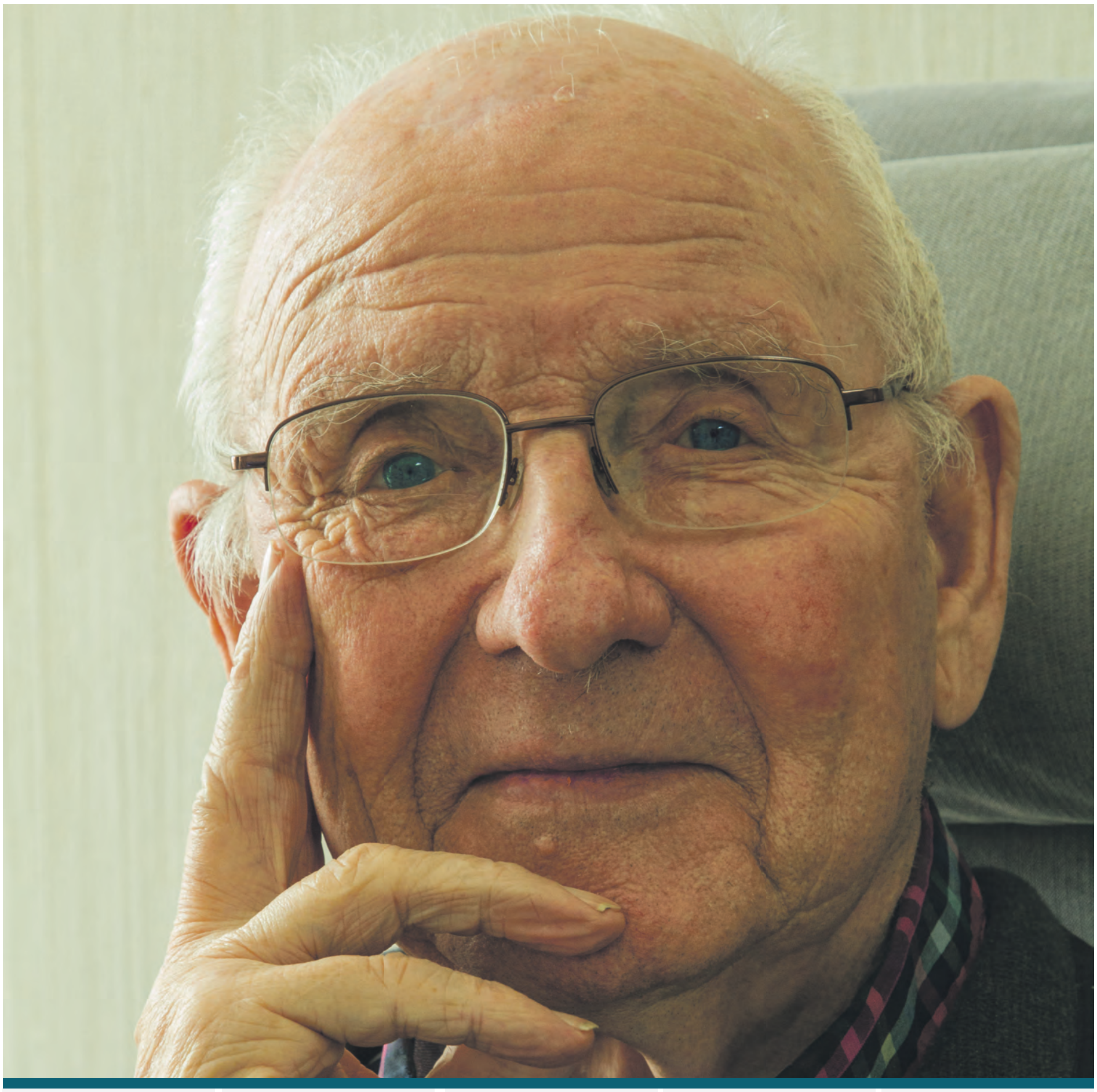
COMMERCIËLE BIJLAGE
Deze valt niet onder de verantwoordelijkheid van de redactie van de Volkskrant

mijngezondheidsgids.nl

Pulse Media Group

februari 2018

Nederland wordt ouder



Mensgerichte zorg moet vanzelfsprekend zijn
Pagina 3

Thuis blijven wonen vraagt om een passend woonaanbod
Pagina 4

'Betere ouderenzorg door mens centraal te stellen'
Pagina 7

'Wij willen dat studenten leren van ouderen'
Pagina 7

Geriatrische revalidatiezorg in ontwikkeling
Pagina 9

COLUMN

Auteur: *Henk Nies*
Lid raad van bestuur van Vilans en Bijzonder hoogleraar Organisatie en beleid van zorg, in het bijzonder gericht op waardig leven, aan de Vrije Universiteit Amsterdam

Van betekenis willen zijn

Al sinds mijn studie psychogerontologie – de psychologie van het ouder worden – houdt het mij bezig: hoe is het om ouder te worden en hoe geef je daar goed vorm aan? Ik heb er veel over gelezen en met mensen over gepraat. Nu begin ik ook echt te voelen wat het is. Ik kom natuurlijk begrenzingen tegen, zowel lichamelijk (hardlopen, blessures, kwaaltjes) als geestelijk (namen herinneren, mij in een stad oriënteren) en sociaal ('hoe lang moet jij nog'?). Gelukkig merk ik dat ik een aantal dingen beter kan en dat ik nog steeds leer. Ik begin eindelijk te begrijpen waar het in het leven om draait. Ook zie ik beter hoe mensen zijn. Dat is best prettig!

Omgaan met eindigheid is de kern van ouder worden. In het eerste deel van het leven werk je naar je top toe. Je telt de jaren die je achter je hebt. En dan kantelt het. Je kijkt vooruit naar de tijd die je nog voor de boeg denkt te hebben. Die moet je zo goed mogelijk benutten: doen wat er écht toe doet. Mijn *bucket list* neemt snel af. Het meeste is niet zo belangrijk, merk ik. Het gaat er mij vooral om van betekenis te zijn voor anderen, in het bijzonder mijn naasten. Dat mijn kwaliteiten tot hun recht komen. Van betekenis zijn is ook mijn drijfveer in mijn werk. Het is immers ook de kern voor mensen die langdurend op zorg zijn aangewezen.

Sinds kort ben ik aan het uitzoeken hoe ik in de laatste vijf jaar van mijn loopbaan het beste uit mijzelf kan halen. We weten veel van de weg naar de top, maar die naar de finish kennen we niet goed. Een uitdaging voor mijzelf, maar ook voor de samenleving.

INHOUDSOPGAVE

Wonen en omgeving

3 Mensgerichte zorg moet vanzelfsprekend zijn
3 Naar een dementievriendelijke maatschappij
4 Thuis blijven wonen vraagt om een passend woonaanbod

Ontwikkelingen in de ouderenzorg

6 E-health in de strijd tegen hart- en vaatziekten
7 'Betere ouderenzorg door mens centraal te stellen'

Geriatrische revalidatiezorg

9 Geriatrische revalidatiezorg in ontwikkeling
10 Iedere cliënt op de juiste plek
11 Alle kwetsbare ouderen kunnen revalideren in GRZ
12 Niet in hokjes denken bij ouderenzorg
14 Geriatrische revalidatiezorg anno 2018
15 'Oudere revalidant vraagt speciale aandacht'

Colofon

Deze onafhankelijke publicatie van Pulse Media Group verschijnt op 28 februari bij de Volkskrant.
De bijlage valt niet onder de verantwoordelijkheid van de Volkskrant.

Sales: Florieke Leenders, Annemijn van der Veer en Maarten le Fevre (commercieel directeur).
Redactie: Marianne Rijke (hoofdredacteur), Victor van der Boom, Ruby Sanders, Nina Visser, Laura Fransen, Iris te Voert en Yara Hooglugt.
Vormgeving: Yorick Takes, voorpaginafoto: Carin de Kruijf-Leenders, foto's: bigstockphoto.com, pixabay.com en unsplash.com.
Directeur-uitgever: Paul van Vuuren, drukker: Nieuwsdruk Nederland, Amsterdam

De inhoud van de commerciële bijdragen zoals profielen, expertinterviews, expertbijdragen en advertorials beschrijven de meningen en standpunten van de geïnterviewden.
De redactie van PMG tracht alle fouten te voorkomen, maar de redactie kan niet instaan voor eventuele fouten of onvolkomenheden in deze bijdragen.
PMG aanvaardt hierdoor geen aansprakelijkheid. Pulse Media Group B.V. www.pulsemedia-group.com info@pulsemedia-group.com

Mensgerichte zorg moet vanzelfsprekend zijn

Van onze redactie
Auteur: Ruby Sanders

Door de vergrijzing groeit het aantal kwetsbare ouderen in Nederland. Dementie is nu al volksziekte nummer één. Daarnaast klinkt vanuit de overheid en burger de wens om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Dit heeft effect op de samenleving: in iedere buurt woont straks iemand met dementie en in verpleeghuizen komen cliënten met een complexere zorgvraag terecht.

De samenleving moet zich bewust worden van het belang van een 'dementievriendelijke omgeving', vindt Marjolijn Bruurs. Zij is met haar broers en zussen mantelzorger voor haar vader Jan (83) en heeft ervaren wat hulp vanuit de omgeving betekent voor de mantelzorger. Zonder de ogen, oren en helpende handen van buurtgenoten – naast de dagelijkse wijkverpleging en wekelijkse schoonmaakhulp – zou zij zich geen raad weten.

Helpen met boodschappen

Jans geheugen ging al langere tijd achteruit, maar sinds de dood van zijn vrouw bleek hoe ver het verval was ingezet. Marjolijn: "Bij mijn moeders overlijden zijn we eigenlijk ook mijn vader verloren." Hij werd vergeetachtiger, wist plotseling de weg niet meer, liet zijn administratie versloffen en zijn gedrag veranderde. Toch woont Jan nog steeds thuis in Muiderberg. De buurt is daarbij onmisbaar. Zo ontvangen zijn kinderen telefoontjes van buren als 's ochtends de gordijnen niet open zijn, 's avonds het licht niet brandt, er gekke geluiden klinken of opvalt dat Jan de hele dag niet met de hond is gaan wandelen. De buren registreren het als er iets mis is en stellen ook geregeld Jan gerust als hij verward is.

Behalve praktische zorgen heeft het ziekteproces grote psychische en emotionele gevolgen voor mantelzorgers. Om die niet te verwaarlozen – de familie van iemand met dementie is tijdens het ziekteproces al in de rouw, aldus Marjolijn – is het fijn als de omgeving praktisch ondersteunt. Jan heeft het geluk in een dorp te wonen waar iedereen hem kent. Zo weten ze ook in de supermarkt van zijn dementie. Daar wordt hij herkend en loopt een medewerker mee om te helpen met de boodschappen. Als de omgeving bijstaat, kunnen mensen met dementie nog lang thuis wonen, zegt Marjolijn. Om dat te laten slagen, moet de familie proberen niet álles uit handen te nemen. "Je moet sturen op zelfstandigheid die nog mogelijk is en iemand in zijn waarde laten."

Mensgerichte zorg

Voor zorg vanuit het perspectief van de cliënt wordt de term 'mensgerichte zorg' wel gebruikt. Marita Bossers zou mensgerichte zorg in de hele Nederlandse zorgsector willen zien. "'Mensgericht' gaat over zorg naar de wensen van de cliënt in een omgeving waarin zorgprofessionals het beste van zichzelf kunnen geven." Bossers is directeur van Stichting Planetree Nederland, een organisatie die zorgaanbieders ondersteunt bij het realiseren van mensgerichte zorg. De missie van de stichting om de zorg beter te maken, wordt ondersteund door wetenschappelijk onderzoek.

Planetree is, dit jaar veertig jaar geleden, ontwikkeld door een cliënt. Bossers: "Zorgverleners vergeten vaak te vragen wat cliënten zelf willen, terwijl de dialoog essentieel is. Wat heeft iemand nodig om de regie te kunnen behouden, en hoe kan de zorgaanbieder dat ondersteunen?" Dit geldt voor ouderen die met hulp thuis wonen, maar ook voor bewoners van verpleeghuizen. Omdat mensen langer thuis wonen, wordt de verpleeghuisbewoner steeds hulpbehoevender. Juist dan is aansluiten bij diens leefwereld belangrijk, stelt Bossers. Als zorgverleners dat niet doen, kunnen ze tegen onbegrepen gedrag aanlopen. Dat zorgt weer voor onrust en een hogere werkdruk. Aansluiten bij de leefwereld van cliënten kan door ruimte te geven aan gewoonten die ze van vroeger hebben. "Maar het is voor iedereen anders. Het eenheidsdenken is definitief voorbij."

Bron: planetree.nl

Mensgerichte zorg gaat over de combinatie van zorg voor de cliënt, diens naaste én de medewerkers, aldus Bossers. Uit onderzoek blijkt dat werkplezier vooral wordt beïnvloed door de kwaliteit van interactie met cliënten en de merkbare gevolgen van goede zorg. "Het is voor mensgerichte zorg van belang hoe een organisatie dit voor medewerkers mogelijk maakt."

Lees verder op pagina 4 >>>

INTERVIEW met Julie Meerveld

Naar een dementievriendelijke maatschappij

Nederland vergrijst en daarmee verandert de samenleving. De groep mensen met dementie groeit explosief. Het risico op dementie neemt immers toe naarmate je ouder wordt. In Nederland zijn nu 270.000 mensen met dementie, waarvan 70 procent thuis woont. Het is dan ook goed als mensen nog tijdens hun actieve leven nadenken over de vraag 'wat als ik dementie krijg?', stelt Julie Meerveld, manager Belangenbehartiging en Regionale Hulp bij Alzheimer Nederland.

Wat hebben mensen met dementie nodig?

"Dementie is een hersenziekte die gemiddeld acht tot tien jaar duurt en waar mensen uiteindelijk aan overlijden. Voor die tijd worden ze afhankelijk van de zorg van anderen, want op een gegeven moment kunnen ze niet meer voor zichzelf zorgen. Daarom is het van belang tijdig de diagnose te stellen en begeleiding te regelen. Mensen met dementie willen namelijk graag zelf de regie houden en bij beslissingen betrokken worden. Ze willen dat er mét hen gepraat wordt en niet óver hen. Ze willen net als iedereen aangesproken worden op wie ze zijn als mens. De hulpvraag is verschillend per persoon. Iedere persoon met dementie is anders, dus het is goed om mensen te vragen waar zij specifiek behoefte aan hebben. Uit onderzoek blijkt dat de belasting voor mantelzorgers de afgelopen jaren is toegenomen. Zij vinden het vaak zwaar om te zorgen voor een naaste met dementie en merken dat ze minder contact hebben met familie en vrienden nadat de diagnose is gesteld. Dat is naar, want juist dan hebben mensen steun nodig."

Hoe kunnen mantelzorgers worden ondersteund?

