

praktijk



Special
Ouderenzorg

2 | 17

Waar is een ELV-bed? | Ouderen zijn de leukste patiënten om mee te werken | Zorg met een (G)OUDen randje

Mede gelet op de vergrijzing is ouderenzorg een actueel thema. Er zijn meerdere initiatieven om de ouderenzorg beter te organiseren. Een efficiënt ingericht zorglandschap voor ouderen moet de kosten van de vergrijzing sturen en beheersbaar houden.



Inhoud

- 03** Waar is een ELV-bed? Frank Amory, coördinator ke-
tenzorg: “Een telefoontje
is vanaf deze zomer voldoende
om te weten waar een ELV-bed
vrij is.”
- 06** Dr. Evelien Pijpers, internist
ouderengeneeskunde:
“Ouderen zijn de leukste
patiënten om mee te werken.”
- 08** Kort nieuws.
- 10** Zorg met een (G)OUDen randje
- 12** “Een gezamenlijk Advance Care
Dossier zou ideaal zijn.” Dr. Yvo
Kesler in gesprek met dr.
Monique Hochstenbag.
- 15** Uit de Praktijk.
- 16** Drs. Leen Dielis, directeur azM
Herstelzorg: “Een directe route
naar geriatrische revalidatie-
zorg.”
- 18** Jan Maarten Nuijens, bestuur-
der Envida: “Generalistisch
doen wat kan, specialistisch
doen wat moet.”
- 20** Column dr. Helen Mertens, Lid
Raad van Bestuur Maastricht
UMC+. Transformationeel
medisch leiderschap

Praktijk is ook
digitaal te lezen:
[www.mumc.nl/
verwijzers](http://www.mumc.nl/verwijzers)

Colofon Praktijk is een uitgave van Maastricht UMC+, RVE Patiënt en Zorg i.s.m. Zorg in Ontwikkeling (ZIO) **Ontwerp en grafische vormgeving** Strategyminds, Maastricht

Redactie Hans Fiolet, Liesbeth van Hoef, Ber Huijnen, Jean Muris, Caroline Robertson, Geertjan Wesseling, Ingeborg Wijnands, stafdienst Communicatie Maastricht UMC+, Strategyminds **Eindredactie** Liesbeth van Hoef **Fotografie** Appie Derks, Tiba Hobus **Druk** Pietermans Lanaken.

Suggesties voor de redactie? Bel of mail Ellen Kennes, stafdienst Communicatie Maastricht UMC+, telefoon 043 387 44 58, e-mail ellen.kennes@mumc.nl

De Huisartsen Service Desk telefoon 043 387 44 80

De Huisartsen Service Desk in het Maastricht UMC+ is het interne navigatiesysteem voor externe verwijzers. Eén telefoontje en u wordt doorverbonden met de juiste persoon of afdeling.



Frank Amory: 'Binnenkort is een telefoontje voldoende om te weten waar een ELV-bed vrij is.'

Waar is een ELV-bed?

1 januari 2017 zijn de bedden voor kortdurend Eerstelijns Verblijf (ELV) overgeheveld naar de zorgverzekeringswet. Sindsdien valt het beheer van deze bedden onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars, die hiervoor prestatieafspraken hebben gemaakt met zorgaanbieders. Tegelijk met deze overheveling van taken hebben de huisartsen een centrale rol gekregen in het indiceren van de ELV-bedden. Zij hebben echter geen enkel zicht op het aantal bedden dat

voor kortdurend eerstelijnsverblijf beschikbaar is én waar deze bedden zich bevinden. Voor de huisarts en ook voor de verwijzer in het ziekenhuis is hiermee een grote zoektocht begonnen. Frank Amory, coördinator ketenzorg, schetst het probleem dat in het hele land speelt. "Sinds dit jaar kan de huisarts een patiënt die tijdelijk extra zorg nodig heeft verwijzen naar een ELV-bed. Deze bedden zijn opgedeeld in bedden voor laagcomplex, hoogcomplex en palliatieve zorg.

