

Praktijk is een uitgave van Maastricht Universitair Medisch Centrum+ voor huisartsen en andere verwijzers

nummer 2 | 2013

praktijk



Thema Ouderenzorg Thuiszorg en ouderenzorg **Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk** Praktijkondersteuner onmisbare plek binnen ouderenzorg **Zorgbehoefte bij ouderen steeds complexer**



3 Huisarts Marjolijn Uitterhoeve-Prins neemt het roer over van Pierre Wielders | 4 Ouderenzorg in de praktijk | 6 Aan de slag met ouderenzorg in de huisartsenpraktijk | 8 Thuiszorg en ouderenzorg | 9 Kort nieuws | 11 Praktijkondersteuner Sonja Hutschemakers aan het woord | 12 Uit de Praktijk | 13 Maastricht UMC+ introduceert implantaat tegen oorsuizen | 14 Ron Warnier drijvende kracht achter het Geriatrieteam | 16 Louis Penders over de zorgbehoefte bij ouderen | 17 Als vergeetachtigheid verontrustend wordt | 18 Zorgpadcoördinator Edith Smeets ziet goede dingen gebeuren op gebied van ouderenzorg | 20 Column Prof. dr. Jos Schols

Colofon

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

Ontwerp en grafische vormgeving Strategyminds, Maastricht

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

Eindredactie Liesbeth van Hoef

Fotografie Appie Derks

Druk Pietermans Lanaken

Praktijk is ook digitaal te lezen: http://www.azm.nl/info/Verwijzen/huisartsmagazine_praktijk

Suggesties voor de redactie? Bel of mail Jos van Cann, Stafdienst Communicatie Maastricht UMC+, telefoon 043 387 51 13, e-mail jos.van.cann@mumc.nl

Huisartsen Servicedesk telefoon 043 387 44 80

Huisarts Marjolijn Uitterhoeve-Prins neemt het roer over van Pierre Wielders

“Ik heb wel tijd nodig gehad om me te bewijzen”

Voor veel huisartsen is Marjolijn Uitterhoeve-Prins (34) geen onbekende. Voordat ze als waarnemer in de praktijk van dokter Pierre Wielders in Heer begon, heeft ze bij talloze praktijken losse waarnemingen verzorgd. Met haar blonde krullen en jeugdige uiterlijk is ze sowieso een opvallende verschijning. Met ingang van juli neemt ze het roer van Pierre Wielders helemaal over, en runt ze de praktijk in haar eentje.



Marjolijn Uitterhoeve-Prins

In juli neem je de praktijk over van Pierre Wielders. Was dat gepland? “Toen ik hier in 2010 begon was het eigenlijk de bedoeling dat Pierre (63), nog zou doorwerken tot zijn vijftenzestigste. Daarna zou ik samen met Margot Franssen en Coen Bruijns, die samen een praktijk in de wijk runnen, een maatschap aangaan in een nieuwe huisartsenpraktijk. Pierre heeft in de tussentijd besloten om eerder te stoppen. De extra administratieve werkzaamheden die het werk vandaag de dag met zich meebrengt, vallen hem toch zwaarder dan verwacht. Ik ga binnenkort wel al een maatschap aan met Margot en Coen, maar we werken de komende anderhalf jaar nog vanuit twee locaties.”

Wil je altijd al huisarts worden? “Ja, alleen wist ik niet zeker of het werken vanuit grotere gezondheidscentra wel wat voor mij was. Daarom heb ik veel rondgekeken. Voordat ik mijn studie als huisarts heb afgerond, heb ik in het ziekenhuis gewerkt als arts assistent neurologie. En na mijn studie ben ik twee jaar waarnemer geweest bij zo veel mogelijk huisartsenpraktijken. Hiermee wilde ik niet alleen mijn keuze onderstrepen; het was ook om ervaring op te doen. Iets waar je als huisarts niet meer aan toe komt.”

Hoe is het om samen te werken met een huisarts van de oude stempel? “Het is prachtig om te zien welke vertrouwensband hij heeft opgebouwd met zijn patiënten. Sommige families komen hier al generaties. Ik heb wel tijd nodig gehad om als jonge, vrouwelijke huisarts eenzelfde band op te bouwen. Ik heb me echt moeten bewijzen.

Voor Pierre was het wel wennen om na dertig jaar alleen te hebben gewerkt te moeten samenwerken. Bovendien heb ik langzaam aan wat veranderingen doorgevoerd die bij de huisarts nieuwe stijl horen. Toen ik hier kwam werden er nog geen verrichtingen als bloed prikken, hartfilmpjes maken en klein chirurgische ingrepen gedaan.”

Waar kijk je naar uit? “Naar de samenwerking met mijn twee nieuwe collega’s. Het zijn boeiende tijden. Zo doen we mee aan het project anderhalflijns-zorg. Voor de patiënten is het een aanwinst dat er nu ook specialisten in onze praktijk werken, maar voor mij als huisarts ook, want daar kan ik nog veel van leren.”



Ouderenzorg in

Eén patiënt: twee knie- en twee heupprothesen, een

Met het groeiend aantal ouderen groeit het aantal chronisch zieken. Patiënten hebben vaak meerdere en complexe problemen die deskundig en doelmatig het hoofd geboden moeten kunnen worden. Het gaat dan niet alleen om de medische zorg maar ook om de kwaliteit van leven. In dit zorgproces staat de huisarts vaak vooraan. Hij krijgt in veel gevallen als eerste te maken met dit proces. Een zorgketen waar nog veel hiaten in zitten. In deze uitgave zetten we de schijnwerpers op de ouderenzorg. Aan de hand van een casus brengen we het speelveld van de ouderenzorg in beeld.

Uit de praktijk van een huisarts Mevrouw Hermans* is 81 jaar en heeft in 2010 een CVA gehad in de li-hemisfeer. Ze is vanuit het Maastricht UMC+ naar de herstellzorg gegaan in Klevarie. Na een screening wordt er besloten dat patiënt ergotherapie, logopedie en fysiotherapie nodig heeft. Er is in de dagbehandeling op dat moment geen plaats dus moet mevrouw Hermans opgenomen blijven. Ze wil graag naar huis en er wordt besloten thuis de nodige therapie te gaan regelen. Ongeveer drie maanden na de opname in verband met het CVA krijgt mevrouw Hermans pijn op de borst. Na analyse bij de cardioloog

blijkt er sprake te zijn van nierfunctiestoornissen en bloedarmoede. Mevrouw wordt verwezen naar de internist. Hier moet ze een tijdje wachten voordat ze op de poli terecht kan en ondertussen laat de dochter weten dat het niet goed gaat met haar moeder én vader. Moeder vergeet steeds meer, laten steken vallen, kan steeds minder. Ook voor haar vader wordt het steeds moeilijker. Zijn vrouw heeft steeds meer hulp nodig en hij kan het moeilijk aan. Ik vraag of de praktijkondersteuner een [G]OUD-consult afneemt. Die komt tot een aantal conclusies: de patiënt durft niet meer het huis uit, ze is



de praktijk

CVA, urine-incontinentie en een geheugenprobleem

bang om te vallen. Ze heeft twee knie- en twee heupprothesen en is na het CVA sneller duizelig en bang om te vallen. Daarnaast is er sprake van urine-incontinentie. Het geheugenprobleem is duidelijk; ze scoort niet goed op de MMSE. Daarnaast zijn er nog de nierfunctiestoornissen en de controles bij de neuroloog en cardioloog. Ook blijkt dat ze redelijk wat alcohol drinkt; gemiddeld twee glazen per dag.