"Mantelzorgers noemen drie zaken die helpen om het thuis beter en langer vol te houden. Ten eerste hebben ze behoefte aan een casemanager, een vaste begeleider die ze met raad en daad terzijde staat. Iedereen met dementie heeft recht op een casemanager, maar nog lang niet iedereen is ermee bekend. Ten tweede geven mantelzorgers aan dat het goed is als mensen met dementie doordeweeks een activiteit ondernemen. Enerzijds is het goed als zij sociaal en actief blijven, anderzijds is het een rustmoment voor de mantelzorger. Helaas doen veel mensen met dementie dit nog niet. Gemeenten moeten inzetten op meer aanbod en variatie in activiteiten, zodat iedereen iets kan doen dat bij hem of haar past. Ten derde kan de kennis van thuiszorgmedewerkers over dementie beter. Zij kunnen mantelzorgers nog beter ondersteunen als zij weten wanneer er sprake is van dementie en hoe ze het beste daarmee om kunnen gaan. Maar zelfs als bovenstaande drie zaken geregeld zijn, zitten mensen alsnog veel thuis. Daarom is het belangrijk dat ze zelf boodschappen blijven doen, naar de tandarts gaan en de bus nemen."

Julie Meerveld

Hoe dragen jullie bij aan een dementievriendelijke maatschappij?

"Vanuit Alzheimer Nederland hebben we het programma Samen dementievriendelijk gestart samen met PGGM en het ministerie van VWS. Naast de noodzakelijke professionele ondersteuning thuis is het heel belangrijk dat de omgeving – van buren tot buschauffeurs en winkeliers – weet wat het betekent om te leven met dementie. En vooral hoe je in het dagelijks leven met mensen met dementie om kunt gaan. Mensen willen vaak wel helpen maar weten niet hoe. Hiervoor hebben we de training GOED ontwikkeld, een basistraining voor omgaan met dementie. Iedereen kan een steentje bijdragen, zodat mensen met dementie en hun familie het thuis zo lang mogelijk volhouden. Er zijn nu 90.000 mensen die zich hebben aangesloten bij Samen dementievriendelijk en inmiddels ook 200 bedrijven die dementievriendelijker willen worden, zoals supermarkten, tandartsen, pedicures en thuiszorgorganisaties. Daar zijn we ongelooflijk blij mee."

Meer informatie

Meer weten of meer doen? Alzheimer Nederland heeft 48 regionale afdelingen, verspreid over het hele land. Kijk op www.alzheimer-nederland.nl voor activiteiten, Alzheimer Cafés en afdelingen in uw omgeving. Doe de GOED training via www.samendementievriendelijk.nl Mantelzorgers kunnen terecht op www.dementie.nl. Of bel de Alzheimertelefoon (7 dagen per week): 0800 – 5088 (gratis).

Vervolg van pagina 3

Het is overigens een misverstand dat mensgerichte zorg duurder zou zijn, een angst die in instellingen nog wel leeft. Er is aangetoond dat deze aanpak juist leidt tot een hogere cliënttevredenheid en kosteneffectieve zorg. Bovendien kunnen medewerkers heel goed zelf (mee)beslissen over kosten en budgetten. Ook zijn zorgprofessionals soms bang extra tijd kwijt te zijn, maar dat is binnen de ouderenzorg geen terechte vrees, vindt Bossers. Deze doelgroep zal de zorgverlener niet snel overvragen.

Alle mooie woorden ten spijt; deze ambitie lijkt in zorgorganisaties toch vaak onder te sneeuwen. “Zorgorganisaties en hun professionals willen cliëntgericht werken en zullen van zichzelf zeggen dat ze mensgerichte zorg leveren. Maar dat echt waarmaken blijkt toch een uitdaging. Ondanks goede bedoelingen staan in de praktijk vaak niet de mens, maar de ziekte, beperking, geld of procedures centraal.”

Afgedreven van de kern
Rudi Westendorp, professor Medicine at Old Age aan de Universiteit van Kopenhagen, merkt dit ook, terwijl mensgerichte zorg ontzettend vanzelfsprekend zou moeten zijn. “Eigenlijk is het een heel vreemde term. Hoe kun je immers praten over iets anders dan mensgerichte zorg? Mensen moeten zich verantwoorden als ze aan niet-mensgerichte zorg doen.”

Nederland moet wakker geschud worden, vindt hij. “Een maatschappij die beseft dat de zorg ‘mensgericht’ gemaakt moet worden, is ver afgedreven van de kern.” Het besef dat de zorgsector van het pad af is geraakt is stap één. De precieze invulling van het begrip is daarom nu niet van belang. “Iedereen in een zorgvragende situatie denkt: ‘ik heb zorg nodig, dus het zal wel over mij gaan’. Maar de realiteit is hier ver van verwijderd.” Die bestaat volgens Westendorp vooral uit aanbieders van allerhande zorgproducten en -diensten, die pas naderhand bedenken dat die in feite voor ménsen bedoeld zijn. Deze aanbodgerichte organisatie heeft tot gevolg dat het zorgproduct aansluiting moet vinden bij een specifieke doelgroep, waardoor het individu uit het oog wordt verloren.

Allereerst een individu
Maakt het in de kern - mensen die zorg nodig hebben - uit voor welke doelgroep zorg bedoeld is? Hebben ouderen wezenlijk andere zorg nodig dan jongeren? Westendorp vindt van niet. “Wat is een oud mens anders dan een jong mens? We zijn allemaal gelijk. Al het andere is leeftijdsdiscriminatie.” Dat er bij bepaalde bevolkingsgroepen meer of minder of andere aandoeningen spelen, moet niet de focus zijn. Uiteindelijk gaat het over mensen, of die nu oud, jong, klein, groot, man, vrouw, wit of zwart zijn. Dat de praktijk er anders uitziet, heeft te maken met de hokjesgeest die voorbijgaat aan het individu. Zo wordt veel gesproken over depressie en eenzaamheid bij ouderen, maar grosso modo komt dat net zo vaak voor bij jongeren en mensen van middelbare leeftijd, aldus Westendorp: het gaat over een méns dat eenzaam is. De zorg voor dat individu moet per definitie mensgericht zijn.

Door de discussies over ‘ouderen’ wordt het onjuiste beeld geschetst dat er een homogene groep zou bestaan. “Ouderen apart zetten als een groep met collectief dezelfde behoeften, is onzin. Elke oudere is allereerst een individu.” Aandacht voor problemen of aandoeningen wordt problematisch als dat resulteert in stereotypen: zoals de vitale tachtiger of de dolende dementerende. Terwijl de meeste mensen zich, net als in andere leeftijdscategorieën, ergens in het midden van het spectrum bevinden.

Regels en richtlijnen
‘Afgedreven van de kern’, ‘van het pad af’: volgens Westendorp zijn deze grootse bewoordingen nodig om een paradigmawisseling te bewerkstelligen. En hoewel veel mensen het erover eens zijn dat deze omslag plaats moet vinden, gebeurt er vooralsnog weinig. Hij ziet nog

INTERVIEW met Hassan Najja

Thuis blijven wonen vraagt om een passend woonaanbod

Door de dubbele vergrijzing en het principe van ‘langer thuis wonen’ moeten er passende woningen voor kwetsbare ouderen gecreëerd worden. Ook de door de overheid ingevoerde scheiding van wonen en zorg vergroot de vraag naar passend woonaanbod. Ouderen wonen niet meer in een verzorgingstehuis maar krijgen zorg aan huis. Hassan Najja, directeur-bestuurder van woningcorporatie SOR, vertelt. “Als we thuis blijven wonen belangrijk vinden, dan moeten we samen optrekken om het aanbod van woningen ook passend te maken.”

Waarom is het juist nu belangrijk om passend woonaanbod voor ouderen te genereren?
“De vergrijzende groep wordt steeds groter. Hun woningen zijn meestal niet gebouwd op situaties die ouder worden nu eenmaal met zich meebrengt. Denk bijvoorbeeld aan rollator- en rolstoeltoegankelijkheid. Maar ook brandveiligheid is een issue: ik vind dat ouderenwoningen gasloos moeten zijn. En vanzelfsprekend moet men in het eigen huis kunnen douchen en naar de wc gaan. Veel bestaande reguliere woningen kennen al deze essentiële aanpassingen niet. De scheiding van wonen en zorg heeft bovendien geleid tot regelgeving die van invloed is op het al dan niet thuis kunnen blijven wonen. Ouderen moeten nu veel meer zelf doen met eventueel - ambulant - licht zorgaanbod. Zaken waar ouderen voorheen wel bij werden geholpen, zijn in de nieuwe situatie komen te vervallen. Als maatschappij hebben we een streep gezet door de verzorgingshuizen, maar er moet wel een bepaalde vorm van dat segment terugkomen.”

Hassan Najja

Wat bedoelt u daarmee?
“Met het wegvallen van de verzorgingstehuizen is er nu een doelgroep waar niemand aan toekomt, noch de zorginstellingen, noch de corporaties. Door de gewijzigde wetgeving zijn zorginstellingen en corporaties echt twee aparte instituten geworden. Deze groeiende doelgroep heeft echter wel specifieke woon- en zorgbehoeften. De overheid, landelijk, maar ook lokaal moet daar in mijn optiek een rol in spelen. Alleen dan kan de samenwerking tussen wonen, zorg en welzijn worden gefaciliteerd. Ik vind dat er ruimte moet ontstaan voor corporaties om meer samen te kunnen doen met zorginstellingen, in het wooncomplex of erbuiten. Het is nu te veel geïnstitutionaliseerd. Corporaties mogen bepaalde taken niet uitvoeren en zorginstellingen ook niet meer. Hierdoor blijven bepaalde zaken liggen die wel opgepakt moeten worden.”

Welke rol spelen jullie in dit verhaal?
“Wij beschikken over bijna 8000 specifiek op senioren gerichte woningen en we gaan actief de samenwerking met zorginstellingen aan om daarin de innovatie op te zoeken. Zo is bijvoorbeeld, samen met De Drie Notenboomen, de Zorgbutler ontstaan. Hierbij wonen ouderen zelfstandig in een wooncomplex en bepalen zij zelf de mate van zorg. In het gebouw verlenen meerdere zelfstandige zorgondernemers de zorg die nodig is. Elke verdieping heeft ook een gezamenlijke woonkamer, om samen te kunnen eten of gewoon gezellig samen te komen. Bij al onze woningen draait het om het echte thuisgevoel en het lang kunnen blijven wonen in je eigen huis. Naast het contact met andere bewoners hoort daar een goede toegankelijkheid en een gevoel van veiligheid bij. Al onze complexen hebben cameratoezicht en een huismeester bij wie ouderen terecht kunnen en die een oogje in het zeil houdt. Tot slot zijn bijna al onze complexen in de nabijheid van voorzieningen, zoals openbaar vervoer en winkelcentra. Ouderen een thuis bieden, in alle opzichten, daar staat SOR voor.

Meer informatie

https://www.sor.nl/
contact@sor.nl
010 - 444 55 55

Gevolgen van dementie
Het belangrijkste gevolg van dementie is cognitieve achteruitgang. Cognitieve stoornissen als gevolg van dementie zijn onder te verdelen in:

- *Geheugenstoornis: een verminderd vermogen om nieuwe informatie aan te leren of zich eerder geleerde informatie te herinneren.*
- *Afasie: zich niet goed meer kunnen uitdrukken in woord of schrift en/of gesproken of geschreven taal niet goed meer begrijpen.*
- *Apraxie: geen doelbewuste handelingen kunnen uitvoeren.*
- *Agnosie: geen objecten meer kunnen herkennen.*
- *Stoornis in uitvoerende functies: niet meer kunnen abstraheren, logische gevolgtrekkingen maken, organiseren, plannen maken, doelgericht handelen.*
- *Stoornissen in aandacht/concentratie en/of mentale verwerkingssnelheid.*
- *Stoornissen in visueel-ruimtelijke of -constructieve vaardigheden.*

Bron: Volksgezondheidenzorg.info

altijd bewegingen de andere kant op. “Ik blijf prikkels zien die het aanbodgerichte zorgstelsel versterken en de zorg verder verwijderen van de mens.” Zoals de talloze richtlijnen die het individu buitenspel zetten. “Allemaal zien we onszelf als het individu dat we zijn, maar in de zorg worden we gereduceerd tot een nummer.” Categoriseren leidt volgens de hoogleraar af van mensgerichte zorg.

Dit ondervond ook Marjolijn. Het gezin ging soms gebukt onder de ‘gruwelijke’ bureaucratie waar ze tegenaan liepen. Te vaak werden ze van het kastje naar de muur gestuurd. Door nieuwe wetten is er veel veranderd, waardoor het voor hulpverleners niet altijd gemakkelijk is te achterhalen wat wel en wat niet mogelijk is. “Maar we blijven dezelfde antwoorden krijgen, al jaren achtereen.” Ook liepen ze aan tegen rigide regelzucht. Zo werd de familie geconfronteerd met een verplichte bezuiniging op de schoonmaakhulp, terwijl dure ingrepen in het huis zoals een traplift wél mogelijk waren.

De omslag blijft volgens Westendorp uit, omdat mensen bang zijn voor de consequenties. Iedereen heeft zijn of haar redenen om de invulling van zorg niet te willen veranderen. Hoe dan toch uit deze patstelling te komen? Sommige mensen verwachten dat de omslag vanzelf zal komen, wanneer de babyboomers – nu tussen de 65 en 70 jaar – massaal ziek en zorgbehoevend worden. Als dat zou betekenen dat cliënten in opstand komen om mensgerichte zorg te eisen, juicht Westendorp het van harte toe. Maar in opstand komen is niet eenvoudig, dat weet hij ook. Personen in een zorgbehoevende situatie zijn kwetsbaar en gaan niet graag tegen autoriteiten in. Zeker als daar cognitieve problemen bij komen, zoals bij dementie. Marjolijn kan dat beamen: “Je moet heel mondig zijn om voor elkaar te krijgen wat je wil, en dat is lang niet iedereen.” Zeker partners van mensen met dementie, die mantelzorger zijn, vinden dat lastig, heeft zij gezien. Als het aan haar ligt wordt de bureaucratie flink ingeperkt en zal informatievoorziening via huisarts, maatschappelijk werk en geriater laagdrempeliger worden, zodat mensen beter weten waar ze recht op hebben.

Onwetendheid
Behalve bureaucratie kwam het gezin ook veel onwetendheid tegen. Mensen wisten er weinig van, wisten niet hoe ze moeten reageren of vonden dementie confronterend. Zeker de generatiegenoten van haar vader: voor hen staat dement vaak gelijk aan gek. Daardoor heeft Marjolijn persoonlijke aandacht voor haar vader wel gemist. Bezoek, een bos bloemen of een kaartje, zoals ze tijdens het ziekbed van hun moeder volop ontvingen, blijven nu uit. Op die manier is de kans groot dat Jan alsnog in een sociaal isolement belandt, terwijl het voor iemand met dementie juist belangrijk is dat alles zoveel mogelijk bij het oude blijft. Marjolijn hoopt dan ook dat het taboe op dementie zal verdwijnen. “Het is een pijnlijk proces, maar het heeft ook mooie kanten. Je leert relativeren en anders naar het leven kijken.”