De huisarts indiceert of een laagcomplex, hoogcomplex of palliatief bed nodig is. Vervolgens is de huisarts, eventueel samen met de wijkverpleegkundige, verantwoordelijk voor de uitvoering van de laagcomplex medische zorg.

De specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn is verantwoordelijk voor

de hoogcomplex medische zorg, eventueel in overleg met de huisarts. De derde categorie zijn de bedden voor palliatieve zorg, de hospices.”

“Om aanspraak te kunnen maken op een ELV-bed moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan”, vervolgt Frank Amory. “Er moet sprake zijn van een medische noodzaak; de ELV-bedden zijn nadrukkelijk géén bedden voor respijtzorg. En met uitzondering van de palliatieve bedden, moet de patiënt na de opname terug naar huis kunnen. Voor de hoogcomplex bedden moet er bovendien sprake zijn van complexe en/of multidisciplinaire zorg. Tot zover het duidelijke verhaal. De verwijzing wordt ingewikkeld, doordat de ELV-bedden ondergebracht zijn bij meerdere zorgaanbieders. In onze regio zijn dat Envida, Mosae Zorggroep, de Geriatrische Revalidatiezorg GRZ en het kloosterbejaardenoord De Beyart. Net buiten de regio bevinden zich ook bedden bij Sevagram en Cicero. Al deze instellingen bieden ELV-bedden aan. Niemand heeft echter actueel zicht op het aantal bedden en welke bedden voor welke zorg beschikbaar zijn. Dat maakt doelmatig verwijzen zo goed als onmogelijk.”

Lege handen Huisarts Marijke van Dongen herkent het probleem. “Het zoeken van een ELV-bed vraagt sinds dit jaar erg veel inspanning. Ik ben soms alles bij elkaar een halve dag bezig met bellen naar de verschillende aanbieders. Tig telefoontjes later sta ik dan vaak nog met lege handen. Toch vind ik het wachten op een bed niet eens het grootste probleem, al is dit natuurlijk nooit wenselijk. Ik heb meer problemen met de onduidelijkheid. Als ik weet dat een opname pas over twee of vier dagen geregeld kan worden, kan ik maatregelen treffen om die periode bij de patiënt thuis te overbruggen. Als je niets weet, valt er niets te overbruggen. Van die onduidelijkheid moeten we af. Een centraal regionaal loket voor ELV-bedden zal het zoekwerk vergemakkelijken. Maar ook dan zijn we er nog niet. We willen bereiken dat de patiënt op de goede plek – lees: in het goede bed – de zorg krijgt die hij op dat moment nodig heeft. Ondersteuning van de eerste lijn door de specialist ouderengeneeskunde kan zinvol zijn om een goede verwijzing te bewerkstelligen. Omdat meer mensen thuis extra zorg nodig hebben, is echter ook intensivering van de thuiszorg wenselijk.”



Fabienne Magdelijns: “Een ELV-bed voor geriatrische revalidatiezorg zou een prima tussenoplossing zijn”

Tweede lijn Niet alleen de eerstelijns loopt tegen het ELV-beddenprobleem aan. Veel patiënten die eigenlijk thuishoren in een ELV-bed, komen momenteel in het ziekenhuis terecht. “Op de spoedeisende hulp van het Maastricht zien wij wekelijks patiënten die absoluut extra zorg nodig hebben, maar eigenlijk niet in het ziekenhuis thuis horen”, licht Fabienne Magdelijns toe. Zij is internist ouderenzorg in het Maastricht UMC+. “Een oudere met dementie die zich bij de eerste hulp meldt vanwege een zware blaasontsteking stuur je echter niet gauw terug naar huis. Vanwege hun veiligheid nemen we deze patiënten op, wetende dat de opname extra risico's met zich meebrengt. Kwetsbare ouderen kunnen in een andere omgeving extra verward raken, naast het feit dat zij in het ziekenhuis risico lopen op infecties. De veiligheid van de patiënt staat echter voorop. Het gevolg is dat de druk op het ziekenhuis toeneemt en de keten hier zo nu en dan aardig verstopt. Momenteel liggen op mijn afdeling twee mensen met cognitieve problemen die somatisch goed opgeknapt zijn, maar nog niet voldoende om naar huis te kunnen. Een ELV-bed voor geriatrische revalidatiezorg zou een prima tussenoplossing zijn, maar dit bed is ook voor onze transferspecialist moeilijk te vinden. In de tussentijd houden deze patiënten allebei een ziekenhuisbed bezet, waardoor ik iemand anders die wel specialistische zorg nodig heeft, niet kan opnemen.”