We besluiten patiënt te verwijzen naar DOC-PG om een en ander verder in kaart te brengen. Ook zorgen we dat patiënt een rollator krijgt. Mevrouw ziet zelf niet zo het belang van de verwijzing in, maar haar echtgenoot en dochter dringen aan en ze gaat akkoord. Ze moet twee dagen naar het Maastricht UMC+. Onder begeleiding van haar dochter gaat ze naar de geriater en naar de psychiater. Het was voor patiënt vermoeiend maar ze is blij dat ze is gegaan.

De conclusies van DOC-PG Op het gebied van mobiliteit is geen verdere actie nodig. Mevrouw Hermans heeft een aantal prothesen en een afwijkend looppatroon. Ze loopt met een stok of rollator en valt niet. Cardiovasculair

is de status na een hersenbloeding, aderverkalking in de aorta en te hoge bloeddruk. De bloeddruk is onvoldoende behandeld. Hier wordt een advies voor gegeven. Nierfunctie: stoornissen in de nierfunctie en hierdoor ook bloedarmoede. Controle nierfunctie en hemoglobine worden geadviseerd. Alcoholgebruik: patiënt wordt geadviseerd zowel de slaaptabletten en de alcohol te minderen en zo mogelijk te stoppen. Ook om het valgevaar zo klein mogelijk te maken.

De psychiater komt tot conclusie dat er sprake is van lichte vasculaire dementie en geeft de partner van patiënt en andere mantelzorgers instructie voor begeleiding en hoe hiermee om te gaan. De dochter komt met haar moeder op het spreekuur om alle uitslagen te bespreken en de adviezen worden opgepakt. De ergotherapeut vindt het toch verstandig de fysiotherapie door te zetten. We spreken af om één keer per half jaar de lab-controles te doen en de praktijkondersteuner houdt de bloeddruk in de gaten.

** De naam van mevrouw Hermans is in verband met privacyredenen gefingeerd.*



Project [G]OUD heet vanaf nu ‘Keten Complexe Zorg voor Ouderen’

Aan de slag met **ouderenzorg** in de huisartsenpraktijk

Een huisartsenpraktijk die goed is voorbereid op de toenemende en steeds complexer wordende ouderenzorg. Dat is waar naartoe gewerkt wordt vanuit ‘Keten Complexe Zorg voor Ouderen’. Een ketenzorgproduct dat op donderdag 28 maart van start ging en dat huisartsen in Maastricht en het Heuvelland naast een protocol ook de begeleiding biedt op weg naar een praktijk met aandacht voor goed gestructureerde ouderenzorg. Na een aantal jaar het project [G]OUD uitgevoerd te hebben op basis van een subsidie vanuit NPO (Nationaal Programma Ouderen), is er nu de mogelijkheid dit structureel op te pakken binnen de huisartsenpraktijk in de vorm van een DBC. Ingeborg Wijnands (projectcoördinator) en Maud van Hoof (projectmedewerker), beiden werkzaam voor ZIO, zijn al enige tijd betrokken bij het project en vertellen over het belang om te participeren in het programma en de verwachtingen voor de toekomst.

“Eén van de belangrijkste bevindingen in de afgelopen jaren is, dat er veel animo en behoefte blijkt te zijn vanuit huisartsen in deze regio om van ouderenzorg een speerpunt te maken.”

Dat huisartsen te maken krijgen met steeds meer ouderen in hun praktijk en daarmee ook een complexiteit aan problematiek, is inmiddels een gegeven waar we niet meer omheen kunnen. In combinatie met de versoering van de AWBZ, waardoor mensen minder in zorginstellingen komen en steeds meer mensen met zwaardere problematiek in de thuissituatie verblijven, vraagt dit om een ommekeer in de aanpak van ouderenzorg. Ingeborg: “Met het programma ‘Keten Complexe Zorg voor Ouderen’ willen we de juiste inzichten, instrumenten en oplossingen bieden om deze ontwikkeling op een zo efficiënt en natuurlijk mogelijke manier in te passen in de huidige zorgverlening.” Onder de werktitel [G]OUD werden hiervoor in de afgelopen jaren de nodige voorbereidingen getroffen. Zo werden in de regio Maastricht-Heuvelland ruim 970 ouderen bezocht met de zogenaamde [G]OUD vragenlijst. Dit is een checklist, die gebruikt wordt door praktijkondersteuners ouderenzorg om de patiëntenpopulatie in de leeftijd van 75+ met een verhoogd risico op kwetsbaarheid binnen een praktijk in kaart te brengen. Daarbij komen zaken aan de orde als lichamelijke en geestelijke gezondheid, maar ook de sociale omgeving en het sociale welzijn. Op deze manier wordt inzicht verkregen of meer zorg noodzakelijk is voor deze kwetsbare doelgroep. Maud: “Ongeacht wat de uitkomst is, is de patiënt op deze manier in beeld bij de huisarts. Mocht het daadwerkelijk zo zijn dat er meer zorg gewenst is, dan komt de patiënt in de tweede fase van de keten ouderenzorg terecht. Dat betekent dat de praktijkondersteuner een vinger aan de pols gaat houden en de benodigde zorg om de betreffende oudere heen gaat organiseren. Dat kan van alles zijn, van thuiszorg tot ondersteuning van de mantelzorg en van dagopvang tot behandeling door fysiotherapeut. Daarbij wordt ook uitdrukkelijk gekeken naar de eigen omgeving van de patiënt, welke zorg daaruit kan komen. Op deze manier wordt preventie in de hand gewerkt en het last minute inschakelen van acute zorg, voorkomen.”

Van [G]OUD naar actie Bijna 30 huisartsenpraktijken deden in de afgelopen jaren mee aan het project [G]OUD in regio Maastricht-Heuvelland.