Bossers vindt het tot slot belangrijk om binnen zorgorganisaties rust te creëren. Zij stuit vaak op ‘verandermoeheid’, medewerkers en cliënten die de dupe zijn van veel wisselingen in bestuur en talloze projecten die vaak niet afgemaakt worden. “Natuurlijk kunnen visies veranderen, maar medewerkers worden horendol van ideeën die de dagelijkse werkzaamheden beïnvloeden. Áls je iets verandert, doe dat dan in samenspraak met hen en de cliënten.” Dit zal volgens Bossers helpen om het vertrouwen in de sector te herstellen, essentieel voor de komende jaren. “Ouderenzorg is te veel neergezet als een sector die alsmaar slecht presteert. Ouderen hebben een schrikbeeld van verpleeghuizen, terwijl dat geen recht doet aan het werk dat geleverd wordt. De sector over één kam scheren is niet fair. Ik gun de sector de trots en respect die ze verdienen.”

Westendorp hoopt dat de zorgsector afstand neemt van de aanbodgerichte aanpak. Het aanbod van producten en diensten moet minder prioriteit hebben, zodat de aandacht verschuift naar hetgeen patiënten werkelijk nodig hebben. Zorgverleners zitten, vaak met goede bedoelingen, vast in het systeem en luisteren te weinig, vindt de hoogleraar. Luisteren naar de problemen van elke patiënt is het sleutelwoord tot betere, mensgerichte zorg. Bestaande kennis en ontwikkelingen moeten echter niet zomaar overboord gegooid worden, benadrukt hij tot slot. “Er gebeurt veel en wat medische ontwikkelingen betreft zijn we goed op weg. Als we dat beter verbinden aan de vraag van de patiënt, kunnen we heel ver komen.”

ADVERTORIAL

Serviceflat Schouwenhove: comfortabel wonen

Op zeker moment krijgen veel senioren behoefte aan meer gemak, en meer hulp in en rond het huis. Onderhoud aan huis en tuin is niet meer zo makkelijk, net als traplopen, huishoudelijk werk, boodschappen doen of koken. Vroeger verhuisden mensen dan naar een verzorgingshuis, maar die bestaan niet meer. Wat is het alternatief? De Leidse serviceflat Schouwenhove, bijvoorbeeld!

“Je woont hier zelfstandig, maar je bent niet alleen”, vertelt mevrouw Kolff. Zij woont al jaren met veel plezier in Schouwenhove. “Het is een groot dorp met een dak erop”, vindt ze. “Er zijn allerlei activiteiten, voor iedereen is er wel wat. En alles is hier binnenshuis.” Ze doelt daarmee met name op de vele voorzieningen in het gebouw – winkel, bibliotheek, ontmoetingsruimte, fysiotherapeut, kapper, om maar een paar dingen op te noemen. “Natuurlijk hoef je niet overal gebruik van te maken, maar het is fijn dat het er is.”

Kwaliteit van leven
Niet alleen zijn in serviceflat Schouwenhove allerlei gemaks- en zorgvoorzieningen onder handbereik, ook de inrichting van de ruime huurappartementen spreekt aan. Ze zijn allemaal voorzien van een luxe keuken en een mooie badkamer. “Ik hoor nieuwe bewoners vaak zeggen dat ze de overstap veel eerder hadden moeten maken”, vertelt directeur Annelies de Koning. “Juist als je nog actief en fit bent, voegt Schouwenhove veel toe aan de kwaliteit van leven.”

Maaltijdservice
Dat zit ‘m bijvoorbeeld in de populaire maaltijdservice van Schouwenhove. Elke dag worden in de centrale keuken verse warme maaltijden bereid, die in een speciaal koelkastje bij de appartementen worden bezorgd. Zoals bij mevrouw Ruys op de tiende verdieping. “Kwalitatief goed, met veel zorg bereid en met afwisselende menu’s. Ik hoef bijna geen boodschappen meer te doen. Heerlijk. ”

3 kamer woning van Serviceflat Schouwenhove Leiden

Open dag
Schouwenhove heeft twee keer per jaar, in maart en in september, een open dag. Annelies de Koning: “Op een ander tijdstip komen kijken kan ook, hoor! Ik leid belangstellenden graag rond en stel ze voor aan bewoners in het huis. Er zijn er altijd wel die graag iets over hun ervaringen vertellen.”

serviceflat SCHOUWENHOVE
Vorstelijk wonen

Meer informatie
www.schouwenhove.nl
071-531 20 21

E-health in de strijd tegen hart- en vaatziekten

Van onze redactie
Auteur: Laura Fransen

In Nederland kampen naar schatting drie miljoen mensen tussen de 30 en 70 jaar met een te hoge bloeddruk. Nog eens 1,6 miljoen mensen worstelen met een te hoog cholesterolgehalte. Een groot deel van hen is zich hiervan niet bewust, omdat symptomen uitblijven totdat het echt mis gaat. “Je voelt het niet en merkt het niet, maar je loopt wel rond met een behoorlijk risico”, legt Sandra Bon, teammanager Eerder Opsporen bij de Hartstichting, uit.

Dat risico betreft met name de kans op het ontwikkelen van hart- en vaatziekten. Van een te hoge bloeddruk en cholesterol is bekend dat ze bijvoorbeeld de kans op een hartinfarct vergroten. In theorie biedt die kennis mogelijkheden op het gebied van preventie, maar in de praktijk weten mensen niet dat ze tot een risicogroep behoren. “Veel mensen zijn zich niet bewust van hun eigen bloeddruk. En als dat wel zo is, is het ook belangrijk dat ze weten wanneer deze verhoogd is”, licht Bon toe. Het beperkte bewustzijn maakt het ingewikkeld om risicofactoren als bloeddruk en cholesterol te monitoren en zo erger te voorkomen, terwijl daar juist winst te behalen valt. Met die reden streeft de Hartstichting er onder andere naar om de komende twee jaar 750.000 mensen op te sporen met een te hoge bloeddruk die zich daar niet bewust van zijn.

Opkomst van e-health

Een van de ontwikkelingen die kunnen bijdragen aan een verhoogd bewustzijn, is de opkomst van e-health. Ed de Kluiver, arts en bestuursvoorzitter van het Isala Hartcentrum, wijst erop dat steeds meer mensen gebruik maken van apps die ondersteuning bieden bij zaken als lichamelijke inspanning, dieet, mindfulness of stoppen met roken. Ook voor het maken van een hartfilmpje kan men tegenwoordig bij zijn of haar smartphone terecht. Apps die de bloeddruk meten zijn nog in mindere mate beschikbaar, maar het is een ontwikkeling die Bon van harte toejuicht. Ze licht toe dat het normaal moet worden voor mensen om hun waarden te weten, zonder dat dit direct gemedicaliseerd wordt. Ook De Kluiver is enthousiast over de ontwikkelingen op het gebied van e-health-oplossingen. Naast de primaire preventie in de vorm van het in beeld brengen en mensen bewust maken van risicofactoren, benoemt hij de mogelijkheden om met behulp van mobiele ICT bestaande hart- en vaatproblemen te monitoren om zo erger te voorkomen – zogenaamde secundaire preventie.

Betrouwbaarheid

Hoewel e-health voor beide vormen van preventie veel kan betekenen wat betreft het terugdringen van hart- en vaatziekten, benadrukt De Kluiver dat hierbij nog wel een uitdaging ligt op het gebied van betrouwbaarheid en regelgeving. Hij legt uit dat de apps die mensen zelf thuis kunnen downloaden, zich in eerste instantie in de consumentensfeer lijken te begeven, maar de potentie hebben om als medisch hulpmiddel te functioneren. En dat vereist toezicht. “Op het moment dat jij naar aanleiding van zo’n app veranderingen aanbrengt die je gezondheid beïnvloeden, moet je volledig op de informatie kunnen vertrouwen.” Een CE-markering is daarbij een eerste stap: deze geeft aan dat het product voldoet aan de wettelijke eisen van de Europese markt op het gebied van veiligheid, gezondheid en milieu. Als tweede vereiste noemt De Kluiver een goed beveiligde onlineomgeving waar de medische gegevens vanuit de app of het meetapparaat opgeslagen worden.

In diezelfde omgeving moeten gebruikers ook toegang hebben tot zo volledig mogelijke, correcte informatie met betrekking tot hun resultaten om een stuk zelfdiagnostiek te faciliteren. “Veel mensen zijn gemakkelijk gerust te stellen met relatief eenvoudige middelen, wat een onnodig bezoek aan de huisarts kan voorkomen”, meent De Kluiver. En hoewel e-health-oplossingen voor een kleine groep juist tot meer zorgen kunnen leiden, toont onderzoek aan dat het tot dusver geen run op de huisarts veroorzaakt, voegt Bon toe.

Toekomst

Wat preventie betreft staat het gebruik van e-health-oplossingen in Nederland nog in de kinderschoenen. Wanneer zaken zoals het meten van bloeddruk en cholesterol gemeengoed worden, hoopt de Hartstichting dat data in de toekomst ook bij onderzoek kunnen worden ingezet om opsporingsmethoden voor hart- en vaatziekten te verbeteren. De Kluiver voorspelt daarnaast dat mobiele meetapparatuur in combinatie met professioneel medisch advies op afstand de zorgsector sterk zal veranderen. Hij wijst erop dat waar vroeger iedereen van reisbureaus gebruikmaakte voor het reserveren van een hotelkamer, dat nu grotendeels online gebeurt. “Met zorg gaan we een soortgelijke kant op. Traditionele instellingen zullen zich specialiseren in dure en complexe operaties en behandelingen. Voor alle overige zorg kom je over vijftien jaar niet meer in het ziekenhuis.”

Een op de drie Nederlanders heeft een hoge bloeddruk; boven de 60 jaar is dit twee op de drie. Jaarlijks kunnen in Nederland 1.500 sterfgevallen en 6.000 nieuwe gevallen van hart- of vaatziekten (hartinfarct, hartfalen en beroerte) voorkomen worden als dagelijks 3 gram minder zout gegeten wordt en de bloeddruk 2 mmHg daalt. Zo’n 80 procent van de zoutinname is afkomstig van industrieel bewerkte levensmiddelen, zo’n 20 procent wordt bij de bereiding en aan tafel door de consument toegevoegd. Belangrijke bronnen van zout zijn brood, vlees-producten en kaas, gevolgd door hartige sauzen, soepen, koek en snacks.

Bron: Hartstichting

ADVERTORIAL

Kwaliteitscontrole cruciaal voor e-health

Dr. J.J. Smit, cardioloog-elektrofysioloog

E-health speelt een steeds grotere rol in de zorg. Vooral op het gebied van de preventie van hart- en vaatziekten valt veel winst te behalen, maar een gebrek aan acceptatie vanuit zowel de zorg als consument vormt hierbij een uitdaging. De oplossing ligt bij goede kwaliteitscontrole, stelt Jaap Jan Smit, cardioloog-elektrofysioloog en medisch adviseur bij Livv.

Op welke manier kan e-health bijdragen aan preventie?

“Met name het mobiele aspect is heel belangrijk, omdat het mensen te allen tijde toegang geeft tot zorg. In plaats van te moeten wachten op een afspraak, kunnen mensen bijvoorbeeld direct een hartfilmpje, ook wel 1-afleiding ECG genoemd, maken op het moment dat ze klachten ervaren. Wanneer dit op de juiste manier gebeurt, vergroot dat de kans op een vroegtijdige en correcte diagnose, en daarmee preventie van complicaties.”

Wat veroorzaakt het huidige gebrek aan acceptatie?

“Voor zorgprofessionals is het momenteel nog moeilijk om de daadwerkelijk bruikbare e-health-oplossingen te onderscheiden van de onbetrouwbare gadgets. Huisartsen zitten niet te wachten op honderden hartfilmpjes in hun inbox die patiënten thuis met een onbekende app hebben gemaakt. Tegelijkertijd weten patiënten ook niet waar te beginnen en wat betrouwbaar is.”

Hoe kan dit beter?

“Voor de succesvolle implementatie van e-health is kwaliteitscontrole cruciaal. Apps en andere mobiele meetapparatuur moeten aan bepaalde wetgeving voldoen om als medisch hulpmiddel te mogen functioneren. Daarnaast is het van belang dat de mobiele oplossing ondersteund wordt door een professioneel medisch team dat conclusies kan trekken op basis van de resultaten.”

Hoe hebben jullie dit georganiseerd?

“De e-health-oplossingen van Livv worden in samenwerking met medische professionals ontwikkeld en aangeboden. Zo kunnen gebruikers van Livv Mobiel ECG een hartfilmpje dat ze zelf maken met behulp van een smartphone, 24 uur per dag en zeven dagen per week laten analyseren door een zorgprofessional in het medisch callcenter. Die kan geruststelling bieden, of zo nodig medisch advies geven. De professionele analyse in combinatie met onder andere een CE-markering maken de oplossing betrouwbaar voor zowel huisartsen als consumenten.”

Meer informatie

Livv Mobile Health
085 0471 570
info@livv-health.nl
www.livv-health.nl

‘Betere ouderenzorg door mens centraal te stellen‘

Van onze redactie
Auteur: Iris te Voert

De situatie in de ouderenzorg is schrijnend. Hoewel er flink wordt bezuinigd en het verzorgingstehuis is afgeschaft, neemt het aantal ouderen aanzienlijk toe. Daarnaast dreigt in de verpleeghuizen een tekort aan het vinden en behouden van goed personeel. Een context die vraagt om voortdurende kwaliteitsverbetering en innovaties.

Dat weet ook Bianca Buurman, bijzonder lector Transmurale Ouderenzorg bij de Hogeschool van Amsterdam en hoogleraar Acute Ouderenzorg bij het AMC. Volgens haar neemt het tekort aan verpleegkundigen in de sector steeds meer toe. Dit heeft niet alleen te maken met negatieve beeldvorming, maar ook met de carrièremogelijkheden binnen het vak. “Organisaties hebben moeite om verpleegkundigen aan zich te binden”, stipt ze aan. “Waar in het ziekenhuis nog allerlei specialisaties en doorgroeimogelijkheden zijn, vind je deze in de ouderenzorg veel minder.”

Daarnaast wordt het steeds lastiger om mensen vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie door te plaatsen, legt Buurman uit. Doordat er te weinig wijkverpleegkundigen zijn, kan de doorstroming van het zorgsysteem niet goed plaatsvinden. Dit probleem wordt al in veel regio’s gezien. Zittende verpleegkundigen lijken niet geïnteresseerd om in de wijk te gaan werken.

Buurtziekenhuis
Iets waar Buurman samen met haar collega-onderzoekers een plan voor heeft bedacht. In april zal de opening van het eerste buurtziekenhuis in Nederland plaatsvinden, gelokaliseerd in Amsterdam-Zuidoost. Het biedt een oplossing om het ‘gapend gat’ tussen een ziekenhuisopname en de thuissituatie op te vullen. “We bieden er ziekenhuiszorg voor veelvoorkomende aandoeningen, zoals COPD en hartaandoeningen, dichter in de buurt aan”, legt Buurman uit. “Ook kan hier worden gezocht naar achterliggende problemen en manieren om nieuwe ziekenhuisopnamen te voorkomen. Op deze wijze leren ouderen wat ze zelf kunnen doen om hun leven weer op de rit te krijgen.”

