HBO-niveau zal meer aandacht moeten worden besteed aan communicatieve vaardigheden in de breedste zin van het woord. Zowel de contacten met de cliënten als interdisciplinaire samenwerking vragen om een hoog ontwikkeld niveau van communicatief handelen in alle soorten en maten. Binnen de nieuwe ouderenzorg lijkt een verschuiving gaande van 'doe-functies' naar 'dialoog-functies'. Met meer aandacht voor 'leefstijlbegeleiding', coaching, voorlichting, in dialoog gaan en afstemming met cliënt en familie komt er meer nadruk op communicatieve vaardigheden van de professional. Door een andere taakverdeling, waarbij meer verantwoordelijkheid bij de uitvoerende professionals wordt gelegd voor de communicatie met familie en andere disciplines, zijn de eisen hoger geworden. Voorbeeld: de eerst-verantwoordelijke verzorgende die het zorgplan opstelt met familie en bewoner, waar dit voorheen door het afdelingshoofd of teamleider werd gedaan.

Meer aandacht voor beroepsidentiteit en morele dilemma's

Verpleegkundige en verzorgende opleidingen op MBO- en HBO-niveau zullen meer aandacht moeten besteden aan de vorming en het articuleren van hun beroepsidentiteit en hun morele dilemma's in de beroepsuitvoering. Door de grote variatie aan contexten en de neiging van deze professionals tot aanpassing aan andere disciplines, vermindert hun zelfbewustzijn en zelfvertrouwen. Hun betekenis en bijdrage aan het dagelijks leven van cliënten wordt gemakkelijk onderschat. Hun werk is tamelijk ondoorzichtig en moeilijk te vatten. Het is een 'morele praktijk', die lastig te articuleren is. Dit is vooral aan de orde bij de minder technische kanten van het beroep. HBO-opgeleiden hebben over het algemeen wel geleerd om te reflecteren op hun beroep en zijn hierbij in het voordeel. Voor MBO-opgeleiden, die vaker 'minder technisch werk' uitvoeren en werkzaam zijn in de langdurige zorg, is dit een dubbele opgave. Het werk is moeilijker in woorden te vangen en MBO-opgeleiden zijn meestal verbaal minder vaardig dan HBO-opgeleiden.

Betere voorwaarden voor permanente educatie in de care-sector op MBO-niveau

Op grond van de eerste twee voorgestelde maatregelen en op grond van wat uit de inventarisatie en literatuur naar voren is gekomen is het noodzakelijk om betere voorwaarden te scheppen voor permanente educatie, met name voor MBO-opgeleiden in de care-sector.

Aanbevelingen

De verhouding tussen initiële beroepsopleiding, specialisatie en permanente educatie verandert. Uit deze inventarisatie van een aantal best practices in de ouderenzorg is gebleken dat de contexten enorm verschillen en dat bijscholing, in de vorm van specifieke, aanvullende opleidingen, meer regel dan uitzondering is. Dit komt overeen met de algemene maatschappelijke trend van levenslang leren.

Naar verwachting zal, met de nadruk op een vraaggestuurde ouderenzorg, de diversiteit eerder toe- dan afnemen. Een differentiatie in aanbod vereist een differentiatie in (bij)scholing. Voor de sector zorg en welzijn als geheel is dit gunstig. Het betekent dat de sector in staat zal zijn om meer arbeidskrachten met verschillende opleidingen – en aspiratieniveaus aan te trekken dan nu het geval is. Met het oog op vraag naar personeel in de toekomst is dat wenselijk.

Het betekent ook dat de vraag gesteld kan worden hoe zinvol het is om de breedheid van de initiële opleidingen (doorgaans 4 jaar) te handhaven, nu specialisatie en permanente educatie *tijdens* de loopbaan een steeds grotere rol gaan spelen. De huidige financiering is hier niet op ingericht. Bij de huidige financiering ligt de nadruk op de initiële opleidingen en niet op een systeem van permanente educatie.

Het alternatief zou een basisopleiding van drie jaar kunnen zijn, zowel voor MBO- als voor HBO-opleidingen waarbij sprake is van een kerncurriculum, in combinatie met een systeem van persoonsgebonden studie-financiering – een eigen opleidingsbudget - voor latere specialisatie en permanente educatie. Deze suggestie vergt echter nader onderzoek.

Situatieschets

Het gebied Amsterdam Zuidoost en Diemen is een stedelijk gebied met ongeveer 100.000 inwoners. Met name stadsdeel Amsterdam Zuidoost kent een multiculturele bevolking. Er wonen meer dan 130 nationaliteiten.

ZiZo

In 1970 werd de vereniging Zorgintegratie Zuidoost (ZiZo) opgericht. Deze vereniging van zorgaanbieders stelt zich ten doel een samenhangend aanbod te realiseren op het gebied van zorg, wonen en welzijn in Amsterdam Zuidoost en Diemen voor chronisch zieken, ouderen en mensen met een beperking.

De deelnemende organisaties willen dit doel realiseren door regionale samenwerking. Instellingsoverstijgende initiatieven, zoals de dementiezorgketen en de CVA-zorgketen, worden van hieruit georganiseerd.

StIDA

Voor de dementiezorg in Amsterdam is de Stedelijke Initiatiefgroep Dementiezorg Amsterdam (StIDA) opgericht. In dit samenwerkingsverband wordt getracht om de dementiezorg in alle stadsdelen op min of meer vergelijkbare wijze op te zetten. Amsterdam Zuidoost en Diemen heeft de status van 'koploper'.

Visie op ouderenzorg

Leidraad voor de dementie zorgketen zijn de 14 probleemvelden van Alzheimer Nederland, waarbij:

- de cliënt centraal staat;
- geen cliënt buiten de boot hoeft te vallen;
- de zorg rondom een cliënt met een vorm van dementie op tijd en goed wordt geregeld;
- de cliënt en mantelzorger ondersteuning krijgen bij het vinden van hun weg;
- de dementerende zo lang als mogelijk in eigen omgeving kan blijven wonen.

Cliënten en zorgvragen

Cliënten wonen in het zorggebied Zuidoost en Diemen. De diagnose dementie kan gesteld wor-

den door huisarts, geriater, neuroloog, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of ouderpsychiater.

Bij het stellen van de diagnose wordt een aanbod gedaan voor casemanagement. Indien de cliënt en familie akkoord gaan, wordt de cliënt aangemeld bij de coördinator zorgketen dementie. Deze wijst de cliënt toe aan een casemanager die vervolgens een eerste afspraak maakt.

Cliënten bevinden zich in verschillende fasen van het ziekteproces. De mate van begeleiding, zowel qua duur als qua frequentie wordt afgestemd met de casemanager. Overbelasting van de mantelzorger, zeker in een later stadium van dementie, is het belangrijkste zorgprobleem waarmee casemanagers geconfronteerd worden. Daarnaast is acceptatie van de dementie en het leren omgaan met de verschijnselen van dementie een terugkerend thema in de begeleiding.

Casemanager dementie

Casemanagement dementie wordt als aparte functie uitgevoerd door een HBO-opgeleide professional, bij voorkeur met een verpleegkundige achtergrond, binnen een multidisciplinaire, regionale zorgketen.

De casemanagers zijn een schakel in de dementiezorgketen. Vanuit de keten bieden zij hun zorg aan de cliënten.

De keten wordt aangestuurd door een aparte functionaris, de coördinator dementiezorgketen voor Amsterdam Zuidoost en Diemen. De coördinator is tevens telefonisch meldpunt en vraagbaak voor externe en interne relaties.

Zowel de coördinator als de casemanagers worden uit projectgelden gefinancierd. Het werkgeverschap is ondergebracht bij verschillende organisaties. Zo is de coördinator in dienst bij het AMC en de casemanagers bij Cordaan Thuiszorg.

Inhoudelijk worden de casemanagers aangestuurd door het expertteam van de dementieketen. Hiërarchisch vallen zij onder een manager ketenzorg van Cordaan Thuiszorg.

1 ‘Het is een specialistische functie’

Casemanager dementie in Amsterdam Zuidoost en Diemen

Mieke Zandee en Nel Kerkstra werken beiden als casemanager dementie in Amsterdam Zuidoost en Diemen. Het zijn ervaren wijkverpleegkundigen, ze hebben meerdere opleidingen gedaan en ze genieten van de autonomie en inhoudelijke verdieping die de functie biedt. Maar het is moeilijker dan ze bij aanvang dachten. De bijscholing die ze krijgen vinden ze hard nodig.

De wijk Reigersbos in Amsterdam Zuidoost ligt aan de rand van de stad, bijna tegen Abcoude aan. Het is de op één na laatste halte van de metrolijn. Het metrostation ligt centraal, in het winkelcentrum Reigersbos. Het is even zoeken naar Cordaan, de thuiszorgorganisatie waar de beide casemanagers werkzaam zijn. Er staan drie kantoren binnen de vierkante honderd meter rond het station. Het meest waarschijnlijke is toch het vroegere gebouw van Amsterdam Thuiszorg. En dat klopt.

Even voorstellen

Nel Kerkstra deed meer dan dertig jaar geleden de A-opleiding en vervolgens de MGZ-opleiding. Ze werkte als wijkverpleegkundige en deed een aantal jaren ontwikkelingshulp. Ze volgde de docentenopleiding verpleegkunde en de opleiding tot verpleegkundig specialist met als aandachtsgebied ouderenzorg. In de tijd van de ‘specifieke aandachtsgebieden’ in de wijkverpleging was zij de vraagbaak over ouderenzorg voor haar generalistische collega’s. Ook werkte ze als transferverpleegkundige in het VUmc en als verpleegkundig intaker bij Amsterdam Thuiszorg. Sinds maart 2009 is ze werkzaam als casemanager dementie in Amsterdam Zuidoost en Diemen.

Collega Mieke Zandee heeft ook lange tijd als wijkverpleegkundige gewerkt, maar dan meer in het landelijke gebied aan de rand van Amsterdam Zuidoost, namelijk in Abcoude en omgeving. Indertijd was dat nog een allround functie. Dus behalve het consultatiebureau voor de jeugdzorg deed ze ook alle andere wijkverpleegkundige taken. Mieke specialiseerde zich in de ouderenzorg en kwam terecht bij Markant, het steunpunt Mantelzorg dat indertijd was ondergebracht bij Amsterdam Thuiszorg. Hier werd zij al snel geconfronteerd met de problematiek van mantelzorgers van mensen met dementie. Ze organiseerde cursussen en lotgenotencontacten, naast individuele begeleiding van mantelzorgers. Ze was een tijdje coördinator van een logeerhuis voor mensen met dementie en vertegenwoordigde het steunpunt in verschillende overleggen en platforms. Op die manier raakte ze betrokken bij de ketenzorg dementie in Amsterdam Zuidoost, dat voortkwam uit het Landelijk Dementie Programma. Sinds januari 2010 werkt ze als casemanager dementie.

Casemanager dementie

Casemanager dementie is een aparte functie, die tot nu toe wordt vervuld door wijkverpleegkundigen. Zij zijn vrijgesteld van andere taken en dus geheel beschikbaar voor het casemanagement. Hun hoofdtaak is het ondersteunen van de persoon met dementie en zijn of haar familie. Dit gebeurt door het geven van informatie over de ziekte en omgangsadviezen aan de mantelzorgers (psycho-educatie) en advisering over opvang-

mogelijkheden zoals dagbehandeling en thuiszorg. Casemanagers hebben gemiddeld 2,5 uur per cliënt per maand. Hun maximale caseload is 50 cliënten per fte.



Mieke: 'Onze kerntaak is het ondersteunen van de persoon met dementie en zijn familie. Dat doen we door de mensen thuis te bezoeken. In het begin van het ziekteproces gaat de aandacht naar zowel de persoon met dementie als de familie. Later merk je dat je vooral de mantelzorgers ondersteunt, omdat die steeds meer risico lopen om overbelast te raken.

Hoe het casemanagement ingevuld wordt is heel verschillend. De één heeft nu eenmaal meer aandacht en begeleiding nodig dan de ander. Het is wel prettig dat je flexibel bent in je uitvoering. Als er dan een crisis is kun je daar de tijd voor nemen en bijvoorbeeld een afspraak

verzetten. Mijn ervaring is dat mensen daar begrip voor hebben. Ze weten dat we er ook voor hen zijn als dat nodig is.

In ieder geval zijn wij eindverantwoordelijk en aanspreekpunt voor de zorgverlening. Wij bieden natuurlijk een luisterend oor, maar we geven ook voorlichting over het ziekteproces aan de mantelzorger en de dementerende en over de hulpmogelijkheden die er zijn. Regelmatig organiseren we een zorgplanbespreking of een familiegesprek'.

Samenwerking

'In de praktijk werken we vooral samen met de mensen van de thuiszorgteams. Omdat we zelf in dienst zijn van de thuiszorg en in hetzelfde gebouw zitten zijn de lijnen kort. Men kent ons. Iedereen weet wie we zijn en wat we doen. Wat heel prettig is, is dat we onze positie niet hoeven te bevechten. We hebben ook geen last van concurrentie. Iedereen weet dat wij namens de ZiZo deze positie hebben en dit werk doen. Dat dit gezamenlijk afgesproken is en dat we dit niet voor Cordaan doen, maar voor de cliënten. Als je dat benadrukt, vermijd je al heel veel discussies.

De contacten met de huisartsen zijn heel wisselend. Er zijn heel betrokken huisartsen die vanzelfsprekend aanwezig zijn op een zorgplanbespreking. En er zijn huisartsen die het heel fijn vinden dat wij deze zorg van hen overgenomen hebben en verwachten dat we ze wel zullen inschakelen als er iets aan de hand is. Over het algemeen is er goed overleg mogelijk met de huisartsen en hebben wij ze vooral nodig als er medische problemen zijn.

Ons vangnet is het expertteam. Dat bestaat uit de coördinator van de dementiezorgketen, een specialist ouderengeneeskunde, een ouderenadviseur van de gemeente en een ervaren sociaal psychiatisch verpleegkundige uit de GGZ-ouderenspsychiatrie. In dit team brengen wij onze casuïstiek in en worden nieuwe cliënten besproken. Het team komt eens per maand bij elkaar en is echt heel waardevol voor ons. Daarnaast hebben we veel aan elkaar als casemanagers. We zijn nu met zijn vieren'.

De coördinator van de dementiezorgketen fungeert als meldpunt en vertegenwoordigt de keten in bijvoorbeeld stedelijke overleggen en in het ziekenhuis (AMC). Tegelijkertijd maakt zij deel uit van het expertteam en blijft zo op de hoogte van de problematiek waar de casemanagers tegenaan lopen. De casemanagers regelen de zorg op cliëntniveau en plannen multidisciplinaire zorgplanbesprekingen.

Competenties

‘Je moet meer afleren dan aanleren’, lacht Mieke. ‘Zeker in het begin had ik last van veel dadendrang. Ik heb geleerd dat ik aan moet sluiten bij het tempo van de cliënt en bij dat van de mantelzorg. Die tempo’s kunnen verschillend zijn. Een stapje terugdoen dus, in plaats van een stapje harder lopen’. Kennis van het ziektebeeld is nodig om dit werk te kunnen doen, zo benadrukken beiden. En omdat die kennis zich steeds uitbreidt, moet je dat ook bijhouden. Hetzelfde geldt voor de kennis van de sociale kaart en alle hulpmogelijkheden die er zijn. Ook hierin verandert zo veel, dat moet je bijlezen.

Volgens Nel scheelt het dat de casemanagers zelf ouder zijn en over meer levenservaring beschikken. Dan win je sneller het vertrouwen en heb je meer overzicht. ‘Het winnen van het vertrouwen is de eerste stap en is ontzettend belangrijk’, stelt zij. Communicatieve vaardigheden zijn volgens beiden heel belangrijk. ‘Je moet kunnen dealen met verzorgenden, huisartsen, indicatiestellers, moeilijke familieleden en wie er maar op je pad komt’.

Het verschil met hun vroegere werk als all-round wijkverpleegkundige is dat ze nu meer tijd hebben voor de psychosociale ondersteuning. Tegelijkertijd hebben ze hiervoor ook scholing nodig, bijvoorbeeld over gedragspatronen binnen families en systeemgericht werken. ‘Vergeet niet dat we een heel stuk werk hebben overgenomen van de SPV-ers. De GGZ heeft de langdurige begeleiding van thuiswonende dementerenden overgedragen aan de dementiezorgketen. Zij richten zich nu meer op diagnostiek en behandeling. Sinds kort is de begeleiding van mensen met dementie en de ondersteuning van de mantelzorg uit de AWBZ gehaald en ondergebracht bij de WMO. Dat maakt dat wij organisatorisch in zo’n bijzondere constructie zitten’, zegt Mieke.

Beiden benadrukken dat reflectie op het eigen handelen en intervisie noodzakelijk zijn. Het expertteam vervult deze functie voor een deel. De aanvullende scholing – casemanagement bij dementie, die zij in-company volgen bij Hogeschool Inholland – biedt de nodige methodische ondergrond. Omdat de scholing plaatsvindt in stedelijk verband is er ook uitwisseling met casemanagers uit andere delen van de stad.



Mieke Zandee (li) en Nel Kerkstra (re)

De toekomst van de functie

Nel en Mieke denken dat de functie zal blijven bestaan. Zij vinden het een geschikte functie voor ervaren verpleegkundigen op HBO-niveau. Het hoeft niet beslist een verpleegkundige te zijn. Maar een verpleegkun-

dige achtergrond is wel handig voor de somatische componenten en het onderhandelen met de huisartsen, evenals de wat kortere lijnen met de thuiszorg. Dementie is een complex ziektebeeld, met gevolgen op veel gebieden. Die complexiteit wordt door buitenstaanders – ook in de zorg – volgens hen nogal onderschat. Zelf onderschatten ze die complexiteit ook, toen ze in de dementiezorg stapten.

De complexiteit en de lange ziekte duur rechtvaardigen volgens Nel en Mieke een specialistische functie. Doordat ze zelf niet in de uitvoering van de zorg zitten, bijvoorbeeld als wijkverpleegkundige, hebben ze meer afstand en overzicht over het hele zorgsysteem. Tevens hebben ze vanwege dezelfde constructie meer



de handen vrij als dat nodig is. Voorlopig is de financiering van hun functie het grootste probleem. Huisartsen, mantelzorgers en de casemanagers zelf zijn erg blij met casemanagement dementie.

Tot slot

Vanwege de inbedding in de ZiZo is er veel draagvlak onder zorgaanbieders voor de zorgketen dementie. De casemanager dementie is een geaccepteerd fenomeen. De casemanagers werken namens het samenwerkingsverband en niet namens een zorgaanbieder. Zij staan dan ook boven de verschillende partijen, te weten de verschillende zorgaanbieders op het gebied van thuiszorg, verpleging en verzorging.

Dit is ook mogelijk, doordat zij niet zelf uitvoerend zijn in de zorg namens een zorgaanbieder. Enerzijds werken casemanagers samen met specialisten uit 'de keten', met name in het dementie-expertteam. Hier kunnen zij casuïstiek inbrengen en dit is hun primaire 'vangnet'. Anderszijds werken casemanagers samen met de eerstelijnszorg (huisarts, praktijkondersteuner, thuiszorg) en het cliëntsysteem. Samen met de huisarts dragen zij de verantwoordelijkheid voor de cliënt, waarbij de huisarts eindverantwoordelijk is voor de medische zorg en zij voor het geheel aan zorg en begeleiding. Dit omvat meer dan alleen de verpleegkundige zorg.

De samenwerking in het expertteam is voornamelijk multidisciplinair omdat er nauwelijks gemeenschappelijke taken zijn. De samenwerking met de huisarts is collaboratief: men houdt elkaar op de hoogte en raadpleegt elkaar indien nodig. Er is geen structureel overleg met de huisartsen.

Competenties voor de functie van casemanager

- overstijgend denken
- goed kunnen communiceren
- goed kunnen onderhandelen
- kennis hebben van het ziektebeeld bij dementie
- kennis van de sociale kaart
- kunnen reflecteren op het eigen handelen
- systeemgericht denken en handelen
- coachend vermogen (mantelzorgers, thuiszorgmedewerkers)

Succesfactoren

- legitimatie door een al dertig jaar bestaand samenwerkingsverband van zorgaanbieders
- langdurige traditie van samenwerking, waardoor mensen elkaar kennen
- registratie in database gecombineerd met goede ict-voorzieningen

- ketenregisseur voor telefonische bereikbaarheid (meldpunt), registratie en coördinatie
- inbedding in stedelijke verbanden (Stida)
- inbedding in wetenschappelijke verbanden en onderzoeksomgeving (AMC)

Faalfactoren

- uiteenvallen van de ZIZo door de omvang van de deelnemende organisaties vanwege fusies; bij samenwerking is er meer neiging naar concurrentie dan naar samenwerking
- de financiering van zowel de coördinator dementiezorgketen als de casemanagers is afhankelijk van projectgelden en stoelt daardoor op een onzekere basis
- door de gekozen constructie – aparte functie voor casemanager, uitgevoerd door HBO-opgeleide professional – kan het casemanagement te duur blijken te zijn
- de meerwaarde van casemanagement voor de cliënt is tot nu toe onvoldoende overtuigend aangetoond via wetenschappelijk onderzoek; dit komt onder andere doordat casemanagement zo verschillend vorm wordt gegeven en het daardoor ook moeilijk te onderzoeken is; dit kan een reden zijn om casemanagement voor een beperktere groep beschikbaar te stellen
- casemanagement dementie heeft nog geen vaste vorm en organisatorische inbedding verworven; de positionering kan nog alle kanten op, variërend van taak voor de praktijkondersteuner bij de huisarts tot taak voor wijkverpleegkundige of WMO-cliëntondersteuners bij de gemeente

Situatieschets

Stadsdeel Amsterdam Oost is een stedelijk gebied met ongeveer 60.000 inwoners. Stadsdeel Amsterdam Centrum heeft ongeveer 80.000 inwoners. Beide stadsdelen kennen een multiculturele bevolking, met zowel westerse als niet-westerse allochtonen. Amsterdam Oost is aangewezen als probleemwijk, een zogenaamde 'Vogelaarwijk'. De huisartsenpraktijken zijn historisch gegroeid: er zijn solopraktijken, groepspraktijken en gezondheidscentra. Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis is het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Er zijn in Amsterdam Oost veel zorgaanbieders actief, zowel bij de thuiszorg als bij de verpleeg- en verzorgingshuizen.

Buurtzorg

Buurtzorg is een landelijk werkende organisatie die in 2006 is opgericht door Jos de Blok. Buurtzorg is ontstaan als reactie op de grote, als onpersoonlijk ervaren, bureaucratische thuiszorgorganisaties die tussen 1990 en 1995 zijn ontstaan door fusies met verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

Het bijzondere van Buurtzorg zit in de zelfsturing van kleine teams van professionals in buurten, die zichzelf bedruipen en organiseren. Dit maakt de teams buitengewoon flexibel en creatief in het beantwoorden van de zorgvragen die zich lokaal voordoen. De medewerkers zijn in loondienst bij Buurtzorg Nederland.

Teams zijn direct bereikbaar. Een van de teamleden – altijd een verpleegkundige – heeft een mobiele telefoon en kan rechtstreeks huisartsen of cliënten te woord staan. Indicaties worden door het team zelf geregeld bij het CIZ. Het streven is om cliënten zo snel mogelijk zorgonafhankelijk te maken. Vaak worden de uren van de indicatie niet volledig gebruikt, omdat dit naar het oordeel van de medewerkers niet nodig is. Als meer zorg nodig is, nemen de medewerkers zelf contact op met het CIZ.

Buurtzorg werkt met een mix van deskundigheid. Gestreefd wordt naar 50% verpleegkundigen en 50% verzorgenden. Het aandeel verpleegkundigen is daarmee hoger dan in traditionele organisaties. Toch lukt het Buurtzorg om financieel overeind te blijven. Dit komt door een lage overhead en meer face-to-face contacten (hogere productiviteit) met cliënten. Dit kan Buurtzorg doen door een efficiën-

te manier van organiseren waarbij ICT-ondersteuning een belangrijke rol speelt, naast het beperkt houden van de overhead.

Visie op ouderenzorg

Er is geen expliciete visie geformuleerd over ouderenzorg of dementiezorg. De zorgvisie van Buurtzorg gaat uit van het streven naar zelfredzaamheid en zorgonafhankelijkheid voor alle cliënten.

Cliënten en zorgvragen

Cliënten wonen in het zorggebied Amsterdam Oost of Centrum. Cliënten hebben heel verschillende zorgvragen. Er zijn zowel autochtone zorgvragers als allochtone zorgvragers, zowel oud als jong, zowel kortdurende zorgvragen als chronische zorgvragen en palliatieve zorg. Buurtzorg let op wat zij aankan en hiervoor zijn geen regels. Het team is autonoom in haar keuzes. De verhouding tussen chronische zorg en kortdurende zorg die het team heeft gekozen als wenselijk, kan er elders weer anders eruit zien. Dit betekent niet dat het team kan doen wat het wil: ook bij Buurtzorg zijn er productieafspraken. Maar die zijn veel minder strak dan bij traditionele thuiszorgorganisaties. In de filosofie van Buurtzorg wordt veel aan het team zelf overgelaten.

Wijkverpleegkundige bij Buurtzorg

Buurtzorg kent geen aparte functies voor ouderenzorg of voor dementiezorg. Als in een buurt toevallig veel ouderen of mensen met dementie wonen, dan zou een team zich daar meer op toe kunnen leggen. De zorgvraag is de basis van de zorginhoud en zolang die te organiseren is en het team daarachter staat wordt dat gedaan.

De aanpak van Buurtzorg wordt gekenmerkt door het bieden van continuïteit in persoon. De zorg wordt niet 'opgeknipt' in aparte producten en functionarissen. Daarom is een aparte case-manager dementie wezensvreemd aan de filosofie van Buurtzorg. Dit betekent niet dat Buurtzorg geen casemanagement dementie biedt. Maar Buurtzorg stelt er geen aparte functionarissen voor aan en ziet casemanagement als één van de rollen van de (wijk)verpleegkundige.

2 Liever buurtsuper dan supermarkt

Wijkverpleegkundige bij Buurtzorg Amsterdam

Niesje Snijder en Rinkje Sorgdrager werken bij Buurtzorg Amsterdam Oost. Zij hebben een pilot gedaan, waarbij zij voor twee huisartsenpraktijken kwetsbare ouderen bezochten. Ze zien casemanagement voor mensen met dementie als één van de rollen die een wijkverpleegkundige kan hebben en geloven niet in gespecialiseerde functies.