Ingeborg: “Een van de belangrijkste bevindingen in de afgelopen jaren is, dat er veel animo en behoefte blijkt te zijn vanuit huisartsen in deze regio om van ouderenzorg een speerpunt te maken. Huisartsen zijn zich steeds meer bewust van hun centrale rol in de keten rondom ouderenzorg en zien ook steeds meer de toegevoegde waarde in

de ondersteunende rol die een praktijkondersteuner met specialisatie ouderenzorg hierbij kan spelen.” Maud: “Voorheen werden problemen wel geconstateerd, maar vervolgens waren er weinig mogelijkheden om echt actie te ondernemen. Die mogelijkheid is er nu wel vanwege de structurele financiering vanuit zorgverzekeraar VGZ. Dit biedt ons de mogelijkheid het programma verder uit te rollen en stelt huisartsen in staat daadwerkelijk van ouderenzorg een aandachtspunt te maken en een praktijkondersteuner met specialisatie ouderenzorg in te schakelen. Er kan nu dus echt uitvoer gegeven worden aan het zorgbehandelplan. Het ‘Keten Informatie Systeem’ (KIS) is hierbij een belangrijke tool waarmee zo’n behandelplan kan worden opgesteld en ouderen gemonitord blijven.” Ingeborg: “Dat is voor de ouderen zelf heel fijn, maar zeker ook voor de huisartsen die zo veel meer in staat zijn te anticiperen. Bovendien kunnen we met de informatie uit zo’n dossier ook andere hulpverleners op de hoogte brengen, bijvoorbeeld in verzorgingshuizen en in het ziekenhuis.” Multidisciplinaire samenwerking is een belangrijke voorwaarde binnen de zorg aan ouderen in complexe situaties, om deze reden dienen huisartsenpraktijken die deelnemen aan de keten dan ook een ‘Zorgnetwerk Ouderen’ op te zetten. Maud: “Dit is een zorgteam met daarin alle hulpverleners die betrokken zijn bij ouderenzorg binnen een bepaalde wijk. Daarbij is het zaak zoveel mogelijk aan te sluiten bij bestaande structuren, want die zijn er beslist al.”

“Maar we zijn er nog niet!,” voegt Ingeborg er stellig aan toe. “Er is inmiddels financiering om het programma ‘Keten Complexe Zorg voor Ouderen’ in de praktijk te kunnen brengen. Maar op dit moment geldt dit alleen nog voor VGZ verzekerden. Het is voor ons heel belangrijk om met andere zorgverzekeraars diezelfde afspraken te kunnen maken. Willen we vanuit de huisartsenpraktijk op gestructureerde wijze vormgeven aan ouderenzorg, dan is het ook belangrijk dat zorgverzekeraars op één lijn zitten. We streven ernaar om binnen drie jaar alle huisartsen binnen Maastricht-Heuvelland zover te hebben hun praktijk op deze wijze in te richten. Daarnaast is het onze taak om dit voortdurend te evalueren. Om te zien wat het de patiënten oplevert en ook of het toegevoegde waarde heeft voor de zorgverzekeraar en hulpverleners. Daarover blijven we huisartsen in deze regio graag informeren.”

Op de website van ZIO, www.zio.nl, is meer informatie te vinden over het programma ‘Keten Complexe Zorg voor Ouderen’ en hoe u hier als huisartsenpraktijk in kunt participeren.

Thuiszorg en ouderenzorg:

“Kijken naar wat écht belangrijk is en ook naasten en vrijwilligers betrekken”

Samenwerken en signaleren. Twee belangrijke sleutelbegrippen voor ouderenzorg in de toekomst. Tenminste als het aan Ron Walthouwer, regiomanager Thuiszorg Groot Limburg, ligt. De tijd van concurreren, versnippering en het principe dat zorg een recht is, is voorbij. De uitdagende ontwikkelingen in de zorg vragen om een nieuwe manier van werken voor alle schakels in de keten en zeker ook voor de verschillende thuiszorg instanties. “Wij moeten kijken naar doelmatigheid van het inzetten van zorg. Wat is belangrijk, wat heeft prioriteit? En vooral naasten, mantelzorgers en vrijwilligers betrekken bij die zorg.”

De schouders eronder “Uitdagingen, dat is de beste manier om er tegenaan te kijken, toch?” Hoewel Ron niet echt gerust is op de komende ontwikkelingen in de zorg, geeft hij ook direct aan graag bereid te zijn de schouders eronder te zetten en samen met andere partijen een weg te zoeken in het zorglandschap van de toekomst. Ron: “Door het verhogen van de eigen bijdragen ben ik bang dat mensen te lang gaan wachten met het afnemen van zorg. Daarnaast wordt verwacht dat mensen meer een beroep doen op hun eigen sociale netwerk en dat in een tijd waarin iedereen druk is met zichzelf, huishoudens veelal bestaan uit twee werkende volwassenen en zorg verlenen aan je ouders niet meer zo voor de hand ligt. Ik vrees dan wel voor verwaarlozing, iets wat uiteindelijk meer geld gaat kosten. De thuiszorg zal ongetwijfeld een steeds belangrijkere rol gaan spelen en de kwaliteit aan het bed blijft hoe dan ook onze belangrijkste zorg: ‘Meer met minder’ dus. Een veel gehoorde uitspraak en een grote uitdaging.”

Signaleren net zo belangrijk als de zorg zelf Om deze uitdaging aan te gaan, zijn samenwerken en goede communicatie rondom ouderenzorg essentieel. Zo kunnen problemen sneller gesignaleerd worden, stelt Ron. “Alleen dan kunnen we preventief te werk gaan en kosten besparen. Het signaleren vooraf is net zo belangrijk, danwel belangrijker, als de zorg zelf.” Volgens Ron is hier een belangrijke taak weggelegd voor de praktijk-

ondersteuner. “De huisartsenpraktijk is de plek waar ouderen het eerst gezien worden, waar ze geregistreerd staan en waar hun medische verleden bekend is,” aldus Ron. “Praktijkondersteuners moeten mensen zijn met ervaring, die bij een huisbezoek een goede inschatting kunnen maken van wat er nodig is en vervolgens ons inschakelen om een kijkje te gaan nemen of de zorg aan te passen is wanneer er al zorg verleend wordt. Van daaruit kan het zorgnetwerk om een persoon heen verder uitgerold worden indien nodig en overbodige zorg voorkomen worden.”

Aanwezigheid van praktijkondersteuner ouderenzorg wel zo prettig Als middelgrote thuiszorgorganisatie biedt ‘Thuiszorg Groot Limburg’ service en bemiddeling van huishoudelijke hulpen, persoonlijke verzorging en verpleging en persoonlijke begeleiding in Maastricht Heuvelland en ook in de Mijnstreek. Ron: “We hebben op dit moment goede contacten met huisartsen en merken dat de aanwezigheid van een gespecialiseerde praktijkondersteuner ouderenzorg erg prettig werkt en een goede ontwikkeling is naar meer structuur in de ouderenzorg en de daadwerkelijke realisatie van ketenzorg. Want ook voor ons geldt een andere manier van werken. Het is geen vanzelfsprekendheid meer dat elke vorm van zorg voor iedereen vergoed wordt. Als zorgverlener moeten we gaan kijken naar wat echt belangrijk is, wat prioriteit heeft en vooral ook naasten, mantel-



zorgers en vrijwilligers betrekken in die zorg. Er wordt nog veel gedacht vanuit het idee dat men recht heeft op zorg. Het is aan ons om de boodschap te brengen dat dit niet zo is. Dat betekent dat er ook veel meer aandacht moet gaan naar de juiste voorlichting en informatie verstrekking. Eigenlijk nog voordat er überhaupt zorg nodig is.“

Informereren voor zorg verlenen Ron benadrukt daarom dat het goed is om te weten dat zij als thuiszorg organisatie niet alleen zorg verlenen, maar dat zij ook informatief en educatief bezig zijn. “Ons inschakelen hoeft niet meteen te betekenen dat er een heel pakket van zorg ingezet gaat worden. We zijn er ook om mensen te informeren wat er mogelijk is, wat we kunnen doen voor hen, nu en in de toekomst. Duidelijkheid verschaffen in wat men wel en zeker ook wat men niet kan verwachten, dat is heel belangrijk op dit moment. Er wordt nu nog vaak gekeken naar wat de buurman krijgt en verondersteld dat dat dan voor iedereen geldt.” Tot slot, voegt hij eraan toe, geldt het belang van goede informatie uitwisseling ook tussen zorgverleners onderling. “Vroeger waren we elkaars concurrenten, maar dat is niet meer zo. De zorgvraag zal niet afnemen, daar hoeven we ons geen zorgen om te maken, dus laten we het elkaar niet moeilijk maken, maar het samen doen.”

kort nieuws uit de praktijk

Nieuwe website Maastricht UMC+

Sinds kort is de testversie van de vernieuwde website www.mumc.nl live gegaan. De site bevat vernieuwde basisinformatie over de organisatie. Verwijzers, onderzoekers en studenten worden zoveel mogelijk doorverwezen naar websites die onderdeel uitmaken van het Maastricht UMC+-netwerk.