Het initiatief lijkt ook een passende vorm om verpleegkundigen aan te trekken, aldus Buurman. “Het is kortdurend, gericht op kwaliteit en er zijn voldoende mogelijkheden om eventuele hbo-competenties kwijt te kunnen. Zo wordt de ouderenzorg aanlokkelijker.” Daarnaast kan het kijken naar andere landen helpen om tot vernieuwingen te komen. Vorig jaar bracht de hoogleraar nog een bezoek aan Engeland om de nationale ouderenzorg te bestuderen. Is geriatrie in Nederland een van de minst populaire sectoren, hier bleek de sector het meeste in trek. Zo zag Buurman onder andere een soort spoedeisend hulpteam in de wijk, die snel kon schakelen en naar patiënten toe kon komen. Fysiotherapeuten en specialisten werkten er autonoom, maar in het geval van problemen was er altijd een achterwacht die ze konden bellen. Buurman: “Ik ben ervan overtuigd dat dit soort innovaties ook in ons land kunnen werken. Het zijn goede manieren om de ouderenzorg weer interessant te maken.”

Lees verder op pagina 8 >>>

ADVERTORIAL

‘Wij willen dat studenten leren van ouderen‘

De rol van de verpleegkundige in de ouderenzorg verandert. Ouderen willen (en kunnen) vaker langer thuis blijven wonen. De verpleegkundige van de toekomst gaat meer en meer een rol spelen in de coördinatie van de zorg voor de patiënt thuis. Maar wat betekent het eigenlijk om thuis (chronisch) ziek te zijn? En hoe vertaal je theoretische begrippen als zelfredzaamheid naar de praktijk van alledag? Studenten HBO-Verpleegkunde van De Haagse Hogeschool maken vanaf het eerste jaar van hun opleiding de verbinding tussen theorie en praktijk. Bijvoorbeeld door ouderen thuis te bezoeken.

De Haagse Hogeschool werkt onder andere samen met Buddy Netwerk, een organisatie waar patiënten, ouderen en chronisch zieken zich kunnen aanmelden als ze een maatje voor een jaar willen. Eerstejaarsstudenten bezoeken in tweetallen een oudere die zich bij Buddy Netwerk heeft aangemeld. Meralda Slager, opleidingsmanager HBO-Verpleegkunde en senior onderzoeker: “Studenten begrijpen door deze ervaring al snel wat het betekent om kwetsbaar of chronisch ziek te zijn.” Het project heeft de naam ‘stage lopen bij de patiënt’ gekregen. Als studenten stage lopen bij een instelling, worden ze vaak meegenomen door verpleegkundigen. “Wij willen daar een ander beeld tegenover zetten, zodat studenten heel nadrukkelijk leren van ouderen.”

Ervaringen van patiënten
De ervaringen die studenten opdoen via onder andere Buddy Netwerk zijn belangrijk om later als verpleegkundige goed te kunnen werken, legt Slager uit. “We leren studenten al vroeg in de opleiding wat het theoretische begrip patiëntparticipatie in de praktijk betekent en hoe ze de ervaringen en wensen van de oudere patiënt kunnen betrekken in de zorg.” In het tweede jaar krijgen studenten de opdracht een tijdlang een patiënt in een instelling te volgen, zodat ze begrijpen wat het betekent om opgenomen te worden. Neem als voorbeeld dat ouderen zich voor een opname vaak ‘s ochtends vroeg in het ziekenhuis moeten melden, zegt Slager. “Dat is vaak een hele onderneming. Studenten die meelopen bij ouderen thuis zien met eigen ogen hoeveel tijd en energie dat kost. Die ervaring nemen zij mee als zij later in het ziekenhuis aan het werk gaan. Wij zijn ervan overtuigd dat onze studenten door die ervaring betere zorg leveren”, geeft Slager aan.

Ouderenparticipatie vormgeven
De benadering van patiëntparticipatie sluit goed aan bij de waarden van De Haagse Hogeschool. Die streeft ernaar studenten op te leiden tot wereldburgers, professionals die nieuwsgierig zijn naar de belevingen van anderen, die de wereld veranderen en verbeteren door het bieden van nieuwe, innovatieve antwoorden op vragen uit het werkveld. Daarbij is netwerken met organisaties uit de praktijk van het grootste belang. Bij de opleiding HBO-V is die wisselwerking tussen theorie en praktijk er volop.

Veel zorginstellingen vinden het volgens Slager nog lastig om patiënten bij kwaliteit van zorg te betrekken. In het werkveld wordt daarom met belangstelling gekeken hoe De Haagse Hogeschool ouderenparticipatie vormgeeft. Naar aanleiding van opdrachten die derdejaarsstudenten bij verschillende zorginstellingen deden voor de keuzemodule Patiëntenparticipatie, heeft Woon-Zorgcentra Haaglanden hen gevraagd een cursus te maken. “We hebben twintig zorgprofessionals geholpen door duidelijk te maken hoe je ouderenparticipatie concreet maakt op de werkvloer. In het begin zag je dat ze nog erg nadachten voor de cliënten. Op het moment dat ze doorhadden dat ze moesten vragen naar wat de ouderen zélf wilden, kwamen er heel mooie dingen tot stand. Dat laat zien dat er een enorme behoefte is aan deze zorgbenadering.”

Meralda Slager

DE HAAGSE HOGESCHOOL

Meer informatie
www.dehaagsehogeschool.nl

Vervolg van pagina 7

Mensgerichte ouderenzorg
Ook Katrien Luijkx, bijzonder hoogleraar Ouderenzorg en coördinator van de Academische Werkplaats Ouderen van Tranzo, beaamt het belang van innovaties. In haar onderzoek richt zij zich hierbij specifiek op de leefwereld van ouderen. Zorg waarin mensen centraal staan, is volgens haar de sleutel tot verbetering. Ouderen willen graag gezien en gehoord worden en hun leven zoveel mogelijk voortzetten zoals zij dat gewend waren, legt de hoogleraar uit. Mensgerichte ouderenzorg maakt dit mogelijk. Hierbij is zowel aandacht voor de zorgontvangers als zorgverleners. Beide hebben hun eigen voorkeuren en capaciteiten en dienen voldoende ruimte te krijgen om te zijn wie ze zijn. In relatie tot zorg betekent dit dat ze zich goed tot elkaar moeten kunnen verhouden. Het zou dan ook moeten draaien om persoonlijke afstemming en behoeften, aldus Luijkx. Hierbij gaan mensen in gesprek met elkaar, waarbij ze samen kijken naar wat iemand gelukkiger maakt. Dit kan bijvoorbeeld door ouderen tijdens het aankleden echte aandacht te geven en naar hun persoonlijke interesses en leven te vragen. Of samen te zoeken naar oplossingen indien een probleem zich voordoet. Luijkx beaamt dat het een hele kunst is voor zorgverleners om bij elke oudere in het verpleegtehuis een passende benadering te hanteren. “Maar eigenlijk is dit veel logischer dan het gebruik van een standaard benadering. Mensgerichte zorg is geen kwestie van ‘u vraagt, wij draaien’. Het gaat erom dat zorgontvanger en zorgverlener samen uitvinden wat belangrijk is en hoe dat gerealiseerd kan worden.”

16,6%

VAN DE NEDERLANDSE BEROEPSBEVOLKING WERKT IN DE ZORG

Bron: www.actiz.nl

Leefwereld van ouderen
Om mensgerichte zorg te stimuleren, doet de hoogleraar samen met collega’s onderzoek naar de leefwereld van ouderen. Hierbij vindt nauwe samenwerking plaats met mensen die vanuit de zorgpraktijk tegen vragen zijn aangelopen. Luijkx: “Op deze manier hopen we innovaties te kunnen realiseren, met het individu als uitgangspunt.”
Een van die studies was gericht op het toegangsproces van de ouderenzorg. Meer specifiek werd gekeken naar de benodigde stappen om een opname in een verpleegtehuis te kunnen realiseren. Hieruit bleken met name emotionele aspecten een belangrijke rol te spelen. “Een dergelijke verhuizing werd makkelijker indien het een organisatie lukte om hier aandacht aan te besteden”, legt Luijkx uit. “Dit kon bijvoorbeeld door een eerste kennismaking met de afdeling, waardoor de overgang meer geleidelijk verliep. Of een ontmoeting met de mantelzorgers, zodat er een basis van vertrouwen kon ontstaan.” Maar bij de leefwereld van ouderen horen ook intiemere onderwerpen, benadrukt de hoogleraar. Een voorbeeld is seksualiteit en intimiteit. Hoewel dit nog steeds een belangrijk onderdeel is van het leven van ouderen, ook als een van beiden dementie heeft, ervaren zij daar in omgevingen als verpleeghuizen slechts beperkte ruimte voor. Luijkx: “Dit geldt niet alleen voor daadwerkelijke seksualiteit, maar ook voor zaken als hand in hand zitten in een gemeenschappelijke woonkamer. Mensen met dementie en hun partners hebben daar behoefte aan, maar ouderen en zorgverleners vinden het lastig om dit bespreekbaar te maken en samen naar oplossingen te zoeken.”

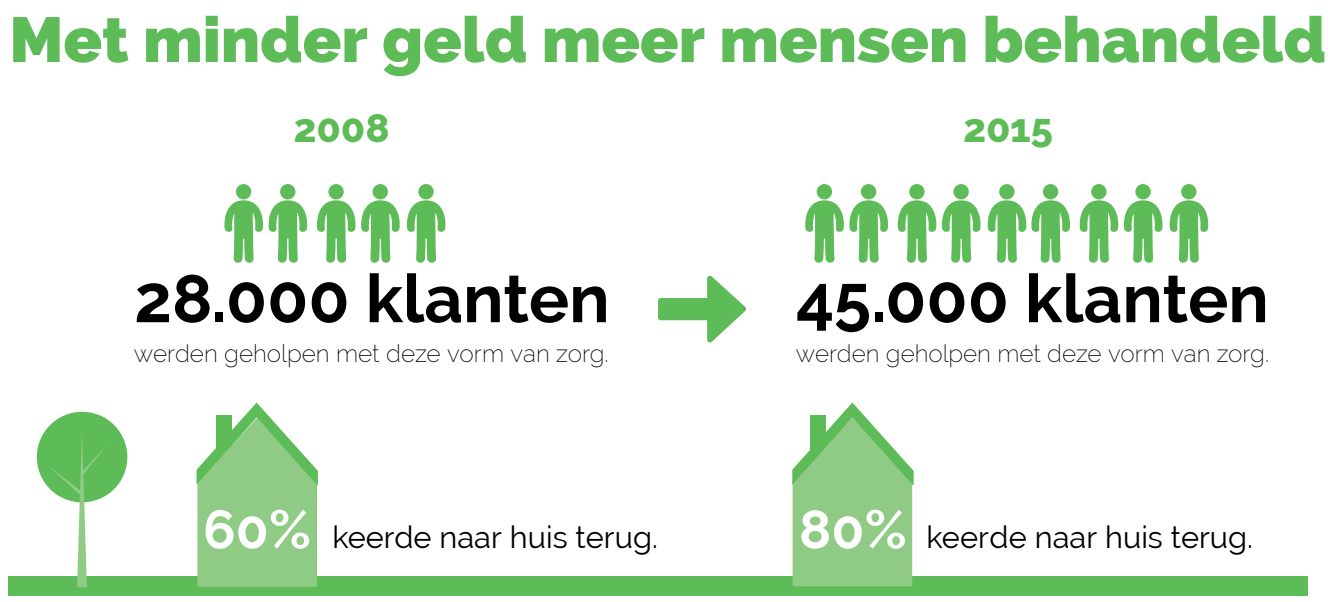
Passende innovaties
Aan inzichten dus geen gebrek, maar welke passende innovaties horen hierbij? Momenteel zijn we in een aantal projecten de vertaalslag van wetenschappelijke inzichten naar de praktijk aan het maken, aldus de hoogleraar. Dit levert praktische handvatten op om bijvoorbeeld de geriatrische revalidatiezorg of het toegangsproces tot het verpleeghuis te evalueren en te verbeteren. Maar de vertaalslag maken naar concrete innovaties blijft lastig. “Het zijn ontwikkelingen die niet met één vernieuwing te bewerkstelligen zijn. Aandacht voor de zorgontvangers dient er in de gehele organisatie te zijn, van directeur tot zorgmedewerkers.” In speciaal georganiseerde bijeenkomsten wordt de uit studies opgedane kennis gedeeld met zorgverleners van verschillende organisaties. Hierbij krijgen zij de ruimte om met elkaar in gesprek te gaan en van elkaar te leren. “Uiteindelijk hopen we dat er op deze manier nieuwe ideeën ontstaan die uitgewerkt kunnen worden”, aldus Luijkx. “Alles om goede mensgerichte zorg te kunnen realiseren.”

Geriatrische revalidatiezorg in ontwikkeling

Van onze redactie
Auteur: Laura Fransen

Binnen de zorg is het 'verkeerde bed'-probleem een bekende term. Mensen die een behandeling in het ziekenhuis hebben doorlopen en daar in principe klaar zijn, houden bedden bezet omdat ze nog niet in staat zijn naar huis terug te keren. Vaak gaat het om ouderen die naast het probleem waarvoor ze in het ziekenhuis zijn opgenomen ook kampen met comorbiditeit, een opeenstapeling van meerdere aandoeningen of moeilijkheden in de thuissituatie. Traditionele verpleeghuizen zijn vanuit de oorsprong niet ingericht op snelle herstelzorg, terwijl het revalidatiecentra ontbreekt aan de juiste kennis en middelen om met de comorbiditeit van deze oudere doelgroep om te gaan, wat het laten doorstromen van deze patiënten bemoeilijkt. "Het is oprecht een andere doelgroep", zegt Ageeth Ouwehand, bestuurder en ActiZ woordvoerder Revalidatie en Herstel.

Specialisme
Sinds een jaar of tien heeft zich binnen de ouderenzorg rondom die groep een specialisme ontwikkeld: de geriatrische revalidatiezorg (GRZ). De GRZ biedt op herstel gerichte zorg in multidisciplinaire behandeltrajecten, met als einddoel dat een patiënt na een zo kort mogelijk verblijf in een instelling weer terugkeert naar huis. Bijvoorbeeld een patiënt op leeftijd die een beroerte heeft gehad. Die moet op fysiek gebied revalideren door onder andere opnieuw te leren lopen, maar daarbij moet ook gekeken worden naar eventuele andere bijkomende beperkingen, zowel emotioneel als cognitief. Wat volgt is een gestructureerd behandelprogramma waarbij professionals uit verschillende domeinen samenwerken. Er wordt gekeken naar benodigde aanpassingen en maatregelen zowel in de fysieke omgeving als op sociaal en psychisch vlak. Ook zaken als voeding, medicatie en slaapbehoefte komen aan bod, steeds afgestemd op iemands persoonlijke behoefte. Aan het einde van het traject kan in zo'n 80 procent van de gevallen de patiënt terugkeren naar de thuissituatie waar hij of zij weer zo zelfstandig mogelijk de draad kan oppakken.



Bron: open dis data

Dat wil niet zeggen dat deze groep patiënten na een GRZ-traject weer fluitend en huppelend naar huis gaat, benadrukt Roland van Peppen, partner bij Studio GRZ, een platform voor professionals in de GRZ. Comorbiditeit betekent in veel gevallen dat mensen na hun revalidatie nog steeds kampen met gezondheidsproblemen, maar dat wil niet zeggen dat ze niet terug naar huis kunnen. Daar ligt de kern van de GRZ: het is een behandeltraject gericht op de snelle terugkeer van mensen naar hun thuissituatie dat van start gaat na een medische indicatie. Daarmee onderscheidt de herstelgerichte zorg zich zowel voor de patiënt als het behandelteam van de traditionele, langdurige verpleeghuiszorg, meent Van Peppen. "Iedereen die werkzaam is in de GRZ is medebehandelaar. Het gaat verder dan verzorgen, je werkt samen toe naar een revalidatiedoel."