De Indische buurt in Amsterdam-Oost is een multiculturele ‘Vogelaarwijk’. Het is een levendige buurt met veel Islamitische bakkers, slaggers en groentewinkeltjes. Op straat lopen vrouwen, zowel traditioneel gekleed in enkellange gewaden als met hippe hoofddoeken, strakke spijkerbroeken en hoge haklaarzen. Daar tussendoor Surinamers, Hindoestanen, autochtone zwervers, studenten en een enkele Hollandse bakfietsmoeder.

Buurtzorg zit in de Niasstraat en die komt uit op een plein met veel groen. Het is een voormalig winkelpand. Aan de ene kant is een coffeeshop, aan de andere kant een café. Als je de deur opendoet val je letterlijk met de deur in huis. Het is eigenlijk de vroegere winkel. ‘Daar is onze gast’ zegt Rinkje Sorgdrager. Niesje Snijder voegt zich bij haar.

Het pand van Buurtzorg is een klassieke 19^e-eeuwse stadswoning. Achterin een klein keukentje. De deurposten zijn met kobaltblauwe verf geschilderd. Naast het keukentje is een doucheruimte met een granieten vloer. ‘Dit is onze verbandkamer’, grapt Rinkje. En ze vervolgt: ‘We hebben een illegaal met een wond, die hier wordt verzorgd. Soms doucht hij hier ook’. We gaan in een kleine kamer zitten met tafel en drie stoelen. Er staan nog meer bureaus. De ronde gaskachel brandt.

Van thuiszorg naar Buurtzorg

Niesje Snijder heeft geschiedenis gestudeerd en is op latere leeftijd verpleegkundige geworden. Ze heeft de HBOV gedaan en daarna de MGZ-opleiding. Ze werkte een aantal jaren bij Amsterdam Thuiszorg en stapte drie jaar geleden over naar Buurtzorg. Zij hoort bij het team van Amsterdam Centrum, waar ook een stukje Amsterdam Oost bij zit.

Rinkje Sorgdrager begon als ziekenverzorgende, deed daarna de A-opleiding, vervolgens de MGZ-opleiding en werkte jarenlang als wijkverpleegkundige, ook bij Amsterdam Thuiszorg. Ze was één van de initiatiefnemers van Buurtzorg Oost en heeft het team vanaf het begin opgebouwd. Het was het tweede Buurtzorgteam in Amsterdam.

Rinkje: ‘Amsterdam Thuiszorg was zo groot geworden en er gebeurden allerlei rare dingen waar ik grote moeite mee had. Een collega van mij begon in Amsterdam met het eerste Buurtzorgteam in Amsterdam Zuid. Dat hebben we allemaal met argusogen gevolgd. Er was een tijdje later een bijeenkomst in een buurthuis, waar Jos de Blok sprak samen met onze vroegere collega. Toen heb ik besloten de stap te wagen, samen met nog twee collega’s. We zijn bij mij thuis gaan praten, aan de keukentafel dus. En na een tijdje hebben we dit pand gehuurd. Zo zijn we begonnen. Niesje volgde even later met een derde team in het centrum. Nu zijn er 10 Buurtzorgteams in Amsterdam’.

Werken bij Buurtzorg

Hèt kenmerk van Buurtzorg is de kleinschaligheid. Gestreefd wordt naar teams van hooguit twaalf fte in een gebied van 12.000 tot 15.000 inwoners. Dit resulteert in gemiddeld 60 tot 80 cliënten en dat is een schaal waarop medewerkers elkaars cliënten kennen en ook zicht kunnen houden op de buurt. Als er teveel cliënten komen en het team te groot wordt, wordt het team gesplitst.

Verpleegkundigen en verzorgenden die bij Buurtzorg werken zien hun functie als generalistisch en contextgebonden. Leidend is de visie op zorg van Buurtzorg. Die begint met het expliciteren van een mensvisie. Zorginhoudelijke gedragsregels staan voorop, niet functies en taken. Deze regels zijn:

- contextgericht werken;
- relatiegericht werken;
- uitgaan van de behoefte en beleving van de cliënt;
- streven naar zelfredzaamheid en zorgonafhankelijkheid.



De zorginhoud stuurt de organisatie. De zorg is buurtgericht en teamgericht georganiseerd. Generalisme is het vertrekpunt; aanwezige expertise, bekwaamheid en bevoegdheid van het team is leidend bij het aannemen van cliënten. Buurtzorg levert de 'zorgproducten' verpleging, verzorging en begeleiding.

Bij Buurtzorg werken geen managers, geen intakers, geen staffunctionarissen. Het team kent ook geen leidinggevende. Men kent alleen de functies van (wijk)verpleegkundige en (wijk)ziekenverzorgende wier taken voortvloeien uit de zorgvraag van de cliënt. Besluitvorming vindt plaats op basis van consensus. Teams worden ondersteund door

een regiocoach, die geen hiërarchische, maar een ondersteunende positie heeft.

Het team bepaalt zelf of ze de zorg kunnen leveren die aangevraagd wordt, ze zijn ook vrij om een cliënt niet in zorg te nemen, afhankelijk van de kwalitatieve en kwantitatieve personele bezetting. Aanmelding gebeurt meestal rechtstreeks door een huisarts of door een ziekenhuis. Omdat het team buurtgebonden werkt, moet de cliënt in het eigen werkgebied wonen. Buurtzorg besteedt zorg aan 'wat er speelt in de buurt', zowel op het gebied van wonen als gezondheid en welzijn. Bij hen heet dat 'eerst buurten en dan zorgen'. Met name aan de relatie met de voornaamste verwijzers – de huisartsen – wordt veel aandacht besteed.

Project Kwetsbare Ouderen

Rinkje en Niesje waren projectleiders van het project Kwetsbare Ouderen. Rinkje: 'Dit project is door Buurtzorg binnengehaald en wij hebben het uitgevoerd. Het was een project van de verzekeraars met als insteek dat als je ouderen thuis bezoekt, je misschien kunt voorkomen dat ze eerder een beroep moeten doen op de duurdere specialistische ziekenhuiszorg doordat je tijdig maatregelen neemt. De ouderen moesten een vragenlijst invullen. Aan de hand daarvan kon je een score berekenen en boven een bepaalde score was er sprake van kwetsbaarheid. Die kwetsbare ouderen zouden door ons bezocht worden.

Wij hebben toen allebei een huisarts gezocht met wie we prettig samenwerkten en gevraagd of deze mee wilde werken aan het onderzoek. De vragenlijsten werden verstuurd naar de ouderen in hun praktijken. Bij mij waren dat de 70-plussers en in de wijk van Niesje de 75-plussers. In het begin dacht ik: dat lukt die oude mensen nooit om die lijsten in te vullen. Dus de eerste lijsten vulde ik samen met hen in. Maar dat was gewoon te intensief, dus heb ik ze maar gauw verstuurd. Het viel me honderd procent mee hoeveel lijsten ik terugkreeg. Van de 250 vragenlijsten kreeg ik binnen een week zo'n driekwart ingevuld terug, dus pakweg 180.

Daar kwamen 60 mogelijk kwetsbare ouderen uit en die hebben we bezocht. Ik niet alleen hoor, maar meerdere collega's.

Een probleem dat vaak genoemd werd was eenzaamheid. Maar als je de suggestie gaf om naar een dagopvang of een clubje te gaan, dan wilden de mensen dat niet. Ze missen vooral een maatje om dingen samen mee te doen. Uiteindelijk waren er maar tien mensen waar echt iets mee aan de hand was en waar we wat adviesjes konden geven. Bijvoorbeeld als ze een hoge bloeddruk hadden, slecht zagen of gehoorproblemen hadden. Niet echt heftige dingen en ze waren meestal ook al bekend bij de huisarts. Zij is een goede huisarts en kent ook haar kwetsbare patiënten. Eén situatie was haar niet bekend. Dat was een oude, hindoestaanse vrouw die gemept werd door haar zoon. Daar hebben we actie op ondernomen.'

De ervaringen van Niesje komen overeen met die van Rinkje. Zij deed het onderzoek in een andere huisartsenpraktijk, samen met de daar werkzame nurse practitioner Ouderenzorg. In haar onderzoek werden alleen de 75-plussers benaderd. Ook in deze praktijk was de respons op de vragenlijst goed. Ruim driekwart van de ouderen stuurde de lijst terug en er werden ongeveer vijftig ouderen bezocht. De nurse practitioner kende veel ouderen en uit de bezoeken kwamen ook niet veel onbekende problemen.

Volgens beide verpleegkundigen had dit ook wel te maken met de opzet. Het waren in hun ogen goed lopende huisartsenpraktijken die waarschijnlijk niet representatief zijn voor alle huisartsenpraktijken in de buurt. Bovendien bestaat de kans dat de kwetsbare patiënten, die de lijst niet invulden en terugstuurden, met deze opzet gemist zijn. De verzamelde gegevens moeten nog geanalyseerd worden door de zorgverzekeraar. Er is nog geen eindrapportage.

Buurtzorgfilosofie

Rinkje: 'De filosofie van Buurtzorg is werken in kleine teams, zodat je jouw cliënten en de buurt kent. Wij hebben nu zo'n 80 cliënten. Die kennen we ook allemaal, al is het maar van naam. Dus als mevrouw Jansen belt, dan weet ik wel wie dat is en ook of ik dan direct in actie moet komen of niet. We hebben een gemixt team, veertien personen, twaalf fte. Met verschillende achtergronden: wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen en ziekenverzorgenden. We zijn zelfsturend, dus geen hoofd of manager boven ons. We zijn generalistisch en proberen te voorzien in de zorgbehoeften die vanuit de huisartsen en vanuit de buurt op ons af komen.'

We willen wel graag dat er een verpleegkundige indicatie is, want als we alleen chronische en langdurige zorg hebben dan is er geen ruimte meer voor tijdelijke cliënten. Bovendien krijgen we dan ook te weinig geld binnen want we hebben natuurlijk meer verpleegkundigen dan de andere organisaties. We proberen zoveel mogelijk continuïteit te bieden in persoon. Dus als iemand wondverzorging en hulp nodig heeft bij de wasbeurt, wordt dat allebei door de verpleegkundige gedaan. De verhouding is nu ongeveer 40% chronische zorg en 60% kortdurende zorg'.

Niesje: 'Ons team is wat kleiner, en dat geldt ook voor ons cliëntenbestand. We werken met zeven fte. Het aantal verpleegkundigen is op dit moment wat laag vanwege ziekte en dat heeft tot gevolg dat ik relatief vaak bereikbaarheidsdienst heb. Dat is nu even lastig, ja.'

In beide teams is het cliëntenbestand gevarieerd. Er zijn veel verschillende nationaliteiten, van Russen tot Japanners. Een deel van het Centrumgebied en een deel van Amsterdam Oost wordt bewoond door relatief jonge, vaak internationale, hoogopgeleide professionals. Echte Yuppen-buurtten, waar toch regelmatig zorg wordt verleend. Vaak is dat palliatief-terminale zorg bij kanker. Verder zijn er volksbuurtten met veel oudere



Rinkje Sorgdrager

Amsterdammers en buurten met eerste generatie immigranten – met name van Turkse en Marokkaanse afkomst – en hun kinderen. Bij deze eerste generatie immigranten zitten veel ouderen die nooit goed Nederlands hebben leren spreken en de weg naar de hulpverlening moeilijk vinden.

Dementie

Rinkje is nauw betrokken bij de dementiezorgketen in Amsterdam Oost. Het is een coalitie van verschillende zorgaanbieders, waaronder het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Cordaan, Osira, het Flevohuis, Buurtzorg en de ouderenadviseurs van de gemeente. Er is een meldpunt in het OLVG. Iedere organisatie levert één of meer casemanagers. Het meldpunt wijst de casemanager toe. Wie er wordt toegewezen hangt af van welke discipline of organisatie al bij de cliënt betrokken is. Als de ouderenadviseur er al komt, wordt deze de casemanager. Is het een wijkverpleegkundige van Buurtzorg of van Cordaan, dan komt die. Ook praktijkondersteuners bij de huisarts kunnen casemanager zijn.

Rinkje is casemanager voor cliënten die lijden aan dementie en die al bij haar in zorg waren. Ze krijgt ook rechtstreeks cliënten aangemeld via de huisarts. Sinds kort heeft ze een cliënt die nog nergens in zorg was. Bij deze cliënt heeft ze een wijkverpleegkundige van Buurtzorg ingezet. Dat betekent dat zij eigenlijk het casemanagement moet overdragen aan die collega. Dat vindt ze nu toch wel moeilijk. Niesje vertelt van een cliënt die bij haar in zorg was en die nu een casemanager van een andere organisatie toegewezen heeft gekregen.

Kortom: het loopt nog niet zoals gewenst. Zowel Niesje als Rinkje zijn van mening dat casemanagement een onderdeel is van de normale zorg, een rol zoals zij het noemen. 'Alle rollen worden gevoed vanuit het zorgverlenerschap', zegt Rinkje. Degene die regelmatig als zorgverlener over de vloer komt heeft het beste overzicht. Die ziet wat er wel of niet in de koelkast staat en hoe de planten erbij staan'.

Samenwerking

Rinkje: 'We hebben vooral geïnvesteerd in de samenwerking met de huisartsen. Toen we net begonnen hebben we alle huisartsen een geplastificeerd kaartje bezorgd met onze namen en ons telefoonnummer. De meesten kenden wij al van Amsterdam Thuiszorg. Omdat we altijd bereikbaar zijn, weten de huisartsen ons goed te vinden. Ze kunnen rechtstreeks met ons overleggen, we beslissen zelf of we de cliënt in zorg kunnen nemen en we regelen zelf de indicaties. We werken samen met huisartsen, praktijkondersteuners, nurse practitioners, fysiotherapeuten, logopedisten, diëtisten en transferverpleegkundigen. Wie er maar betrokken is bij de cliënt. Maar toch het meest met de huisartsen, want daar werk je altijd mee samen. Vergeet ook de doktersassistentes niet. Daar moet je vriendjes mee zijn, want die zijn nogal geneigd om de huisarts af te schermen'.

Niesje vertelt dat ze ook naar verschillende buurtoverleggen gaan. Zo is er 'Het Huis van de Buurt', een initiatief van de gemeente (stadsdeel Oost). Alle welzijnsinstellingen komen eens in de zes weken bij elkaar en spreken de zaken door die in de buurt spelen. Niesje vertegenwoordigt hier de gezondheidstak.

Incidenteel worden zorgplannen multidisciplinair besproken. 'Dat zou wel vaker kunnen', zegt Rinkje. Maar er zijn ook lunchbijeenkomsten over en weer. De ene keer komen de huisartsen lunchen bij Buurtzorg en de andere keer zijn de buurtzorgmedewerkers te gast bij de huisartsen. Bij deze lunchbijeenkomsten praten ze elkaar bij over cliënten en andere zaken die voor beide partijen belangrijk kunnen zijn.

Competenties

Zowel Rinkje als Niesje volgen de opleiding casemanagement in het kader van de ketenzorg voor mensen met dementie bij Hogeschool Inholland in Amsterdam. Ze vinden dat ze er niet veel nieuws leren. Het is meer opfrissen van kennis die ze al eerder in de MGZ-opleiding kregen. 'Casemanagement heette vroeger

zorgcoördinatie en dat kon je gewoon aanvragen als zorgproduct van de wijkverpleegkundige', zegt Rinkje. Niesje is het daar niet helemaal mee eens. Volgens haar is casemanagement meer dan alleen coördinatie. 'Je moet toch vooral die mantelzorger op de been houden'.

Wel vinden beiden dat er meer kennis nodig is over dementie. Vooral over de beginfase. Dat is een fase die de meeste verpleegkundigen niet kennen, omdat mensen in die fase nog geen verpleegkundige zorg nodig hebben. 'Maar ja', zegt Rinkje, 'dat heb je met zoveel ziekten. In oncologie, diabetes, palliatieve zorg en wondzorg moet je je ook verdiepen. Je kunt nou eenmaal niet alles weten. Dat is dus ook zo bij dementie en bij ouderenzorg in het algemeen. Je moet de basis kennen, binnen het team kan iemand zich erop toeleggen en anders consulteer je buiten het team'.

Tot slot

Buurtzorgteams zijn geworteld in de buurt waar ze werken. Daar staat hun pand dat ze zelf uitkiezen, huren en onderhouden. Ze werken samen met de lokale zorgaanbieders, met name de huisartsen. Ze zoeken bewust contacten in de buurt op, zoals bijeenkomsten met andere instellingen. De zorgvraag van de cliënt is leidend voor de samenwerkingsrelaties die ze zoeken. Oftewel: heeft de cliënt een fysiotherapeut en is overleg gewenst dan zoeken ze die op.

Er zijn geen structurele zorgplanbesprekingen rondom een cliënt. Alleen als er wat te bespreken valt organiseert de verpleegkundige een bespreking. Er is frequent informeel overleg met de huisartsen door middel van gezamenlijke lunchbesprekingen. Soms zijn er teamoverstijgende overleggen. Bijvoorbeeld een vertegenwoordiging van Buurtzorg in het Stedelijk overleg van de dementiezorgketen.

Competenties voor wijkverpleegkundigen bij Buurtzorg

Zorg voor ouderen en casemanagement voor mensen met dementie vereisen volgens de geïnterviewden in principe geen nieuwe of andere competenties dan al via de opleiding voor wijkverpleegkundige en in de praktijk verworven zijn.

Uitstekende communicatieve vaardigheden zijn vanzelfsprekende competenties voor wijkverpleegkundigen. Erkend wordt dat er wel extra kennis en vaardigheid nodig kan zijn over het ziektebeeld of over manieren van onderzoek doen, zoals het afnemen van specifieke meetinstrumenten. Bijvoorbeeld de Mini Mental Status Evaluation, de MMSE.

Benodigde competenties kunnen in de praktijk geleerd worden en via gerichte bij- en nascholing. Als dat nodig is kan een teamlid zich toeleggen op een bepaald aandachtsgebied, zoals oncologie, wondzorg, palliatieve zorg of ouderenzorg. Competenties, specifiek voor buurtzorgverpleegkundigen zijn: initiatief, zelfstandigheid, ondernemersvaardigheden en creativiteit. Dit in verband met het zelfsturend zijn van het team.

Succesfactoren

- goede relaties met verwijzers, in het bijzonder huisartsen
- goede inbedding in de buurt, overzichtelijk werkgebied
- geavanceerd en ondersteunend intranet (Buurtzorgweb) met eenvoudige registratie
- consequent en congruent uitgewerkte zorgvisie en bedrijfsfilosofie (de Buurtzorgfilosofie)
- door generalistische werkwijze en flexibiliteit (meebewegen met de zorgvraag) minder kwetsbaar dan 'smalle' functies en organisaties

Faalfactoren

- door de kleinschaligheid en buurtgebondenheid is er risico op isolatie van Buurtzorgteams
- kleinschaligheid maakt kwetsbaar, vooral bij langdurige uitval van het personeel door ziekte
- vanwege kleinschaligheid en buurtgebondenheid is het moeilijk voor Buurtzorg om de organisatie op buurtoverstijgende niveaus te vertegenwoordigen; hierdoor kan informatie gemist worden en kunnen kansen blijven liggen

Situatieschets

Verpleeghuis Camillus behoort tot 'De Zorggroep', een organisatie die in 2008 is ontstaan door fusie van Thuiszorg Midden-Limburg, Stichting Land van Gelre en Gulick en Zorggroep Noord-Limburg. In totaal heeft 'De Zorggroep' 54 intramurale locaties in Noord- en Midden-Limburg met in totaal bijna 9.000 medewerkers (4835 fte), 2.800 intramurale cliënten en 2.700 vrijwilligers.

Visie op ouderenzorg

Op de PG-dagbehandeling wordt gewerkt volgens de visie van de geïntegreerde, belevingsgerichte zorg. Hierbij worden elementen van de verschillende belevingsgerichte behandelings- en begeleidingsmethoden (warme zorg, ROT, Validation) in de dagelijkse zorg geïntegreerd. Dit is afhankelijk van de individuele mogelijkheden en behoeften van de bewoners/cliënten, oftewel zorg-op-maat. Hoewel belevingsgerichte zorg ook van belang is voor somatische cliënten, ligt het accent bij hen meer op het stimuleren van zelfredzaamheid en zorgonafhankelijkheid. Via cliëntenenquêtees wordt regelmatig gevraagd wat cliënten willen en hier wordt ook actie op ondernomen.

Op verzoek van de cliënten werden 'aanschuifactiviteiten' ontwikkeld. Dit zijn activiteiten die geen formeel begin of eind kennen, zoals bijvoorbeeld sjoelen of bewegingsspelletjes. Deze activiteiten zijn geschikt om 'tussen de therapieën door' te doen.

Individueel wordt met iedere cliënt een zorgplan besproken en wordt zoveel mogelijk tegemoet gekomen aan de wensen van de cliënt. In die zin is de zorg zorgvraaggericht. Er zijn ook organisatorische beperkingen. Zo is er elke maandag een aparte groep voor mensen met de ziekte van Parkinson. Als de cliënt in kwestie aan deze groep wil deelnemen, dan kan dat ook alleen op maandag.

Cliënten en zorgvragen

Dagbehandeling Delta kent verschillende vormen van dagbehandeling. Er zijn 30 plaatsen voor psychogeriatric. Hiervan maken 40 cliënten gebruik. Verder zijn er 50 somatische behandelplaatsen. Deze worden gebruikt door 55 cliënten. Dan zijn er nog 18 plaatsen voor dagverzorging en 8 plaatsen voor de zogenaamde ROB-groep.

De ROB-groep staat voor Realiteits Oriëntatie Begeleiding. Het is een gestructureerde groep voor mensen met lichtere vormen van dementie en andere geheugenstoornissen. De PG-groep is voor

mensen met gevorderde dementie. Voor hen is de ROB-groep te hoog gegrepen. Zij hebben baat bij een voorspelbaar dagprogramma met veel rust en overzichtelijkheid.

Het programma voor de PG-groep kan zeven dagen per week geboden worden. Traditionele tijden zijn van 9.00 – 16.00. Avondzorg is van 12.00 tot 20.00 met twee maaltijden. Nachtzorg loopt van 17.30 tot 9.00 inclusief hulp bij het naar bed gaan en bij het opstaan.

De avondzorg wordt geleverd door de medewerkers van de dagbehandeling. Er kunnen 4 cliënten blijven slapen. Deze slapen op de aangrenzende PG-verblijfsafdeling. Medewerkers van deze afdeling houden 's nachts toezicht. De volgende ochtend helpen de medewerkers van de dagbehandeling de mensen weer met wassen en aankleden. Cliënten kunnen ook in het weekend komen. Het is ook mogelijk om een half dagdeel te komen, bijvoorbeeld alleen een middag.

De belangrijkste reden voor dagbehandeling – in alle soorten en maten – is ontlasting van de mantelzorg. Bij de somatische cliënten is ook de geboden therapie een indicatie, zoals ergotherapie en fysiotherapie na bijvoorbeeld een heupfractuur. Revalidanten hebben doorgaans al een verblijf gehad op de revalidatieafdeling. Ze komen zelden direct van huis of vanuit het ziekenhuis voor een revalidatietraject.

Teamleider

De functie van de teamleider is algemeen leidend. Zij is geen manager op afstand, maar zij is dichtbij de werkvloer en betrokken bij de medewerkers. Zij doet veel aan PR voor de afdeling en krijgt daarvoor de ruimte van het management. Zij levert input over de verschillende arrangementen aan de onderhandelaars van de instelling voor hun overleg met het zorgkantoor.

De verschillende vormen van dagbehandeling 'draaien' op verzorgenden en activiteitenbegeleiders. De therapeuten hebben hun eigen schema's en afspraken. Hun therapieën vinden tussen de bedrijven door plaats.

Contactverzorgenden

Contactverzorgenden onderhouden de contacten met de familie. Dit gaat ook vaak tussen de bedrijven door en beperkt zich zeker niet tot de formele zorgplanbesprekingen.

3 Werken met hoofd, hart en handen

Teamleider dag-, avond- en nachtbehandeling bij verpleeghuis Camillus in Roermond

De PG-dagbehandeling van verpleeghuis Camillus in Roermond was genomineerd voor de innovatieprijs van het Landelijke Expertisecentrum Verpleging en Verzorging 2010. Om mantelzorgers een idee te geven wat er op een dag gebeurde maakten medewerkers foto's op de dagbehandeling en gaven die mee aan de mantelzorger. Maar de PG-dagbehandeling doet veel meer dan alleen dagbehandeling. Onder leiding van Liesbeth Rietveld worden 120 thuiswonende ouderen ondersteund met wat men in Camillus deeltijdzorg noemt.

Meneer Op 't Veld zit fris gewassen aan het ontbijt in de huiskamer van Delta, de dag-, avond- en nachtbehandeling van Camillus. Het regent, maar dat mag de pret niet drukken want Ans is terug van vakantie. Ans van Herten werkt al acht jaar op deze afdeling. Voor die tijd werkte ze 25 jaar in het restaurant en aan de bar, maar nu is ze gastvrouw in de huiskamer.

Ans verzorgt 's ochtends het ontbijt voor de mensen die 's nachts blijven slapen, daarna ontvangt ze de mensen die de dagbehandeling bezoeken. 'We beginnen met een kopje koffie en een stukje fruit schillen. Ik onderneem vaak kook- en bakactiviteiten. En kaarten niet te vergeten. Iedere ochtend lezen we samen de krant en dan lezen we welke kindjes er geboren zijn en wat voor namen ze hebben. Je ziet vaak nieuwe namen en dan bedenken we er samen ook nog een paar'.

Meneer Op 't Veld is al bijna twee jaar 'op' Delta, hij gaat er iedere nacht slapen. Overdag is hij thuis, vanaf een uur of negen en om half zes wordt hij opgehaald. Meestal met een taxi, soms een echt luxe auto, laatst een splinternieuwe Mercedes. Hij: 'Mijn vrouw en kinderen hebben geregeld dat ik hier naar toe kon. Mijn vrouw kwam niet meer aan haar rust toe, ze was steeds wakker 's nachts. Als ik thuiskom heeft ze de koffie klaar en dan praten we wat'.