Doel van de nieuwe site is het zo makkelijk mogelijk vinden van de juiste informatie. De komende maanden hopen de makers feedback te krijgen voor verdere verbetering.

Bezoekers van www.mumc.nl wordt gevraagd hun verbeteridee in te sturen; het beste idee maakt kans op een Wii-spelcomputer met Wii fit-programma. Het streven is om eind 2013 de nieuwe website volledig operationeel te hebben, tot dan blijft www.azm.nl actief.



Praktijkondersteuner Sonja Hutschemakers aan het woord:

“Een centrale en onmisbare plek binnen de ouderenzorg”

Een praktijkondersteuner met aandacht voor ouderenzorg, die de huisarts een aantal taken uit handen neemt en de coördinatie over het zorgplan voor haar rekening neemt. Een manier van werken zoals deze wordt voorgesteld volgens o.a. het protocol vanuit het programma Keten Complexe Zorg voor Ouderen en die zou moeten leiden tot een gestructureerde praktijkvoering die voorbereid is op de vergrijzing van de zorg in de toekomst. Het kan én: het werkt! Zo blijkt bij een bezoek aan Gezondheidscentrum Van Kleef in Maastricht waar al geruime tijd op deze manier wordt gewerkt en waar Sonja Hutschemakers als praktijkondersteuner de oudere patiëntenpopulatie nauwkeurig in beeld heeft en volgt.

Van pilot tot permanente ondersteuning “In 2000 is er een pilot geweest om praktijkondersteuners in de eerste lijn in te zetten. Samen met twee andere gezondheidscentra in Maastricht hebben wij een verdeling gemaakt waarbij Gezondheidscentrum De Hofhoek het aandachtsgebied COPD kreeg, in Heer hebben ze Diabeteszorg voor hun rekening genomen en wij hebben ouderenzorg als speerpunt genomen. Een logische keuze omdat onze praktijk naar verhouding een grote groep ouderen kent,” vertelt Sonja. “Daarvoor is toen speciaal een praktijkondersteuner ingezet. Niet lang daarna volgde ook de implementatie van TraZAG (Transmuraal Zorg Assessment Geriatrie), een instrument om het functioneren van ouderen in kaart te brengen en kwetsbare ouderen binnen de praktijk op te sporen. Dit was eigenlijk de voorloper van [G]OUD. Nu werken we met de checklist en input vanuit [G]OUD. Bovendien was het in het verleden nog zo dat ik voornamelijk op verzoek van de huisarts of patiënten zelf op onderzoek uitging. Inmiddels werk ik samen met een andere praktijkondersteuner binnen onze praktijk. Zij is nu daadwerkelijk bezig al onze patiënten in de leeftijd 75+ met behulp van de [G]OUD vragenlijst te screenen en daarmee acute zorg een stapje voor te zijn. Ik houd me voornamelijk bezig met het daadwerkelijk organiseren van de zorg rondom de ouderen waar dit nodig is.”

Sonja: “Ik denk dat we hier inmiddels wel zover zijn dat de praktijkondersteuner daadwerkelijk een centrale plek inneemt binnen de ouderenzorg in onze praktijk. De huisarts heeft daar nauwelijks nog omkijken naar. Hij richt zich op de medische zorgverlening, de verdere coördinatie van zorg ligt bij mij.

Er komen steeds meer regels, de AWBZ wordt verder uitgediept en er ligt meer verantwoordelijkheid bij de patiënt. Daarmee wordt deze functie steeds belangrijker. Eigenlijk zorg ik voor orde en structuur naar twee kanten. Ik verschaf enerzijds duidelijkheid voor de patiënt over regelingen, aanvragen en aanbieders. Aan de andere kant houd ik de huisarts op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen. Hoe dan ook, zijn we vanuit de huisartsenpraktijk betrokken en op de hoogte van de context van een patiënt. We kennen zijn omgeving en verleden en kunnen dat meenemen als achtergrond in het [G]OUD consult. Dat is erg waardevol. Volgens de norm van VGZ, op basis waarvan zij extra financiering beschikbaar stellen om een praktijkvoering als deze mogelijk te maken, zou het noodzakelijk moeten zijn om een verpleegkundige achtergrond te hebben als praktijkondersteuner met aandachtsgebied ouderenzorg. Ik denk dat dat inderdaad belangrijk is. Daarnaast is het belangrijk affiniteit te hebben met de doelgroep. Het is



complex, het kost veel tijd en er komt veel bij kijken, maar het is ook ongelooflijk dankbaar en mooi om iets te kunnen bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van leven.”

Het daadwerkelijk structureel maken van zorgplannen is iets dat nog meer geïmplementeerd kan worden in Gezondheidscentrum Van Kleef volgens Sonja. “Daar werken we aan. We zijn nu nog veel op actie gericht en ik doe het op mijn eigen manier met behulp van mijn boekje dat ik altijd bij me draag en waarin ik alle gegevens en adressen van zorgverleners en andere waardevolle instanties heb verzameld. Ik denk dat het ook wel goed is om dit te reguleren en eventueel te kijken naar de zorgkaart zoals die vanuit [G]OUD geïntroduceerd wordt, maar daarbij moeten we bestaande structuren niet helemaal laten vallen. Het is zaak elkaar zoveel mogelijk aan te vullen. Het gaat er uiteindelijk om dat als mensen thuis nog goed kunnen functioneren en je op tijd ingrijpt, het veel langer goed kan gaan. Daarbij is het belangrijk een goede balans te vinden tussen betutting, de regie bij de patiënt laten en hen zelf de verantwoordelijkheid te geven hun zorg in te richten en daarbij wel tijdig de juiste handvaten aan te reiken.”

Met de ouderdom komen de gebreken. Een steeds groter deel van de patiënten in ziekenhuizen is ouder dan zeventig jaar. Door de toenemende vergrijzing zal dat aantal de komende jaren alleen nog maar groeien. Hoe speelt het ziekenhuis hier op in? Vinden de oudere patiënten dat ze goed worden geholpen? Praktijk vroeg oudere patiënten naar hun persoonlijke ervaringen.