Inzicht in het aantal beschikbare bedden helpt dus ook de specialist in de tweede lijn. Fabienne Magdelijns: “Kijk ik verder vooruit, dan zou het fijn zijn als we mensen al bij de poort naar de juiste plek in de zorgketen kunnen verwijzen. Een oudere met dementie is het beste af met zorg gericht op dementerende mensen. Iemand die vanwege een botbreuk tijdelijk extra zorg nodig heeft, wordt het beste geholpen op een revalidatieplek. Nu moet iedereen eerst nog naar het ziekenhuis voor een verwijzing. De capaciteit is echter beperkt. Met als gevolg dat mensen lang moeten wachten en een aantal patiënten uiteindelijk toch in het ziekenhuis belandt.”

Centraal loket “Een eerste stap in de organisatie van de ELV-bedden dient zich in onze regio op korte termijn aan”, vertelt Frank Amory. “In overleg met de huisartsen en de internist ouderengeneeskunde van het Maastricht UMC+ hebben we de

Frank Amory is coördinator ketenzorg en teamleider praktijkondersteuners somatiek bij ZIO. Hiervoor vervulde hij diverse functies in de geriatrie.

Marijke van Dongen-Bots is kaderhuisarts ouderengeneeskunde bij Huisartsenpraktijk Daalhof in Maastricht.

Fabienne Magdelijns is internist ouderengeneeskunde in het Maastricht UMC+.

*Marijke van Dongen-Bots:
“Toch vind ik het wachten
op een bed niet eens het
grootste probleem,
al is dit natuurlijk nooit wenselijk.
Ik heb meer problemen met de
onduidelijkheid”*



behoefte geïnventariseerd. Deze analyse resulteert in de opening van een centraal Eerstelijnsverblijfsloket, waaraan alle aanbieders van ELV-bedden in onze regio zich aansluiten. Zij committeren zich om dagelijks door te geven hoeveel ELV-bedden zij beschikbaar hebben voor laagcomplex, hoogcomplex en palliatieve zorg. Dit centrale loket verbinden we aan het huisartsenverwijsbureau TIPP. Een telefoontje van de verwijzer moet binnenkort dan ook voldoende zijn om een beeld te krijgen van waar en wanneer een bed vrij is. Ook in de avonduren of weekenden, want TIPP geeft de actuele informatie dagelijks om 17.00 uur door aan de HAP.

Daarnaast heeft Verenso een afwegingsinstrument ontwikkeld aan de hand waarvan de verwijzer kan bepalen welk bed het beste van toepassing is voor de betreffende patiënt. De huisarts kan dit instrument voor een goede verwijzing zelf toepassen en kan daarbij ook even contact hebben met de dienstdoende specialist ouderengeneeskunde; samen maken zij de juiste afwegingen. De rol van de specialist ouderengeneeskunde wordt zo belangrijker in de eerstelijns. Logisch ook. De druk op de ouderenzorg neemt toe. Des te belangrijker is dat we de toegang tot deze zorg beter stroomlijnen.”

Kijk voor actuele informatie ook op www.ZIO.nl.



Dr. E. Pijpers Internist/Klinisch geriatr.

Evelien Pijpers is gepromoveerd op kwetsbaarheid bij ouderen en sinds kort opleider interne geneeskunde in het aandachtsgebied ouderen geneeskunde.