Hoofd, hart en handen

Het bovenstaande fragment komt uit de rubriek 'Werken met hoofd, hart en handen', die elke twee weken verschijnt in het huis-aan-huis-blad van Roermond, de Trompetter. Het wordt geschreven door Liesbeth Rietveld, hoofd van Delta. Ze wil hiermee bijdragen aan een positieve beeldvorming over het verpleeghuis, want, zo zegt ze, 'Er gebeuren gewoon heel veel goede en leuke dingen in het verpleeghuis. Bovendien wordt de rubriek weer gebruikt in ons instellingsblad dus het heeft een dubbele functie, zowel naar buiten als naar binnen toe. Ik geef steeds een portret van een medewerker samen met een bewoner. Het gaat over Camillus en niet alleen over mijn afdeling. Weet je, je leert er zelf ook een hoop van. Zo leer ik de kapster kennen en de chauffeurs van het busje. Ieder heeft zijn eigen verhaal. En zowel de medewerkers als de bewoners vinden het leuk om op die manier in de kijker gezet te worden'.

Verpleeghuis Camillus is gelegen aan de rand van Roermond. Het is geopend in 1973 en een voortzetting van een verpleeghuis met vijftien bedden dat door de paters Camillianen is opgezet. De Camillianen behoren tot een religieuze orde en richten zich op ziekenzorg. Het oorspronkelijke verpleeghuis staat er nog steeds en er wonen nog vier religieuzen in het gebouw. Op het uitgestrekte, parkachtige terrein staan verschillende gebouwen, zoals het verpleeghuis, maar ook een hospice, een kinderdagverblijf en het kasteel Schöndelen.



Liesbeth Rietveld (li) en Ria Vossen (re)

Het interview vindt plaats in het kantoor van Liesbeth die vergezeld wordt door Ria Vossen. Ria is verzorgende IG. Ze werkt al meer dan twintig jaar in Camillus. Haar functie op de dagbehandeling is coördinator zorg en diensten (cozodi). Omdat dit voor buitenstaanders onbegrijpelijk jargon is, verduidelijkt ze dat ze contactverzorgende is. Dat houdt in dat zij het contact onderhoudt met de familie van een aantal aan haar toegewezen cliënten. Ze bespreekt twee keer per jaar het zorgplan met hen en zo nodig neemt ze vaker contact met hen op. Op hun beurt weten familieleden ook haar te vinden als ze iets kwijt moeten over degene die de dagbehandeling bezoekt. Aan dit alles heeft ze geen dagtaak. Haar voornaamste werk is

het begeleiden van activiteiten op de dagbehandeling, vooral bij de somatische cliënten.

Liesbeth Rietveld werkt als teamleider van de dagbehandeling. 'Ja, vroeger heette het afdelingshoofd, maar goed, de titels van functies veranderen voortdurend', lacht ze. Ze heeft de HBOV gedaan en werkte in verschillende managementfuncties. Begin jaren negentig deed ze de studie sociale gerontologie bij de Vrije Universiteit in Amsterdam. Achteraf beschouwt ze het als gekkenwerk, dat ze dat toen naast werk en gezin deed, maar ze voelt zich er wel door gevormd. Ze was een aantal jaren stafmedewerker bij de Raad van Bestuur van Camillus. Sinds drie jaar is zij hoofd van de dagbehandeling en geeft ze leiding aan 25 medewerkers. De dagbehandeling bestaat uit een afdeling psychogeriatric, een afdeling somatiek en een dagverzorging. In totaal bedient de afdeling 120 thuiswonende cliënten.

Cliënten

De dagbehandeling is er voor zowel somatische cliënten als cliënten met allerlei vormen van dementie. Er worden verschillende programma's aangeboden. Zo is er op maandag een speciale groep voor mensen met de ziekte van Parkinson. Ria: 'Dat is toch een beetje een aparte groep. Doordat ze zich niet altijd goed en snel kunnen uiten, denken mensen vaak dat ze de dingen niet goed begrijpen. En bij sommigen zie je inderdaad ook een vorm van dementie optreden. Maar met geduld en duidelijk praten kom je een heel eind en merk je dat er veel in ze omgaat'.

Ook is er een speciale groep voor Realiteits Oriëntatie Begeleiding, afgekort de ROB-groep. 'We mogen het geen Realiteits Oriëntatie Training noemen omdat we geen officiële trainers zijn', zegt Ria. Maar we doen hetzelfde: we trainen het geheugen op allerlei manieren.

Sinds kort doen ze ook geheugentraining voor somatische cliënten. Uit een cliëntenonderzoek kwam naar voren dat somatische cliënten dat ook graag wilden. Ook was er veel animo voor werken met de computer. 'Mensen vinden dat heel leuk en zijn trots als ze kunnen e-mailen met hun kleinkinderen'.

Dagbehandeling als wachtkamer

Er is geen wachtlijst voor de dagbehandeling. Het kost zelfs moeite om de plekken gevuld te krijgen. Dit ondanks de grote variatie in mogelijkheden die er zijn. Eigenlijk is er 365 dagen per jaar een begeleidings-

programma voor mensen met dementie. Bovendien is er voor de PG-cliënten mogelijkheid voor avondzorg, nachtzorg en weekendzorg.

Eén van de redenen dat er genoeg plaats is, is de vergrote doorstroming naar nieuwe PG-voorzieningen in de buurt. Een paar jaar geleden was de nood zo hoog in deze regio dat er besloten is wel vijftig bedden bij te bouwen. Liesbeth: 'In de praktijk zie je dat mensen even tijd nodig hebben om te wennen aan de dagbehandeling. Dat geldt ook voor de mantelzorgers. Het duurt even voordat iedereen weer zijn evenwicht heeft gevonden. Dan pas gaan de mantelzorgers ook ervaren dat het een lastenverlichting is. Nu zie je dat die tijd er eigenlijk niet is en dat ze gelijk doorstromen naar de permanente plaatsen. En dan zie je ook dat veel cliënten dat niet aankunnen en al gauw overlijden, na zo'n overplaatsing. Ik waarschuw mantelzorgers daar ook voor, dat dat kan gebeuren. Ik hoop maar dat ze zich dan niet schuldig gaan voelen. Maar ik denk dat het wel te maken heeft met de stress die zo'n verandering met zich meebrengt voor een cliënt. En met persoonlijke aandacht.

Hier op de dagbehandeling heeft ieder zijn vaste plekje en ritme, er is vast personeel en een voorspelbare benadering. Cliënten komen hier voor een dagactiviteit. Op een verblijfsafdeling is gewoon veel minder personeel om aandacht te geven. De nadruk ligt op de verzorging. Er is daar veel meer onrust en wisseling'.

Taken en functies

Op de dagbehandeling werken verzorgenden, activiteitenbegeleiders, gastvrouwen en vrijwilligers. Er zijn ook altijd stagiaires van verschillende opleidingen. Opleidingen voor verzorgenden, maar ook voor sociaal pedagogisch werk. Verder werken er artsen en paramedische disciplines. Er worden productieafspraken gemaakt met het zorgkantoor. Met name Liesbeth zet zich in voor meer bekendheid van de dagbehandeling. Daarom schrijft ze een column voor het plaatselijke blad met portretten van medewerkers en cliënten. Ook presenteert de dagbehandeling zich op zorgmarkten, bij opleidingen en bij voorlichtingen over hulpverlening.

Dagbehandeling is een moeilijk 'product'. Mensen hebben er weinig voorstelling van. Door meer bekendheid te geven hoopt Liesbeth de drempel te verlagen voor potentiële cliënten. Met flexibilisering van de tijden is zij tegemoet gekomen aan de wensen van de mantelzorgers. Het project 'Ik heb niets gedaan vandaag' is ook voortgekomen uit de praktijk. Vaak vertelden cliënten van de PG-dagbehandeling 'dat ze niets hadden gedaan'. Dit tot teleurstelling van de mantelzorgers. Natuurlijk hadden ze wel wat gedaan, alleen konden ze dat door hun geheugenprobleem niet meer vertellen. Met het maken van digitale foto's, die ter plekke worden afgedrukt en meegegeven, wordt het thuisfront op de hoogte gehouden. Een beeld zegt gewoon meer dan duizend woorden.

Op grond van deze ervaringen is Liesbeth alweer met het volgende project bezig: een documentaire over de dagbehandeling om te laten zien aan verwijzers en potentiële cliënten. Dit project heeft een dubbel effect. 'De mensen vinden het leuk als de televisieploeg weer komt, dus we hebben gelijk een activiteit', zegt Liesbeth.

Het benodigde geld is beschikbaar gesteld door het management van Camillus. Ook die zijn er door Liesbeth van overtuigd dat 'onbekend onbemind' maakt en dat een documentaire kan helpen om de drempel naar de dagbehandeling te verlagen.

Samenwerking en scholing

Er wordt met veel disciplines samengewerkt, zowel intern als extern. Twee keer per week is er een multidisciplinair overleg waar iedere keer drie cliënten worden besproken. Het overleg wordt voorgezeten door Liesbeth of Ria. Deelnemers zijn zowel de interne disciplines (fysiotherapie, ergotherapie, artsen, activiteitenbegeleiders) als de externe disciplines zoals thuiszorg en RIAGG. Het contact met de huisarts loopt meestal via de cliënt en diens familie of via de verpleeghuisarts.

Liesbeth: 'De samenwerking in het team is belangrijk, de sfeer is belangrijk. Ik ben dol op het team en zij op mij: dat werkt naar twee kanten toe en is heel stimulerend. Als ik zie hoe iedereen er dan weer de schouders

onder zet, dan ben ik gewoon heel trots op ze. Ze stimuleren elkaar en geven elkaar ook goede feedback. Dat is eigenlijk heel on-Limburgs. Laatst had ik een functioneringsgesprek met onze oudste medewerker, die is 62 jaar. Zegt ze: 'Ik wil nog wel een nieuwe uitdaging'. Dat is toch geweldig. En als er dan weer gepraat wordt over bezuinigingen en dat er personeel uit moet dan zegt ze: 'Als er iemand weg moet hoop ik niet dat ik dat ben'. We hebben geen moeite om personeel te vinden. Studenten die hier stage lopen, willen hier allemaal blijven werken. Wat scholing betreft: we hebben een training gehad in belevingsgerichte zorg. Een gemiste kans daarbij is dat die training alleen gericht was op het verzorgend, begeleidend en ondersteunend personeel. Niet op de artsen, therapeuten en andere paramedici. Maar dat heb ik me pas later gerealiseerd. Verder volgen we themadagen en cursussen als we denken dat die wat opleveren. We leren vooral van het werk zelf en van elkaar'.

Rondleiding

Inmiddels lopen we door het gebouw. Het is een oud gebouw, een traditioneel zeventiger jaren verpleeghuis. Toch is het met veel zorg aangekleed. Er hangen foto's aan de muur, er zijn hoekjes met kleine versieringen. Overall kun je naar binnen kijken. Er is veel levendigheid. Achter de gesloten deuren van de PG-afdelingen



Echtpaar op bankje van de PG-afdeling van Camillus

hangen levensgrote muurschilderingen. Een ervan met spelende kinderen op een schoolplein. Liesbeth vertelt dat de bewoners de kinderen op de muur vaak aaien. Aan het eind van de gang zit een echtpaar, innig naast elkaar op een bankje. Achter hen het beeld van een landschap, met koeien en paarden. Liesbeth stelt zich voor. De man herkent haar naam: 'Dan bent u degene die altijd in de krant schrijft over hoofd, hart en handen', roept hij uit. Het maakt het wat gemakkelijker om toestemming te krijgen voor het maken van een foto. Met de belofte dat zij er ook een afdruk van krijgen.

Competenties

De meeste medewerkers op de dagbehandeling zijn verzorgenden IG (niveau 3). Competenties die ze nodig hebben zijn het kunnen bieden van lichamelijke verzorging, toedienen van medicatie, helpen bij incontinentie, goed kunnen luisteren en vooral heel goed kunnen communiceren. Coördinatoren zorg en dienstverlening – de contactverzorgenden – volgen een aparte cursus, juist met het oog op dat coördineren en communiceren.

Verzorgenden die op de dagbehandeling werken hebben andere competenties nodig dan die op de woonafdelingen. Zij moeten in staat zijn om rust te nemen, het prettig vinden om met mensen te praten en zich in hun situatie te verdiepen. Aandacht hebben voor mensen, tijd nemen voor mensen. Doen ze dat niet, dan blijven cliënten weg. Echte doeners onder de verzorgenden zullen zich niet op hun plaats voelen op de dagbehandeling.

En dan zijn er de natuurtalenten. Liesbeth: 'Wij hebben een gastvrouw, Ans. Werkt al 25 jaar bij Camillus en nu acht jaar bij ons. Die vrouw doet het zo geweldig, dat is echt een gouden kracht. Maar zonder specifieke opleiding. Zij zorgt ervoor dat iedereen zich op zijn gemak voelt en ze voelt haarfijn aan wat ze wel en wat ze niet moet doen. Zo leest ze iedere dag met de cliënten de krant. Ze beginnen op de achterpagina, bij de

familieberichten. En dan kijken ze welke namen de kinderen hebben die geboren zijn. Ans deed dat ook op de dag nadat Obama als eerste zwarte president was gekozen. En ik was verbaasd: waarom begon ze niet met dit nieuws? Tegelijkertijd besepte ik dat zij het enig juiste deed: Obama zegt die mensen niks, maar wie er in Postholt geboren is, dat zegt ze wel wat. Het lijkt er weleens op dat hoe meer je geschoold bent, hoe moeilijker het is om met mensen met dementie om te gaan. Al die kennis zit je eerder in de weg dan dat je er in de dagelijkse omgang iets mee hebt. Ans is een goed rolmodel voor stagiaires en leerlingen als je wilt zien en ervaren hoe je met mensen met dementie om moet gaan'.

Tot slot

Het bijzondere van deze dagbehandeling is het arsenaal aan respijtzorg dat zij hebben georganiseerd en de wijze waarop zij naar buiten treden. Ondanks de samenwerking met vele disciplines is er ook een gezamenlijke teamverantwoordelijkheid, waarbij de eindverantwoordelijkheid ligt bij de teamleider (Liesbeth Rietveld) en een ieder verder zijn of haar deelverantwoordelijkheid heeft. Bij het multidisciplinair overleg worden de werkzaamheden op elkaar afgestemd en zo nodig van elkaar overgenomen. In die zin is er sprake van een interdisciplinaire samenwerking.

Competenties voor de functie van teamleider

- open staan voor de ander, uitstekende communicatieve vaardigheden
- buiten je eigen vak/aandachtgebied durven en kunnen kijken
- zelf transparant zijn in wat je doet
- relativiseringsvermogen (veelal opgebouwd door praktijkervaring in andere velden van de zorg, meer contact met andere disciplines en door te werken in verschillende organisaties)

Competenties voor de functie van (contact)verzorgende

- leren hun woordje te doen door to the point te zijn met duidelijke probleem- en doelstelling
- coördinerend vermogen
- zelfvertrouwen hebben ten opzicht van de hoger opgeleiden
- goed kunnen luisteren en durven vragen
- gericht zijn op aanwezigheid, meer dan op doenerigheid
- goed kunnen communiceren, zowel naar disciplines toe als naar cliënt en mantelzorger toe
- vermogen zich af te stemmen op de cliënt, aanvoelen van stemmingen en hierop inspelen

Succesfactoren

- goed en voldoende gekwalificeerd personeel
- gemotiveerd en zich verantwoordelijk voelend personeel
- aanpassen van het aanbod op geleide van de vraag van cliënten
- continuïteit in teams, weinig personeelsverloop
- inspirerende, deskundige leidinggevende

Faalfactoren

- te weinig cliënten
- onzekere financiering
- concurrentie van andere aanbieders en particuliere initiatieven zoals zorgboerderijen

Situatieschets

Elst, in de provincie Utrecht, is een dorp met ongeveer 5000 inwoners, gelegen in een landelijke omgeving, net onder Veenendaal. In Elst is de Tabakshof gevestigd: de eerste locatie die met het Martha Flora concept werkt.

De Tabakshof kan beschouwd worden als een voorloper van de Martha Flora Huizen. Het is een omgeving waarin het concept wordt beproefd. Vergeleken met de geplande Martha Flora Huizen zijn de kamers in de Tabakshof kleiner. Dit komt doordat het oorspronkelijk gebouwd is voor 'traditioneel' kleinschalig wonen, met twee units van zes bewoners, twee huiskamers en een dagbehandeling. De huiskamers en kantoren zijn verbouwd tot de zogenoemde 'Meander', een aaneengeschaalde serie gemeenschappelijke ruimten met verschillende sferen en prikkelaanbod.

Martha Flora Huizen

Martha Flora Huizen staan voor een nieuw concept in de verblijfszorg voor mensen met dementie. Zij worden privaat - dus niet met overheidsgeld - gerealiseerd. Het zijn feitelijk particuliere zorg- en woonomgevingen. Om het merk 'Martha Flora' te mogen voeren moeten ze aan een aantal kenmerken voldoen, zowel qua inrichting als qua werkwijze.

Bewoners van de Tabakshof betalen per maand ongeveer € 2.700,00 voor het wonen en de voorzieningen, inclusief het extra personeel. Daarbovenop betalen zij eventueel een eigen bijdrage voor het 'zorggedeelte', oftewel het Volledig Pakket Thuis. De hoogte van de eigen bijdrage hangt af van de indicatie en van het inkomen en varieert tussen de € 300 en € 1.300 per maand.

Visie op ouderenzorg

Hoewel niet als zodanig geëxpliciteerd, streeft 'Martha Flora' naar vermaatschappelijking van de zorg voor mensen met dementie en past hiermee in de trend van het kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Veel initiatieven voor kleinschalig wonen bij dementie zetten in op een luxere of alternatieve woonomgeving. Martha Flora huizen zetten in op zowel betere zorg als beter wonen - inclusief meer privacy - voor de bewoner. Hierdoor is het mogelijk voor bewoners om familieleden in het eigen appartement te ontvangen, maar ook deel uit te maken van de woongemeenschap.

De omgeving is aangepast aan de beperkingen die dementie met zich meebrengt door het gebruik van licht en ruimte. Het leefklimaat, en daarmee het welzijn, wordt in hoge mate bepaald door de kwaliteit van de *relatie* met de medewerkers. De persoonlijke aandacht, die medewerkers kunnen geven, staat centraal. Daarbij is er ook nadrukkelijk aandacht voor het welzijn van de medewerkers en hun onderlinge relaties. Dit komt tot uiting in de personeelsbezetting en de geboden scholing en intervisie.

Cliënten en zorgvragen

Cliënten zijn oudere mensen met dementie in verschillende stadia. De behoefte aan ondersteuning bij de ADL en IADL wisselt. In een zorgplan wordt besproken welke zorg verleend gaat worden. Er is veel aandacht voor de levensloop en individuele voorkeuren van de cliënt.

Gastvrijheid staat hoog aangeschreven. De familie hoort erbij en wordt zoveel mogelijk deelgenoot gemaakt van het dagelijkse leven in de Tabakshof. Er zijn geen aparte bezoeken. Familie helpt, indien zij dat wenst, mee bij verzorging of recreatieve activiteiten. Cliënten mogen blijven wonen in de Tabakshof, ongeacht het stadium van hun ziekte.

Martha Flora medewerker

In de Tabakshof werken medewerkers met verschillende opleidingsachtergronden. Zij worden allen medewerkers Tabakshof genoemd. Medewerkers worden streng geselecteerd, ze krijgen een speciale opleiding en worden 'on the job' gecoacht.

In de praktijk is er geen onderscheid in werkzaamheden, behalve als bevoegdheid en bekwaamheid grenzen opleveren. Werkzaamheden zoals het verzorgen van de was, het inkopen van voedsel en het bereiden van de maaltijden worden door alle medewerkers verricht. Dat geldt ook voor het bieden van hulp bij de lichamelijke verzorging, inclusief toiletgang.

Alle medewerkers zijn verantwoordelijk voor een goed leefklimaat in de Tabakshof. De prioriteit ligt bij welzijn. De zorg, die verleend wordt, moet voldoen aan de normen van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Hierover wordt ook verantwoording afgelegd. Competenties - en niet de opleidingsachtergrond - zijn leidend voor Martha Flora medewerkers.

4 Het gedroomde verpleeghuis

Martha Flora medewerker in de Tabakshof te Elst

In 2005 verscheen het boek: 'In de wachtkamer van de dood' van Anne-Mei The. Het beschreef tot in detail de schrijnende toestanden in een verpleeghuis in de Randstad. De verpleeghuizen lieten Anne-Mei The niet meer los. Ze was getroffen door de goede wil, maar ook door de machteloosheid van de verzorgenden. Samen met zorgondernemer Marco Ouwehand ontwikkelde ze een nieuw zorgconcept: de Martha Flora huizen. Martha Flora is de naam van de moeder van Marco Ouwehand. Sinds zijn moeder de ziekte van Alzheimer kreeg, streeft hij ernaar de allerbeste zorg voor mensen met dementie gestalte te geven. De eerste locatie waar met het concept gewerkt wordt is de Tabakshof in Elst (Utrecht). Het werd geopend in september 2010.

Onder Veenendaal, aan de rivier de Rijn en nog net in de provincie Utrecht ligt Elst, een dorp met zo'n 5.000 inwoners. In de nieuwbouwwijk staat een gloednieuw zorgcentrum: de Tabakshof. Het is een gebouw met drie verdiepingen. De bovenste twee etages zijn zelfstandige woningen voor ouderen met een zorgindicatie. De onderste etage is gereserveerd voor mensen met dementie. Dit is een gesloten afdeling. Hier wordt sinds september 2010 voor het eerst gewerkt met het Martha Flora zorgconcept. Er is plaats voor 12 bewoners.

De straat is opgebroken. Sommige huizen zijn nog in aanbouw. Bij de Tabakshof aangekomen is het onduidelijk wat de ingang is. In een ruimte op de begane grond zit een groep ouderen in een kring. Een man staat bij een flipover-bord en maakt aantekeningen met een viltstift. Later blijkt dat de bewoners van de bovenste etages hier bij elkaar zitten voor een evaluatie. Ze hebben de atelierruimte in gebruik en doen de deur open. Voor het Martha Floradeel is een aparte bel.

Marja Pepping, de locatiemanager, doet open. 'Zullen we gelijk maar met de rondleiding beginnen?', vraagt ze. De gang is traditioneel verpleeghuisachtig. Linoleum op de vloer en breed. Met wandgrote posters en bankjes is het opgefleurd. Marja laat een lege bewonerskamer zien. Deze is ongeveer vier bij vier meter met daarbij een forse badkamer, aangepast voor rolstoelgebruikers.

Dan volgt de 'Meander'. Dit is een aaneenschakeling van kleine en grote ruimtes, waar mensen – al dan niet met familie – kunnen gaan zitten. Er is een grote, huiskamerachtige ruimte. Er is een tuinkamer, een werkkamer, een kleine zitkamer. Alles is met elkaar verbonden. De ruimtes zijn besloten en open tegelijk. In alle ruimtes is veel licht, ze hebben allemaal een eigen kleur en sfeer. Achterin is een grote leefkeuken. Daar zitten een aantal bewoners aan tafel, er is familie, iemand van het personeel zet koffie en thee. We gaan uiteindelijk zitten in een huiselijk kamertje met een dressoir, een tafeltje, een paar gemakkelijke stoelen. Maudi Brouwer, één van de medewerksters, voegt zich bij ons om deel te nemen aan het gesprek.

Werken in de Tabakshof

Maudi is opgeleid als verzorgende IG. Een VIG-er, zoals ze zelf zegt. Ze werkte in het Zonnehuis in Doorn, in een kleinschalige woonvoorziening voor mensen met dementie. Kleinschalig betekende in dit geval: twee units van zestien bewoners. Met een avondbezetting van drie personeelsleden was het niet echt mogelijk om in haar ogen goede zorg te bieden. 'Ik ben afgekomen op de open middagen voor werving van medewerkers voor de Tabakshof. Wat ik daar hoorde over het Martha Flora concept sprak me heel erg aan. Ik heb me op dezelfde middag aangemeld en ben daarna op gesprek geweest bij Marco Ouwehand en Anne Mei The. Ik ben door het



assessment heen gekomen'. Assessment? Marja vult aan: 'Behalve een gesprek hebben we ook een E-assessment gedaan. Er wordt gekeken naar je competenties, je persoonlijkheid, je gedrag en je motivatie. Het assessment is speciaal voor de Martha Flora huizen ontwikkeld door Ineke Pet. Zij werkt bij bureau GITP, een organisatie-adviesbureau uit Amsterdam. Zij coacht ons ook'.

Marja is verpleegkundige. Zij heeft lang in ziekenhuizen gewerkt en de laatste jaren in de ouderenzorg. Op de vraag waarin de Tabakshof zich onderscheidt van kleinschalige woonvoorzieningen antwoordt ze: 'Allereerst de voorzieningen, de ruimtes, het eten. Elke dag vers vlees, verse groenten. We maken het allemaal zelf klaar. En dan de personeelsbezetting: ruim anderhalf keer zoveel als gebruikelijk. Je kunt echt tijd nemen voor de mensen, erachter komen wat ze graag doen, wie ze zijn. Je probeert die andere benadering in praktijk te brengen. Het is een soort laboratorium, het is echt allemaal nieuw. Niet alleen het gebouw en de bewoners en het team. Maar ook de hele manier van werken is nieuw. In de Tabakshof maken we geen onderscheid naar professionele achtergrond. Iedereen is gelijk. Er zijn verzorgenden, verpleegkundigen, sociaal pedagogisch werkers, maar ook mensen zonder speciale opleiding. We hebben twee weken voorafgaand aan de opening een opleiding gedaan in het Martha Flora concept. Die opleiding loopt verder door, nu we hier werken. Deze manier van werken vraagt veel creativiteit en je moet echt oppassen dat je niet terugvalt in oud gedrag'.

zoningen antwoordt ze: 'Allereerst de voorzieningen, de ruimtes, het eten. Elke dag vers vlees, verse groenten. We maken het allemaal zelf klaar. En dan de personeelsbezetting: ruim anderhalf keer zoveel als gebruikelijk. Je kunt echt tijd nemen voor de mensen, erachter komen wat ze graag doen, wie ze zijn. Je probeert die andere benadering in praktijk te brengen. Het is een soort laboratorium, het is echt allemaal nieuw. Niet alleen het gebouw en de bewoners en het team. Maar ook de hele manier van werken is nieuw. In de Tabakshof maken we geen onderscheid naar professionele achtergrond. Iedereen is gelijk. Er zijn verzorgenden, verpleegkundigen, sociaal pedagogisch werkers, maar ook mensen zonder speciale opleiding. We hebben twee weken voorafgaand aan de opening een opleiding gedaan in het Martha Flora concept. Die opleiding loopt verder door, nu we hier werken. Deze manier van werken vraagt veel creativiteit en je moet echt oppassen dat je niet terugvalt in oud gedrag'.