Uit de praktijk



Vol lof is het echtpaar Maria en Dennis Davis (beiden 78 jaar) over de goede zorg die ze bij het Maastricht UMC+ krijgen. De heer Davis kampt met blaasproblemen. Vandaag had hij zijn eerste consult bij de uroloog. “Ik heb alle vertrouwen in mijn specialist. Hij was duidelijk. Zelfs voor mij, van geboorte Engelsman, was alles wat hij zei helder. Vandaag hebben ze monsters bij mij afgenomen. Over tien dagen krijg ik de uitslag.” Zijn echtgenote is vooral te spreken over hoe snel doorverwezen patiënten in het ziekenhuis terecht kunnen. “Een afspraak maken duurt gelukkig geen maanden. Ze houden zelfs rekening met de dagen dat je niet kunt komen. Persoonlijk kom ik hier graag omdat ze alles van me weten en ik hier de weg ken. Ik ben hier in behandeling geweest bij de oncoloog. Het was zo’n leuke man. Iemand waarmee je kunt lachen. Dan bouw je al snel een vertrouwensband op.”

Voor de 84-jarige mevrouw Lenie Stellenberg-Smit is het de eerste kennismaking met het ziekenhuis. In januari brak zij twee ruggenwervels. Met haar schoonzoon Jo Akkermans is zij naar het Maastricht UMC+ gekomen om foto’s te laten maken van haar rug. Nu wachten ze op een consult in de wachtkamer van de polikliniek orthopedie. Mevrouw hoort slecht en is aan één oor doof. “In januari heb ik door een verkeerde beweging twee wervels gebroken. Toen heb ik weken op bed moeten liggen. Gelukkig kan ik nu weer lopen. De medicatie is aangeslagen. De pijn die ik nu heb is draaglijk. Daar moet je mee leren leven. Ik hoop dat ik niet meer hoeft terug te komen. Over de specialist ben ik zeer tevreden. Hij was goed verstaanbaar en heeft mij goede uitleg gegeven.”



Voor het echtpaar Hans en Tiny Voet-Koopman, respectievelijk 67 en 75 jaar oud, is de hal van het ziekenhuis een vertrouwde omgeving. “Wij komen hier al jaren vanwege mijn hartproblemen. Een dotterbehandeling, bypasses en emmers vol medicatie. Bij mij hielp niets. Toen ben ik doorverwezen naar het Maastricht UMC+ voor de shockwavebehandeling in het Hart- en Vaatcentrum. Dat is het beste wat me ooit is overkomen. Voor de behandeling was de doorstroming van het bloed maar 35 procent. Ik kon toen niets doen. Na de eerste behandeling was de doorbloeding al 50 procent. We komen uit Oosterhout (NB). Dat betekent dat we moeten reizen, maar dat is de moeite waard. Het enige dat ik mis is een koffie- of waterautomaat op de nieuwe afdeling. Als je met nuchtere maag moet komen en je een lange reis achter de rug hebt, mag je als patiënt toch op zijn minst een gratis bekertje water verwachten. Ik heb er al een klacht over ingediend.”



Maastricht UMC+ introduceert implantaat tegen oorsuizen

In het Maastricht UMC+ heeft onlangs de eerste patiënt die aan één kant doof is en aan dat oor ook lijdt aan oorsuizen, een zogeheten Tinnitus Implantaat (TI) gekregen. Het is de bedoeling dat de TI zodanig wordt afgesteld dat er een stiltecode wordt gevonden waardoor de patiënt verlost is van het oorsuizen.

Steeds meer mensen ondervinden hinder van oorsuizen, in medische terminologie ook wel tinnitus genoemd. Schattingen wijzen erop dat ruim twee miljoen mensen in Nederland ermee kampen. Enkele tienduizenden mensen hebben er dusdanig last van dat ze er psychosociale problemen door ondervinden of - nog erger - invalide door worden. Zij horen geluiden zoals ruisen, piepen of fluiten, hoog of laag, hard of zacht, vaak 24 uur per dag, zeven dagen per week. Behalve zichzelf kan niemand deze geluiden horen.



R. Stokroos

Oorzaak Een precieze oorzaak van oorsuizen is vaak niet te achterhalen en er bestaat ook nog geen echte behandeling voor. Dat is frustrerend voor patiënten omdat men ook niet weet of de tinnitus overgaat of dat het zich verder ontwikkelt. Wel duidelijk is dat oorsuizen vaak, maar niet altijd samengaat met slechthorendheid. Zenuwen en schakelkernen in de hersenen kunnen ontregeld raken door gebrek aan geluidssignaal waardoor de hersenkernen een soort 'overspannen gedrag' gaan vertonen en dit gemis gaan compenseren. Het Maastrichtse team, onder leiding van KNO-arts prof.dr. Robert Stokroos, audioloog dr. Erwin George en bio-elektronicus/nanotechnoloog drs. Remo Arts

wil nu met behulp van het TI opnieuw geluid naar die hersenkernen sturen. Voor de patiënt zou dat kunnen leiden tot het geluid van stilte waarin het oorsuizen verdwenen zou moeten zijn.

Proef "We gaan een proef doen bij tien personen, die allemaal aan één kant doof zijn en enkel aan die zijde last hebben van oorsuizen", licht prof. Stokroos toe. Deze patiënten zijn voor het merendeel al geselecteerd en worden twee jaar gevolgd.

"Per patiënt gaan we op zoek naar de ideale situatie waarbij we de elektrische stimulatie zodanig willen gaan aanbieden dat de patiënt het niet meer waarneemt." Het TI-onderzoek vindt plaats in het kader van een samenwerkingsverband met onder andere neurochirurg prof. dr. Yassin Temel. Daaronder valt ook een ander onderzoek naar hersenkernen dat de KNO-afdeling van het Maastricht UMC+ uitvoert in samenwerking met het Brains Unlimited-centrum van de Universiteit Maastricht. Dat onderzoek richt zich op het, via Deep Brain Stimulation, rechtstreeks beïnvloeden van de hersenkernen. Tenslotte vindt er, in samenwerking met Zorggroep Adelante, parallel onderzoek plaats naar de aanpak van oorsuizen door middel van cognitieve gedragstherapie.

Meer informatie over oorsuizen is te vinden via www.kno.nl/publiek/voorlichting/oorsuizen of via NVVS (Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden): www.nvvs.nl/tinnitus.

Geriatricteam helpt

“Vaak is het niet
*What you see is
what you get*”



Om de kwetsbare ouderen met meervoudige aandoeningen de juiste zorg te kunnen bieden is veel kennis nodig. Niet elke huisarts heeft even veel ervaring met ouderenzorg. Om onnodige doorverwijzingen te voorkomen is in april 2012 het Geriatrieteam (GT) voor de regio Maastricht-Heuvelland opgericht. Voor consultatie, advies en vragen over complexe problematiek bij thuiswonende oudere patiënten kunnen huisartsen of praktijkondersteuners hier terecht. Ron Warnier, nurse practitioner ouderenzorg bij Maastricht UMC +, is één van de drijvende krachten achter het team.