Unieke verpleeghuissector
Jos Schols is hoogleraar ouderengeneeskunde aan Maastricht University en nauw betrokken bij de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg. Hij wijst erop dat hoewel de specifieke benaming geriatrische revalidatiezorg relatief nieuw is, er in de Nederlandse verpleeghuissector al heel lang aandacht is voor revalidatie en herstel. "De herstelzorg is hier anders dan in andere landen.

Lees verder op pagina 11 >>>

ADVERTORIAL

Dankzij het revalidatie-EPD meer tijd voor betere zorg

Bonne Datema, CEO van VIR e-Care Solutions

Als gevolg van wetswijzigingen (overheveling naar de Zorgverzekeringswet en de nieuwe financieringsstructuur) hebben de GRZ-instellingen hun zorg effectiever en efficiënter moeten inrichten. Om de GRZ (geriatrische revalidatiezorg) verder te optimaliseren, de beste zorg te kunnen bieden en samenwerking rondom de doelgroep te versterken, zijn registratie en analyse van behandelgegevens essentieel. Software kan dit proces versterken, vertelt Bonne Datema, CEO van VIR e-Care Solutions. Zijn bedrijf ondersteunt zorginstellingen door middel van het specialistisch revalidatie-EPD.

Hoe kan software ingezet worden om de GRZ in Nederland nog verder te verbeteren?
"De revalidatiezorg in Nederland wordt steeds meer verleend binnen multidisciplinaire netwerken. Dit betekent dat behandelaren meer en intensiever moeten gaan samenwerken. Dit is goed, maar brengt voor de behandelaar ook een enorme regeldruk mee. Om dit op te vangen, heb je slimme oplossingen nodig. Anders kosten vernieuwingen alleen maar tijd. Software kan de regeldruk minimaliseren door het proces omtrent registraties en de te maken beslissingen te vergemakkelijken. Een voorbeeld hiervan is het revalidatie-EPD."

Wat houdt dit revalidatie-EPD in?
"Naast alle basisfuncties die je kunt verwachten van een EPD, bevat het revalidatie-EPD onderdelen die specifiek van belang zijn voor revalidatie. Revalidatie is multidisciplinaire gezondheidszorg, waarbij verschillende behandelaren betrokken zijn bij het verplegen, behandelen en genezen van de patiënt; zoals de specialist ouderengeneeskunde, de logopedist, de ergotherapeut en de psycholoog. In het revalidatie-EPD werkt het behandelteam in één dossier met gezamenlijke anamnese, teamrapportages en MDO. De uitkomsten op klinimetrische vragenlijsten worden geïntegreerd in het dossier weergegeven. En de voor revalidatie zo belangrijke ICF-methode voor het beschrijven van diagnoses en behandeldoelen wordt volledig ondersteund. De voortgang op deze doelen kunnen de zorgprofessionals allemaal terugzien in het EPD, evenals de voortgang van het behandeltraject. Dit biedt de mogelijkheid om de behandeldoelen van de patiënt te delen tussen de verschillende behandelaren, en om de behandeling vervolgens multidisciplinair te plannen en te monitoren."

Wat zijn de voordelen van deze manier van werken?
"Door de behandelgegevens van de patiënt vast te leggen, kunnen diens prestaties en voortgang gemeten worden en vervolgens worden vergeleken met de verwachting. Loopt iemand voor of juist achter? De software maakt dit inzichtelijk. Dit inzicht helpt de zorgprofessional effectievere zorg te verlenen aan de patiënt. Als gevolg hiervan zal de patiënt sneller vooruitgaan en eerder naar huis kunnen. Dit vergroot de autonomie en kwaliteit van leven. En dat is waar de behandelaar het voor doet. Met ons EPD proberen wij de registratielast van de behandelaar te minimaliseren. Tegelijkertijd maken we wel maximaal gebruik van vastlegging en analyse van gegevens die de behandelingen beter maken. Het inzichtelijk maken van de voortgang van de geboden behandelingen zorgt er vervolgens voor dat zorginstellingen effectiever kunnen inschatten welke behandeling bij een bepaalde diagnose dient te worden ingezet. Daarnaast helpt het inzicht hen bij het managen van de zorgkosten."

Wat zijn de vervolgplannen?
"De geriatrische revalidatiezorg ontwikkelt zich snel. Afdelingen worden, los van het verpleeghuis, specifiek ingericht voor revalidatie, de zorg wordt meer gespecialiseerd en geconcentreerd. Toenemend gebruik van meetinstrumenten kan hier een belangrijke bijdrage aan leveren. Met het Meetplan Geriatrische Revalidatie is de ambitie geformuleerd om op landelijke schaal te werken aan structurele gegevensverzameling en het doen van vergelijkend en wetenschappelijk onderzoek. De uitkomsten daarvan worden ingezet om de revalidatiezorg nog meer te verbeteren. Daarom zijn wij zeer verheugd dat wij met onze software deze ontwikkelingen kunnen ondersteunen."

VIR E-CARE SOLUTIONS

Meer informatie
https://www.vir.nl
info@vir.nl
026 - 4428686

ADVERTORIAL

Kruisbestuiving tussen ziekenhuis en geriatrisch revalidatiecentrum

Om een zo goed en zo kort mogelijk revalidatieproces te bewerkstelligen, is een nauwe samenwerking tussen ziekenhuis en geriatrisch revalidatiecentrum essentieel, zeggen Rudi Dierkx en Miranda Mentzij. Beiden zijn werkzaam in het Centrum voor Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ) van tanteLouise te Bergen op Zoom.

Voor wie is de GRZ bedoeld?
Dierkx: "Zoals de naam al doet vermoeden, is het centrum opgericht voor oudere en kwetsbare patiënten met revalidatiedoelen betreffende zelfzorg en mobiliteit. Vaak hebben deze mensen meerdere aandoeningen en een slechtere conditie. Soms kan ook sprake zijn van geestelijke achteruitgang, zoals beginnende dementie. Al deze factoren samen maken dat zij niet meer in staat zijn om goed voor zichzelf te zorgen."

Mentzij: "Daarbij bestaat een duidelijk onderscheid tussen geriatrische revalidatiezorg en de medisch specialistische revalidatie. Deze laatste vindt vaak plaats in de afzonderlijke centra of poliklinisch in het ziekenhuis en is gericht op jongere mensen die hogere participatiedoelen hebben en intensiever kunnen revalideren. Dit houdt bijvoorbeeld in dat ze graag zouden willen terugkeren naar hun werk. Ons centrum is bovendien meer tweeledig. Enerzijds zijn we gericht op medische verbetering, maar aan de andere kant houden we ons ook bezig met de revalidatie. Hierbij zijn onder andere ook een fysio- en ergotherapeut, logopedist en psycholoog betrokken."

Wat maakt de GRZ zo uniek?
Dierkx: "Het centrum waar wij ons bevinden, is gelokaliseerd op het terrein van het Bravis ziekenhuis in Bergen op Zoom. We hebben dan ook een directe ingang naar het ziekenhuis en hierdoor zijn de lijntjes kort. Dit komt de overdracht van de cliënten ten goede. Ook kunnen afspraken met het ziekenhuis sneller worden gemaakt en de contacten tussen specialisten onderling soepeler verlopen. Het centrum heeft medisch gezien eenvoudig toegang tot röntgen- en laboratoriumdiagnostiek en in het geval dat mensen klinisch achteruitgaan kunnen ze snel op de spoedeisende hulp of aan een medisch specialist gepresenteerd worden. Daarnaast is de GRZ helemaal ingericht op het therapeutische klimaat. Alles staat in het teken van revalidatie. Zo is er een centraal gelegen beweegtuin met allerhande oefenapparatuur en een lopend buffet. Ook proberen we altijd de nieuwste innovaties en ontwikkelingen op te volgen. Zo hebben we apparatuur waarmee virtuele therapie kan worden aangeboden. Een voorbeeld zijn hometrainers waarbij het voor de cliënten net lijkt alsof ze door een bepaalde stad of natuuromgeving fietsen. Of een loopband met een drukplaat, die ervoor zorgt dat middels een computer allerlei oefeningen geprojecteerd kunnen worden. Daarnaast maken we gebruik van *serious gaming*, waarbij therapie in de vorm van spellen wordt aangeboden."

Hoe vindt de samenwerking tussen medische specialisten en GRZ professionals plaats?
Mentzij: "Deze samenwerking begint eigenlijk al in het ziekenhuis. Als iemand is opgenomen, bijvoorbeeld met een beroerte, wordt binnen 24 à 48 uur bekeken of en welke revalidatieplek het meest geschikt is voor hem of haar. Als een patiënt wordt overgeplaatst naar de GRZ, zorgen de therapeuten in het ziekenhuis voor de overdracht. Daarnaast werken we gedurende het revalidatieproces samen in een multidisciplinair team. Laagdrempelig kan de revalidatiearts en chirurg geconsulteerd worden. Gezamenlijk brengen we een cliënt in beeld en werken naar doelstellingen toe. De uitkomsten van onze overleggen worden steeds met de cliënt en naasten besproken, waarbij zijn of haar behoeften centraal staan. Op deze manier is dus sprake van een intensief samenwerkingsverband waarbij ook de cliënt zelf nauw betrokken wordt. We hebben gemerkt dat deze aanpak tot een aanzienlijke verkorting van het revalidatieproces heeft geleid. Zo is de gemiddelde verblijfsduur bij ons zes weken en van de ruim 500 cliënten die we jaarlijks helpen, keert 80 procent weer terug naar huis. De overige 20 procent komt in aanmerking voor een verblijf in een zorginstelling."

Wordt er ook aan scholing gedaan?
Dierkx: "Naast geriatrisch revalidatiecentrum, vormt de GRZ een opleidingsplek voor de diverse aldaar werkzame disciplines zoals verpleging, paramedici en artsen. Ook zijn we bezig met het ontwikkelen van diagnose-gerichte zorgpaden, waarin het hele behandelproces beschreven staat. Daarbij zijn doelenkaarten voor de cliënt in de maak, zodat deze precies weet wat hij of zij kan verwachten en van wie. We blijven constant in beweging om een zo kort mogelijk revalidatieproject te bewerkstelligen."

tante Louise
de beste zorg waar thuis ook is

Meer informatie

Centrum voor Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ)
Boerhaaveplein 1
4624 VT Bergen op Zoom
tantelouise.nl/revalidatie/

INTERVIEW met Raymond Bours

Iedere cliënt op de juiste plek

Nu kwetsbare ouderen steeds langer thuis blijven wonen, is samenwerking in de zorgketen uiterst belangrijk, betoogt Raymond Bours, manager Revalidatie & Herstel bij Pieter van Foreest. Een goede samenwerking is essentieel om ervoor te zorgen dat mensen op het juiste bed terechtkomen.

Hoe ziet de zorgketen rondom ouderen eruit?
"De keten begint thuis en eindigt in de meest ideale situatie ook thuis. De huisarts speelt hierbij een belangrijke rol, hier begint de ketenzorg vaak in samenwerking met mantelzorgers en professionals. Bijvoorbeeld in de signalerende functie. Vroegtijdige signalering en het bieden van ondersteuning thuis kan een opname op de spoedeisende hulp wellicht voorkomen. Dit vraagt om een anticiperende blik van alle mensen

Raymond Bours

om kwetsbare ouderen heen, van mantelzorger tot buurvrouw, van wijkverpleging tot huisarts."

Hoe verloopt de samenwerking binnen de keten?
"Als de situatie thuis escaleert, komen ouderen veelal op de spoedeisende hulp terecht. Dit gebeurt de laatste jaren vaker omdat mensen langer thuis blijven wonen. Vaak kan men na behandeling weer naar huis, maar in sommige gevallen moet iemand eerst aansterken of is er een vorm van revalidatie nodig. Dan is samenwerking in een keten een pre. Ouderen kunnen voor revalidatie en herstel terecht bij de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) of herstellen bij één van de andere vormen van tijdelijk verblijf. De insteek is altijd om mensen daarna weer terug naar huis te kunnen laten keren. Tijdens het verblijf wordt gekeken naar wat nodig is om thuis weer zelfstandig en veilig te kunnen functioneren. Er kan bijvoorbeeld thuiszorg geregeld worden of een eerstelijns behandelaar worden ingezet, zoals een fysiotherapeut of een ergotherapeut, zodat de behandeling thuis verder voortgezet kan worden. Zo werk je samen toe naar herstel en draag je bij aan de mogelijkheid om thuis te kunnen blijven wonen."

Hoe werken jullie samen binnen de keten?
"Ons uitgangspunt is: iedere cliënt op de juiste plek. Wij bieden als zorgorganisatie onder andere thuiszorg, eerstelijnsbehandeling en -verblijf en verpleeghuiszorg. De lijnen binnen de keten zijn kort. Ook de samenwerking met het ziekenhuis is heel goed, mede door onze revalidatie & herstelafdeling in het ziekenhuis zelf. Onlangs zijn we gezamenlijk een project gestart om een directe doorstroming te realiseren van de spoedeisende hulp naar Pieter van Foreest toe: het zogeheten eerstelijnsverblijf. Het voordeel voor cliënten is dat ze snel en direct op de juiste plek komen. Geen onnodige ziekenhuisopname, maar direct op de juiste plek werken aan herstel voor de terugkeer naar huis. "

Meer informatie

pietervanforeest.nl

Vervolg van pagina 9

Al vanaf het ontstaan van verpleeghuizen werden mensen daar opgenomen niet alleen om ze een laatste thuis te bieden, maar ook om te herstellen." Hij legt uit dat deze functie die verpleeghuizen al langer invulden langzaam is uitgekristalliseerd tot een georganiseerde en specialistische zorgfunctie. Een functie die goed past binnen de transitie die sinds een aantal jaar gaande is in de zorgsector: van zorg in instellingen naar zoveel mogelijk zorg thuis. Volgens Schols levert de GRZ een grote bijdrage aan het transitieproces. "Vanuit de overheid wordt men gestimuleerd zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Het zou dan ook treurig zijn als mensen na een beenbreuk definitief in een verpleeghuis terecht zouden komen. We helpen mensen om te blijven meedoen in de maatschappij."

Hoe groot die bijdrage daadwerkelijk is blijkt uit cijfers van zorgbrancheorganisatie ActiZ. In 2008 werden vanuit de GRZ 28.000 mensen behandeld, waarvan 60 procent na behandeling weer terugkeerde naar huis. In 2015 waren dat al 45.000 mensen en ging 80 procent naderhand naar huis. Die stijging van het aantal behandelingen is grotendeels mogelijk gemaakt door een efficiëntere manier van werken in de GRZ, zegt Ouwehand. "Het budget is hetzelfde gebleven, maar dankzij een gehalveerde opnameduur kunnen we voor datzelfde geld veel meer mensen helpen." Die opnameduur was in 2015 gemiddeld 45 dagen, terwijl hij in het verleden twee keer zo lang was. Destijds werd gezegd dat de GRZ om die reden goed bij de oudere doelgroep paste: de behandeling werd aangeboden in het tempo dat bij hen past. Dat leidde echter tot behandeltrajecten die drie maanden duurden. Iets wat achteraf gezien niet nodig is gebleken.