Martha Flora gedrag

Het blijft een beetje zoeken naar wat nou 'oud gedrag' en Martha Flora gedrag is. Maudi: 'Het verschil is in ieder geval dat je niet alleen wordt aangesproken op je vakinhoudelijke achtergrond, maar dat je hele persoon meetelt. Wie ben jij, wat heb jij nodig om goede zorg te bieden, wat zijn je talenten? Wat kun je goed, waar word je blij van? Dat soort dingen, daar is aandacht voor. Het gaat dus niet alleen om de bewoners, maar ook om ons. Hoe wij zijn, wat wij doen maakt uit. Het gaat allemaal met vallen en opstaan, ook in het team. We zijn allemaal nieuw hier en moeten ook aan elkaar wennen, leren met elkaar omgaan en daar nieuwe manieren voor uitproberen'.



Maudi Brouwer

Marja: 'Mensen met dementie zijn heel gevoelig voor hoe jij in je vel zit. Als jij je niet lekker voelt, om wat voor reden dan ook, heeft dat invloed op je gedrag. Dat merken zij. Als je hier binnenkomt dan moet je jezelf eerst leegmaken om er dan ook helemaal te kunnen zijn. Het is een enorme verrijking om ook met anders-opgeleiden te werken. Bijvoorbeeld iemand met een achtergrond als activiteitenbegeleider. Die kijkt heel anders naar het wonen en leven hier, dan iemand met een zorgachtergrond. Het is eigenlijk toch een soort groot huishouden hier. Mensen met een zorgachtergrond zijn nogal doenerig. Er moeten ook dingen gedaan worden, maar

dat hoeft niet altijd op de voorgrond te staan. Elke middag nemen we een uur de tijd om met elkaar te bespreken hoe we gewerkt hebben. Zoals ik al gezegd heb worden we begeleid door een coach, we krijgen ook persoonlijk supervisie. Bij de dagevaluaties liepen we ertegenaan wat we nou eigenlijk moesten bespreken. Toen heeft Ineke, onze coach, kaartjes gemaakt en in een Martha Flora Doosje gestopt'. Ze haalt het doosje tevoorschijn. In het doosje zitten geplastificeerde kaartjes met daarop vragen als: 'Wat heb jij vandaag bijgedragen aan de privacy in de Tabakshof?' en 'Wat heb je gedaan om de beleving (welzijn) positief te beïnvloeden?'.



Wie zal dat betalen?

De benedenverdieping van de Tabakshof, waar het Martha Flora deel in zit, is gehuurd door de stichting Quarijn: een organisatie voor verpleging en verzorging met meerdere vestigingen in dit deel van het land. Het personeel is in dienst van De Tabakshof BV. Daardoor zijn ze minder gebonden aan allerlei strakke protocollen, hoewel ook zij aan de eisen voor kwaliteit van zorg moeten voldoen. Maar in ieder geval minder dan in een gewone instelling.

Bijzonder is dat wonen en zorg gescheiden zijn binnen deze gesloten instelling. Voor het wonen, het eten en het extra personeel betalen de bewoners een vast bedrag per maand. Voor de zorg hebben ze een zorgzwaartepakket, een zogenaamd 'volledig pakket thuis'. Hiervoor moeten bewoners een indicatie hebben van het CIZ en betalen ze een eigen bijdrage naar inkomen, zoals iedereen dat doet die AWBZ-zorg ontvangt. Marja: 'De kosten, dat schrikt sommige mensen wel af, ja. Maar lang niet altijd. Het is ook een keuze. Er staat wat tegenover. Zoals meer persoonlijke aandacht van de medewerkers. Daarnaast zijn hier veel verschillende ruimtes, zoals je gezien hebt en zijn er ook veel activiteiten mogelijk. Familie voelt zich hier thuis, ze doen ook helemaal mee. Het voelt niet alsof ze op bezoek zijn'.

Blijven zoeken

Toch gaat het allemaal niet vanzelf, ook niet met de familie. Maudi: 'Er is hier een vrouw en die ging altijd met haar zoon wandelen, boodschapjes doen en zo. Juist de alledaagse klusjes en dingetjes: dat konden ze mooi samen doen. Toen die vrouw net hier was, gingen wij ijverig uitzoeken wat we allemaal konden doen met haar. Het gevolg was dat de zoon van die mevrouw eigenlijk niet meer wist wat hij nou nog met zijn moeder kon doen. We zijn toen om de tafel gaan zitten en hebben afspraken gemaakt over wat hij met haar wilde doen en wat wij konden doen'.

De telefoon gaat. Het is een huisarts die voor een cliënt komt. Marja moet er naar toe. Tijd om op te stappen. Maudi doet de deur open via een cijfercode. De bijeenkomst in de ruimte naast de voordeur – het zogenaamde atelier – is ook afgelopen. Zo te zien is er een borrel. Er wordt gelachen en gepraat. 'Wel thuis', wenst Maudi.



Het Martha Flora concept

Het Martha Flora concept is gebaseerd op vijf pijlers, te weten: individuele zorg, familie, medewerkers, medische zorg, omgeving en gebouw.

Individuele zorg

In de Martha Flora Huizen is het individu uitgangspunt. Hoe mensen hun dementie beleven verschilt door hun levensgeschiedenis, persoonlijkheid en de wijze waarop de ziekte zich openbaart. De zorg, het wonen en de sfeer worden op de individuele behoefte van iedere cliënt afgestemd.

Familie

In het Martha Flora concept hoort de familie er bij. De familie moet graag in De Tabakshof willen verkeren. Men is niet op bezoek, maar kan zich gewoon vrijelijk bewegen en wordt uitgenodigd om de rol te spelen die bij haar past.

Medewerkers

In de optiek van de Martha Flora Huizen wordt de kwaliteit van zorg in hoge mate bepaald door de kwaliteit van de medewerkers. Aan het personeel worden hoge eisen gesteld en er wordt doorlopend geïnvesteerd door middel van scholing en coaching. Alle medewerkers dienen de speciale Martha Flora Opleiding te volgen. In vergelijking met 'gewone' verpleeghuizen kennen de Martha Florahuizen een dubbele bezetting. Deze investering in personeel, zowel kwalitatief als kwantitatief, wordt gezien als voorwaarde om goede zorg te kunnen verlenen.

Medische zorg

De medische zorg wordt geleverd zoals 'thuis', door een huisarts of specialist ouderengeneeskunde die als huisarts optreedt. De nadruk ligt op wonen en welbevinden en pas daarna op zorg en medische behandeling. Aanname is dat door meer welbevinden minder probleemgedrag zal optreden.

Omgeving en gebouw

Een regulier Martha Flora huis biedt ruimte aan 20 tot 40 cliënten, verdeeld over 2 tot 3 aparte etages. Iedere etage herbergt een gemeenschappelijke ruimte van ca. 500 m², die bestaat uit een aaneenschakeling van

verschillende hoekjes, nisjes en zitjes. Hierdoor is er een geleidelijke overgang van privacy naar gemeenschap en kan de bewoner daar gaan zitten waar hij of zij zich het prettigst voelt. Daarnaast heeft de bewoner de beschikking over een eigen appartement met pantry en badruimte van ten minste 65 m². Hier kan de inrichting en sfeer van 'thuis' worden voortgezet en is plaats voor ontvangst van familie en vrienden.

Samenwerking

Medewerkers werken vooral samen in hun eigen team. Omdat ze verschillende achtergronden hebben en hun functie in principe gelijk is, kost dat de nodige aanpassing. Daarnaast is er samenwerking met andere disciplines, voor zover daar noodzaak voor is. Bijvoorbeeld wanneer communicatie nodig is met de (verpleeg)huisarts of een andere discipline.

De Tabakshof bevindt zich nog in het beginstadium van ontwikkeling. De medewerkers zijn daardoor vooral intern gericht op het zo goed mogelijk vorm geven aan het Martha Flora concept. Hierdoor is er nog niet zoveel aandacht voor interdisciplinaire samenwerking.

Tot slot

De Tabakshof is uitgekozen als voorbeeld van zorgvraaggerichte, vermaatschappelijkte ouderenzorg, waarmee oude kaders verlaten worden. Zoals opleidingsachtergrond en beroepsdomeinen. Het concept speelt in op een grotere diversiteit onder ouderen, waaronder ouderen die bereid zijn om meer te betalen voor een betere zorg. Martha Flora huizen willen demonstreren dat betere zorg voor mensen met dementie mogelijk is en willen grensverleggend zijn.

Competenties

Het personeel wordt geselecteerd op basis van competenties, die betrekking hebben op attitude, motivatie en bejegening. Wat de competenties precies zijn wordt niet openbaar gemaakt. Op de website van de Tabakshof staan de kwaliteiten vermeld, waarover een Martha Flora medewerker moet beschikken. Dit zijn:

- kennis van zaken op het gebied van psychogeriatric en de bijbehorende zorg
- representativiteit, met een goed gevoel voor verhoudingen
- om kunnen gaan met tegengestelde belangen
- helder en concreet kunnen communiceren op het niveau van de gesprekspartner
- enthousiasme en betrokkenheid, bereid tot het nemen van het voortouw

Succesfactoren

- het verbinden van een bekende naam – Anne-Mei The – aan deze verpleeghuizen
- zorgconcept, gebaseerd op resultaten van wetenschappelijk onderzoek
- blanco opgebouwd, waardoor niet beperkt door geconditioneerde zorg en historische ballast
- de wil om te demonstreren dat met meer en deskundiger personeel betere zorg te realiseren is

Faalfactoren

- afgunst bij algemeen publiek, zorgpersoneel en gevestigde instellingen voor zorg en wonen
- problemen met het rond krijgen van de financiering door verandering in de regelgeving
- rolonduidelijkheid bij de medewerkers door de wens oude kaders te verlaten

Situatieschets

Leiden is een stad met ruim 116.000 inwoners. Er zijn twee ziekenhuizen: het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en het Diaconessenhuis. Het Diaconessenhuis is een klein ziekenhuis met 300 bedden, ongeveer 1.300 medewerkers en alle specialismen.

Het verzorgingsgebied is Leiden en omgeving. In de praktijk komen patiënten uit een veel ruimere omgeving naar het Diaconessenhuis. Dit heeft te maken met de reputatie van enkele medisch specialisten en met de traditionele protestants-christelijke achterban in de regio Katwijk.

Het Diaconessenziekenhuis kenmerkt zich door een gemiddeld oudere patiëntenpopulatie. Vanaf 2004 is vrijwel alle zorg vastgelegd in multidisciplinaire klinische zorgprogramma's.

Visie op ouderenzorg

In het Diaconessenhuis is de zorg voor (kwetsbare) ouderen geïntegreerd en gestandaardiseerd in zorgprogramma's. Ook het handelen bij complicaties is gestandaardiseerd en in de zorgprogramma's opgenomen.

De zorgprogramma's zijn volledig geïmplementeerd. Het beheer van zorgprogramma's ligt bij verpleegkundigen op afdelingniveau. Gegevensverzameling voor indicatoren maakt onderdeel uit van de normale werkprocessen. Medewerkers krijgen op afdelingsniveau feedback over hun prestaties.

Door integrale afspraken en veel protocollen is eenduidigheid in het handelen ontstaan. Door het eigenaarschap van de klinische zorgprogramma's heel dicht op de uitvoering te positioneren, namelijk bij de verpleegkundigen op de verpleegafdeling, worden de protocollen niet als van buitenaf opgelegd ervaren. Het zijn hun eigen professionele, vakinhoudelijke programma's. Vanwege de korte opnameduur zorgen de programma's voor de continuïteit van de zorg ondanks de wisselende hulpverleners. Een systeem met een eerstverantwoordelijke verpleegkundige is niet haalbaar in deze context.

Ouderenzorg wordt gezien als 'gewoon goede patiëntenzorg' die rekening houdt met specifieke aspecten en omstandigheden van de patiënt. Bij ingewikkelde cases wordt een individueel zorgplan

op maat gemaakt door alle betrokken hulpverleners, waarbij de verpleegkundig expert ouderengeneeskunde de regie houdt. Hoewel bij het Diaconessenhuis alle voorwaarden aanwezig zijn om zich te kunnen profileren als 'senior-friendly hospital' en als magneetziekenhuis voor verpleegkundigen, is er aarzeling om zich als zodanig te profileren. In het beleidsplan 2011-2013 is de ouderenzorg voor het eerst als speerpunt geformuleerd.

Cliënten en zorgvragen

Ouderen worden op alle afdelingen opgenomen. In het Diaconessenhuis is er geen specifieke afdeling voor ouderen.

Er is een algemene verpleegkundige anamnese volgens de gezondheidspatronen van Gordon die op alle afdelingen gebruikt wordt. Patiënten vullen deze zelf in. De anamnese wordt bij opname of bij het pré-operatief spreekuur doorgenomen.

In de anamnese zijn de vragen verwerkt die van belang zijn voor het Veiligheids Management Systeem en de prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze gegevens worden verwerkt in het computerprogramma Mediscore. Dit programma genereert zelf consulten naar bijvoorbeeld diëtist of ouderengeneeskunde. Wanneer via de anamnese duidelijk wordt dat de patiënt extra risico's loopt op complicaties zijn er zorgprogramma's voor die specifieke complicaties beschikbaar via het intranet. Zoals het zorgprogramma voor kwetsbare ouderen, met als onderdelen risico op delirium, vallen, fysieke beperkingen en ondervoeding.

Verpleegkundig expert ouderengeneeskunde

De verpleegkundig expert ouderengeneeskunde geeft vakinhoudelijk leiding op verschillende gebieden in de organisatie. Dit houdt in dat zij inhoudelijk zorgprogramma's en klinische paden ontwikkelt en beheert, onderzoekers en consultatief verpleegkundigen geriatrie coacht en onderwijs verzorgt aan zowel verpleegkundigen in vervolgopleiding als aan arts-assistenten. Zij vertegenwoordigt de verpleegkundige beroepsorganisatie V&VN in werken stuurgroepen. Zoals de werkgroep delirium van de IGZ en het Nationaal Programma Ouderenzorg in de regio Zuid-Holland Noord.

5 Een seniorvriendelijk ziekenhuis

Verpleegkundig expert ouderengeneeskunde in het Diaconessenhuis Leiden

Corry Knijnenburg werkt als verpleegkundig expert ouderengeneeskunde in het Diaconessenhuis in Leiden. Al in 2004 begon zij met het meten van de prevalentie van delirium op verschillende afdelingen. Zo kon zij aantonen dat het loont om ouderen met een risico op delirium snel te herkennen en preventieve maatregelen te nemen. Het ziekenhuis investeerde in multidisciplinaire klinische zorgprogramma's en heeft deze volledig geïmplementeerd.

'In het Diaconessenhuis in Leiden waren op vrijdag, 22 oktober 2010, 136 patiënten opgenomen, met uitzondering van de afdelingen verloskunde, kindergeneeskunde en dagbehandeling. Van deze 136 patiënten zijn er 79 ouder dan 70 jaar. Dit is 55% van het totaal aantal patiënten. Bij 11 van deze 70 patiënten zijn geen registraties gedaan. Redenen hiervoor zijn: patiënt sliep (2), patiënt lag op OK (1), patiënt kwam voor dagbehandeling (3) en patiënt was net opgenomen (5). Hierdoor zijn er totaal 68 patiënten van 70 jaar en ouder in de meting opgenomen. De gemiddelde leeftijd is 79 jaar (range 70 – 95 jaar).

Delirium is vastgesteld met de Confusion Assessment Method (CAM). Delirium is gemeten volgens de IGZ indicator delirium 2010 en de VMS praktijkgids. Naast delirium is ook gemeten bij hoeveel patiënten de risicoscreening voor vallen, ondervoeding en fysieke beperkingen is uitgevoerd, conform de vereisten voor het VMS. De mate van voorkomen van vrijheidsbeperkende interventies zoals verpleegdekens, polsbanden en Zweedse banden, is ook meegenomen in de meting ter evaluatie van het eigen handelen'.

Met deze tekst begint het rapport complicatiemeting, dat beschrijft hoe het gesteld is met het risico op delirium, vallen, ondervoeding, fysieke beperkingen en vrijheidsbeperkende interventies bij de 68 opgenomen 70-plussers die op 22 oktober aanwezig waren in het Diaconessenhuis Leiden. Het zijn metingen die eens per drie maanden verricht worden door verpleegkundig expert ouderengeneeskunde Corry Knijnenburg en twee andere verpleegkundigen met specialisatie geriatrie of consultatieve psychiatrie. Alle gegevens worden verwerkt in een rapport en uitgesplitst naar verpleegafdeling. De afdelingen krijgen niet alleen het rapport, maar ook persoonlijk feedback van het 'meetteam'. Zo krijgen ze inzicht in trends op hun afdeling.

Delirium als graadmeter

De mate van voorkomen van het delirium wordt door Corry al sinds 2004 gemeten. 'Daardoor kan ik ook zien hoe zich dat ontwikkelt', vertelt ze. 'Als er opeens een piek is, of juist een daling, dan ben ik natuurlijk nieuwsgierig naar hoe dat komt. De pieken zijn er meestal als er veel 90-plussers zijn opgenomen. Kennelijk is het dan toch niet echt te voorkomen dat het delirium optreedt. Maar er zijn ook andere factoren: als er een hoge werkdruk is, als er nieuwe arts-assistenten zijn, als er veel wisseling van verplegend personeel is. Je ziet dan gewoon die prevalentie mee dalen en stijgen. Het functioneert toch als graadmeter voor de kwaliteit van de zorg. Ik denk ook dat we inmiddels haast de bodem bereikt hebben van wat nog haalbaar is aan deliriumpreventie. Wat interessant is aan die nieuwe indicatoren van het VMS, is dat je ook echt in de metingen terugziet dat de prevalentie van het delirium hoger is bij de ouderen die je al als risicogroep hebt kunnen labelen. Dat verwacht je natuurlijk ook, maar het is leuk om het dan ook in de praktijk terug te zien. Zo zie je in deze meting dat de prevalentie van het delirium bij de risico-ouderen 17,6% is, maar voor de totale



Corry Knijnenburg

groep 70-plussers de helft minder, namelijk 8,8%. Dat vertèl ik ook altijd bij klinische lessen, bij consultaties en als ik de arts-assistenten weer moet bijpraten. Maar als ze dat dan ook echt in de metingen terugzien van hun eigen afdelingen, dan spreekt dat meer aan. En je ziet natuurlijk ook waar minder goed gewerkt en gemeten wordt. Momenteel kost het moeite om dat op de IC voor elkaar te krijgen. Daar werken nu nogal wat gedetacheerde verpleegkundigen en die denken dan dat ze gevrijwaard zijn van registraties. Hetzelfde zie je bij oproepkrachten en uitzendkrachten. Nou, dan maak ik ze dus gauw duidelijk dat het bijhouden van dit soort gegevens gewoon hoort bij de zorgverlening en dat ze zich daar niet aan kunnen onttrekken'.

Passie voor ouderen en zorgpaden

Corry Knijnenburg heeft een passie voor de ouderenzorg. Ze is begonnen als ziekenverzorgende in een verpleeghuis, deed vervolgens de HBOV, de Voortgezette Opleiding voor Verpleegkundig Specialist en tenslotte de Masteropleiding Nursing Science bij de Hogeschool Utrecht. In 2002 startte zij, samen met internist-geriater Gooke Lagaay, een consultatieve dienst en polikliniek voor ouderengeneeskunde. Tegenwoordig is er een team van internisten en verpleegkundigen voor ouderengeneeskunde. Corry coacht een klein team van consultatief verpleegkundigen en onderzoekers en geeft onderwijs over ouderengeneeskunde aan zowel studenten verpleegkunde als aan arts-assistenten. Daarnaast ontwikkelt en beheert zij verschillende klinische zorgprogramma's. Zij wordt vaak gevraagd als expert in landelijke werkgroepen, bijvoorbeeld voor richtlijnontwikkeling.

Het Diaconessenhuis in Leiden hangt het 'Leidse model' aan voor ouderengeneeskunde. Het 'Leidse model' staat voor geïntegreerde ouderengeneeskunde, verbonden aan de interne geneeskunde in de tweede lijn en huisartsengeneeskunde in de eerste lijn. Binnen dit model is men tegen het oprichten van een aparte verpleegafdeling voor geriatrie. In de regio is een geriatrisch netwerk actief en een regionale dementieketen. Het huidige geriatrisch netwerk bouwt voort op acht jaar ervaring van het Geriatrisch Netwerk Zuid-Holland-Noord. Dit is een regionaal overlegorgaan voor zorgaanbieders, patiënten en welzijnsorganisaties.

Een andere passie van Corry is het werken met klinische zorgpaden. Deze worden nu zorgprogramma's genoemd, maar dat is een taalkundige keuze. Ze heeft de opleiding voor coördinator klinische paden gevolgd in Leuven. Het Diaconessenhuis is een aantal jaren lid geweest van het Belgisch-Nederlands Netwerk Klinische Paden. Dit lidmaatschap gaf toegang tot cursussen en werkconferenties om de techniek van het samenstellen van klinische paden onder de knie te krijgen. Het Diaconessenhuis acht zich nu in staat om dat zonder externe hulp te doen.

Binnen het Diaconessenhuis wordt standaard gewerkt met zorgprogramma's. Corry: 'Ik vind het boeiend om te zien hoe je de zorg kunt verbeteren met zo'n programma. Hoe je met een heel team, van verschillende disciplines, zo'n pad in elkaar knutselt en dat gaat uitproberen. Elke keer loop je toch weer ergens tegenaan en dan verbeter je dat weer. Bijvoorbeeld op de chirurgie. Zodra ze mij daar zien pakken ze bij wijze van spreken al een DOSS-lijst, want ik bèn natuurlijk zuster Delier. Het was opgefallen dat er opeens zoveel delieren waren, die er eerst niet waren. Wat bleek: er was een nieuwe chirurg gaan opereren en die bracht standaard een katheter in, terwijl dat niet in het klinisch pad stond. Leidde weer tot blaasontstekingen en dus tot delieren. Had een HBOV-er ontdekt en die was gelijk aan de telefoon gaan hangen om duidelijk te maken aan die chirurg dat dit niet de bedoeling was. Er was ook een collega van haar bij, een stagiaire van de MBO. Die vond het maar vreemd dat ze zich er zo druk om maakte, want het was immers wel makkelijk die katheter. Kijk, dat is dan

weer het verschil tussen een HBO-er en een MBO-er. Die HBO-er, althans deze, kijkt gewoon verder dan haar neus lang is’.

Gedichten in het zorgplan

Jacqueline Hogewoning is teamleider van de afdeling Chirurgie, plastische chirurgie, KNO en oogheekunde. Het is een afdeling van 40 bedden. ‘Voor het specialisme oogheekunde komen hooguit één of twee opnames per jaar hoor’, lacht ze. Ze heeft een duobaan, samen met Elisa Bonnet. Samen verzorgen ze een maandelijkse digitale nieuwsbrief voor alle medewerkers op de afdeling, inclusief artsen en paramedici. De nieuwsbrief heet ‘de badkamerhotline’, omdat het ‘teamleiderskantoor’ vroeger een badkamer was. Drie kantjes met aandachtspunten, mededelingen, aankondigingen voor klinische lessen of symposia en natuurlijk lief en leedberichten van afdelingsmedewerkers.

Aan de wand hangen overzichten van werkgroepen. Jacqueline vertelt dat iedere verpleegkundige lid moet zijn van één of twee vakgroepen, afhankelijk van de omvang van hun aanstelling. Het zijn vakinhoudelijke werkgroepen zoals mammacare, vaatcare en maag/darm-care. Maar ook vakgroepen voor opleidings- en afdelingsklimaat. Elke vakgroep wordt aangestuurd door een senior-verpleegkundige. Dit is meestal een HBO-verpleegkundige. De zorgprogramma’s van de afdeling worden ook bijgehouden en zo nodig aangepast door de vakgroepen. De seniorverpleegkundige is hierop aanspreekbaar.



Jacqueline laat een zorgprogramma zien. Feitelijk is het een ‘gewone’ verpleegkundige dossiermap. Alleen staat op de buitenkant om welk zorgprogramma het gaat en zit in de map een dossier, dat daarmee overeenkomt. Dus in de map colonherstelprogramma staat precies wat er op de operatiedag, op dag 1, dag 2, dag 3 en verder moet gebeuren. Jacqueline: ‘Wij hebben gewoon een voorraad mappen voor iedere soort ingreep. Ook ouderen volgen dit programma. Je rapporteert alleen dat wat afwijkt van de standaard. En soms gaat het wat langzamer: daar hebben we dan weer een apart inlegvel voor, dat heet de variantie. Als iemand een complicatie krijgt, bijvoorbeeld een delirium, dan komt dat bovenop het standaardprogramma, want ook voor delirium bestaat weer een zorgprogramma’. Achterin de map zit een boekje. Het is een boekje met gedichten, samengesteld door de dienst geestelijke verzorging van het Diaconessenhuis en op de boekenlegger de namen en telefoonnummers van de geestelijk verzorgers. ‘Ja, dat hoort ook bij het zorgplan. Iedereen krijgt het en het wordt erg gewaardeerd door onze patiënten’, zegt Jacqueline.

Urologie als proeftuin

Op de afdeling urologie wordt proefgedraaid met de VMS praktijkgids kwetsbare ouderen. Het is de bedoeling dat de ziekenhuizen in het kader van dit programma uiterlijk in 2012 een veiligheidsmanagement programma hebben geïmplementeerd. Corry komt kijken hoe het gaat met een patiënt op urologie, waarvoor een consult is gevraagd vanwege verhoogd risico voor delirium. De consultaanvraag is automatisch gegenereerd door het systeem, omdat de risicoscore positief was. Maar de verpleegkundige vindt het allemaal wel meevallen. Ze heeft alle preventieve interventies al ingezet, zoals het bijhouden van de Delirium Observatie Screening-lijst (DOS). Ze verwacht niet dat hij delirant zal worden. Corry vertelt dat alle patiënten, die op deze afdeling als kwetsbaar uit de screening komen, worden geïnterviewd door onderzoekers van het Nationaal Programma Ouderenzorg in de regio. Die zijn bezig met de ontwikkeling van een screeningsinstrument dat de huisarts kan gebruiken om kwetsbare ouderen op te sporen.