“Eigenlijk bestaat de werkwijze zoals het GT nu werkt al vier jaar. Toen is een pilot-project gestart in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg. Het transmuraal geriatrieteam is ontstaan uit een samenwerking tussen [G]JOURD en de DOC-coördinatie. Als nurse practitioner ouderenzorg was ik de DOC PG-coördinator die de gegevens vanuit DOC PG terugkoppelde naar de huisartsen en praktijkondersteuners. Het doel was om zo snel mogelijk de juiste zorg voor kwetsbare ouderen in gang te zetten. Tijdens deze samenwerking bleek al snel dat er grote behoefte was aan een centraal punt waar huisartsen en praktijkondersteuners terecht kunnen met hun diagnostische vragen”, verklaart Warnier. De komende drie jaar wordt het geriatrieteam gefinancierd binnen de Keten Complexe zorg voor ouderen in de eerstelijns zorg.

Niet iedere huisartspraktijk heeft evenveel ervaring met de complexe problematiek bij kwetsbare ouderen. Als een huisarts vermoedt dat één van zijn patiënten dementeert, kan hij voor de diagnostiek bij verschillende zorgaanbieders terecht, zoals, het DOC Psycho Geriatrie, de Geheugenpoli, de poli ouderengeneeskunde, de Riagg-ouderenzorg of andere ambulante GGZ aanbieders. Warnier begrijpt dat sommige huisartsen door de bomen het bos niet meer zien. “Op basis van de vraag en de gegevens die we van de huisartsen krijgen, kunnen wij advies geven over de beste zorglijn voor patiënten die worden doorverwezen. Mijn taak als nurse practitioner ouderenzorg is er voor zorgen dat de patiënt met complexe problematiek op de beste en snelste manier wordt gediagnosticeerd, zodat hij minder vaak naar het ziekenhuis hoeft te komen. Vervolgens kunnen wij als GT ook ondersteuning bieden bij het opstellen van multidisciplinaire zorgbehandelplannen.”

Bij het DOC PG (Diagnostisch Onderzoekscentrum Psycho-Geriatrie) komt het wel eens voor dat een patiënt met een geheugenprobleem door de huisarts in eerste instantie was doorverwezen naar de algemene internist, of naar een verkeerd faxnummer werd gestuurd. “Deze mensen hebben eerst bloed moeten laten prikken om vervolgens door de internist weer te worden doorverwezen naar bijvoorbeeld het DOC PG. Wij als geriatrieteam kijken meteen naar de beste zorg. Voor de meeste kwetsbare patiënten kan dat ook een diagnostiek thuis zijn, zodat ze niet hoeven te worden vervoerd. Met name ouderen ervaren de eigen woonomgeving prettiger dan een ziekhuis.”

Voordat een dossier door Warnier wordt gezien, hebben de huisarts en de praktijkondersteuner de patiënt vaak al in kaart gebracht. Vaak komt deze informatie niet mee naar het ziekenhuis. Juist deze informatie is voor ons als GT van belang. Als deze informatie niet voldoende is, kan er een thuisbezoek volgen door een van de leden van het GT. “Met name bij ouderen is de juiste diagnose stellen niet simpel. Vaak is het niet what you see is what you get. Een patiënt met een infectie heeft niet altijd koorts. Of iemand die plotseling verward is, kan een urine-infectie hebben. Juist bij kwetsbare ouderen moet je verder kijken. Problemen op het ene terrein, kunnen weer problemen veroorzaken op een ander vlak. Bij ouderen is het evenwicht broos. Ze zijn snel uit balans. Het is ook belangrijk dat de hulpverleners in de thuissituatie kijken naar basale dingen, zoals hoe eet en drinkt de patiënt, hoe is zijn stoelgang, redt hij zich thuis, maar ook naar hoe het is gesteld met de mantelzorgers en de nazorg. Je moet de patiënt van top tot teen in beeld hebben.”

Naast Ron Warnier bestaat het geriatrieteam uit professor Jos Schols, specialist ouderengeneeskunde bij Vivre en de geriater/internist ouderengeneeskunde bij het Maastricht UMC+ Dr.Wubbo Mulder. Warnier heeft assistentie gekregen van twee nurse practitioners ouderenzorg in opleiding (Noor Pijls en Jannic van Leendert). Dat is geen overbodige luxe omdat zijn werk als DOC PG-coördinator niet zijn enige taak is binnen het Maastricht UMC+. Warnier doet ook de consultatie ouderenzorg bij het Maastricht UMC+, hij verzorgt scholingen en hij is bezig met een promotie-onderzoek.

“Ik doe wetenschappelijk onderzoek naar de door mij ontwikkelde screeningswijze TraZAG (Transmuraal Zorg Assessment Geriatrie Maastricht) voor de complexe zorg voor ouderen in de klinische setting. Dit is een instrument dat ik heb ontwikkeld ter ondersteuning van de praktijkondersteuners en huisartsen. Met behulp van TraZAG, waarin ik allerlei bestaande tests en instrumenten heb verzameld, kunnen hulpverleners de probleem- en zorgsituatie van de patiënt in kaart brengen. De gegevens kunnen weer helpen bij het stellen van de diagnose, de behandelmogelijkheden en de prognoses. Voor het geriatrieteam zijn de scores van onschatbare waarde voor het beoordelen van de diagnostische vragen die we binnen krijgen.”



Louis Penders, consulent Transferpunt Patiëntenzorg Maastricht UMC+

“De zorgbehoefte bij ouderen wordt steeds complexer”

Ontslagen uit het ziekenhuis en dan? Met name ouderen hebben na een ziekenhuisopname nog vaak hulp nodig. In 2012 waren er 4.500 aanvragen voor een consult voor zorg na ziekenhuisontslag. In 2009 waren dat er 2.500. Belangrijkste oorzaak van deze stijging is het toenemende aantal ouderen met een zorgvraag. Bovendien spelen er vaak meerdere problemen. Iemand komt binnen met een gebroken heup, maar vervolgens blijkt, uit nader onderzoek, dat deze de patiënt ook licht dementerend is. Het Transferpunt Patiëntenzorg zoekt samen met specialisten, de naaste familie en met de patiënt zelf naar een passende oplossing zodat de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis de juiste zorg krijgt.

Zorgvraag wordt steeds ingewikkelder Het Transferpunt Patiëntenzorg is adviseur, regisseur en intermediair. Geen makkelijke opgave. De wet- en regelgeving van ons zorgstelsel verandert voortdurend. Tegelijkertijd wordt de zorgvraag steeds ingewikkelder. Een eenvoudige indicatie voor wondverzorging of ondersteuning bij het wassen, komt bij ouderen nog amper voor. Er is in de meeste gevallen sprake van een meervoudige zorgvraag. Dat betekent dat wij die zorgbehoefte goed in kaart moeten brengen en van daaruit kijken wat kan en wat goed is. Dat doen we in multidisciplinaire overleggen, in het ziekenhuis met specialisten en extern met andere zorgaanbieders” aldus Louis Penders.

Het Transferpunt Patiëntenzorg is door het CIZ geautoriseerd om indicaties af te geven. Hierdoor kan er snel gehandeld worden als iemand na ontslag uit het ziekenhuis, verpleging, persoonlijke verzorging of een andere vorm van thuiszorg nodig heeft, danwel naar een verpleeg- of verzorgingshuis moet. De transferconsulent regelt ver-

volgens de zorg en een goede aansluiting op het ontslag uit het ziekenhuis. De transferconsulent kan ook een MSVT-indicatie afgeven. Dit is medisch specialistische verpleegkundige zorg thuis, direct onder verantwoordelijkheid van de specialist in het ziekenhuis.