De GRZ-patiënt

GRZ-patiënten zijn veelal oudere patiënten (gemiddelde leeftijd vrouwen 81 jaar en mannen 78 jaar). Naast frequente problemen op het gebied van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), mobiliteit, cognitie, stemming, communicatie en gedrag hebben ze gemiddeld vier nevenaandoeningen. Hoewel het dagelijks functioneren van de patiënten gedurende het verblijf op de revalidatieafdeling gemiddeld verbetert, bereikt 53 procent van de patiënten niet het functionele niveau in ADL en mobiliteit van vóór de ziekenhuisopname. De meerderheid leert zich aanpassen aan een lager niveau van functioneren. Hierbij spelen naast het functieniveau, persoonlijke factoren en omgevingsfactoren een doorslaggevende rol.

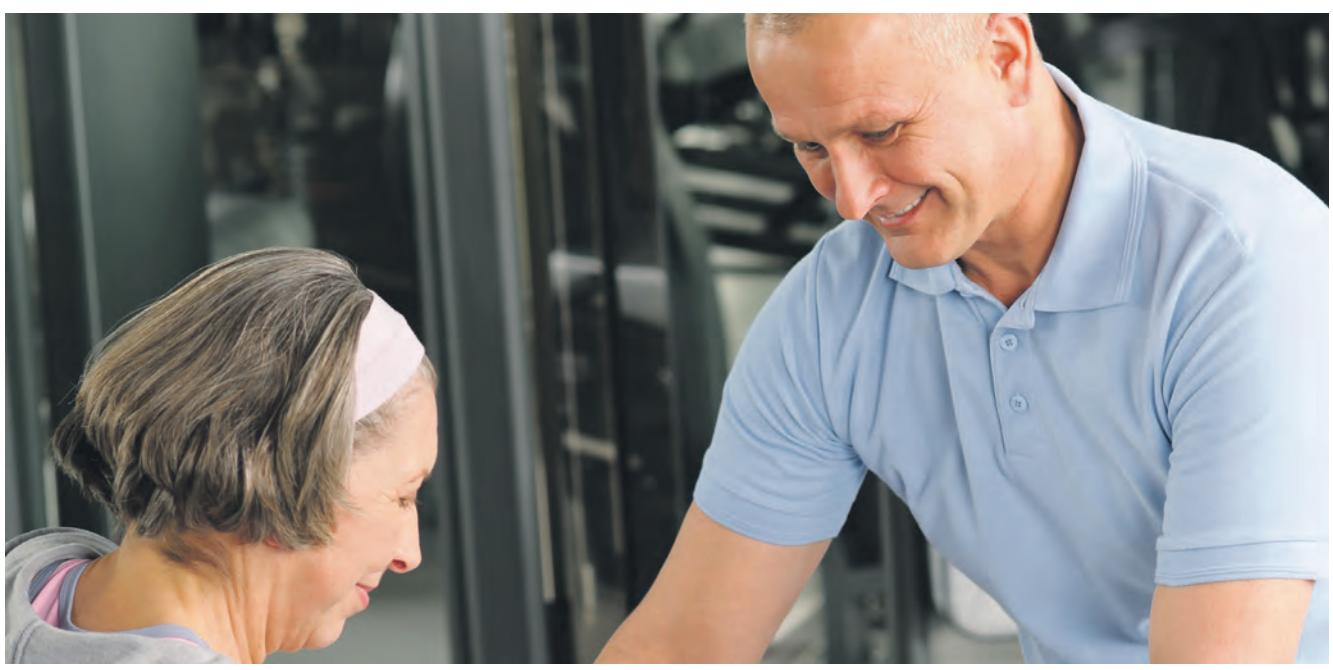
Bron: Leidraad Geriatrische Revalidatie

Zorgpaden

Een van de werkwijzen waar de GRZ veel van het succes aan te danken heeft, is het werken volgens zorgpaden, stelt Ouwehand. "We weten dat cliënten vanuit vijf verschillende stromingen kunnen binnenkomen, dus is er hard gewerkt om daarbij passende basisstructuren te ontwikkelen." Voor verschillende patiëntengroepen die binnen de GRZ vallen, zijn in de zorgpaden de criteria en basisstappen van het behandeltraject vastgelegd. Hoewel de behandeling altijd zal verschillen per individu, maken de zorgpaden voor iedereen in de keten duidelijk wat binnen de GRZ past. Dat is ook vastgelegd in de Leidraad Geriatrische Revalidatie, in 2013 opgesteld door het consortium Geriatrische Revalidatie LUMC, MUMC+ en VUmc. Het document geeft op onderzoek gebaseerde aanbevelingen uit academische werkplaatsen om nog beter samenhangende en doelmatige ketens van zorg te creëren binnen de GRZ en is met name gericht op het management van zorgaanbieders en zorginkopers (de verzekeraars). "Het was in feite een verzameling van al het bewijs dat er op dat moment was met betrekking tot de werkzaamheid van de GRZ", vat Van Peppen samen. Hij benadrukt de rol die kennis uit onderzoek tot nu toe heeft gespeeld in de ontwikkeling van de GRZ en ziet veel potentie voor de toekomst. Schols beaamt dat en voegt toe dat het potentieel van nieuwe behandelmethoden en zorgpaden vaak eerst aangetoond moet worden, voor men bereid is ermee aan de slag te gaan. En dat is precies wat een academische werkplaats faciliteert, omdat zo'n werkplaats alle groepen bijeen brengt. "Naast zorginstellingen en specialisten worden ook patiënten en familie echt betrokken bij onderzoek. Dat is erg belangrijk, want zij hebben er uiteindelijk mee te maken," zegt de hoogleraar.

GRZ of ELV?

De kern van de GRZ ligt bij het specialisme. Er is kennis nodig van ouderen, veelal met comorbiditeit, in combinatie met langzamer, anders leren en een ouder bewegingsapparaat. Behandelaren moeten kennis hebben van de revalidatie van kwetsbare mensen. "Soms snappen mensen niet dat ouderen niet naar de reguliere revalidatiezorg kunnen, maar hier komt echt andere problematiek bij kijken", zegt Ouwehand. Toch is ook voor zorgprofessionals zelf het onderscheid tussen GRZ en andere zorg niet altijd direct even duidelijk. Met name de vraag of iemand behoefte heeft aan eerstelijns verblijfzorg (ELV) of geriatrische revalidatiezorg kan lastig te bepalen zijn. Net als GRZ is ELV gericht op patiënten die een tijdelijke plek nodig hebben om buitenshuis te herstellen. De problematiek is echter vaak minder complex en een medisch specialistische behandeling is in veel gevallen niet nodig. ELV kent meerdere categorieën en de oorzaak waardoor iemand in aanmerking komt voor ELV kan variëren van het plotseling wegvallen van een mantelzorger tot het moeten aansterken na een operatie. Volgens Schols leidt dat laatste in de discussie omtrent GRZ nogal eens tot verwarring. "Heel fijn dat we eerstelijnsbedden hebben waar mensen kunnen aansterken. Maar vervolgens gaan we die bedden opdelen in categorieën met als resultaat dat wanneer je complexe eerstelijnszorg nodig hebt, je wel heel dicht tegen GRZ aan zit."



Lees verder op pagina 13 >>>

INTERVIEW met Marco van Duuren

Alle kwetsbare ouderen kunnen revalideren in GRZ

Binnen de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is extra aandacht nodig voor de meest kwetsbare doelgroep, zoals mensen met dementie. De ligduur van deze ouderen is misschien langer, maar ook zij kunnen met de juiste revalidatie goede resultaten behalen, betoogt Marco van Duuren, programmamanager Behandeling bij Aafje.

Waarom is het belangrijk dat er binnen de GRZ aandacht is voor deze groep?

"Van mensen die cognitief beperkt zijn, bijvoorbeeld door dementie, wordt vaak gezegd dat ze niet 'leerbaar' zijn. Zij komen daardoor niet altijd in aanmerking voor de GRZ en dat is onterecht. Mensen met cognitieve beperkingen zijn ook leer- en trainbaar en daarmee dus revalideerbaar. Alleen kost het meer tijd, moeite en specifieke expertise."

Wat is het gevolg hiervan voor de ligduurtijd?

"Verzekeraars sturen veelal op een kortere ligduur. De meest kwetsbare groep ouderen heeft extra aandacht, specialistische kennis en begeleiding nodig, met als gevolg dat de gemiddelde ligduur stijgt. Het is belangrijk om te realiseren dat bij hen de druk qua financiering op efficiëntie en ligduurverkorting zijn grenzen kent. De groep ouderen is zo divers; de ene zeventigjarige is de andere niet. De financiering is echter wel voor iedereen hetzelfde opgebouwd. Eigenlijk zou die meer op maat moeten zijn."

Hoe behandelen jullie deze kwetsbare doelgroep?

"Bij Aafje vinden wij dat iedereen recht heeft op revalidatie met als doel zo optimaal mogelijk terug te kunnen keren naar huis. Er is wel duidelijk verschil in revalidatie.

Mensen met cognitieve beperkingen hebben veel verwerkingstijd nodig. De behandeling kan dus niet te intensief zijn. Toch bereiken wij juist bij deze ouderen zeer mooie resultaten. Ook bij de andere groep revalidanten, waar het kwetsbare meer in het fysiek zit, zijn de resultaten goed. Hier lukt dit ons juist door op maat de behandelintensiteit op te voeren, waardoor de ligduur per traject verkort wordt. In de Aafje zorghotels sturen we expliciet op ligduur. Hier revalideren mensen die nog in hoge mate eigen regie kunnen voeren. Voor het revalideren van mensen met cognitieve beperkingen, op twee van onze andere locaties, is een ander besef nodig."

Meer informatie

www.aafje.nl

INTERVIEW met Jacqueline Hendriks

Niet in hokjes denken bij ouderenzorg

Veranderingen in de ouderenzorg hebben een verschuiving veroorzaakt van intramurale naar extramurale zorg. Hoe kan continuïteit van zorg geboden worden aan kwetsbare ouderen thuis? Hierover spreken Jacqueline Hendriks (wijkverpleegkundige bij Envida en praktijkondersteuner ouderenzorg bij een huisartsenpraktijk), Ron Heijnen (specialist ouderengeneeskunde bij Envida) en Gerton Reitz (huisarts bij huisartsenpraktijk Mosae Forum Maastricht).

Welke belangrijke veranderingen heeft de ouderenzorg doorgemaakt?
Reitz: "De maatschappelijke druk om mensen in de thuissituatie te houden, groeit. Ouderen die voorheen opgenomen zouden zijn, wonen nu nog thuis. Gecombineerd met de vergrijzing is het aantal mensen dat in de eerste lijn geholpen moet worden, sterk toegenomen. Huisartsenparktijken kunnen dit niet altijd aan. Een groeiende groep professionals ondersteunt de huisarts. Ouderenzorg is echt teamwork geworden."

Heijnen: "De ouderenpopulatie groeit en pas bij een heel grote zorgvraag verhuizen mensen naar een verpleeghuis. Toen ik begon was de specialist ouderengeneeskunde (SO) gekoppeld aan een verpleeghuis; de laatste jaren is dit opgeschoven naar de eerste lijn. De samenwerkingen tussen huisartsen, praktijkondersteuners, SO en wijkverpleegkundigen nemen toe."

Hendriks: "Er wordt een groter appèl gedaan op de samenleving; vaak gaat dat goed. Het is minder vanzelfsprekend om naar een verpleeghuis te gaan, mensen willen thuis blijven wonen en kunnen dat nu vaker. Een mooie ontwikkeling."

Hoe is zorg voor ouderen die tijdelijk niet thuis kunnen verblijven nu ingericht?
Reitz: "De huisarts kan een patiënt sinds kort een indicatie geven voor kortdurende opname. Er zijn drie categorieën, verspreid over verschillende organisaties: 'laagcomplex' eerstelijnsverblijf (ELV), 'hoogcomplex' ELV en palliatief verblijf. Het is noodzakelijk éérst een indicatie te geven voordat iemand opgenomen kan worden. Een regionaal huisartsenverwijsbureau bemiddelt de beschikbare opnameplekken. De SO neemt bij hoogcomplexe ELV-bedden de medische zorg tijdelijk over."

Heijnen: "Het overheidsbeleid is erop gericht dat mensen langer thuis wonen. Thuiszorg en maatschappelijk werk zijn flink uitgekleed, wat ik niet logisch vind. Zonder stevig vangnet is thuis wonen niet mogelijk. Gelukkig ziet de politiek de noodzaak te investeren in tijdelijke zorgvormen. Envida ontwikkelt samen met eerstelijnszorgorganisatie ZIO een deeltijdzorgvoorziening. Daarnaast werken we samen met huisartsen en verpleegkundigen om de zorg aan ouderen thuis zo goed mogelijk te kunnen bieden."

Hendriks: "Als praktijkondersteuner en wijkverpleegkundige weet ik dat het belangrijk is de zorg goed af te stemmen op dat wat ouderen nodig hebben. De wijkzorg is niet zozeer uitgekleed; we zijn alert op welke zorg verzorgenden of wijkverpleegkundigen verlenen. De familie doet de afwas, bereidt een maaltijd of maakt het bed op. Als er geen familie is, organiseren we een vangnet, zodat ouderen met hulp thuis kunnen blijven wonen. In mijn wijk is dit het participatiehuis waar bewoners en hulpverleners elkaar ontmoeten en bekijken wie wat voor elkaar kan betekenen."

Wat zijn jullie wensen voor de toekomst?
Heijnen: "Mijn wens is los van de indicatiecategorieën een locatie te creëren waar ter plekke een indicatie gegeven wordt, met bedden voor alle ouderen die tijdelijk niet thuis kunnen verblijven, maar ook niet naar het ziekenhuis hoeven. Envida ontwikkelt deze deeltijdzorgvoorziening. Daarnaast uitbreiding van de samen-werking met huisartsen; iedere huisarts een directe lijn met de SO."

Reitz: "Voor gezondheidscentra zijn aanvullende middelen beschikbaar voor samenwerking met thuiszorg, maatschappelijk werk, SO, geriatrische GGZ en andere eerstelijns zorgverleners. In een multidisciplinair overleg bespreken we problemen bij thuiswonende fragiele ouderen. De subsidie staat helaas onder druk. Ik hoop dat overheid en zorgverzekeraars deze samenwerking blijven stimuleren. Ook zou ik graag een ouderenopvang in de wijk zien."

Hendriks: "Ik zou graag een kleinschalige woongroep ontwikkelen voor de wijk, voor mensen met cognitieve problemen."

Jacqueline Hendriks

Meer informatie

www.envida.nl

ADVERTORIAL

'GRZ: snel terug naar huis na kort verblijf'

De geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is in veruit de meeste gevallen gericht op een kort verblijf met zicht op terugkeer naar de thuissituatie. Dat vergt een andere houding van zorgmedewerkers en behandelaren dan bij intramurale verpleeghuiszorg. Dit stelt Marion de Ruyter, manager revalidatie en kortdurend verblijf bij Cicero Zorggroep.