Binnen het ziekenhuis zijn voor de verschillende onderdelen van het VMS voor kwetsbare ouderen weer nieuwe zorgprogramma's gemaakt. Het betreft programma's voor risico op delirium, vallen, ondervoeding en fysieke beperkingen. 'Maar feitelijk hebben we onze gewone programma's ervoor gebruikt, alleen een klein beetje vertaald naar de terminologie van het VMS. En als consultatieteam ouderengeneeskunde verspreiden we de praktijkgidsen. Die zijn erg handig en de verpleegkundigen zijn er heel enthousiast over. We betalen ze uit ons eigen budget van de ouderengeneeskunde, want voor het hele ziekenhuis zijn er veel te weinig van die boekjes. Dat is dan weer zo typisch, hè. Heb je een goed boekje, is iedereen enthousiast en dan is daar geen geld voor'.

Ouderengeneeskunde

Aan de wanden bij de polikliniek ouderengeneeskunde hangen zwart-wit foto's van ouderen. 'De reacties daarop zijn heel verschillend', vertelt Corry. 'Sommige patiënten vinden het maar niks, die willen misschien niet als oud worden gezien. Maar familieleden en medewerkers vinden ze weer leuk'.

Terug op haar kamer legt ze uit wat de consequenties zijn van een op preventie gerichte, systematische aanpak van de ouderenzorg. 'Kijk, het hele eieren eten is eigenlijk dat die kwetsbare ouderen er op tijd uitgevist worden. Het mooiste is het als dat al in de huisartsenpraktijk gebeurt. Dat is je eerste zeef. Vanuit het Nationaal Programma Ouderenzorg in deze regio wordt gewerkt aan een methode die geschikt is voor de huisartsenpraktijk.

De tweede zeef is als kwetsbare ouderen bij acute opname in het ziekenhuis al direct herkend worden. Doordat we al zolang bezig zijn met het herkennen en voorkomen van het delier, gebeurt dit al. Bij het VMS-programma wordt er weliswaar gescreend op delirium, vallen, ondervoeding en fysieke beperkingen, maar er zit een zekere volgorde in: als je dat delirium kunt voorkomen, voorkom je in hoge mate ook het vallen, de ondervoeding en de ADL-afhankelijkheid.

De derde zeef is als patiënten opgenomen worden voor een operatie. Ze moeten dan eerst naar het pré-operatief spreekuur. Voordat ze daar komen, krijgen ze een verpleegkundige anamnese thuisgestuurd. In die anamnese zijn de VMS-vragen verwerkt. De meeste mensen vullen die anamnese prima in. Als dat niet zo is, dan is dat vaak al een teken aan de wand. De verpleegkundige van het pré-operatieve spreekuur voert de gegevens in bij Mediscore en dat programma haalt de kwetsbare ouderen er zo uit. Afhankelijk van de situatie wordt er een zorgprogramma op maat gemaakt. Als iemand bijvoorbeeld in een slechte voedingstoestand is, dan wordt eerst die voedingstoestand aangepakt voordat zo iemand geopereerd wordt. Ja, het klinkt allemaal heel logisch, maar toch gebeurde dit een paar jaar geleden niet'.

Het gevolg van deze aanpak is dat de operatie optimaal wordt voorbereid en dat in het nazorgtraject minder problemen optreden. De doorstroming is vlot, de ligduur wordt steeds korter en de zorg wordt beter. Preventie loont dus. De andere kant van het verhaal is dat er overcapaciteit ontstaat, waardoor hele afdelingen moeten sluiten en er zelfs verpleegkundige formatieplaatsen worden ingeleverd. Dat is landelijk zo. Je ziet het aan onze cijfers: in 2001 was de ligduur gemiddeld 7,1 dagen; in 2005 was het 5,7 dagen en in 2009 4,6 dagen. Dat heeft gevolgen, dat kan niet anders'.

Ze is blij dat het ziekenhuis zich wat meer gaat profileren als 'senior-friendly hospital'. Dat heeft lang geduurd. Het past niet bij de mentaliteit van het ziekenhuis en de mensen hier om zich ergens op te laten voorstaan. 'Hier vinden ze alles maar 'gewoon'. 'Gewoon' je werk doen en dat ook 'gewoon' goed doen. Die mentaliteit verander je niet zomaar'. Ze lacht wanneer ze zich realiseert dat zij dat ook altijd over haar eigen werk zegt. Ook zij vindt alles wat ze doet 'heel gewoon'.

Samenwerking en Scholing

In het Diaconessenhuis wordt veel aandacht besteed aan scholing. Overal hangen aankondigingen voor klinische lessen, lunchprogramma's met scholing, symposia en opleidingen.

Het team ouderengeneeskunde bestaat uit consultatief verpleegkundigen, arts-assistenten, co-assistenten, internisten-ouderengeneeskunde, een verpleegkundig expert ouderengeneeskunde en onderzoekers. Via consultatie vindt veel informele 'bedside-teaching' plaats over ouderengeneeskunde. Daarnaast zijn er formele scholingsbijeenkomsten voor nieuwe arts-assistenten en verpleegkundigen. Afdelingen krijgen feedback op hun prestaties via persoonlijke terugkoppeling door het team ouderengeneeskunde, meestal door de verpleegkundig expert. Door de zorgprogramma's zijn de verpleegkundigen zelfstandiger geworden. Zij hebben geleerd om hun werkzaamheden in de patiëntenzorg te verantwoorden en hier aandacht voor te vragen.

Door de opzet van zorgprogramma's is multidisciplinaire samenwerking 'ingebakken' in alle zorgprocessen. Het zorgprogramma is een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Organisatorisch is de behandelend arts eindverantwoordelijk. Beheerders zijn doorgaans seniorverpleegkundigen die functioneren op HBO-niveau en meestal ook een HBO-opleiding hebben gedaan. Binnen het Diaconessenhuis is een aparte scholing voor senior-verpleegkundige. Zij moeten vooral leren coachen en anderen aanspreken op gedrag. Iedere verpleegkundige – zowel MBO als HBO – zit in tenminste één vakgroep. Op de afdelingen worden multidisciplinaire overleggen gehouden over patiënten. Deze worden geleid door seniorverpleegkundigen.

Tot slot

Het Diaconessenhuis in Leiden heeft traditioneel een eigen identiteit en achterban. Het ziekenhuis heeft geïnvesteerd in zorgprogrammering en dit succesvol ingevoerd. De functie van verpleegkundig expert ouderengeneeskunde is niet bedacht, maar gegroeid en sterk verweven met de persoonlijke vaardigheden en eigenschappen van de huidige functionaris. Het is een pioniersfunctie. Naar verwachting zal het beheer van de zorgprogramma's voor ouderenzorg en de daaruit voortvloeiende taken worden overgenomen door gespecialiseerde HBO-verpleegkundigen.

Competenties voor HBO-verpleegkundigen

- coachen van medewerkers, ook van andere disciplines
- sterk ontwikkelde communicatieve vaardigheden
- afdelings- en instellingsoverstijgend denken en handelen
- klinische expertise binnen het eigen specialisme
- abstracte richtlijnen kunnen vertalen naar concreet handelen
- het mede-ontwikkelen en beheren van zorgprogramma's op afdelingsniveau
- vertrouwenwekkende uitstraling

Succesfactoren

- klein ziekenhuis met korte lijnen en goede communicatie
- duidelijke visie op ouderenzorg (zorgprogrammering)
- via zorgprogrammering: ingebakken multidisciplinaire samenwerking
- herkenbare identiteit en achterban
- resultaatgerichte, lerende organisatie
- volledig geïmplementeerde kwaliteitscyclus
- Erkenning bijdrage verpleegkundigen
- Duidelijke rol voor verpleegkundigen bij beheer zorgprogramma's

Faalfactoren

- zich niet toeleggen op een aantal specialismen en zich hiermee profileren
- door kleinschaligheid, kwetsbaar voor concurrentie
- door regelgeving vanuit zorgverzekeraars: financiële onzekerheid

Situatieschets

Nijmegen is een universiteitsstad met ruim 160.000 inwoners. Er zijn twee grote ziekenhuizen: het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis en het Universitair medisch centrum St. Radboud. Sinds 2009 maakt het centrum voor chronische ziekten, Dekkerswald, deel uit van het UMC.

Dekkerswald is een terrein van ongeveer 85 hectare tussen Groesbeek en Nijmegen. Op dit terrein staan sinds 1906 de gebouwen van het voormalig sanatorium Dekkerswald. Het sanatorium voor tuberculosepatiënten heeft zich na de Tweede Wereldoorlog ontwikkeld tot een speciale kliniek voor longziekten, die later fuseerde met de afdeling longziekten van het Universitair Medisch Centrum St. Radboud.

Daarna werd de doelgroep verbreed tot andere categorieën chronische ziekten. Er werd een dagbehandeling geopend voor longoncologie en er kwamen afdelingen voor hartrevalidatie, cystic fibrosis, hartrevalidatie, pijnbestrijding en geriatrie. Het merendeel van de opgenomen patiënten zijn longpatiënten, met name mensen met chronische longziekten als COPD (chronische obstructieve longaandoeningen) en Cystic Fibrosis (taaislijmziekte). De andere afdelingen verlenen voornamelijk poliklinische zorg en dagbehandeling. Dekkerswald heeft nog steeds een behandel functie voor mensen met open tuberculose, die hier geïsoleerd verpleegd worden.

Project Zorg en Welzijnsstandaard

Het consultatieteam geriatrie van het UMC St. Radboud is sinds 1 oktober 2010 begonnen met een project voor kwetsbare ouderen op de afdeling Longziekten in Dekkerswald. Dit project wordt uitgevoerd in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg regio Nijmegen onder de naam Zorg- en Welzijnsstandaard (ZWS).

De ZWS beschrijft waar goede integrale zorg voor ouderen met complexe zorgbehoeften aan moet voldoen. Dit alles is gericht op herstel en behoud van autonomie, zelfstandigheid en kwaliteit van leven. De ZWS richt zich zowel op de eerste lijn als op de tweede lijn. In het eerstelijnsdeel wordt vanuit de huisartsenpraktijk gescreend op kwetsbaarheid en wordt een samenhangende zorg voor ouderen gerealiseerd. Hierbij zijn zorg en welzijn geïntegreerd en is de regie van de oudere zoveel mogelijk gewaarborgd.

In het tweedelijnsdeel richt het experiment zich op het bevorderen van de samenhang tussen de intramurale medisch specialisten, het actief houden van de ouderen tijdens de ziekenhuisopname en het continueren dan wel opstarten van het zorg- en welzijnsplan in overleg met de eerste lijn. Onderzocht wordt of deze Zorg- en Welzijnsstandaard tot betere zorg en een toegenomen kwaliteit van leven leidt.

Visie op ouderenzorg

De afdeling longziekten kent geen aparte visie op ouderenzorg. De afdeling is volgens de respondenten sterk gericht op de ziekte, waarvoor de patiënt is opgenomen en het herstel daarvan. Het integreren van andere aspecten, zoals welzijn en het tegengaan van functieverlies tijdens opname, is nieuw. De introductie van het Veiligheids Management Systeem (VMS) leidt tot een bewustwordingsproces ten aanzien van kwetsbare ouderen.

Cliënten en zorgvragen

Het project wordt uitgevoerd op twee verpleegafdelingen in Dekkerswald, waar voornamelijk patiënten worden opgenomen met COPD. Dit zijn vaak oudere patiënten, die herhaaldelijk worden opgenomen vanwege complicaties en het opvlammen van de aandoening. De gemiddelde opnameduur bij deze patiënten, gemeten in een pilot van dit project in 2010, is tien dagen. Behalve COPD-patiënten worden er ook patiënten met andere, chronische longaandoeningen opgenomen, zoals met Cystic Fibrose of tuberculose. Dit zijn doorgaans jongere patiënten.

Verpleegkundig consulent geriatrie

De verpleegkundig consulent geriatrie verleent consult op alle verpleegafdelingen van het St. Radboud over problemen met oudere patiënten. Daarnaast heeft de consulent taken op het gebied van onderwijs aan verpleegkundigen in de vervolgopleiding Klinische geriatrie, die door het opleidingscentrum van St. Radboud wordt georganiseerd. Tevens heeft hij een aandeel in de training van wijkverpleegkundigen en huisartsen in het gebruik van Easycare© en kan hij een taak hebben bij het initiëren en uitvoeren van onderzoeksprojecten. Voor het project Zorg- en Welzijnsstandaard is hij 4 dagdelen per week vrijgesteld.

6 Passe-partout voor zorg en welzijn

Verpleegkundig consulent Geriatrie in het Universitair Centrum voor Chronische Ziekten in Groesbeek

Tussen Groesbeek en Nijmegen ligt Dekkerswald, een voormalig sanatorium dat nu in gebruik is als Universitair Centrum voor Chronische Ziekten van het UMC St. Radboud in Nijmegen. Op de afdeling longziekten van Dekkerswald is men begonnen met een project dat kwetsbare ouderen sneller opspoort om hen vervolgens passende ziekenhuiszorg te kunnen bieden. Het project is een initiatief van de afdeling Geriatrie. Nieuw is het inschakelen van vrijwilligers bij het behandelprogramma.

Het is dat er een bord staat met daarop aangegeven 'Dekkerswald', anders zou je het complex gemakkelijk voorbijrijden. De gebouwen staan verscholen in de bossen. Bij de ingang twee wachthuisjes en een slagboom. Op het terrein staat een verpleeghuis, een school, een kapel en een restaurant. Verschillende paviljoens. En één groot hoofdgebouw met openslaande deuren die uitkomen op terrassen. Vroeger konden de bedden daar zo naar buiten gereden worden. De longafdeling, waar het project voor kwetsbare ouderen is gestart, ziet eruit als een klassieke ziekenhuisafdeling. In één van de kantoortjes vindt het gesprek plaats met Jan Oudenes en Franka Bakker.

Jan Oudenes is verpleegkundig consulent geriatrie. Oorspronkelijk is hij opgeleid als tuinbouwkundig ingenieur in Wageningen, maar hij switchte als snel naar de zorg. In 1996 studeerde hij af aan de HBOV, werkte op de afdelingen interne geneeskunde en endocrinologie en kwam vervolgens op de afdeling Geriatrie. Hij is nu acht jaar verpleegkundig consulent. In die functie wordt hij geconsulteerd door verpleegkundigen in het ziekenhuis op alle afdelingen. Daarnaast verzorgt hij onderwijs voor de vervolgopleiding geriatrie en geeft hij training in het gebruik van Easycare, een methode voor integraal geriatrisch assessment. Voor het project op Dekkerswald is hij vier dagdelen per week gedetacheerd.

Franka Bakker deed de bachelor Gezondheid en Leven aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Vervolgens deed zij de masteropleiding Gezondheidswetenschappen: Beleid en Organisatie in de Gezondheidszorg en de masteropleiding Sociale Gerontologie, de European Masters in Gerontology. Nu is zij als onderzoeker verbonden aan het project.

Zorg en Welzijnsstandaard

Franka: 'Wij werken aan een standaard voor Zorg en Welzijn. Maar dat is een heel groot project vanuit het regionaal netwerk Nijmegen, als onderdeel van het Nationaal Programma Ouderenzorg. Het doel van dat project is te komen tot een programma voor kwetsbare ouderen, waar die zich ook bevinden. Dus er komt een programma voor de ouderen, waarbij zorg en welzijn geïntegreerd zijn'.

'Eerste stap daarbij is dat de huisarts zicht krijgt op de ouderen die in zijn praktijk kwetsbaar zijn. Veel huisartsen kennen al het instrument Easycare®, dat in Nijmegen ontwikkeld is voor de Nederlandse situatie en bedoeld is voor het in kaart brengen van de oudere. Maar dan is er al iets aan de hand. Het instrument is veel te uitgebreid om als screeningsinstrument te gebruiken voor alle oudere patiënten in een praktijk. Dus wordt er nu geëxperimenteerd met een variant daarvan. Hierbij kijken ze eerst naar wat de huisarts al weet over een patiënt en vervolgens wordt gekeken hoe hij de overblijvende, nog onbekende kwetsbare patiënten uit zijn praktijk op het spoor kan komen. Uiteindelijk kun je de kwetsbare patiënten identificeren, een assessment



doen en een zorg – en welzijnsplan maken. Vervolgens moet je dat plan ook uitvoeren en onderhouden en moet iemand de regie nemen. Dat is in een notendop hoe het werkt voor thuiswonende ouderen’.

‘Nu willen we ook zo’n programma in het ziekenhuis. In grote lijnen volgt dat hetzelfde patroon. Je inventariseert wie kwetsbaar is. Daarvoor gebruiken we nu het veiligheidsmanagementsysteem voor kwetsbare ouderen. Alle ouderen van 70 jaar en ouder beantwoorden een aantal vragen en dat leidt al dan niet tot een voorlopige risico score voor kwetsbaarheid. Hier gebeurt dat met een oranje formulier, dat in de verpleegkundige status gaat. Als de score positief is – dus als er een risico op kwetsbaarheid is – dan komt het bij ons in het bakje. En dan gaat Jan er naar toe. Jan doet met de ziekenhuisvariant van de Easycare® een assessment. Samen met de geriater bepalen zij of de patiënt inderdaad kwetsbaar is en wat voor vervolg daaraan gegeven moet worden. Hieruit volgt een zorg – en welzijnsplan. Maar dat moet dan wel geïntegreerd worden in het verpleeg – en behandelplan van de afdeling. De zorg – en welzijnsstandaard van het ziekenhuis moet weliswaar op de patiënt worden toegesneden, maar bestaat uit verschillende componenten. Eén van die componenten, die bewezen effectief is, is het activeren van patiënten. En dat varieert van het maken van een wandeling tot het doen van een spelletje of gewoon een beetje praten. Hiervoor worden vrijwilligers ingezet. Wat wel bijzonder is aan de hele systematiek van de Easycare®, is dat ook aan de patiënt gevraagd wordt wat deze nu wil voor zichzelf. En dan maken we een onderscheid tussen wat de patiënt zich ten doel stelt in het ziekenhuis en wat de wensen zijn voor de toekomst’.

pleegkundige status gaat. Als de score positief is – dus als er een risico op kwetsbaarheid is – dan komt het bij ons in het bakje. En dan gaat Jan er naar toe. Jan doet met de ziekenhuisvariant van de Easycare® een assessment. Samen met de geriater bepalen zij of de patiënt inderdaad kwetsbaar is en wat voor vervolg daaraan gegeven moet worden. Hieruit volgt een zorg – en welzijnsplan. Maar dat moet dan wel geïntegreerd worden in het verpleeg – en behandelplan van de afdeling. De zorg – en welzijnsstandaard van het ziekenhuis moet weliswaar op de patiënt worden toegesneden, maar bestaat uit verschillende componenten. Eén van die componenten, die bewezen effectief is, is het activeren van patiënten. En dat varieert van het maken van een wandeling tot het doen van een spelletje of gewoon een beetje praten. Hiervoor worden vrijwilligers ingezet. Wat wel bijzonder is aan de hele systematiek van de Easycare®, is dat ook aan de patiënt gevraagd wordt wat deze nu wil voor zichzelf. En dan maken we een onderscheid tussen wat de patiënt zich ten doel stelt in het ziekenhuis en wat de wensen zijn voor de toekomst’.

Wat vinden patiënten daarvan?

‘Die vinden het heel moeilijk om antwoord te geven op zulke vragen’, zegt Jan. ‘Meestal komen ze niet verder dan ‘dat ik weer beter word’ of ‘dat ik in mijn eigen huis kan blijven’. Maar soms zijn er hele concrete dingen, zoals dat ze best naar een verzorgingshuis willen maar dat ze dan wel hun hond mee willen nemen. Ze denken dan dat dat niet kan. Nou, dat kun je dan gemakkelijk uitzoeken. Maar nogmaals, de meeste mensen vinden het heel moeilijk om op deze manier hun wensen te uiten. Het kost ook best wel moeite om alle gegevens te verzamelen.

Ik maak daarom zoveel mogelijk gebruik van de informatie die er al in de medische of verpleegkundige status te vinden is. Maar ik moet ze natuurlijk ook een hoop vragen stellen. En ja, deze mensen zijn meestal opgenomen voor een exacerbatie van COPD en al als kwetsbaar geclassificeerd. Dus ze zijn meestal benauwd en zwak. Ik moet dus ook rekening houden met hun belastbaarheid’.



Jan Oudenes

Wat doen de vrijwilligers?

Franka: 'Dat is afhankelijk van de situatie van de patiënt en komt uiteindelijk ook in het zorg- en welzijnsplan te staan. De vrijwilligers worden dus gericht ingezet, maar dat kan zowel onderdeel van de behandeling zijn als ter ontspanning. Het idee voor dit programma komt uit de Verenigde Staten. Het is ontwikkeld aan de Universiteit van Yale en is bekend als het HELP-programma. HELP staat voor Hospital Elder Life Programme. Het is vooral toegepast om delirium te voorkomen en het bleek ook te helpen. Het gaat om heel kleine dingen, zoals voorlezen uit de krant, zorgen dat mensen hun bril opzetten, een eindje lopen, een puzzel maken. De vrijwilligers worden apart geschoold voor dit programma en er is voor dat doel ook een vrijwilligerscoördinator aangesteld'.

Jan: 'Het komt er eigenlijk op neer dat je probeert om ondanks de ziekenhuisopname een beetje het gewone leven voort te zetten. Maar dan moet je wel eerst weten hoe dat gewone leven eruit zag voor de opname. Vandaar ons uitgebreide assessment. En we zitten nog in de beginfase. We zijn pas zes weken bezig. Wat ik tot nu toe gezien heb, is dat patiënten het eigenlijk best druk hebben. In het begin van de opname zijn ze nog verzwakt en benauwd en later in de opname krijgen ze het druk met revalideren. Dus hoe we de vrijwilligers precies in moeten passen is een kwestie van uitproberen. Het zou best kunnen dat het hier niet zo nodig is. Er is hier al veel te doen, mensen krijgen veel aandacht, de sfeer is gemoedelijk. Maar goed, daarom zitten we ook in een onderzoeksfase. Ik kan er ook niet teveel op vooruit lopen'.



Franka (re) in gesprek met een vrijwilligster

Hoe zou je de patiënten die je tegenkomt omschrijven?

'Het zijn voornamelijk mensen die al langer bekend zijn met COPD en hier regelmatig terugkomen', zegt Jan. 'Laatst was hier een man voor de 27^e keer. Of ze hier komen heeft te maken met de beddencapaciteit. Die is in het Radboud gewoon te klein en als ze daar dan op de eerste hulp zijn en ze zien dat iemand hier bekend is, dan is die beslissing gauw genomen. Ik merk ook dat patiënten het hier prettig vinden, de sfeer is ook gemoedelijker dan in het Radboud. De opnameduur is vrij lang, zo rond de tien dagen bij de kwetsbare 70-plussers. Ik heb wel de indruk dat men wil proberen die te verkorten. Met het introduceren van het VMS en de zorg – en welzijnsstandaard zou dat ook moeten kunnen. Aan de andere kant is het ook vaak moeilijk om mensen weer naar huis te krijgen. Meer dan de helft van de mensen die wij zien – en dat zijn dus ook de kwetsbare ouderen – kreeg voor de opname al hulp bij de persoonlijke verzorging door de thuiszorg. Dat zegt natuurlijk wel wat.

De meeste patiënten hebben meerdere aandoeningen en ze gebruiken veel medicijnen. Meer dan tien verschillende soorten medicijnen per dag is geen uitzondering. Wat mij heel erg opvalt is dat er zo weinig patiënten een delirium ontwikkelen. In het Radboud is dat de meest voorkomende reden om ons in consult te vragen, maar hier komt het nauwelijks voor. Ondanks dat mensen zoveel medicijnen gebruiken en toch ook als kwetsbaar kunnen worden geclassificeerd.

Verder worden hier ook andere longpatiënten opgenomen, bijvoorbeeld met Cystic Fibrosis of de ziekte van Besnier Boeck. Dat zijn veel jongere patiënten met heel andere zorgvragen. Maar die zie ik dus niet. En ook niet de jongere COPD-patiënten, dus mijn blik op het geheel is beperkt'.

Wordt er aandacht besteed aan gezondheidsbevordering?

Jan: 'De verpleegkundigen van de afdeling zijn gespitst op specifieke longproblemen. Dus ze letten op ademhalingsstechnieken en uithoudingsvermogen. Sinds kort is er meer aandacht voor stoppen met roken. Mensen krijgen ook het aanbod om hiervoor naar een aparte poli te gaan. Neemt niet weg dat je nog steeds rokende patiënten zult zien bij de hoofdingang. De verpleegkundigen vinden het moeilijk om mensen aan te spreken op hun gedrag. Of het nou om roken of om passief in bed liggen gaat. Ze vinden de autonomie van de patiënt belangrijk en zullen daarom niet teveel druk uitoefenen'.

Samenwerking

'Twee keer per week is er een Multi Disciplinair Overleg (MDO). Tot voor kort duurde dat 15 minuten en nu een half uur. Deelnemers zijn de arts-assistent longziekten, de longarts, maatschappelijk werk, verpleging, fysiotherapeut en soms doet ook de pastor mee. In dit overleg brengen wij de patiënten in die wij gezien hebben en doen we voorstellen. Voor het MDO is het nieuw dat er nu zoveel aandacht wordt besteed aan deze patiëntencategorie. In het verleden lag de nadruk op de meest urgente gevallen en dat betrof vaak uitplaatsingsproblemen en tuberculosepatiënten'.

Naast het MDO is er dagelijks een verpleegkundige patiëntenbespreking tussen 13.30 tot 14.00. Dat is niet alleen hier zo, maar in het hele Radboud. In dit overleg bespreken de verpleegkundigen onderling de patiënten. Hier ben ik ook bij en dit is eigenlijk een geschiktere plaats om kennis en ideeën uit te wisselen. Het werken met verpleegplannen is geen traditie op deze afdeling. Ook merk ik dat de verpleegkundigen niet zoveel zicht hebben op wat zich buiten de instelling afspeelt aan zorg'.

Visie op ouderenzorg

Volgens Jan is er geen specifieke visie op ouderenzorg, maar dat geldt ook voor het Radboud als geheel. 'Ik hoor het onze hoogleraar geriatrie, Marcel Olde Rikkert nog zeggen: 'De ziekenhuizen worden overbevolkt door ouderen, maar ze hebben geen integrale visie op ouderenzorg'. In het ziekenhuis komen wel mondjasmaat wat aandachtsvelders voor geriatrie, maar het staat niet hoog op het prioriteitenlijstje. Als je dan enthousiaste aandachtsvelders hebt, dan zie je dat die toch behoorlijk moeten opboksen tegen allerlei andere prioriteiten. Of er is een reorganisatie, of we gaan verbouwen of er komt net weer een nieuw onderzoek: alles lijkt belangrijker dan die ouderenzorg. Nu, met het VMS en andere prestatie-indicatoren wordt het verplicht om aandacht te besteden aan de kwetsbare ouderen. Het is echt een steun in de rug voor ons'.