Altijd een oplossing Of iemand mogelijk zorg nodig heeft na het verlaten van het ziekenhuis, hoort het transferpunt meestal van de afdeling. De zaalarts of verpleegkundige signaleert dat er mogelijk hulp nodig is. De transferconsulent inventariseert de medische status van de patiënt; heeft de patiënt al thuiszorg?, wat is bekend over zijn situatie en wat zijn de problemen nu? Afhankelijk van de toestand van de patiënt, gaat hij naar huis (met thuiszorg of MSVT), naar een verzorgings- of verpleeghuis, een hospice, een revalidatiekliniek of naar de azM Herstelkliniek. Geriatrische revalidatiezorg is sinds januari niet langer onderdeel van de awbz, maar van de ziektekostenverzekering. Om voor deze zorg in aanmerking te komen moet de

patiënt aan een aantal voorwaarden voldoen. Er dient sprake te zijn van revalidatiedoelstellingen. Er moet uitzicht zijn op een terugkeer naar huis. En de patiënt moet leerbaar en instrueerbaar zijn.

“Aan de ene kant wordt de zorgvraag steeds ingewikkelder. Aan de andere kant wordt het alsnog lastiger om een passend zorgaanbod te realiseren, mede door de wet- en regelgeving. Deze leidt er toe dat er steeds minder oplossingen voor handen zijn, althans oplossingen die de familie meestal voor ogen heeft zoals opname in een woonzorgcomplex. Met de mogelijkheden die er zijn, proberen we het zo goed mogelijk te regelen. Uiteindelijk is daar ook begrip voor als we goed uitleggen hoe het zit.”

Samenwerking “Waar we zeker nog winst kunnen behalen is in de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Vaak is er al sprake van cognitieve of somatische problemen vóór de ziekenhuisopname. Als we dat weten, kunnen we ons sneller een beeld vormen van de problematiek. Soms is de huisarts op de hoogte, maar het kan ook zijn dat de patiënt niet bij de huisarts is geweest met andere klachten. Daarvoor is de terugkoppeling naar de eerste lijn

weer van belang, zodat de huisarts weet wat het vervolgtraject is als zijn patiënt uit het ziekenhuis komt en hem kan monitoren.

Mensen willen langer thuis blijven wonen. Een goede zaak en dat kan tegenwoordig ook met alle mogelijkheden van hulp en zorg aan huis. Het is dan wel belangrijk dat ouderen goed in beeld zijn bij de huisarts en niet te lang alleen thuis wachten totdat het echt niet meer gaat. Mensen hebben hierin zelf ook een verantwoordelijkheid. Als je merkt dat je minder mobiel wordt, kun je je afvragen of je niet naar een andere huisvesting moet uitkijken. Of als je bezorgd bent over je vergeetachtigheid, ga naar de dokter. We maken vaak mee dat mensen in het ziekenhuis terechtkomen en niet meer terug naar huis kunnen. Wij kunnen niet altijd à la minute een huisvestingsprobleem oplossen. Als ze eerder aan de bel getrokken hadden bij de huisarts, was er misschien eerder iets veranderd in de woonsituatie. Het gaat er niet om met een beschuldigende vinger te wijzen. Als hulpverleners zijn we er om mensen daarvan bewust te maken en een helpende hand te bieden. Samen lossen we het op,” aldus Louis Penders.

Het DOC PG en de Geheugenpoli helpen verder

Als vergeetachtigheid verontrustend wordt

Rustte vroeger nog een taboe op de ingrijpende ziekte kanker; dat geldt vandaag de dag ook voor dementie. Liever praat men niet over de ziekte van Alzheimer. De angst om de controle over het eigen leven te verliezen of te worden afgeschreven, is zo groot dat veel ouderen liever negeren of verzwijgen dat hun geheugen achteruit gaat. Daarom is het noodzakelijk dat huisartsen en praktijkverpleegkundigen bij een vermoeden van dementie of cognitieve problemen ouderen op tijd doorverwijzen.

Door de vergrijzing wordt dementie een steeds groter probleem. Vooral in de regio Maastricht-Heuvelland zal deze groep de komende jaren explosief stijgen. Momenteel is een vijfde van de bevolking ouder dan 65 jaar en in 2020 is dit aantal gegroeid naar bijna een kwart. Daarmee neemt ook de vraag naar ouderenzorg toe. Door de versoering van de AWBZ krijgen huisartsen bovendien steeds meer te maken met complexe problematiek in thuissituaties, dus ook dementie.

In onze regio zijn verschillende voorzieningen die kunnen worden benaderd voor de diagnostiek bij een vermoeden van dementie. Hierbij is een integrale diagnostiek van belang. De medische- en zorgdiagnostiek gaan hand in hand. Een van de voorzieningen die deze integrale diagnostiek kan uitvoeren is het DOC. Om de zorgprocessen en procedures op elkaar af te stemmen en de diagnostiek

beter te stroomlijnen werken Riagg-ouderenzorg, de geheugenpolikliniek van het Maastricht UMC+ en de afdeling Ouderengeneeskunde van het Maastricht UMC+ nauw samen. Als er sprake is van een geheugenprobleem bij ouderen en waarbij ook somatische comorbiditeit een rol speelt is DOC PG geïndiceerd. Daarnaast kan ook de geheugenpolikliniek een rol spelen. Oudere patiënten met een mogelijke dementie met een minder somatische problematiek worden hier naar toe verwezen. Ook de mensen die op jongere leeftijd klachten krijgen, komen op de geheugenpoli terecht, net zoals mensen met geheugenproblemen met een snel progressief beloop.

Voor overleg over de juiste doorverwijzing kan het Geriatrieteam worden benaderd. Het team is bereikbaar via de huisartsen service desk of via de consultatielijn in Medix.



Zorgpadcoördinator Geriatrische Revalidatiezorg

“Mooie stappen in
de goede richting”

“We zijn er zeker nog niet, we bevinden ons nog steeds in een ontwikkelfase, maar de ontwikkelingen die in de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden en initiatieven die zijn ontplooid, zijn wel mooie stappen in de goede richting.” Zorgpadcoördinator Geriatrische Revalidatiezorg Edith Smeets ziet om zich heen goede dingen gebeuren op het gebied van ouderenzorg. Het ‘Nationaal Programma Ouderenzorg’ en het daaraan verbonden onderzoek vanuit Maastricht University, waar zij deel van uitmaakt, is daar een van. Vanuit haar functie zal Edith de komende jaren de overdrachten tussen ziekenhuis, geriatrische revalidatiezorg en eerste lijn onder de loep nemen.