Hoe verloopt het revalidatieproces binnen de GRZ?
"Ouderen die in de GRZ worden behandeld, komen net uit het ziekenhuis. Zij hebben bijvoorbeeld een herseninfarct gehad, een operatie of een actieve periode van een chronische ziekte. In veel gevallen is er sprake van meerdere ziektebeelden, die elkaar beïnvloeden. De revalidatie kent meestal een opnamefase, een poliklinische fase en eventueel nog behandeling in de thuissituatie. Het behandelteam van Cicero Zorggroep is erop gericht de opnamefase niet langer te laten duren dan strikt noodzakelijk. Het is daarom belangrijk om veel te oefenen met situaties en omstandigheden die voorkomen in het dagelijkse leven van de cliënt. Zorgmedewerkers en behandelaren houden daarom continu in het oog wat een cliënt nodig heeft om weer verantwoord thuis te kunnen wonen. Als een cliënt eenmaal naar huis kan, is het in de poliklinische fase mogelijk om therapieën voort te zetten,

Ergotherapie tijdens revalidatie

meestal wat minder frequent. Voor de cliënten die thuis nog therapieën nodig hebben, behoort ambulante revalidatie tot de mogelijkheden: Cicero Zorggroep kan dan ook de fysio- of ergotherapeut nog korte tijd aan huis laten behandelen."

Wat vraagt deze manier van revalideren van zorgmedewerkers en behandelaren?
"Geriatrische revalidatie vraagt een andere organisatie van het zorgproces dan bijvoorbeeld de intramurale verpleeghuiszorg. Cliënten zijn slechts kort op de revalidatie-afdeling aanwezig en moeten hard 'werken' aan hun herstel. Dat vraagt een andere focus van zorgmedewerkers en behandelaren. Alle behandelaren die werkzaam zijn binnen de GRZ zijn speciaal opgeleid om ouderen met complexe problemen te behandelen. Ook voor verzorgenden en verpleegkundigen is de geriatrische revalidatie een uitdagende omgeving. Uitgebreide verpleegkundige kennis is van belang, daarnaast wordt er een groot beroep gedaan op hun vaardigheden om een goed therapeutisch klimaat te creëren. Het is belangrijk om naast gastvrijheid en aandacht de cliënt te motiveren om zelf handelingen te oefenen en grenzen voorzichtig te verleggen."

Wat is het verschil tussen GRZ en Eerstelijnsverblijf (ELV) hoog complex?
"Eerstelijnsverblijf is een verblijfssituatie voor ouderen, waarbij de huisarts in principe medisch eindverantwoordelijk is. Het ziektebeeld hierbij is minder gecompliceerd van aard dan binnen de geriatrische revalidatie. Binnen de ELV gaat het om verblijf en herstel. De intensiteit van behandeling om dit herstel te bewerkstelligen is van een andere orde dan het uiteenlopende pakket aan therapieën dat binnen de revalidatie geboden kan worden."

Hoe richten jullie dit zorgproces in?
"Cliënten in de GRZ krijgen bij ons op hun eerste dag een multidisciplinaire intake. In dit gesprek met de cliënt, een mantelzorger, de specialist ouderengeneeskunde, ergo-, fysiotherapeut en de verpleegkundige wordt de verwijzingsvraag besproken. Tevens wordt met de cliënt afgestemd wat hij of zij graag wil bereiken tijdens de opname. De mantelzorger wordt gevraagd hoe hij of zij tegen de doelen van de cliënt aankijkt. Vervolgens wordt een revalidatieplan opgesteld. Hier wordt ook een duidelijk einddoel aan verbonden: behandelaren vertellen hoe lang zij nodig denken te hebben en stellen een voorlopige ontslagdatum vast. Verwachtingsmanagement is voor ons enorm belangrijk. Alle betrokkenen werken met de therapie toe naar deze voorlopige ontslagdatum. Tussen de therapieën door vinden evaluatiemomenten plaats en wordt bekeken of de voorlopige ontslagdatum haalbaar is of dat er onvoorziene omstandigheden zijn opgetreden, waardoor het plan aangepast moet worden. Dit alles gebeurt natuurlijk steeds in nauw overleg en afstemming met de cliënt."

cicero zorggroep
thuis | revalidatie | wonen

Meer informatie

www.cicerozorggroep.nl
zorgservice@cicerozorggroep.nl
0900 500 9 500

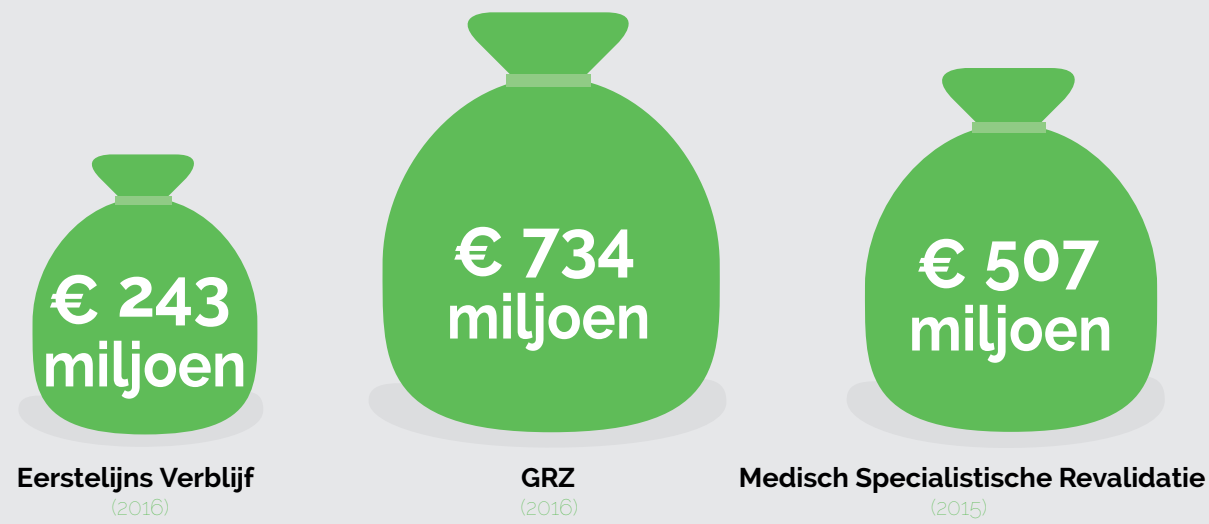
Vervolg van pagina 11

Ook Ouwehand geeft aan dat het bepalen van de juiste zorgindicatie een uitdaging is, omdat er weinig tijd voor is. “De overgang van thuis naar een instelling gebeurt vaak snel. Dan heb je niet altijd voldoende tijd om goed te indiceren.” Zij ziet een mogelijke oplossing in de invoering van een observatieperiode waarin binnen twee weken bepaald wordt welke zorg een patiënt die op dat moment niet naar huis kan, nodig heeft. Voor die twee observatieweken staat een budget, en pas daarna wordt de financiering geregeld vanuit de indicatie die volgt. Dat zou kunnen voorkomen dat iemand die achteraf gezien vanaf het begin baat zou hebben gehad bij een multidisciplinaire GRZ-behandeling het in de eerste instantie moet stellen met een ELV-budget. Op de lange termijn vraagt Ouwehand zich af of de scheiding tussen GRZ en ELV überhaupt stand zal houden. “Het is maar de vraag of het houdbaar is om met die verschillende financieringsschotten te blijven werken.”

Financiering

Op het gebied van financiering is al het een en ander veranderd in de GRZ de afgelopen jaren. In het verleden werd deze zorg vergoed vanuit de toenmalige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), maar sinds 2013 verloopt de financiering via de Zorgverzekeringswet (Zvw). Waar geriatrische revalidatiezorg eerder vanuit het rijk betaald werd, gaat het nu via de zorgverzekeraars, met het idee dat dit stijgende zorgkosten voor het rijk moest helpen beteugelen. Om te voorkomen dat het nieuwe financieringsmodel verzekerde burgers te veel zou kosten via een hogere zorgpremie, werden samen met de overheveling naar de Zvw nog twee andere veranderingen doorgevoerd. Sinds 1 januari 2013 wordt voor de GRZ evenals in de ziekenhuiszorg gebruikgemaakt van zogenaamde diagnosebehandelcombinaties (DBC’s). Dat houdt in dat veelvoorkomende zorg bij een bepaalde behandeling wordt gebundeld tot één DBC-zorgproduct. In plaats van ieder onderdeel van een behandeling los in rekening te brengen, geldt er een vaste prijs die vastgelegd is op het gemiddelde van de totale kosten bij een dergelijke behandeling. Tegelijkertijd werd het voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars mogelijk gemaakt te onderhandelen over die prijs, waarmee marktwerking werd gestimuleerd met de beste zorg voor een zo laag mogelijke prijs als uitgangspunt. Volgens Schols heeft vooral die DBC-constructie de ontwikkeling van de GRZ een grote impuls gegeven. “Wij konden wel via onderzoek aantonen dat er bewezen manieren zijn om de bestaande GRZ te verbeteren, maar met de introductie van DBC’s gingen zorgaanbieders daar ineens heel concreet mee aan de slag.” Dankzij de nieuwe constructie kan men meer maatwerk leveren en daarmee efficiënter behandelen, wat ook op financieel gebied aantrekkelijk is voor alle betrokken partijen.

Budgetten revalidatie- en herstelketen



Bron: ActiZ onderzoek zorgcontractering GRZ

Kwaliteit van zorg

Ouwehand noemt het succes van de GRZ het best bewaarde geheim in de ouderenzorg. In een tijd waarin er constant meer geld nodig lijkt te zijn om zorg te bekostigen, slaagt de GRZ erin met hetzelfde budget meer te bereiken, stelt ze. Wat daarbij wellicht nog onvoldoende duidelijk is, is of de kwaliteit en het resultaat van de behandeling ook naar wens zijn. Het meten van die kwaliteit van zorg is echter in zijn algemeenheid al moeilijk, en al helemaal in de GRZ, zegt Van Peppen. “Voor een kwalitatief goed revalidatieproces zou je in principe de patiënt willen betrekken bij teambesprekingen om zo gezamenlijk behandeldoelen te stellen. Maar je kunt je voorstellen dat het uitnodigen van iemand die een beroerte heeft gehad en daarnaast lijdt aan geheugenstoornissen, zo’n bespreking alleen maar bemoeilijkt.”

De opkomst van de geriatrische revalidatiezorg lijkt in ieder geval in cijfers een groot succes en zowel Schols, Ouwehand als Van Peppen zien de toekomst positief in. Wel benadrukt Van Peppen dat de GRZ de ‘verkeerde bed’-problematiek niet alleen kan oplossen. Hij noemt een moeilijke doorstroom misschien wel het grootste probleem in de zorg. Kort samengevat is er niet altijd voor iedereen direct een juiste behandelplek beschikbaar. “Omdat de gezondheidszorg in beginsel geen zakelijke wereld is, maar een gericht op het helpen van mensen, wordt er regelmatig met de hand over het hart gestreken en worden mensen met een verkeerde indicatie op een GRZ-afdeling opgenomen.” Op alle momenten in de keten is daarom een zorgvuldige triage nodig waarbij gekeken wordt welke vervolgvoorziening het beste aansluit. Hoewel de expertise hiervoor aanwezig is bij goed opgeleide zorgprofessionals, belemmert een aantal hiaten in de regelgeving hen in de praktijk, stelt Van Peppen. Zo is een GRZ-indicatie vanuit de thuissituatie momenteel niet mogelijk. “Daarover moet de politiek meedenken.” Ouwehand beaamt dat en wijst erop dat er jaarlijks zo’n 322.000 ouderen in een ziekenhuisbed belanden bij wie achteraf blijkt dat medisch specialistische zorg niet noodzakelijk was. Naast politieke aandacht pleit ze voor een integrale aanpak waarbij alle ketenpartijen nauw samenwerken, van huisarts en wijkverpleging tot verzekeraars en gemeenten.

Geriatrische revalidatiezorg anno 2018

Van onze redactie
Auteur: Ruby Sanders

Door veranderingen binnen de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) van de afgelopen jaren hebben steeds meer zorginstellingen deze zorg effectiever en efficiënter vormgegeven. Toch staat Nederland voor een aantal uitdagingen rond de optimale inrichting van het revalidatieproces,

zowel voor patiënt als medewerker. De uitdaging ligt erin de kwaliteit van de GRZ in heel Nederland naar een hoger niveau te tillen, stelt Wilco Achterberg, hoogleraar Ouderengeneeskunde aan het LUMC en Topaz in Leiden. Dat is nodig, want wanneer de GRZ niet optimaal georganiseerd is, hebben patiënten minder perspectief op herstel, verkleint de kans dat zij terug kunnen naar de oude woonsituatie en daalt de kwaliteit van leven.

Nieuw elan

De GRZ heeft onder meer een verandering in het financieringsstelsel gekend. Deze zorg valt sinds 2013 niet meer onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), maar onder de Zorgverzekeringswet. Deze omwenteling heeft de GRZ nieuw elan gegeven, zegt Achterberg. “Hierdoor zijn we beter gaan kijken hoe we patiënten zo goed, efficiënt en cliëntgericht mogelijk kunnen behandelen.”
Er wordt gefocust op de persoonlijke doelen van de patiënt, wat iemand nodig heeft om weer naar huis te kunnen. Daarnaast is de therapiefrequentie opgeschroefd van vijf naar zes dagen per week. “Op revalidatieafdelingen wordt gezocht naar een goed ‘therapeutisch klimaat’.” Dat betekent onderzoeken wat iemand zelf al kan en in kaart brengen welke meetinstrumenten daarbij ingezet moeten worden. Tot slot is de afgelopen vijf jaar een ware ‘explosie’ aan opleidingen op het gebied van GRZ ontstaan, vertelt de hoogleraar. Zijn optimisme is terug te zien in de cijfers: voor minder geld krijgt de sector mensen nu sneller terug naar de thuissituatie. De veranderingen waren broodnodig, zegt Achterberg. Instellingen hadden er eerder namelijk geen financieel belang bij om mensen tijdig terug naar huis te krijgen. Doordat

Wat is GRZ?
Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is kortdurende, multidisciplinaire, op herstel gerichte zorg voor de groep kwetsbare patiënten die na een ziekenhuisopname voor revalidatiebehandeling in een verpleeghuis wordt opgenomen. Hierbij is het doel om deze patiënten terug te laten keren naar de thuissituatie. Sinds 2013 maakt GRZ onderdeel uit van de zorgverzekeringswet en zijn er sinds de invoering grote stappen gezet: intensivering van de behandeling, met als gevolg kortere opnameduren en vaker terugkeer naar huis.

Bron: LUMC

ADVERTORIAL

Zelfvertrouwen terug na revalidatie

Voor ouderen die in de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) terechtkomen, is een veilige omgeving met zicht op terugkeer naar de thuissituatie van het grootste belang. Revalidanten zijn dan ook gebaat bij een snelle, soepele overdracht vanuit het ziekenhuis, stelt René Koëter, directeur geriatrische revalidatie- en behandelzorg van Sevagram.