'Voordat we begonnen heb ik een nulmeting gedaan naar de attitude van de verpleegkundigen', vertelt Franka. 'Wat opviel was dat ze dachten dat meer dan de helft van de opgenomen patiënten boven de 70 was. Dat is echt niet zo, dus dat is een vertekend beeld. En dat is eigenlijk wat je voortdurend doet: het beeld over ouderen bijstellen. De grootste valkuil, niet alleen bij verpleegkundigen maar ook bij artsen, is dat ze allerlei problemen toeschrijven aan de ouderdom. Zoals slecht lopen of moeilijk eten. Als je denkt dat daar niets aan te doen is, doe je er ook niets mee. Als je laat zien dat het een probleem is waar wèl wat aan te doen is, dan ga je ermee aan de slag. Het is ook bewustwording. Ik heb dat zelf ook meegemaakt. Die bewustwording kwam pas toen ik een presentatie hoorde van een geriater, die vertelde hoeveel je kunt bereiken bij ouderen als je maar de problemen aanpakt. Dat was echt nieuw voor mij en daar werd ik enthousiast van. Waarom zou wat bij mij gebeurd is ook niet bij anderen kunnen gebeuren? Ze willen het wel, maar weten niet waarom en hoe. Het is onze taak om die kennis uit te dragen'.

Tot slot

De verpleegkundig consulent geriatrie werkt enerzijds samen met behandelaars van de afdeling geriatrie en onderzoekers vanuit het Nationaal Programma Ouderenzorg. Anderzijds zoekt hij verbinding met het verplegend personeel en behandelaars van de longafdelingen in Dekkerswald.

Een nieuw element in de zorg voor kwetsbare ouderen is het aandeel van vrijwilligers. Voor het instrueren en begeleiden van vrijwilligers is een aparte coördinator aangesteld. De vrijwilligers hebben een aandeel in het verzamelen van gegevens voor het ontwerp van de zorg – en welzijnsstandaard.

De verpleegkundig consulent geriatrie heeft een sleutelpositie bij het introduceren van zorg die beter toegesneden is op kwetsbare ouderen dan de standaardzorg. Het VMS wordt als ingang gebruikt om onderzoek te doen naar aspecten van kwetsbaarheid (uitgebreider geriatrisch assessment) bij ouderen op de afdeling. Tegelijkertijd wordt de informatie, die aldus verkregen is over de oudere, gebruikt bij het verbeteren van de dagelijkse zorg. Dit gebeurt door middel van inbreng van de verpleegkundig consulent bij het multidisciplinair overleg op de afdeling.

Competenties voor de verpleegkundig consulent geriatrie

- tact
- didactische vaardigheden
- uitstekende contactuele en communicatieve vaardigheden
- klinische expertise in eigen vakgebied
- kennis van wetenschap en praktijk
- overstijgend denken en handelen
- HBO+-niveau

Succesfactoren

- hoewel Dekkerswald officieel onderdeel is van UMC St. Radboud, is het daar fysiek van gescheiden en heerst er op Dekkerswald nog geen 'academische' sfeer; de praktijkgerichtheid van het onderzoek kan verpleegkundigen onderzoeks-minded maken en blikverruimend werken
- het dagelijks gestructureerd monodisciplinair overleg van de verpleegkundigen biedt mogelijkheden voor kennisoverdracht en uitwisseling van ideeën; hier kan het multidisciplinair overleg worden voorbereid
- aan het onderzoek ligt een consequente visie en onderzoekslijn ten grondslag, zoals de verdere ontwikkeling van het Easycare instrument; daardoor is het geen geïsoleerd initiatief

Faalfactoren

- implementatie van nieuwe werkwijzen is een kwestie van lange adem; het risico bestaat dat met het wegvallen van onderzoeksbelangstelling en externe prikkels zoals het VMS, de nieuwe werkwijze zal weggebben en men terugvalt in oude routines, waarbij minder integraal en meer ziektegericht gewerkt wordt
- onzeker is of een gunstig resultaat van het project uiteindelijk ook financieel haalbaar is, i.c. gefinancierd zal worden door de verzekeraar

Situatieschets

Nederweert, provincie Limburg, is een dorp met ongeveer 6800 inwoners in het grensgebied tussen Zuidoost Brabant en Noord Limburg. In het dorp staat zorgcentrum Sint Joseph met 72 plaatsen. Dit zorgcentrum wordt geleidelijk aan afgebroken. In de plaats hiervan zijn er nieuwe aanleunwoningen en een kleinschalige woonvoorziening voor mensen met dementie gerealiseerd. De vraag was of een nieuw verzorgingshuis wel nodig was. Dit was de aanleiding voor de totstandkoming van het virtueel verzorgingshuis. Ouderen met een toenemende zorgbehoefte worden via een puntenstelsel opgenomen als aspirant bewoner of bewoner van het verzorgingshuis.

Het verzorgingshuis Sint Joseph is onderdeel van de Stichting Land van Horne. Dit is een zorgorganisatie voor wonen, zorg en welzijn van ouderen en hulpbehoevenden, die na een aantal fusies tot stand is gekomen. Met circa 2000 medewerkers en 1000 vrijwilligers biedt de stichting (thuis)zorg en aanvullende diensten in het grensgebied van Midden-Limburg en Zuidoost-Brabant.

Het virtueel verzorgingshuis

Het virtueel verzorgingshuis bestaat uit een overzicht van thuiswonende ouderen, die volgens een eigen ontworpen puntensysteem zorgbehoevend zijn. Via een website met beveiligde toegang hebben de betrokken hulpverleners – huisartsen, thuiszorgmedewerkers, apothekers en paramedici – toegang tot het overzicht.

Wanneer er iets verandert, met name wanneer de zorgzwaarte verandert, krijgen de betrokken hulpverleners daarvan bericht. Ook de cliënt en zijn/haar familie heeft toegang tot het eigen dossier in de website.

De kosten voor het virtueel verzorgingshuis zitten in het onderhoud van de website, de kosten voor coördinatie van de zorg en het organiseren en bijwonen van het interdisciplinair overleg. Het samenwerkingsverband dat het virtueel verzorgingshuis in stand houdt ontvangt subsidie van de zorgverzekeraar, de gemeente en de provincie.

Visie op ouderenzorg

Centrale uitgangspunt voor het virtuele verzorgingshuis is het streven om tegemoet te komen aan de wensen van de oudere en het stimuleren van de zelfstandigheid en regie over het eigen leven.

Cliënten en zorgvragen

De virtuele bewoners van het verzorgingshuis scoren op het tienpuntensysteem van het verzorgingshuis tenminste 7 punten. Dat betekent de noodzaak voor een zorgplan. Als ouderen minder dan 6 punten scoren worden zij geacht hun eigen zorg te kunnen regelen. Bij precies 6 punten is er sprake van aspirant-bewoner.

Eind april 2010 waren er 95 bewoners en 89 aspirant-bewoners in het virtuele verzorgingshuis. In de praktijk blijkt dat het heel lang lukt om ouderen thuis te verzorgen. Behalve wanneer mensen alleenstaand zijn en in het eindstadium van dementie komen. Dan is zelfstandig thuis wonen niet meer haalbaar. De trajectbegeleider/ case-manager van het regionale dementieprogramma begeleidt thuiswonenden met dementie.

Zorgcoördinator in de thuiszorg

De zorgcoördinator van de thuiszorg fungeert als eerst verantwoordelijke voor de zorgcomplexiteit. De huisarts neemt de coördinatie voor de medische zorg op zich. Dit wordt geformaliseerd en geïllustreerd door het 'tienpuntensysteem' en gesteund door de (thuis)zorgorganisatie.

De functie van zorgcoördinator in de thuiszorg houdt in dat de betreffende coördinator verantwoordelijk is voor de zorg aan 30 cliënten. Zij heeft zowel coördinerende als uitvoerende taken.

Via de website van het virtuele verzorgingshuis heeft zij veel contact met de eerstelijns-hulpverleners in Nederweert, zoals de diverse huisartsen en de apotheker. De zorgcoördinator plant de zorgplanbesprekingen bij de cliënt thuis in overleg met de deelnemers.

7 Een even eenvoudig als praktisch systeem

Zorgcoördinator thuiszorg en huisarts werken samen in het virtueel verzorgingshuis te Nederweert

Dankzij een intensieve samenwerking van eerstelijns hulpverleners bestaat het verzorgingshuis in Nederweert (Limburg) alleen nog maar op de computer. Ouderen kunnen langer thuis blijven wonen als de hulpverleners van elkaar weten wie wat doet en gemakkelijk te benaderen zijn. Dat is mogelijk via een virtuele koffiekamer en een eenvoudig puntensysteem.

Het virtueel verzorgingshuis klinkt als science fiction. Het staat beschreven op allerlei websites over zorgvernieuwing. 'Als je komt, dan moeten we maar bij mij aan de keukentafel praten, want ik ga half november met pensioen', zegt Thieu Heijltjes. Hij heeft dan 35 jaar als huisarts in Nederweert gewerkt. In 1975 nam hij de praktijk over. Het was nog een klassieke, solo plattelandspraktijk. Nu is het een groepspraktijk voor zowel Nederweert als het nabijgelegen dorp Ospel. Thieu Heijltjes heeft het virtuele verzorgingshuis bedacht en op de kaart gezet. Ook na zijn pensioen blijft hij projectleider.

Nederweert ligt voor de Randstedeling nogal ver weg. Grofweg tussen Eindhoven en Roermond, in een tamelijk verlaten niemandsland van de Peel. In het centrum van het dorp staat een buitenproportioneel grote kerk, de Sint Lambertuskerk. Vrijwel dagelijks is er een mis, de Mariakapel is altijd open. In het centrum staan veel huizen te koop en te huur. Ergens aan de burgemeester Vullerstraat moet Thieu Heijltjes wonen. Maar de Vullerstraat is lang en bochtig. Het is een dorp en de eerste de beste voorbijganger kan vertellen waar dokter Heijltjes woont.

De keukentafel blijkt de eetkamer te zijn. De laptop staat op tafel om het virtuele verzorgingshuis te demonstreren. Tegenover Thieu Heijltjes verpleegkundige Hennie Scheijven. Hennie Scheijven is verpleegkundige. Zij werkt sinds drie jaar bij de thuiszorgorganisatie en heeft daarvoor ruim 22 jaar als verpleegkundige gewerkt in het algemeen ziekenhuis in Weert. Haar functie is zorgcoördinator. Zij werkt 18 uur per week. Haar cliënten zijn voornamelijk te vinden in de aanleunwoningen en omgeving van het zorgcentrum. Zij coördineert de zorg voor 30 cliënten en werkt ook mee in de uitvoering.

Hoe zijn jullie op het idee gekomen?

'In 2004 hebben we het Samenwerkingsverband Ouderenzorg Nederweert opgericht voor de coördinatie van het werk in het verzorgingshuis. We werkten al multidisciplinair en gestructureerd samen, vooral met de verzorging, waardoor er minder opnames in het ziekenhuis nodig waren. Toen bekend werd dat het verzorgingshuis zou worden afgebroken en er steeds meer aanleunwoningen voor in de plaats kwamen, moesten we dat veranderen. Wij wilden eigenlijk op dezelfde manier verder werken, maar kregen daar niet meer de nodige financiering voor. Als je als huisarts zorg verleent in een verzorgingshuis, dan staat daar een opslag per verzekerde tegenover, de verzorgingshuismodule. Die viel weg als we hetzelfde extramuraal wilden doen. We hebben een plan gemaakt om toch door te kunnen gaan met onze samenwerking. Dat heette het EGO-project. EGO staat voor Extramuraal Gestructureerde Ouderenzorg. Voor dat project hebben we subsidie aangevraagd via ons samenwerkingsverband. We hebben subsidie ontvangen van de Stichting Robuust. Dat is een stichting van de zorgverzekeraars CZ en VGZ, die innovaties ondersteunt. En ook van de gemeente Nederweert en de provincie Limburg. Het idee was dat we op dezelfde manier zouden samenwerken als

voorheen, maar nu met extramurale bewoners. CZ, de zorgverzekeraar, was aanvankelijk wat angstig. Die dachten: als we dat gaan toestaan is het hek van de dam. Dan begint iedereen een virtueel verzorgingshuis. Maar dat is dus meegevallen, ze zijn nu een stuk positiever’.

Hoe werkt het?

Thieu haalt de laptop erbij. De volgende dag zal hij het project presenteren op een congres over moderne dementiezorg. Hij logt in op de virtuele koffiekamer. Hier zijn de namen te zien van alle hulpverleners die meedoen. Maar even later verschijnt er een scherm met namen van bewoners. Achter hun namen staat een



Thieu Heijltjes en Hennie Scheijven

puntenaantal tussen de 7 en 10. Thieu: ‘Kijk, we hebben hier een systeem voor, dat werkt als een signaleringssysteem. De verpleging voert 1 tot 5 punten in en de huisarts ook. Die punten zijn een maat voor de medische complexiteit of de verpleegkundige zorgbehoefte. Als ik nu bij een patiënt kom en een verslechtering constateer, kan ik punten geven. Zodra ik iets verander in die punten, gaat er een mailtje naar alle gelinkte hulpverleners van de bewoner. Dan weet iedereen: hee, er is iets veranderd. Als iemand boven de 7 punten komt, dan treedt de EGO-procedure in werking en moet er een zorgplan worden gemaakt. Dat doe je niet op de computer maar met elkaar, met

de bewoner en familie erbij. De zorgcoördinator, Hennie dus, organiseert dat bij de bewoner thuis. Het zorgplan wordt gemaakt en komt op de website te staan. Alle zorgverleners van die patiënt kunnen erbij, ook de familie en de patiënt zelf. Het zorgplan wordt tenminste twee keer per jaar bijgesteld en zo nodig vaker. Meestal zijn ook de apotheker en de specialist ouderengeneeskunde hierbij betrokken. Het kan zijn dat de bewoner weer herstelt en dan weer minder punten krijgt. Dan wordt hij virtueel ontslagen uit het verzorgingshuis. Het mooie van dit systeem is dat je ook zicht krijgt op je aspirant bewoners. Dit zijn ouderen die tot 6 punten hebben. In april 2010 waren 95 bewoners en 89 aspirant-bewoners’.

Kosten

‘De kosten die gemaakt worden zijn vooral de organisatiekosten. Overleggen kost nu eenmaal tijd en tijd is geld. Dus organisatiekosten zijn consulten van de apotheker, het organiseren en bespreken van het zorgplan, het in de lucht houden van de website. Bij elkaar is dat zo’n 340 euro per bewoner per jaar. Dat is exclusief de zorg die ze krijgen van de thuiszorg. En ze hoeven het niet zelf te betalen, het zit in het project. Vergeleken met de traditionele zorg in het verzorgingshuis is het stukken goedkoper. De mensen betalen minder eigen bijdrage, dus houden per saldo meer geld over dan wanneer ze in een verzorgingshuis waren gegaan. Behalve dat zie ik dat het ook beter is voor de mensen’. Thieu Heijltjes vindt de EGO-aanpak voor zijn cliënten een verademing vergeleken met het verzorgingshuis. Ze hoeven niet uit hun vertrouwde omgeving weg en neigen minder tot hospitaliseren. Hun sociale systeem blijft in stand en wordt ook betrokken bij het zorgplan.

Hennie vult aan: ‘Het maakt je veel creatiever. Als je goed kijkt, dan zie je wat de mogelijkheden zijn om een cliënt toch nog thuis te houden. Bijvoorbeeld als een cliënt aan het dementeren is, dan moet je proberen een goede daginvulling te geven. Dat lukt hier heel goed. Er zijn zorgboerderijen gekomen, maar je kunt ook individueel begeleiding inzetten die een paar uurtjes iets onderneemt met een cliënt’.

Het 10 puntensysteem van het Samenwerkingsverband Ouderenzorg Nederweert voor het signaleren van kwetsbare ouderen

Methode

Huisarts en wijkverpleegkundige geven ieder vanuit hun eigen professionele inschatting 1 tot 5 punten.

Afkappunt

Bij 7 of meer punten samen, wordt iemand beschouwd als een bewoner van het Virtuele Verzorgingshuis. We gaan er van uit dat er dan een noodzaak tot gestructureerde samenwerking bestaat. Bij evaluatie door de SON na 2 jaar werken met de methode, is in 2009 het afkappunt gehandhaafd.

Wat betekent ieder punt dat door de huisarts is gegeven?

1 punt

Een oudere met klachten, kan de huisarts zelf bezoeken in de praktijk eventueel met scooter of rollator, heeft mogelijk huishoudelijke zorg, maar is zelfstandig in de hulporganisatie.

2 punten

Een oudere met één chronische aandoening, kan niet meer zelf in praktijk bij de huisarts komen, verzoekt zelf zo nodig de huisarts hem of haar op te zoeken; deze oudere voert nog zelf met succes de regie over zijn of haar leven en de te ontvangen zorg.

3 punten

Een oudere met één of meerdere chronische aandoeningen, is zo ziek dat regelmatige controle nodig is en huisarts of praktijkondersteuner de oudere op afspraak aan huis bezoekt; de oudere kan nog wel de regie voeren over de eigen hulpverlening in samenspraak met de hulpverleners.

4 punten

Een oudere met één of meerdere chronische aandoeningen, welke regelmatige controle aan huis door de huisarts of de praktijkondersteuner nodig maken; tegelijkertijd is deze oudere zelfs met ondersteuning door hulpverleners niet meer in staat om zelf de hulpverlening enigszins te sturen; alarmering en aanwezigheids-hulp is steeds meer noodzakelijk.

5 punten

Een oudere lijdt aan een ongeneeslijke ziekte en verkeert in de (pre-) terminale fase; het is te verwachten dat er op korte termijn toenemend meer zorg nodig is, terwijl de oudere zelf geen regie meer kan voeren; nachthulp en mantelzorg overdag zijn niet meer misbaar.

Wat betekent ieder punt dat door de wijkverpleegkundige of wijkverzorgende is gegeven?

1 punt

Een oudere met beperkte zorgbehoefte, heeft mogelijk huishoudelijke zorg nodig, maar is zelfstandig in ADL-functies.

2 punten

Een oudere met persoonlijke zorgbehoefte, moet aan huis bezocht worden voor hulp bij ADL-functies en huishoudelijke zorg; voert nog zelf met succes de regie over zijn of haar leven en de te ontvangen zorg.

3 punten

Een oudere met uitgebreide zorgbehoefte, moet dagelijks aan huis bezocht worden voor verpleegkundige hulp en verzorging; de oudere of zijn mantelzorger kan nog wel de regie voeren over de eigen hulpverlening in samenspraak met de hulpverleners.

4 punten

Een oudere met zeer uitgebreide zorgbehoefte, moet dagelijks aan huis bezocht worden voor verpleegkundige hulp en verzorging; de patiënt of zijn mantelzorger kunnen niet meer de regie voeren over de eigen hulpverlening in samenspraak met de hulpverleners.

5 punten

Een oudere lijdt aan een ongeneeslijke ziekte en verkeert in de (pre-) terminale fase; het is te verwachten dat er op korte termijn toenemend meer zorg nodig is terwijl de oudere zelf geen regie meer kan voeren; nachthulp en mantelzorg overdag zijn niet meer misbaar.

Het lijkt erop dat de zorgverzekeraar ook de meerwaarde is gaan zien van de werkwijze in het virtueel verzorgingshuis. 'Maar zorgverzekeraars willen dingen die wij niet willen', zegt Heijltjes. 'Nu vinden ze ons systeem weer niet evidence based genoeg en willen ze dat we een gevalideerd meetinstrument gaan toepassen. Ik heb die instrumenten weleens gezien, zoals de Trazag en zo. Ze zijn misschien wel goed, maar ik vind ze erg lang en daarom onpraktisch. Met dit instrument hebben wij laten zien dat het werkt in de praktijk. Dus waarom dat dan weer veranderd moet worden is mij een raadsel. In ieder geval hebben wij veel belangstelling gewekt bij andere organisaties en wat mij betreft nemen ze ons systeem over'.

Dementie

Uiteindelijk gaan dementie en alleen thuis wonen op den duur niet samen. Daarom zijn de huisarts en de verpleegkundige heel blij met het kleinschalig wonen, dat ook gerealiseerd is bij het oude St. Joseph in Nederweert. En zijn ze blij met de trajectbegeleiding die geboden wordt door het regionaal zorgprogramma dementie. Hennie: 'Het gaat er niet om dat ik het niet zou kunnen of willen, maar het begeleiden van het hele zorgsysteem rond iemand met dementie kost gewoon heel veel tijd. En er is zoveel veranderd in alle voorzieningen. Dus ik ben gewoon blij dat ik dat met een gerust hart kan overlaten aan de trajectbegeleider. Zij houdt ons op de hoogte en is ook betrokken bij het zorgplan'.

Samenwerking

Wat kan er nog toegevoegd worden over de samenwerking bij een dergelijk hecht samenwerkingsverband? Als belangrijkste voorwaarde noemt Thieu de gelijkwaardigheid van disciplines. Hennie vult aan: 'Wat dat betreft zijn er wel verschillen. Niet iedere huisarts is even toegankelijk. Soms kost het moeite om gehoord te worden. Maar over het algemeen gaat het prima. Iedereen kent elkaar, dat scheelt gewoon ook heel veel. En via de website kunnen we elkaar makkelijk bereiken'.



Tot slot

Er is een nauwe samenwerking tussen de huisartsen, medewerkers van de thuiszorg en andere betrokken disciplines van het virtuele verzorgingshuis. In het Samenwerkingsverband Ouderenzorg Nederweert (SON) werken hulpverleners sinds 2004 al intensief samen rond het lokale verzorgingshuis. Met het virtuele verzorgingshuis is deze samenwerking verder gestructureerd.

Competenties

Als belangrijkste voorwaarde voor interdisciplinaire samenwerking wordt gelijkwaardigheid genoemd. De medewerkers van de thuiszorg hebben nog weleens moeite om 'gehoord' te worden door de huisartsen als zij een probleem bij een patiënt ter sprake willen brengen. Dit is afhankelijk van de huisarts. Uit de opzet van het virtuele verzorgingshuis blijkt dat de thuiszorg een gelijkwaardige positie heeft ten opzichte van de huisarts. De vereiste competenties voor de zorgcoördinator zijn:

- vertrouwen in eigen kunnen om op te treden ten behoeve van cliënten
- communicatieve vaardigheden
- om kunnen gaan met ict/website

Succesfactoren

- eenvoudig systeem, ontwikkeld vanuit de praktijk en toegepast in de praktijk
- optimaal gebruik van ICT-technologie
- gedeelde en duidelijke visie op doel van de zorgverlening
- aanwezigheid van een enthousiaste 'kartrekker' en pleitbezorger

Faalfactoren

- kosten voor organisatie zijn afhankelijk van subsidies en projectgelden
- ontbreken van een projectleider of 'kartrekker'

Situatieschets

Nijmegen is een stad met 160.000 inwoners. Gezondheidscentrum Hazenkamp is een samenwerkingsverband van huisartsen, fysiotherapeuten, praktijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychologen en een ergotherapeute, een diëtiste, een haptotherapeute, een psychotherapeute en een psychiater in Nijmegen. Het gezondheidscentrum staat in de wijk Hazenkamp, niet ver van het centrum van Nijmegen. Deze wijk telt ongeveer 5000 inwoners, en is gemiddeld van samenstelling. Er staan jaren dertig huizen, portiekflats en nieuwbouwwoningen. De meeste patiënten komen uit de omgeving van het gezondheidscentrum, maar er zijn ook nogal wat patiënten die verspreid door de stad wonen. Er zijn twee apotheken in de buurt.

Visie op ouderenzorg

Binnen deze huisartsenpraktijk is zorg voor kwetsbare ouderen een aandachtsgebied. Ouderenzorg wordt gezien als behorend tot de eerstelijnszorg. Aangezien de meeste ouderen graag in hun eigen huis willen blijven wonen, is de eerstelijnszorg van groot belang. Hier wil het gezondheidscentrum zich voor inzetten.

Cliënten en zorgvragen

De patiënten die gezien worden door de praktijkondersteuner zijn doorgaans boven de 50 jaar en gediagnosticeerd met een chronische ziekte. Zij worden door de huisarts naar de praktijkondersteuner verwezen voor medicatie-instructie, leefstijlbegeleiding, en psychosociale ondersteuning.

De praktijkondersteuner ziet de patiënten gemiddeld eens per kwartaal, de huisarts ziet de patiënt één keer per jaar. Het consult van de praktijkondersteuner beperkt zich grotendeels tot ondersteuning bij de chronische ziekte. Voor andere problemen verwijst zij naar de huisarts of, in overleg met de huisarts, naar andere hulpverleners.

De zorgvragen hebben betrekking op het leren leven met de aandoening, het inpassen hiervan in het dagelijks leven en het vergroten van kennis en inzicht van de patiënt. Het doel van begeleiding is het bereiken van zelfmanagement en ondersteuning bij het handhaven van dit zelfmanagement. Ongeveer de helft van de patiënten is daartoe gemotiveerd en zoekt ook zelf informatie op. Dit geldt met name voor de wat jongere patiënten. Ouderen hebben vaker behoefte aan een meer

directe aanpak in de vorm van herhaalde instructie. Op grond van leeftijd is niet direct te voorstellen bij wie welke aanpak het beste werkt.

Het Easycare® instrument wordt ingezet bij ouderen bij wie vermoed wordt dat er meerdere problemen tegelijkertijd spelen. Er wordt een huisbezoek afgelegd en aan de hand van een vragenlijst wordt een uitgebreid interview gehouden met de oudere.

Praktijkondersteuner huisarts (POH)

De functie van praktijkondersteuner wordt uitgeoefend door twee verpleegkundigen voor zes huisartspraktijken. Iedere praktijkondersteuner is gekoppeld aan drie vaste huisartsen. De verpleegkundigen hebben een aparte opleiding gevolgd voor praktijkondersteuner.

Hun belangrijkste taak is het ondersteunen van patiënten met chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus, COPD en astma en hart – en vaatziekten. Dit gebeurt op geprotocolleerde wijze aan de hand van landelijk erkende zorgstandaarden. Daarnaast begeleiden zij ook patiënten bij het stoppen met roken, bieden ze leefstijlondersteuning bij overgewicht en doen ze assessment bij kwetsbare ouderen met behulp van een speciaal daartoe ontwikkeld instrument: Easycare®. Aan het gebruik van Easycare® is een training verbonden voor zowel de huisarts als de praktijkondersteuner. Tot nu toe gebeurde een dergelijk assessment alleen op indicatie, wanneer er vermoedens waren dat er meerdere problemen bij een oudere speelden die bedreigend waren voor diens gezondheid of zelfstandigheid. In het kader van regionale projecten vanuit het UMC St. Radboud en een algemeen beleid om meer te doen aan preventieve zorg bij ouderen zijn er nu plannen om de kwetsbare ouderen in de praktijk actiever op te sporen en te begeleiden.