Testfase “Ik heb het idee dat alle ‘items’ die in de afgelopen jaren in de week zijn gelegd, nu langzaam hun uitwerking vinden en er daarmee steeds meer concrete stappen worden gemaakt binnen de ouderenzorg. We zijn er zeker nog niet, maar het is in mijn ogen heel positief dat deze ontwikkelingen er zijn en we de goede kant opgaan,” aldus Edith. Sinds eind vorig jaar is zij ingeschakeld vanuit het Nationaal Programma Ouderenzorg. De functie die zij bekleedt als zorgpadcoördinator bevindt zich in een testfase. De komende jaren zal blijken of de functie voldoende meerwaarde heeft om deze te implementeren in de ouderenzorg. Ze concentreert zich daarbij op geriatric patiënten in Maastricht UMC+ die na ziekenhuisopname geplaatst worden in de speciale Maastricht UMC+ herstelkliniek, een geriatrische revalidatiekliniek. Edith: “Vanuit het Nationaal Programma Ouderenzorg is een triage instrument ontwikkeld om de transfer in goede banen te leiden en worden patiënten sinds 1 januari van dit jaar getoetst aan een aantal criteria. Zo moeten zij o.a. trainbaar zijn en moet de patiënt daarna weer terug kunnen keren naar een thuissituatie. Het is mijn taak daarbij hen daarin te begeleiden.”

“De huidige patiënt is nog gewend dat er bepaalde keuzes vóór hem worden gemaakt, terwijl we steeds meer naar een situatie gaan waarbij de patiënt zelf inspraak heeft en beslissingen neemt,” aldus Edith. “Op het moment dat ze naar de kliniek gaan, volg ik de overdracht en dat doe ik ook bij het verlaten van de kliniek. Zo ontstaat een beeld over de diverse overdrachten; of er zaken onnodig dubbel worden gedaan zoals diagnostiek bijvoorbeeld, maar ook hoe de overdracht naar huisarts en thuiszorg verloopt, waar knelpunten zijn en vertragingen ontstaan. Ik merk nu al dat dit door patiënten als een meerwaarde wordt gezien. Voor ons is het vaak al een zoektocht in het woud van wetten, regels en aanbieders, laat staan voor de patiënt zelf. Het is in deze tijd heel belangrijk hen goed voor te lichten over de

mogelijkheden en de kosten ervan. Ik ben er zelf voorstander van dat mensen zo lang mogelijk thuis moeten blijven wonen en ook zo snel mogelijk vanuit het ziekenhuis of de herstelkliniek naar huis gaan. Er is zoveel mogelijk in de thuissituatie met behulp van thuiszorg, ik denk alleen dat daar misschien niet altijd voldoende over bekend is en gebruik van wordt gemaakt. Het maakt opname vaak niet noodzakelijk. Daar kan nog een slag worden gemaakt. Het is onze prioriteit nu om professionals uit de keten dichter bij elkaar te brengen zodat er meer informatie van elkaar bekend is en we inderdaad een ideale thuissituatie kunnen creëren met de diverse schakels uit de keten.”

Praktijkondersteuner een pré Edith vervolgt: “Ook voor ons geldt dat de inzet van praktijkondersteuners met specialisatie ouderenzorg een welkome ontwikkeling is. Ik merk het zelf en hoor ook vanuit de thuiszorg dat dit erg prettig werkt. De communicatie verloopt efficiënt en er zijn korte lijnen. Ik denk dat je wel mag concluderen dat als iedere huisarts een praktijkondersteuner met specialisatie ouderenzorg of praktijkverpleegkundige ouderenzorg zou hebben, we met zijn allen een slag slaan binnen de ouderenzorg. Voor ons geldt dat de praktijkondersteuner een handige schakel is om meer inzicht te krijgen in de sociale context van een patiënt. In het ziekenhuis zie je alleen een zieke oudere, maar het is goed om een completer beeld te hebben.

Hoe dan ook, ben ik positief over de ontwikkelingen die er zijn. Het is nu zaak goed te waken dat er niet te veel overlap ontstaat en dat er te veel initiatieven naast elkaar komen, maar dat het één, mooie, sluitende keten wordt.”

Neem voor meer informatie over geriatrische revalidatiezorg contact op met Edith Smeets via: e.smeets@maastrichtuniversity.nl of 06-380 748 54.



*Prof. dr. Jos Schols,
hoogleraar ouderengeneeskunde MUMC+*

Praktijk gericht

Op weg naar een nieuwe duurzame verzorgingsstaat

Nederland ontwaakt langzaam. Het besef dringt door dat de ouderenzorg in de huidige vorm financieel niet langer houdbaar is. Het nu nog geldende Scandinavische zorgmodel waarin het primaat bij de overheid ligt, die als het ware zorgt van de wieg tot het graf, verschuift langzaam naar het Continentale zorgmodel waarin veel meer sprake zal zijn van een co creatie tussen informele zorg en formele zorg.

De relatief hoge institutionalisatiegraad van hulpbehoevende ouderen moet omlaag, zowel vanuit kosten oogpunt, maar ook omdat de meeste ouderen zelf zolang mogelijk in hun eigen woonomgeving willen blijven wonen. Echter, thuis zal de benodigde zorg niet meer voornamelijk geboden kunnen worden door de professionele thuiszorg. De druk op de mantelzorg zal derhalve toenemen. Een vergrijzende samenleving die goed zorgt voor haar kwetsbare ouderen en hen de kans biedt om sociaal te blijven participeren is een hoog goed. Daarvoor zijn een aantal voorwaarden nodig.

Ouderen moeten vroegtijdig gestimuleerd worden om zolang mogelijk een in alle opzichten gezond leefpatroon te volgen en ook tijdig met hun sociale netwerk te anticiperen op een toekomstige zorgbehoefte. Mantelzorgers moeten op allerlei wijzen gefaciliteerd en ondersteund worden bij hun informele zorgtaken. Woningcorporaties moeten voldoende levensloopbestendige woningen bouwen. Gemeenten en welzijnsorganisaties moeten faciliteiten bieden voor welzijn en ontmoeting op wijkniveau en in de eerstelijns ouderenzorg en ouderengeneeskunde moet zo snel mogelijk een integraal zorgmodel geïmplementeerd worden, waarbij de huidige grenzen tussen de zorgchelons doorbroken worden en in de medische en verpleegkundige as goed en doelmatig samengewerkt wordt.

De route richting een integrale ouderenzorg, waarbij ook nog eens gebruik gemaakt wordt van zinvolle zorgtechnologische snufjes, moet uiteindelijk leiden tot een verzorgingsstaat nieuwe stijl, waarin het voor kwetsbare ouderen nog steeds goed toeven is. Deze route moet ondersteund worden door een breed scala van value based onderzoek, d.w.z. onderzoek dat leidt tot evidence based interventies, die daarenboven van toegevoegde waarde zijn voor de ouderen zelf, hun formele en informele verzorgers en ook voor de maatschappij omdat ze ook nog eens kosteneffectief en moreel van toegevoegde waarde zijn. Vanuit de Universiteit Maastricht wordt hieraan een zichtbare bijdrage geleverd.



Eén telefoontje is genoeg

De Huisartsen Service Desk

De Huisartsen Service Desk in het Maastricht UMC+ is het interne navigatiesysteem voor externe verwijzers.

Eén telefoontje en u wordt

doorverbonden met de juiste persoon of afdeling. Daar zorgt Alie Lubbersen voor, zij bemenst de Huisartsen Service Desk.

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

Maastricht UMC+