Het nieuwe, moderne geriatrisch revalidatiecentrum Plataan is wat dat betreft uitstekend gesitueerd. Met ziekenhuis Zuyderland naast de deur, op een paar minuten loopafstand, is het voor medisch specialisten en specialisten ouderengeneeskunde gemakkelijk om visite te lopen. “Vanuit Plataan hebben we specifieke zorgpaden ontwikkeld in samenwerking met het Zuyderland ziekenhuis om het ziekenhuisverblijf zo kort mogelijk te laten duren en zo snel mogelijk tot overdracht te komen”, vertelt Koëter. Om deze reden neemt Plataan, dat met 149 bedden het grootste geriatrisch revalidatiecentrum van Limburg is, dan ook zeven dagen per week revalidanten op. Specialisten zijn laagdrempelig te consulteren en werken samen met het multidisciplinaire revalidatieteam om tot een optimaal revalidatieplan te komen.

Vertrouwen in eigen kunnen

Bij het opstellen van een revalidatieplan worden continu de wensen en eisen van de revalidant centraal gesteld. Hierbij wordt bijvoorbeeld ook rekening gehouden met hobby’s en vaste dagelijkse patronen. Ook wordt bekeken hoe de omstandigheden thuis zijn. Zo kan worden vastgesteld of er moet worden geoefend met zaken als trappen en drempels. Ook mantelzorgers en andere naasten worden meegenomen in dit proces. Ervaring leert dat zij na een medische interventie vaak erg bang zijn dat het niet meer veilig is dat hun vader, moeder of partner weer thuis gaat wonen, constateert Koëter. “We zorgen er tijdens het revalidatietraject natuurlijk voor dat de revalidant zelf weer vertrouwen krijgt in zijn of haar belastbaarheid, maar ook voor de sociale omgeving is dit belangrijk om te weten.” Naasten mogen daarom op elk gewenst moment op bezoek komen, meekijken bij therapieën en aanwezig zijn bij huisbezoeken.

René Koëter, directeur geriatrische revalidatie- en behandelzorg van Sevagram

Intensieve aanpak

Een revalidatiebehandelplan bestaat bij Plataan uit een zeer intensief traject, waarbij zeven dagen per week therapieën worden gevolgd. De verpleging houdt daarbij vanaf de eerste dag ‘de handen op de rug’. Alles wat een revalidant zelf kan doen, doet hij of zij dan ook zelf. “Eigen bed opmaken, eten opscheppen, bord afruimen: het zijn de kleine dagelijkse taken die mensen na revalidatie zelf ook thuis weer moeten kunnen uitvoeren.” De GRZ is tenslotte gericht op een snelle terugkeer naar huis. Revalidanten moeten niet teveel wennen aan de situatie in het revalidatiecentrum. Regelmatig vindt dan ook een huisbezoek plaats, waarbij een fysio- of ergotherapeut samen met de revalidant naar zijn of haar huis gaat om in de praktijk te bekijken hoeveel voortgang er is geboekt. Net als de stap van ziekenhuis naar revalidatiecentrum, moet ook de stap naar huis een ‘warme overdracht’ zijn. “Natuurlijk houdt de revalidant zelf de regie over zijn of haar eigen revalidatie, maar onze medewerkers coachen hen daar wel intensief in.” Koëter benadrukt dat de GRZ niet gestoeld is op reconditionering. “Als iemand al zeventig jaar op een bepaalde manier heeft geleefd, moet je dat tijdens een revalidatietraject niet opeens proberen om te gooien.”

Aangename omgeving

Onlangs is het gebouw van Plataan volledig gerenoveerd, mede op basis van het Planetree-gedachtegoed, dat Sevagram concernbreed heeft omarmd. Dit betekent dat Plataan ten eerste goede mensgerichte zorg biedt, ten tweede een helende omgeving heeft en ten derde een gezonde organisatie is. “Alle ruimten bij ons zijn heel open. Kleurstellingen zijn nauwkeurig afgestemd, er is overal voldoende overzicht en er zijn veel ramen.” Dit zorgt ervoor dat revalidanten het centrum als veilig, plezierig en huiselijk ervaren. Plataan heeft zowel één- als tweepersoonskamers, en er is bovendien op iedere etage een eenpersoonskamer ingericht om revalidanten met een infectie veilig te kunnen opnemen. Iedere revalidant beschikt over een zogeheten *bedside terminal*: een tablet waarop onder andere het elektronisch revalidatiedossier en het behandelplan ingezien kan worden. Ook kan de revalidant hierop internetten, tv kijken en skypen met familie thuis. “Op dit moment zijn we apps aan het ontwikkelen waarin voor iedere revalidant afzonderlijk een persoonsgebonden oefenprogramma gezet kan worden.” Alle revalidanten beschikken bovendien over een polsknop met plaatsbepaling. Als de knop ingedrukt wordt in geval van nood, gaan alarmen af bij de verpleging, die direct kan aflezen waar de betreffende revalidant zich bevindt. “Zo geven we revalidanten maximale vrijheid om zich binnen en buiten het gebouw te verplaatsen waar en wanneer ze maar willen.”

Sevagram
Zorg met bezieling

Meer informatie
www.sevagram.nl
0900 777 4 777

Eerder aan de bel trekken

Mevrouw van der Wal (65 jaar) verblijft momenteel op de revalidatieafdeling van een zorgcentrum in het uiterste zuiden van ons land. Bij binnenkomst viel haar direct op hoeveel tijd en aandacht er tijdens de intake was. “De medewerkers zijn heel bekwaam en aardig, de verzorging is goed.” Een groot aandachtspunt is echter het personeelstekort, merkt Van der Wal. Zij lijdt aan MS en heeft daardoor relatief veel zorg nodig. Maar als ze een van de medewerkers oppiept, moet ze vaak lang wachten en wanneer er iemand aan haar bed staat, hoort ze de pieper voortdurend afgaan. “Het personeel is super, maar er is echt te weinig tijd. Ze rennen heen en weer.”

Hoewel Van der Wal zich in het zorgcentrum goed voelt, is zij zich aan het oriënteren op een revalidatieafdeling in Nijmegen. Zij komt uit Twente en haar kinderen moeten nu zo’n 200 kilometer overbruggen om haar te bezoeken. De plaatsing ver van huis heeft Van der Wal ten dele aan zichzelf te wijten. “Ik had te lang gewacht om aan de bel te trekken, en toen ik echt niet meer thuis kon blijven, was er op korte termijn nergens plek dichterbij.” Een les voor de toekomst, waar ook anderen van kunnen leren: veel eerder alarm slaan als het thuis niet meer gaat. Voor nu hoopt Van der Wal op een goede behandeling, waarna zij binnen enkele maanden weer naar huis verwacht terug te keren. Daar wacht haar steun van thuiszorg en verschillende mantelzorgers.

die prikkel ontbrak, en vaak ook de motivatie bij patiënten, modderde het revalidatieproces bij ouderen geregeld onnodig lang door.

Samenwerking met eerste lijn
De GRZ bevindt zich op het kruispunt van ziekenhuis- en eerstelijnszorg. De overdracht van ziekenhuis naar revalidatiecentrum of van revalidatiecentrum naar huisarts is daarom een punt van aandacht. Zo voelen huisartsen zich niet altijd gesteund, doordat revalidatiecentra patiënten steeds eerder ontslaan. De participatiedoelen die voor de patiënten gesteld worden moeten thuis, onder begeleiding, geoefend worden. Achterberg: “Wij vragen de huisarts dan de regie te nemen, maar die mist daar soms de ervaring voor.” GRZ vormt namelijk geen onderdeel van de huisartsenopleiding. Een huisartsenpraktijk heeft meestal wel een praktijkondersteuner en verpleegkundig specialist in dienst, dus kansen om de behandeling met voldoende kennis en mankracht te laten slagen, zijn er zeker.

Nog veel onderzoek nodig
Bij de behandeling is eigen regie een belangrijk en tegelijkertijd lastig punt. Hoe eigen regie gestimuleerd kan worden bij mensen met geheugenproblemen, is bijvoorbeeld nog onduidelijk. Wel is bekend dat meer met de patiënt praten wenselijk is. Een patiëntenvereniging voor geriatrisch patiënten ontbreekt echter. Zij worden als groep te weinig gehoord, nog bemoeilijkt door de complexe patiëntengroep waar comorbiditeit (meerdere ziektebeelden) veel voorkomt. Niveaus van leervermogen en -vaardigheden lopen bovendien erg uiteen. Voor ouderen met cognitieve problemen wordt de revalidatiezorg daarom soms op een bestaande dementie-afdeling uitgevoerd, maar of dat echt de beste optie is, weet Achterberg niet. “Dat geldt voor meer aspecten van de GRZ: het lijkt goed te gaan, maar 100 procent zeker weten we het niet.” Dat komt doordat het een relatief nieuw vakgebied is en omdat contact met patiënten na ontslag uit het revalidatiecentrum vaak wegvalt. Hoe het de patiënten en mantelzorgers vergaat terug in de thuissituatie is nog onvoldoende bekend. Daarnaast staat e-health met al haar mogelijkheden nog in de kinderschoenen. Vergelijkend onderzoek rondom verschillende soorten therapie is kortom op grotere schaal nodig. Wetenschappelijk onderzoek over de GRZ zal de komende jaren volop plaatsvinden, verwacht de hoogleraar. “Er zijn op allerlei terreinen stappen gemaakt, maar omdat dit zo’n jong vak is hebben we nog veel te doen.”

INTERVIEW met Annemieke Blokker

‘Oudere revalidant vraagt speciale aandacht’

De behoefte aan geriatrische revalidatiezorg (GRZ) is de afgelopen jaren sterk toegenomen door de vergrijzing en de noodzaak langer thuis te blijven wonen. Dit constateert Annemieke Blokker van zorgorganisatie Valkenhof. “Het is een goede zaak om ouderen specialistisch te laten revalideren, in plaats van in de reguliere revalidatie.”

Wat is het verschil tussen reguliere en geriatrische revalidatie?
“Gaat het om geriatrische revalidatie, dan gaat het om behandeling die veelzijdig en complex van aard is. De complexiteit manifesteert zich vaak rond somatische, psychische en vaak ook gedragsgerelateerde problemen. Men revalideert bijvoorbeeld vanwege een nieuwe heup, maar heeft een jaar geleden niet-aangeboren hersenletsel (NAH) opgelopen vanwege een CVA (beroerte). NAH kan een gedragsverandering teweeg brengen, die ook tijdens de revalidatiefase nazorg vraagt. Bovendien hebben kwetsbare ouderen vaak een mantelzorger nodig voor het voeren van regie. Geriatrische revalidatie onderscheidt zich met name van de reguliere revalidatie vanwege bovengenoemde aspecten, gecombineerd met het actief betrekken van mantelzorgers binnen de revalidatie. Daarnaast kent de reguliere revalidatie een tempo dat voor de meeste kwetsbare ouderen niet haalbaar is. Bij ouderen die ten val zijn gekomen moet bijvoorbeeld rekening gehouden worden met de spierbelasting – die is op latere leeftijd anders.“

Hoe wordt de zorg verder toegesneden op de oudere doelgroep?
“In de GRZ revalideren ouderen onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde. Deze wordt bijgestaan door een multidisciplinair team van onder andere logopedisten en fysio- en ergotherapeuten. Allereerst wordt gekeken naar de belastbaarheid van de revalidant om overbelasting te voorkomen. Ook is er aandacht voor programma’s die volgen op de revalidatiefase. Veel van de opgelopen aandoeningen behouden een blijvend karakter. Het is noodzakelijk dat de cliënt leert omgaan met deze chronische fase. Voor hem of haar wordt een vervolgtraject ontworpen dat ook in de thuissituatie de noodzakelijke nazorg borgt.”

Zijn er ontwikkelingen geweest in de GRZ in de afgelopen jaren?
“De GRZ is in de loop van de jaren veel professioneler geworden en heel veel ouderen gaan weer terug naar huis. Ik constateer, naast een toename van de vraag naar GRZ, ook een verzwaring van de gevallen. Omdat veel ouderen langer thuis moeten blijven wonen, vinden er meer ongelukken plaats in huis en komen ze te laat bij de GRZ terecht. Daarnaast is het voor veel ouderen moeilijk om te accepteren dat een terugkeer naar de thuissituatie misschien wel helemaal niet meer mogelijk is na revalidatie. Natuurlijk is dit in de GRZ wel het streven, maar wanneer na de start van de behandelingen blijkt dat een revalidant niet meer op een veilige manier zelfstandig thuis kan wonen, moet gekeken worden naar andere opties. Op zo’n moment komt plotseling veel zorg terecht op het bordje van de mantelzorger(s). Goede begeleiding is dan van het grootste belang. Daarom worden mantelzorgers actief bij het revalidatieproces betrokken. De afgelopen jaren heeft de GRZ een grote professionaliseringsslag gemaakt. Er is een landelijke agenda voor wetenschappelijk onderzoek binnen de GRZ en er zijn toegespitste opleidingscurricula voor diverse beroepsgroepen zoals verzorgenden en verpleegkundigen.”

Annemieke Blokker

Zijn er ontwikkelingen in jullie zorgaanbod?
“Over een paar maanden openen wij onze nieuwe zorglocatie Den Haagacker in Valkenswaard. Hier komen 35 appartementen waar verpleeghuiszorg in een open setting zal worden aangeboden. Het bijzondere is dat we hier naast appartementen voor alleenstaanden ook appartementen hebben voor echtparen. Dit geeft echtparen waarvan een van de partners zorgbehoeftig is de mogelijkheid om samen te blijven wonen. Dat is uniek in verpleeghuizen. We zijn er dan ook erg trots op.”

Meer informatie

www.valkenhof.com

CHARLIETEMPLE.NL

Ouder worden? Nou en?!

Met een hoogwaardige bril van Charlie Temple komt u stralend voor de dag.
Voor 45,- heeft u al een multifocale bril met glazen op sterkte.
Bij Charlie Temple bestelt u uw nieuwe bril eenvoudig online.

- handgemaakte acetaat bril
- binnen 7 werkdagen gratis thuisbezorgd
- 30 dagen bedenktermijn
- 2 jaar garantie

Multifocale bril
45,-
incl. glazen op sterkte

GILLIAN RAW JET-BLACK

STEVEN S. HAZEL TURTOISE

CEO LIGHT-GOLD TITANIUM

DOMINIQUE ROYAL AZURE

Ontdek de bril die bij u past op
www.charlietemple.nl

thuiswinkel waarborg ★★★★½ **9,2** HET GEMIDDELDE CIJFER DAT WIJ VAN ONZE KLANTEN KRIJGEN

★★★★★ **10**
Goede prijs/kwaliteit.
De bril past perfect en
de kwaliteit is prima.
En dat voor een fractie van
het bedrag dat ik normaal
gesproken betaal.
Carla, Wageningen

★★★★★ **10**
Telefonisch contact is
behulpzaam en geduldig.
E-mail informatie over
lopende bestelling is prettig.
Zending is goed verzorgd
en riant verpakt.
Joris, Woerden

★★★★★ **10**
Helder, snel, zeer goede
kwaliteit en bizar lage prijzen.
Disruption heet dat geloof ik
tegenwoordig.
Stef, Rotterdam

Bel onze opticiens voor gratis advies op 020 4040 000