De functie van praktijkondersteuner is nog niet uitgekristalliseerd. Het gevolg is dat er steeds nieuwe ontwikkelingen zijn, waarop wordt ingespeeld en waarvoor moet worden bijgeschoold. Scholing wordt aangeboden via huisartsenorganisaties, zoals de landelijke huisartsenvereniging en door de eigen beroepsorganisatie, de afdeling voor praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen van V&VN. Er is een eigen vakblad, het Tijdschrift voor praktijkondersteuning.

8 Een huisartsenpraktijk is echt anders

Praktijkverpleegkundige bij een maatschap van huisartsen in Nijmegen

Corry van den Heuvel is praktijkverpleegkundige in Nijmegen in een gezondheidscentrum. Het gezondheidscentrum was één van de eerste in Nederland en staat in een oudere wijk in Nijmegen. De zorg voor kwetsbare ouderen is één van de aandachtsgebieden binnen dit centrum. De praktijkverpleegkundigen zijn samen met de huisartsen getraind in het gebruik van Easycare®, een meetinstrument dat de zorgbehoeften en problemen van ouderen in kaart brengt.

Het gezondheidscentrum Hazenkamp ligt wat verscholen in de straat. Het had ook een buurthuis of een school kunnen zijn. In de spreekkamer van de praktijkverpleegkundigen staan veel boeken langs de wand. Mappen over diabetes, COPD, hypertensie. Kaartjes, plaatjes en ander aanschouwelijk materiaal. Dit is de werkplek van Corry van den Heuvel.

‘Na mijn verpleegopleiding in het ziekenhuis en een kaderopleiding heb ik gewerkt in het ziekenhuis, een verpleeghuis en in de thuiszorg. Niet als wijkverpleegkundige, maar als verpleegkundige in de wijk. Dan ben je dus uitvoerend. Ik deed veel avonddiensten en op een gegeven moment had ik behoefte aan meer uitdaging. Ik deed de opleiding voor praktijkondersteuner en kon toen ook als praktijkverpleegkundige gaan werken, hier in de huisartsenpraktijk. Samen met een collega. Wij werken ieder voor drie huisartsen, in totaal dus zes praktijken.

Praktijkondersteuning was een nieuwe discipline in dit gezondheidscentrum. Voordat wij kwamen deden de huisartsen zelf de controle van de diabetespatiënten samen met de doktersassistenten. In het begin was het wel even aftasten hoe je dat nu het beste kon aanpakken. Vooral het leren omgaan met het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) en hoe je een spreekuur organiseert en administratief verwerkt’.

Scholing

‘Ik heb veel gehad aan de speciale opleiding voor praktijkondersteuner van het VDO in Nijmegen. Ik heb de tweejarige variant gedaan, dat is dezelfde als die de doktersassistenten volgen. De meeste verpleegkundigen kunnen toe met de eenjarige variant, maar ik vond het wel prettig om de wat uitgebreidere versie te doen. Behalve dat je leert hoe een huisartsenpraktijk werkt, leer je ook hoe je het overleg met de huisarts voorbereidt. Wat is belangrijk voor hem en wat niet?’

Nu volg ik online scholing voor diabetes en ik heb een cursus Motivational Interviewing gedaan. Ik heb gehoord dat er ook een opleiding tot zorgtrajectbegeleider vanuit het regionaal dementienetwerk wordt aangeboden. We moeten nog bespreken of we hieraan meedoen. Wij bespreken onze wensen voor scholing met de huisartsen, en vaak worden die wensen gehonoreerd.

We hebben een jaar supervisie gehad met een aantal praktijkondersteuners uit verschillende praktijken. Dan kun je werken aan verbeterpunten die voor jou belangrijk zijn. Voor mij was dat time-management. Ik heb er veel aan gehad. Met dezelfde groep doen we nog steeds intervisie. Naar verwachting wordt onze functie uitgebreid met meer taken op het gebied van ouderenzorg, zoals het opsporen van kwetsbare ouderen en met zorgtrajectbegeleiding van ouderen met multiple problematiek, onder andere dementie’.

Cliënten

'We zijn begonnen met de diabetespatiënten. Al gauw kwamen daar de COPD-patiënten en de mensen met hart- en vaatproblemen bij, zoals hypertensie. In het begin volgden we de richtlijnen van de huisartsen bij de



begeleiding. In de loop van de tijd zijn er steeds meer speciale materialen en protocollen gekomen voor de begeleiding van patiënten. En er komen ook meer onderwerpen bij. Zoals stoppen met roken en begeleiden bij overgewicht. Diabetespatiënten komen elk kwartaal op het spreekuur. Drie keer komen ze bij ons en één keer per jaar bij de huisarts. Als ze bij de huisarts komen is dat een dubbel consult. Dan worden ook de medicijnen allemaal doorgenomen met de patiënt.

In de praktijk van alle huisartsen samen zijn ongeveer 800 mensen boven de 75 jaar. Dat schijnt een normaal gemiddelde te zijn voor een praktijk van deze

omvang. Bij ouderen komt het regelmatig voor dat er meer aan de hand is, maar dat je er je vinger niet achter kunt krijgen. Het beroemde niet-pluisgevoel. Hierbij wordt het Easycare-instrument gebruikt. Dat is een uitgebreide vragenlijst, aan de hand waarvan je de problemen kunt inventariseren bij een huisbezoek. Gemiddeld komt het één tot twee keer per maand voor dat ik zo'n huisbezoek doe aan de hand van Easycare. Samen met de huisartsen hebben wij een training gedaan in het gebruik van dat instrument'.

Polyfarmacie

'Bij ieder consult komt het medicatiegebruik aan de orde. Veel patiënten gebruiken meer dan vier of vijf soorten medicijnen. Als ze begrijpen waarvoor de medicijnen zijn, gaan ze er bewuster mee om en zijn ze ook

gemotiveerder om ze te gebruiken. Ook via de apotheek is er controle op het medicijngebruik. Die hebben het overzicht en er gaat een seintje naar de praktijk als er bijvoorbeeld geen medicijnen zijn aangevraagd die volgens het voorschrift wel nodig zijn. Steeds meer patiënten gebruiken een speciaal elektronisch systeem, de Medido®. Dat is een medicijnverdeelsysteem waarbij er op de juiste tijd een seintje afgaat als het medicijn moet worden ingenomen. Als het doosje dan niet wordt opengemaakt, gaat er ook een signaal naar de apotheek. Wij schrijven niet zelf medicijnen voor, maar doen wel een medicatie-



voorstel aan de huisarts als we denken dat er iets aan de dosering of de medicatie moet worden veranderd. Het gebeurt ook regelmatig dat een specialist uit het ziekenhuis iets nieuws heeft voorgeschreven zonder overleg met de huisarts. Hier moet je alert op zijn en als ik het signaleer bespreek ik dat met de huisarts'.

Samenwerking

'Ik heb eigenlijk voortdurend overleg met de huisartsen. Veel gaat tussendoor, via het computersysteem en de agenda. Dat zijn ad hoc overlegjes. Structureel heb ik wekelijks per huisarts een overleg van een half uur. Dus voor drie huisartsen is dat anderhalf uur. We spreken dan alle patiënten door die ik op het spreekuur gezien

heb. We nemen dan ook steeds het dossier erbij. De huisartsen hebben zo met alle disciplines individueel overleg. Wekelijks hebben wij als praktijkverpleegkundigen overleg met één vaste huisarts. Deze huisarts treedt op als onze coach en ons aanspreekpunt. Zij houdt ons op de hoogte van alles wat er speelt in de praktijk en vraagt ook waar wij tegenaan lopen. Dat bevalt heel goed. Het is ons streven om eens per zes weken een uitgebreide casusbespreking te doen, gericht op kwetsbare ouderen. Een stagiaire heeft er een speciaal formulier voor ontwikkeld, aan de hand waarvan wij een multidisciplinair overleg kunnen houden. In de praktijk lukt het toch moeilijk om dat dan ook echt te doen. Ad hoc zijn er wel overleggen als er een bijzondere situatie is. Dan worden alle betrokken disciplines uitgenodigd.'

Competenties

'Een huisartsenpraktijk is anders dan de thuiszorg. Binnen de thuiszorg volgde ik vooral het zorgplan dat opgesteld was door andere wijkverpleegkundigen. Als praktijkondersteuner heb je een meer zelfstandige functie. Dit komt tot uiting in het samen met de patiënt opstellen van een zorgplan en het kiezen van een bij de persoon passende aanpak. Dat vereist goede communicatieve vaardigheden. Je krijgt namelijk met veel verschillende mensen te maken. Niet iedereen is in staat om zijn eigen ziekte te managen. Sommige mensen hebben liever een lijstje met voorschriften dan een hele uitleg over de ziekte. Dus dan moet je je boodschap aanpassen. En anderen zoeken van alles uit op internet en die vinden het een hele sport om dan hun eigen doelen te bereiken. Samenwerking met andere disciplines is een must. Dan zijn er nog de praktische dingen zoals omgaan met het computersysteem en het organiseren en verwerken van gegevens'.



Corry van den Heuvel

Welzijn en wensen

'Aandacht voor het welzijn is de basis van elk consult. Als je merkt dat er iets aan de hand is, dan kun je een extra consult plannen om dat verder uit te vragen. Bij de Easycare® wordt altijd gevraagd wat mensen nou het liefste willen voor zichzelf. Sommige mensen willen een reis maken, of een bepaald ongenoegen met de kinderen uit de wereld helpen. Maar wat ik het meeste hoor is dat mensen heel graag in hun eigen huis willen blijven wonen. Dat is voor hen toch wel het belangrijkste geloof ik. Ik vind het een uitdaging om daar op mijn eigen manier aan bij te dragen'.

Tot slot

De functie van praktijkondersteuner is een functie in ontwikkeling. De taken veranderen, de functie verandert. Dit vereist een groot aanpassingsvermogen van de praktijkondersteuner en de bereidheid om zich steeds weer nieuwe kennis en competenties eigen te maken. Ook de vergoedingssystematiek is aan verandering onderhevig. Deze factoren samen maken dat de functie nog niet is uitgekristalliseerd.

Competenties

- onderscheiden welke informatie belangrijk is voor huisartsen en welke niet
- goede communicatieve vaardigheden
- kunnen presenteren van een patiënt
- helder hebben waar grenzen van eigen functie/beroep liggen en waar overlappingen met andere functies zich bevinden, met name met de huisarts
- kunnen reflecteren op het eigen handelen
- hanteren van het Huisartsen Informatie Systeem (HIS)

Succesfactoren

- het gezondheidscentrum valt onder de invloedssfeer van allerlei vernieuwende initiatieven die uitgaan van UMC St. Radboud, afdeling geriatrie; dit geldt voor de promotie van het meetinstrument Easycare®, maar ook voor het Alzheimercentrum Nijmegen en de netwerken die voortgekomen zijn uit het landelijk dementieprogramma (2006-2010) en het Nationaal Programma Ouderenzorg (2008-2012); hierdoor worden huisartsen attent gemaakt op mogelijkheden voor hun oudere patiënten en is er vaak scholing en budget beschikbaar voor vernieuwing en verbetering
- gestructureerd overleg met de huisartsen en daarnaast aparte coaching in de praktijk
- praktijkondersteuners kunnen gebruik maken van landelijk ontwikkelde richtlijnen en protocollen voor de meeste onderdelen van hun taken
- hoewel er per praktijk verschil van invulling kan zijn van de functie, zijn er een aantal factoren die zorgen voor een duidelijke identiteit van de praktijkondersteuner zoals een eigen opleiding, een eigen beroepsorganisatie en een systeem van geaccrediteerde bij- en nascholing

Faalfactoren

- de financiering en organisatorische inbedding van de praktijkondersteuner hangt af van de regionale verzekeraar die zorgt voor vergoeding van de diensten van de praktijkondersteuner. De wijze waarop dit georganiseerd is, verschilt per zorgverzekeraar en per huisartsenpraktijk

Situatieschets

Rijsenhout is een dorp met bijna 4100 inwoners in de Haarlemmermeerpolder, ten zuiden van Schiphol en Hoofddorp. Het is te karakteriseren als een landelijk gebied met veel sociale cohesie. Er is veel glastuinbouw en agrarische bedrijvigheid. Volgens gegevens van de gemeente Haarlemmermeer zijn er bijna 600 personen boven de 65 jaar. Dit is 14% en komt overeen met het landelijk gemiddelde.

De huisartsenpraktijk bevindt zich in het Medisch Centrum Rijsenhout, een nieuw gebouw, waar ook de apotheek zit en een praktijk voor fysiotherapie. De huisartsenpraktijk bestaat uit twee huisartsen, twee praktijkassistenten en een praktijkondersteuner. De beide huisartsen volgden in 2002 en 2006 twee huisartsen op die met pensioen gingen. De huisartsenpraktijk heeft zich georganiseerd in een coöperatieve vereniging met totaal 15 praktijken uit Nieuw-Vennep voor praktijkoverstijgende initiatieven.

De geïnterviewde huisarts heeft een aanvullende opleiding ouderengeneeskunde gedaan en is daarmee kaderhuisarts ouderengeneeskunde. Deze aantekening is erkend door de beroepsverenigingen voor huisartsen en kent een apart register. In de praktijk werken twee huisartsen, twee doktersassistenten en een praktijkondersteuner. De praktijkondersteuner ondersteunt diabetespatiënten en COPD-patiënten, zij onderzoekt en bezoekt ouderen volgens protocol en controleert ook hart- en vaatpatiënten.

Ouderenzorg Nieuwe Stijl

De ouderenzorg nieuwe stijl betreft het proactief opsporen van problematiek bij oudere patiënten. Dit is een initiatief van kaderhuisarts ouderenzorg Jacobine van der Dussen.

Tussen 2005 en 2008 zijn 197 ouderen door de praktijkverpleegkundige in kaart gebracht. Dit waren personen boven de 75 jaar of tussen 65 en 75 jaar die meer dan vier soorten medicijnen gebruikten. Vijf andere praktijken namen deze werkwijze over.

In 2010 is deze aanpak geëvalueerd. De patiënten van boven de 65 jaar uit vijf praktijken die deze de

nieuwe werkwijze hadden overgenomen zijn vergeleken met een controlegroep uit het verzekerdenbestand van de zorgverzekeraar, Zorg en Zekerheid. Uit deze vergelijking kwam naar voren dat de huisartsenkosten voor de interventiegroep iets hoger waren, maar dat de kosten voor ziekenhuisopnames bij de controlegroep aanzienlijk hoger waren. De investering in de huisartsenpraktijk verdiende zichzelf terug. Ook nam het aantal acute opnamen in het ziekenhuis wegens zorgproblemen af.

Visie op ouderenzorg

Deze huisarts heeft zich toegelegd op ouderenzorg en draagt haar kennis uit aan collega's. Ouderenzorg beschouwt zij als boeiend en interessant. Om ouderenzorg goed uit te voeren in de huisartsenpraktijk is het noodzakelijk dat de huisarts een specialist kan raadplegen op het gebied van ouderengeneeskunde en taken kan delegeren aan een praktijkondersteuner.

Cliënten en zorgvragen

Een overzicht van de meest voorkomende problemen die de praktijkondersteuner tussen 2005 en 2008 heeft gesignaleerd bij 197 patiënten ouder dan 65 jaar is te zien in de tabel in dit hoofdstuk. Bij sommige patiënten komen meerdere problemen voor. Er zijn ook patiënten die geen problemen bleken te hebben.

Praktijkondersteuner huisarts (POH)

De praktijkondersteuner voert taken uit waar de huisarts niet aan toe komt, maar die de kwaliteit van de patiëntenzorg – met name de ouderenzorg – zeer ten goede komen. Dankzij de inzet van een praktijkondersteuner wordt de huisarts in staat gesteld om deze patiëntengroep goed te behandelen. Naar de mening van de huisarts dient de functie praktijkondersteuner ouderenzorg als reguliere voorziening te worden opgenomen in de huisartsenpraktijk.

9 Ik ben een voorloper

Praktijkondersteuner vanuit het perspectief van de huisarts.

Jacobine van der Dussen is kaderhuisarts ouderenzorg in Rijsenhout, een klein dorp in de Haarlemmermeer. Omdat zij, samen met een nieuwe collega-huisarts, twee huisartsen zou opvolgen die met pensioen gingen, inventariseerde zij de gezondheidstoestand van alle ouderen in de praktijk. Zij deed dat door een praktijkverpleegkundige aan te trekken. De resultaten van haar werkwijze logen er niet om. Zij toonde aan dat met een dergelijke investering de huisartsenzorg iets duurder werd, maar dat er met deze aanpak een fors aantal ziekenhuisopnames kon worden voorkomen, waardoor de zorg per saldo goedkoper werd.

‘Zullen we maar gelijk to the point komen?’ Jacobine van der Dussen is niet iemand voor lange inleidingen. Het is haar wekelijkse ‘klusjesochtend’ en daarin kan ze tijd vrij maken voor een interview. Aanleiding is haar publicatie in Medisch Contact over ouderenzorg nieuwe stijl en haar optreden bij het Topaz-symposium. Op dit symposium, dat op 11 november 2010 gehouden werd over vernieuwingen in de ouderenzorg hield zij een inleiding over haar project. In haar praktijk heeft een praktijkverpleegkundige gewerkt en een nurse practitioner. Vanaf april 2010 doet de huidige doktersassistente het werk van de praktijkondersteuner.

Soorten praktijkondersteuning

‘Ik begon met een praktijkverpleegkundige die al enorm veel ervaring had als wijkverpleegkundige in de ouderenzorg. Zij was de eerste hier en heeft tussen 2004 en 2010 samen met mij alle ouderen in beeld gebracht. Dat was voor ons een heel mooie start, want zij kon dat prima. In april is zij naar een andere praktijk gegaan.

Vervolgens is hier een nurse practitioner gekomen. Die woonde in het dorp en wilde graag wat dichterbij huis werken. Dus dat leek allemaal heel leuk, maar zij vond het niet leuk genoeg. Ze was gewend om zelfstandiger te werken, wilde meer bevoegdheden. Ik stond daar niet afwijzend tegenover, maar ik zag het meer als een groeibaan. Zo van eerst maar de gewone spreekuren doen voor diabetes en ouderenzorg en na verloop van tijd kan er altijd nog uitgebreid worden. Zij kreeg vrij snel een aanbod voor een baan die meer bij haar paste en toen was ze dus weer vertrokken.

Een van de doktersassistenten, Marloes, had al eerder aangegeven dat zij graag praktijkondersteuner wilde worden en dat ze ook bereid was om de opleiding te doen. Ik vond dat toen nog wat te vroeg. Maar gezien de situatie en haar wens vond ik dat ik haar nu de kans moest geven. Zij heeft als voordeel dat ze de patiënten en de praktijk kent. Dus zij is in september 2010 begonnen met de ouderenzorg en de diabetes spreekuren, en met de opleiding.

Wat ik daarbij wel een verschil vind, is dat we nu al heel veel hebben vastgelegd in protocollen. Het is niet meer dat pionieren en uitvinden wat er in het begin was. Als ik de keus zou hebben zou ik altijd voor een verpleegkundige kiezen. Een belangrijk voordeel van de praktijkondersteuner, wat voor achtergrond die ook heeft, is dat zij laagdrempelig is. Patiënten durven meer te vertellen aan zo iemand dan aan mij, dat is nou eenmaal zo’.

Protocol Ouderenzorg nieuwe stijl

‘In het kort komt het erop neer dat wij nu alle ouderen boven de 75 jaar in kaart brengen, plus de 65-plussers die meer dan 4 medicijnen gebruiken of meer dan 3 ziektebeelden hebben. We doen dat al sinds 2004 en hebben daardoor de kwetsbare ouderen in beeld. De praktijkondersteuner bezoekt deze ouderen thuis.

Met hulp van de Groningen Frailty Indicator (GFI) wordt geïnventariseerd hoe de situatie is. Ik vind de GFI een stuk handiger dan de Easycare® of de Trazag uit Maastricht. Dat zijn zulke grote vragenlijsten, die vind ik niet praktisch voor de huisartsenpraktijk.

In de GFI zitten 15 vragen en daar komen wij prima mee uit. Aan die GFI hangt dan weer een heel programma aan interventies of aanvullende vragenlijsten. Als je dat allemaal in kaart brengt lukt het om een grote groep ouderen uit het ziekenhuis te houden. Dat is dus interessant voor de verzekeraar’.

	n	%
Dreigende tekort aan zorg	30	15
Verkeerd gebruik medicijnen	28	14
Eenzaamheid/depressie	27	14
Obstipatie	23	12
Relatieproblemen (4 stellen)	8	4
Urine incontinentie	6	3
Seksuele problemen	4	2
Verhoogde bloeddruk (nieuw)	4	2
Doofheid	2	1
GFI van 6 of hoger	7	4

Tabel 1: Overzicht van door de praktijkverpleegkundige gevonden problemen bij 197 ouderen (Bron: van der Dussen e.a. 2010).

Dementie

‘Wij hebben geen structurele voorziening voor de dementiezorg. We vallen net buiten de regio van het DOC-team in Noord-Holland. Dat wordt vanuit de GGZ georganiseerd en dan is de SPV-er de casemanager. We hebben hier ook GGZ, maar die leveren geen casemanagement. Alleen kortdurende begeleiding. Via onze aanpak van de ouderenzorg hebben we natuurlijk wel onze dementerenden in beeld. En doen we zelf het casemanagement. Maar zeker in het begin, na de diagnose, moet er heel veel geregeld worden en dan heb je iemand nodig die de leiding neemt. Wat ik mis is een aanspreekpunt voor de praktijkondersteuner. Als ze een probleem heeft met de diabetes, kan ze de diabetesverpleegkundige uit het ziekenhuis bellen. Op dezelfde manier zou ik een vast aanspreekpunt willen hebben voor de dementie. Een vaste SPV-er zou ideaal zijn’.

Dokter Money

‘Ze noemen mij weleens dokter Money. Omdat ik altijd aan het onderhandelen ben over geld. Ik wil wel vernieuwen en verbeteren, maar ik ga niet gratis werken. Dus ik onderhandel net zolang tot ik krijg wat ik nodig heb. Ik ben een voorloper. Heel jammer voor mij, want ik moet voor alles knokken.



Jacobine van der Dussen

Voor een praktijkondersteuner ouderenzorg, zoals waarmee wij zijn begonnen, was er geen regeling. Wel voor de praktijkondersteuner somatiek. Daar krijg je een bedrag per ingeschreven patiënt voor en daar kun je dan die praktijkondersteuner van betalen. Met de zorgverzekeraar heb ik een module ouderenzorg afgesproken. Dat valt onder de regeling modernisering en innovatie, afgekort M&I en dat kun je dan als module erbij krijgen.

Jammer genoeg is het niet gelukt om dat samen met de huisartsenvereniging te regelen. Wij hebben hier zo'n 60 huisartsen in de Haarlemmermeer, maar het lukt niet om ze op één lijn te krijgen. Daarom hebben wij met een groep

huisartsen uit Nieuw-Vennep en omgeving in 2006 een eigen coöperatie opgericht. De praktijkondersteuners waren in dienst van die coöperatie en werden dan ingezet bij de huisarts. Zodat de huisarts niet alle werkgeversverplichtingen had. Die constructie is nu alweer afgeschaft, want als ze dan bij een huisarts werkten moest daar volgens nieuwe regels weer BTW over worden betaald.

Ach, het is ook allemaal zo'n gedoe! Het nieuwste verhaal is dat wij nu geen keten-dbc voor diabetes af kunnen spreken als coöperatie, maar ook de diabeteszorg voor de praktijkondersteuner niet meer vergoed krijgen. Dus hoe het verder gaat weet ik gewoon niet. In ieder geval hebben we wel bereikt dat alle huisartsen in de coöperatie de ouderenmodule krijgen en ook het protocol ouderenzorg nieuwe stijl kunnen volgen'.

Er wordt geklopt. Praktijkondersteuner en voormalig doktersassistent Marloes komt binnen. Samen met een stagiaire. Ze hebben net een bezoek gebracht bij een 'hele oude dame' en komen verslag uitbrengen. Als ze dat gedaan hebben, vervolgt Jacobine: 'Kijk, dat is nou zo leuk. Die mevrouw is heel erg dement, heeft diabetes en is terminaal. Maar Marloes heeft bij haar de ingang, die vertrouwt ze. Zij werkt echt als mijn verlengde arm'.

Samenwerking

Huisartsen werken samen met hun praktijkassistenten en praktijkondersteuners, met specialisten in het ziekenhuis, met collega-huisartsen in de regio en met paramedici waarnaar zij verwijzen. Ook onderhouden zij contacten met de verzekeraar, al dan niet via overkoepelende organisaties zoals de coöperatie of huisartsenvereniging. Met betrekking tot de ouderenzorg is er eens per kwartaal een overleg waarbij de internist-geriater uit het ziekenhuis van Hoofddorp op de praktijk komt om patiënten door te spreken. De praktijkondersteuners hebben veel contacten met de thuiszorg en met de transferverpleegkundigen en de diabetesverpleegkundige in het ziekenhuis.

Tot slot

Het bijzondere van deze praktijk is dat de huisarts pro-actief haar oudere patiënten heeft laten bezoeken en heeft gescreend. Dit is een andere insteek dan een inventarisatie doen bij een patiënt naar aanleiding van een 'niet-pluis-gevoel' of als er duidelijk iets aan de hand is. Binnen de huisartsengeneeskunde wordt, mede in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg, onderzoek gedaan naar de wijze waarop een dergelijke inventarisatie het beste gedaan kan worden vanuit de huisartsenpraktijk. Deze praktijk is daarvan een 'voorloper' en loopt tegen alle barrières op die daarmee gepaard gaan, zoals moeite met financiering en weerstanden.

Competenties

De huisarts beschouwt de praktijkondersteuner als haar 'verlengde arm'. Van de praktijkondersteuner verwacht zij een goed observatievermogen. Het is haar ervaring dat patiënten wat opener zijn in het contact met de praktijkondersteuner dan met de huisarts. Dit levert de huisarts waardevolle informatie op.

Succesfactoren

- het succes van het project is te danken aan de visie en het doorzettingsvermogen van de betreffende huisarts. Zij weet de resultaten goed te verspreiden en anderen te winnen voor haar ideeën. Het lukt haar om de nodige financiën te genereren

Faalfactoren

- door de kleinschaligheid van de (dorps)praktijk is de praktijk kwetsbaar en het blijkt in de praktijk moeilijk te zijn om een grotere groep huisartsen te verenigen om zo sterker te staan tegenover de zorgverzekeraar
- de functie van praktijkondersteuner is afhankelijk van wisselende regelgeving, zowel vanuit de overheid als vanuit de zorgverzekeraar

Situatieschets

Almere is de zevende stad van Nederland en telde per 1 januari 2011 190.767 inwoners. De stad bestaat uit vijf verspreide stadskernen. De oudste stadskern is Almere Haven. Hier wonen ruim 22.000 inwoners.

Gezondheidscentrum de Haak was hier het eerste gezondheidscentrum en dateert uit 1976. Het is een relatief klein centrum, dat zorg draagt voor ruim zeventuizend bewoners van Almere Haven Centrum.

Kenmerkend voor het centrum van Almere Haven is het relatief grote aantal 65-plussers.

Het Almeremodel voor de gezondheidszorg

De gezondheidszorg in Almere is als experiment opgezet met als doel te komen tot een versterkte, geïntegreerde eerstelijnszorg en een slanke tweedelijnszorg.

De eerstelijnszorg wordt geleverd door één organisatie, Zorggroep Almere. Het experiment werd ondersteund door de overheid en via onderzoek geëvalueerd op werkzaamheid.

Kenmerkend is een netwerk van 23 gezondheidscentra, in iedere wijk één. Per gezondheidscentrum is een apotheek, diëtist, fysiotherapie, huisartsen, jeugdgezondheidszorg en maatschappelijk werk. Verloskunde, tandheelkunde en wijkverpleging zijn gelokaliseerd in een beperkter aantal gezondheidscentra, maar wel gelijkmatig verspreid over de stad.

Per stadsdeel is er een (ouderen)centrum voor intramurale en extramurale bewoners, al of niet met een zorgindicatie. Wonen en zorg zijn zoveel mogelijk gescheiden. Het enige verpleeghuis – Polderburen – fungeert tevens als geriatrisch expertisecentrum en heeft een diagnostische functie voor mensen met dementie.

In ieder stadsdeel is een zogenaamd geriatrisch steunpunt, bestaande uit een specialist ouderengeneeskunde en een kaderhuisarts ouderenzorg. Deze specialisten kunnen geconsulteerd worden in alle gezondheidscentra en onderzoeken daar de

patiënt. Bij de Zorggroep werken ruim 2400 medewerkers.

Visie op ouderenzorg

De zorggroep Almere heeft onder de titel 'Het Chronische Zorgmodel' een visie geformuleerd op chronisch zieken en ouderenzorg. Het accent ligt daarbij op zelfmanagement en eigen regie van de oudere en/of chronisch zieke.

Van de patiënt wordt verwacht dat deze, samen met het multidisciplinaire team van hulpverleners, 'streeft naar de best mogelijke kwaliteit van leven, manager is van zijn ziekte, mee beslist over behandeldoelen en zelf kiest uit het (educatie)aanbod'.

Cliënten en zorgvragen

Cliënten zijn veelal ouderen met chronische aandoeningen als diabetes en COPD. Daarnaast zijn er ouderen met meerdere aandoeningen tegelijk (kwetsbare ouderen) en mensen met verschijnselen van dementie.

In de wijk van gezondheidscentrum de Haak wonen veel ouderen met een lage opleiding en een laag inkomen. Psychosociale problemen als eenzaamheid en financiële problemen komen relatief veel voor.

Praktijkondersteuner en persoonlijk begeleider dementiezorg

De functie van praktijkondersteuner en persoonlijk begeleider dementiezorg is binnen de Zorggroep Almere uniform vastgelegd. In deze casus combineert één persoon beide functies. Per gezondheidscentrum of stadsdeel kunnen er verschillen optreden die te maken hebben met de populatie die bediend wordt.

De functies zijn aan verandering onderhevig door regelgeving van de verzekeraars. Ook de inzichten over juiste behandeling van de verschillende patiëntengroepen veranderen en vernieuwen zich voortdurend, waardoor permanente bijscholing noodzakelijk is.

10 Je moet mensen leuk vinden

Combinatiebaan praktijkondersteuner en persoonlijk begeleider dementiezorg in Almere.

Saskia van Zutphen was een van de eerste praktijkondersteuners in Almere. Ze werkt in Almere Haven, het oudste deel van de jonge stad. Ze was mede-ontwikkelaar van het eerste dementieprotocol van de zorggroep. Nu combineert ze twee functies in één full-time baan: die van praktijkondersteuner en persoonlijk begeleider voor mensen met dementie.

‘Voordat we beginnen moet ik even zeggen dat ik geen verpleegkundige achtergrond heb, maar oorspronkelijk doktersassistente ben’, waarschuwt Saskia van Zutphen. Het is een koude ochtend in november 2010 en het is pas 8.00.u. Het spreekuur begint om 9.00.u. Saskia zit achter haar bureau, in haar spreekkamer.

Ze vertelt dat haar opleidingsachtergrond vaker onderwerp van discussie is. Ook al heeft ze dezelfde post-HBO-opleiding gevolgd als praktijkondersteuners die wel een verpleegkundige achtergrond hebben. Van die opleiding had ze wat meer verwacht. Toen ze hem ging volgen was ze al een tijdje werkzaam als praktijkondersteuner en had zich via werkervaring en zelfstudie veel vaardigheden en kennis eigen gemaakt.

Hoe ziet je praktijk eruit?

‘Ik werk met zes huisartsen. Dat klinkt heel veel, maar dat komt omdat ze duo praktijken hebben. Ik werk hier al lang dus ik weet precies hoe alles werkt. Ik ken zowel de medewerkers als heel veel patiënten. Voor Almeerse begrippen is dit een sterk vergrijsde buurt. Er wonen veel ouderen in het centrum, die hier eind jaren zeventig zijn komen wonen. Vaak volgden zij hun kinderen die hier naar toe waren verhuisd. In mijn spreekuur zie ik vooral mensen met diabetes en COPD. Ze hebben niet zoveel te besteden, de armoede is hier best wel aanwezig. Ook eenzaamheid komt veel voor. In de loop van de tijd bouw je een band op met de mensen. Het gaat ook niet altijd over de pillen en de insuline. Soms moeten mensen gewoon even hun ei kwijt en dat is dan niet anders. Je leert wel om je doelen bij te stellen’.

Hou je de twee functies gescheiden of loopt het door elkaar heen?

‘Er is niet zo daverend veel verschil tussen beide functies. De combinatie is eigenlijk ook vanzelf gegroeid. Ik zat hier als doktersassistente, was de eerste praktijkondersteuner en kreeg ook steeds meer ouderen waar wat mee aan de hand was. Bijvoorbeeld als ze in het ziekenhuis lagen, dan ging ik ze opzoeken. In het begin was er ook wel tijd om het allemaal op poten te zetten. Ik kreeg weleens een seintje van de wijkverpleging als ze vermoedden dat iemand begon te dementeren. Ook de apothekersassistente en de mensen van de receptie kwamen weleens naar mij toe als ze vonden dat iemand toch wel erg vergeetachtig werd.

In het begin los je dat allemaal ad hoc op, samen met de huisarts. Maar op een gegeven moment is daar meer structuur in gekomen. Dus er kwam een dementieprotocol dat alle fasen beschreef, vanaf het niet-pluis gevoel tot en met de opname in een verpleeghuis. Ik zat in de werkgroep van dat protocol. Het was dus ook logisch dat ik de mensen, bij wie de diagnose dementie werd gesteld, ging begeleiden. Toen de functie persoonlijk begeleider voor mensen met dementie werd ingesteld heb ik gelijk gezegd dat ik dat graag wilde

doen vanuit de huisartsenpraktijk. Het verschil is dat de chronische patiënten op het spreekuur komen en dat ik de mensen met dementie thuis bezoek’.

Functie praktijkondersteuner

De functie praktijkondersteuner bestaat sinds 2002 in Almere. Doel van de functie is het ondersteunen van mensen met een chronische ziekte in het hanteren van de ziekte, het gebruik van medicijnen en het inpassen van de ziekte in het dagelijks leven. Aanvankelijk werd gewerkt met protocollen die voor de Zorggroep waren gemaakt. In de loop van de tijd zijn er landelijke multidisciplinaire zorgstandaarden vastgesteld, met name voor diabetes mellitus en COPD. Deze worden nu gebruikt. Praktijkondersteuners bieden ook begeleiding aan



kwetsbare ouderen. Voor inventarisatie van de problemen van ouderen maken zij gebruik van EasyCare®, een gevalideerd assessment voor ouderen dat is ontwikkeld vanuit het UMC St. Radboud in Nijmegen. Een aparte taak voor deze praktijkondersteuner is het bezoeken van patiënten in het ziekenhuis. Praktijkondersteuners rapporteren in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). Praktijkondersteuners kunnen verschillende beroepsachtergronden hebben. Doorgaans hebben zij een achtergrond als doktersassistente of verpleegkundige. Praktijkondersteuners zijn in dienst van Zorggroep Almere, evenals de huisartsen

dat zijn. Zij doen hun werk onder verantwoordelijkheid van de huisartsen, met in achtneming van hun eigen beroepsverantwoordelijkheid.

Functie persoonlijk begeleider

De functie persoonlijk begeleider - elders vaak casemanager of zorgtrajectbegeleider genoemd - bestaat sinds 2008 in Almere en is voortgekomen uit het Landelijk Dementie Programma en het transitieproject 'Dementie thuis'. In Almere bestond sinds 2003 een dementieprotocol op basis van de NHG richtlijnen, dat werd uitgevoerd door huisartsen en verpleeghuisartsen. In iedere stadskern kon een geriatrisch, multidisciplinair expertiseteam geconsulteerd worden. Dit was bekend als geriatrisch steunpunt. Het dementieprotocol is verder ontwikkeld tot een zorgprogramma dementie. In dit zorgprogramma is precies beschreven wat de inhoud van de zorg moet zijn en hoe deze georganiseerd en geregistreerd moet worden. Alle persoonlijk begeleiders zijn 'in company' geschoold.

Persoonlijk begeleiders kunnen een verschillende beroepsachtergrond hebben, maar hebben tot nu toe een achtergrond als verpleegkundige of doktersassistente. Zij doen hun werk vanuit gezondheidscentra, hetzij als onderdeel van een thuiszorgteam, hetzij vanuit de positie van praktijkondersteuner. Zij worden vakinhoudelijk aangestuurd door een projectleider en door specialisten ouderengeneeskunde in de geriatrische steunpunten.

Dementie

'Bij mensen met dementie loop ik het meest aan tegen het gebrek aan voorzieningen. Het is natuurlijk een mooi streven om iedereen thuis te houden. Maar bij alleenwonende mensen loopt het een keer mis. Dan gaat het echt niet langer. Vorig jaar had ik op een gegeven moment acht patiënten in crisis met geen enkele mogelijkheid tot plaatsing in een verpleeghuis. Dat vind ik dan wel frustrerend. Juist omdat die bedden in de

verpleeghuizen altijd vol zijn kun je ook nooit iemand even tijdelijk opnemen. Zelfs het organiseren van een oppas als de mantelzorger even de deur uit wil kost heel veel moeite.

Wat ik ook lastig vind is als afspraken uit het zorgplan niet nagekomen worden. Vaak uit een gebrek aan kennis over wat dementie inhoudt. Dan zetten ze de pillen neer zonder zich te realiseren dat de patiënt er toch heus niet aan zal denken om die in te nemen. Of ze komen om iemand te wassen en als die dan zegt dat het niet hoeft, dan gaan ze weer. Terwijl je kunt weten dat zo iemand dat zelf niet meer goed beseft. Dat vind ik weleens lastig, dat je dat dan steeds maar weer moet uitleggen'.



Saskia van Zutphen

Samenwerking

'De samenwerking met de huisartsen zit gewoon in het systeem ingebakken. Ik rapporteer altijd in het informatiesysteem. Zodra je daar iets in verandert, wordt dit door het systeem geregistreerd. De huisartsen krijgen automatisch een uitdraai van alle dossiers waarin iemand iets heeft bijgeschreven. Zo houd ik ze op de hoogte. Daarnaast overleg ik altijd over medicatieverandering als dat aan de orde is en natuurlijk als ik ergens tegenaan loop waar ik niet alleen mee verder kan.

In het gezondheidscentrum zelf ken ik iedereen, de lijnen zijn daardoor kort. Daarbuiten ken ik ook veel mensen, zoals de wijkverpleging, de transferverpleegkundigen uit het ziekenhuis en de andere persoonlijk begeleiders. Ook heb ik regelmatig contact met het geriatrisch steunpunt. Als je elkaar nodig hebt weet je elkaar te vinden. Als de diagnose dementie gesteld is, komt de wijkverpleegkundige altijd een keer langs bij de cliënt. Meestal spreken we dat samen af. Het gaat erom dat de wijkverpleegkundige iemand dan alvast een keer gezien heeft, juist in de situatie dat er nog geen zorg nodig is'.

Toekomst

'Het is een leuke functie, maar zoals bij alles moet je er zelf ook in blijven investeren. Ik ben nu bezig met psychologie via de Open Universiteit. Omdat ik het leuk vind en ik er in mijn werk ook wat aan heb. Ik vind het ook niet erg dat de functie divers is en dat mensen met verschillende achtergronden de opleiding doen. Een collega van ons is net begonnen met de opleiding voor praktijkondersteuner. Zij is fysiotherapeut en heeft lang in een revalidatiecentrum gewerkt. Die heeft weer een heel andere insteek.

Wat ik wel vreemd vind is dat geschuif met geld. Dan wordt er wat van de wijkverpleging afgehaald, zoals bijvoorbeeld de instructie voor diabetes en vervolgens gaan wij dat doen. En dan merken ze dat er meer coördinatie nodig is en komen er opeens weer wijkverpleegkundigen terug via het project Zichtbare Schakel. Het ene potje is op en hup, dan is er toch weer een ander potje. Dat heb ik nu zo vaak zien gebeuren, dat ik me er maar niet meer druk om maak'.

De telefoon gaat. De eerste patiënt is gearriveerd. Op de vraag wat de belangrijkste eigenschap is die je moet hebben voor deze functie zegt Saskia: 'Enthousiasme. Je moet mensen leuk vinden. Anders red je het niet'.

Tot slot

Het gezondheidscentrum als geheel maakt een ouderenvriendelijke indruk. De wijze waarop de zorg georganiseerd is maakt deze laagdrempelig en goed toegankelijk voor ouderen en chronisch zieken. Er is veel aandacht voor integratie van zorg, wonen en welzijn. De visie op ouderenzorg en eerstelijnszorg is consequent doorgevoerd in de organisatie en in de randvoorwaarden om de functie van praktijkondersteuner goed uit te kunnen voeren.

Competenties

Specifiek voor de situatie van deze praktijkondersteuner is het vertrouwen winnen van patiënten op een onopvallende manier, inlevend vermogen, aandacht geven en enthousiasme uitstralen. Met deze laatste competenties worden de relationele en affectieve aspecten benadrukt, die nodig zijn voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Deze vertrouwensrelatie is nodig om inzicht in de situatie van patiënten te verwerven en gedragsverandering te bewerkstelligen. Verder zijn van belang:

- vakinhoudelijke kennis en vaardigheden over de patiëntencategorieën
- kennis van de sociale kaart
- goed kunnen organiseren
- uitstekende communicatieve vaardigheden

Succesfactoren

- duidelijke visie op eerstelijns gezondheidszorg, specifiek gericht op chronisch zieken en ouderen
- Functie praktijkondersteuner en persoonlijk begeleider heeft een breed draagvlak en is duidelijk beschreven
- door grootschaligheid van de stedelijke zorggroep is er ondersteunende ICT met veel mogelijkheden via de website en het intranet
- als grote zorgorganisatie is Zorggroep Almere in staat om overkoepelend en belangenbehartigend op te treden naar verzekeraars, subsidieverstrekken en andere partijen

Faalfactoren

- grootschaligheid kan tot logheid en bureaucratie leiden
- monopoliepositie en daardoor weinig keuzevrijheid voor de cliënt
- financiering van praktijkondersteuner en persoonlijk begeleider zijn niet structureel

Bijlage 1

Adressen en websites

1. Dementieketen ZIZO en Diemen www.zizo-amsterdam.nl
2. Buurtzorg www.buurtzorgnederland.nl
3. Camillus Roermond bij deeltijdzorg, afdeling Delta www.dezorggroep.nl
4. Martha Flora huizen / Tabakshof Elst www.marthaflora.nl / www.tabakshof.nl
5. Diaconessenziekenhuis Leiden www.diaconessenhuis.nl
6. Dekkerswald Groesbeek / Nationaal Programma Ouderenzorg regio Nijmegen www.ulcd.nl / www.zowelnn.nl
7. Het virtuele verzorgingshuis www.son-nederweert.nl
 - www.invoorzorg.nl: Thieu Heijltjes en zorgverzekeraar CZ over het virtuele verzorgingshuis (zoeken onder interviews of op de term het virtuele verzorgingshuis).
8. Gezondheidscentrum Hazenkamp, Nijmegen <http://ghc-hazenkamp.praktijkinfo.nl>
9. Huisartsenpraktijk Rijsenhout www.huisartsenrijsenhout.praktijkinfo.nl
 - Medisch Contact: artikel over ouderenzorg nieuwe stijl (te vinden op de website huisartsenpraktijk Rijsenhout, bij ouderenzorg)
 - Rapportage project: Evaluatie ouderenzorg nieuwe stijl (2010), Gemeente Haarlemmermeer (zoeken op titel via www.google.nl).
10. Zorggroep Almere www.zorggroep-almere.nl
 - www.transitieprogramma.nl: project 'thuis met dementie' (te vinden onder experimenten / leerproducten).

Bijlage 2

Methode van onderzoek

In het kader van dit project zijn wij op zoek naar Best Practices of Goede Voorbeelden van zorgvraaggerichte ouderenzorg. Deze Best Practices geven antwoord op de vraag welke professionals met welke competenties binnen welke settings succesvol zijn. Vervolgens kunnen kritische succes- en faalfactoren worden geformuleerd, die een geslaagde transfer of opschaling naar andere settings binnen de zorgvraaggerichte ouderenzorg mogelijk maken. De vraagstelling van dit project is driedelig:

- a. Welke competenties zijn vereist voor goede, interdisciplinaire samenwerking in de ouderenzorg op het niveau van MBO- en HBO-opgeleide professionals?
- b. Wat zijn de succes- en faalfactoren voor interdisciplinaire samenwerking in de ouderenzorg?
- c. Wat zijn de implicaties van interdisciplinaire samenwerking voor beroepen en opleidingen op MBO- en HBO-niveau?

Theoretisch kader

Om de vereiste competenties op het spoor te komen wordt een mix van methoden gebruikt. Het vertrekpunt ligt bij de praktijk en kan het beste getypeerd worden als een verzameling case-study's. Het gaat om de wijze waarop het te bestuderen 'geval' of de 'situatie' zich bevindt in het krachtenveld van factoren die daar invloed op uitoefenen. De case-study dient als voorbeeld en illustratie en geeft inzicht in de complexiteit van de beroepscontext. Het leidt tot herkenbaarheid voor de betreffende beroepsgroepen.

Er worden goede voorbeelden van zorgvraaggerichte ouderenzorg bezocht. Er worden verschillende methoden van gegevensverzameling gehanteerd, variërend van interviews en observatie tot het bestuderen van relevante bronnen als beschrijvingen, folders, websites en dergelijke. De gevonden resultaten worden constant vergeleken met beschrijvingen uit de literatuur en met andere bronnen. Al deze soorten materiaal verwijzen naar betekenissen, in deze studie de betekenis van samenwerkingsrelaties en competenties die daarvoor nodig zijn. Door constante vergelijking van de gevonden praktijken met andere bronnen van informatie rijst een beeld op van deze samenwerkingsrelaties en competenties.¹⁷

Om de herkenbaarheid en leesbaarheid te verhogen is gekozen voor een journalistieke uitwerking van de interviews, aangevuld met informatie uit andere bronnen. Dit impliceert tegelijkertijd een beperking van de gekozen methode: anders dan in klassiek wetenschappelijk kwalitatief onderzoek is er geen sprake van anonimisering van de respondenten. Zij komen met naam en toenaam, inclusief hun organisatie, in beeld. De tekst is ter goedkeuring aan hen voorgelegd. Het kan gebeuren dat hierdoor een iets rooskleuriger beeld van de praktijk wordt geschetst. Bij een geanonimiseerd onderzoek kunnen respondenten zich vrijer voelen om zich te uiten, aangezien zij niet met naam en toenaam genoemd zullen worden in de rapportage.

Werkwijze

De te bezoeken praktijken zijn geselecteerd op basis van de volgende kenmerken:

- a. De geïnterviewde is een MBO- of HBO-opgeleide professional, in de regel een verpleegkundige.
- b. Deze professional vervult een sleutelpositie in de huisartsenpraktijk, de thuiszorgorganisatie of het ziekenhuis ten aanzien van zorgvraaggerichte ouderenzorg.
- c. De sleutelpositie bestaat hieruit dat de professional een rol heeft in de casefinding of screening van kwetsbare ouderen of een taak heeft in trajectbegeleiding van kwetsbare ouderen.

¹⁷ Wester. F. (1995) Strategieën voor kwalitatief onderzoek. Bussum: Coutinho.

- d. De professional koppelt terug naar een samenwerkingsverband, handelt zelf namens dat samenwerkingsverband en/of heeft een verwijfsfunctie naar verschillende disciplines.
- e. De werkzaamheden zijn zoveel mogelijk regulier. Dat wil zeggen dat het zoveel mogelijk om geïmplementeerde werkwijzen gaat, dus niet in de eerste plaats om pilots, transitie-experimenten of onderzoeksprojecten.

Bij de opzet van het onderzoek waren 5 ziekenhuizen, 4 huisartsenpraktijken, 1 dementieketen, 1 thuiszorgorganisatie en 1 verpleeghuis (dagbehandeling) geselecteerd. De praktijken waren bekend via het netwerk van de onderzoeker of waren opgespoord via publicaties in diverse vaktijdschriften. Uiteindelijk zijn 2 ziekenhuizen, 4 huisartsenpraktijken, 1 dementieketen, 1 thuiszorgorganisatie, 1 verpleeghuis (dagbehandeling) en 1 alternatieve verpleeghuissetting bezocht. De reden is dat al spoedig duidelijk werd dat de ziekenhuizen zich nog in een beginstadium bevonden voor casefinding en screening – vrijwel uitsluitend in het kader van onderzoek, zorgvernieuwingsprojecten en de implementatie van het Veiligheids Management Systeem (VMS) – en dat de huisartsenpraktijken verder waren dan aanvankelijk was aangenomen.

In alle praktijken staat een MBO - of HBO-functie in de ouderenzorg centraal. In één casus werd uitsluitend de huisarts geïnterviewd over visie op en ervaringen met praktijkondersteuners. De volgende praktijken zijn bevroegd en in beeld gebracht:

- Casemanager dementie namens een samenwerkingsverband van zorgaanbieders Amsterdam/Diemen
- Wijkverpleegkundige Buurtzorg in Amsterdam
- Leidinggevende dagbehandeling en coördinerend verzorgende in verpleeghuis in Roermond
- Medewerker Martha Flora huis in Elst (Utrecht)
- Verpleegkundig expert ouderengeneeskunde Diaconessenhuis Leiden
- Verpleegkundig consulent geriatrie UMCN Dekkerswald in Groesbeek
- Zorgcoördinator en huisarts in het virtueel verzorgingshuis in Nederweert
- Praktijkverpleegkundige bij een maatschap van huisartsen in Nijmegen
- Praktijkondersteuning vanuit het perspectief van de huisarts
- Combinatiebaan praktijkondersteuner en persoonlijk begeleider dementiezorg in Almere

Leidraad voor interviews in het kader van het project zorgvraaggerichte ouderenzorg CBOG

De volgende vragen werden gebruikt als leidraad voor de gehouden interviews

- *Inleiding*: Indien nodig nog iets vertellen over achtergrond project CBOG
- *Context*: In wat voor gebied ben je werkzaam? Wat voor organisatie? Hoe is de organisatie ‘opgehangen’?
- *Functie en taken*: Wat is de functie? Sinds wanneer bekleed je de functie? Hoe is de functie gepositioneerd? Wat voor achtergrond heb je? Wat is je kerntaak? Wat zijn overige taken?
- *Patiënten/cliënten*: Hoe kom je aan patiënten? Wat voor patiënten zijn het? Hoe is hun gezondheidstoestand? Wat voor vormen van multimorbiteit (meervoudige ziekten of aandoeningen) kom je tegen? Vind je dat je te maken hebt met kwetsbare ouderen (frailty)? Gebruiken cliënten veel medicijnen (meer dan vier verschillende medicijnen) per dag? Wat zijn de behoeften aan formele en informele zorg die de cliënten hebben? In welke zorgvragen vertaalt zich dit?
- *Verantwoording*: Aan wie leg je verantwoording af? Wie is eindverantwoordelijk voor de zorg?
- *Samenwerking*: Met wie werk je samen? Wat is de aard van die samenwerking? Multidisciplinair, interdisciplinair? Is er een gestructureerd overleg? Welke competenties heb je nodig voor de samenwerking?
- *Deskundigheid*: Welke deskundigheid is nodig? Gaf je beroepsopleiding je genoeg deskundigheid? Waar is aanvullende scholing/deskundigheid voor nodig?
- *Visie op de functie*: Hoe ziet de functie er in de toekomst uit volgens jou? Wat is aantrekkelijk, wat is minder aantrekkelijk? Wat zou anders kunnen?
- *Visie op ouderenzorg*: Wat is de visie op ouderdom die in het werk besloten ligt? Waaruit blijkt dat het om een zorgvraaggerichte vorm van zorg gaat? Hoe krijgt dit handen en voeten?

Colofon, 2011 CBOG

Tekst

Drs. T. van der Kruk (www.zorgtekst.nl)

Fotografie

Drs. T. van der Kruk (www.zorgtekst.nl)

Vormgeving

Idefix vormgeving en communicatie (www.idefixvc.nl)

Uitgave

College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg

Koningin Wilhelminalaan 3

3527 LA Utrecht

T 030 – 29 85 280

F 030 – 29 85 281

E info@cbog.nl

I www.cbog.nl

maart 2011