PERSONLIJK

Evelien Pijpers, internist ouderengeneeskunde:

“Ouderen zijn de leukste patiënten om mee te werken”

Evelien Pijpers (56) is als internist ouderengeneeskunde en klinisch geriater vijftienvier jaar werkzaam binnen het Maastricht UMC+. Een groot deel van haar tijd besteedt ze aan werken met ouderen. In het Maastricht UMC+, maar ook in samenwerkingsverbanden met huisartsen en de Blauwe Zorg. “In de geriatrie kom je elk aspect van de geneeskunde tegen. Ouderen zijn de leukste patiënten om mee te werken. Het zijn allemaal succesverhalen, anders wordt je geen tachtig. Ze hebben een opleiding gehad, gewerkt, zijn gehuwd en de meesten hebben kinderen en kleinkinderen. Dat zorgt voor heel boeiende, betekenisvolle gesprekken. Het is ook een andere manier van werken. Ik kan oudere patiënten niet garanderen dat ze een dag langer leven, maar dat verwachten ze ook niet. Ze willen de dagen die ze hebben wel een goede kwaliteit van leven hebben. Het gaat om kwaliteit niet kwantiteit.”

Het aantal oudere patiënten neemt toe, zowel de ‘jongere ouderen’ – vaak nog goed ter been maar wel al zeventig en dus vallend onder de ouderengeneeskunde – als de fragiele oudere patiënten. Dat vergt een andere mindset van artsen volgens Pijpers. “Twintig jaar geleden had iemand van 75 kwaaltjes, maar die ‘hoorden er nou eenmaal bij op die leeftijd’. Daar gingen ze niet voor naar de huisarts. Tegenwoordig zijn patiënten veel mondig en veeleisender. Voor zichzelf, maar ook voor hun omgeving. Over het algemeen weten oudere patiënten heel goed wat ze willen.”

In een specialistische afdeling geriatrie binnen het ziekenhuis ziet ze niks: “Het hele ziekenhuis moet geriatrie-minded zijn. Oudere patiënten liggen overal. Eén afdeling is niet genoeg en is niet patient centered. Een patient centered ziekenhuis richt zich op noden van patiënten. Als het hele Maastricht UMC+ geriatrie-minded wordt is de oudere patiënt een duidelijke winnaar, maar ook de 50-jarige en de kwetsbare jongere.”

Artsen moeten op een andere manier denken over hoe ze deze groep patiënten behandelen, zegt Pijpers: “Een arts wil nog wel eens te snel in de hulpverlenersrol duiken zonder goed naar de hulpvraag van een patiënt te luisteren. Het lichaam van een

tachtigjarige heeft een hoop meegemaakt en je kunt veel vinden als je gaat zoeken. De patiënt vraagt echter aandacht voor zijn probleem. Een probleem dat invloed heeft op de kwaliteit van leven, daar willen ze een oplossing voor. Uiteindelijk levert dit zeer patiëntgestuurde zorg op. Er komt echter een moment dat de draagkracht van een patiënt de draaglast niet meer aankan. Dat omslagpunt herkennen is een belangrijke taak voor de eerstelijnszorg. Zij zien de grote groep ‘grijze panters’. Ik zie maar een klein percentage zeer kwetsbare patiënten. Dat moment herkennen is heel lastig zeker als een patiënt zelf niet aangeeft dat er een probleem is. Een tip daarvoor is de ADL-afhankelijkheid. Bij een permanent mindere ADL moet je beducht zijn op dat omslagpunt naar kwetsbaarheid. Het is goed om een patiënt daarvoor al te vragen om na te denken over een zorgplan en traject.”

Als Evelien samen met een huisarts naar een complexe casus kijkt is dat omslagpunt soms al geweest. “Dan weet een patiënt zelf ook niet meer waar het aan ligt. ‘Het gaat niet’ is geen specifieke zorgvraag, maar wel precies waar een patiënt mee zit. Dat kan dan een somatische, functionele of cognitieve oorzaak hebben. Of een combinatie van alle drie. Dan gaan we samen met de patiënt structureren. We bekijken per gebied wat we op welke manier kunnen aanpakken. De functionele pijler is voor de patiënt vaak de belangrijkste. Vijftachtig procent van de 75-plussers woont thuis en wil dit ook zo lang mogelijk blijven doen.”

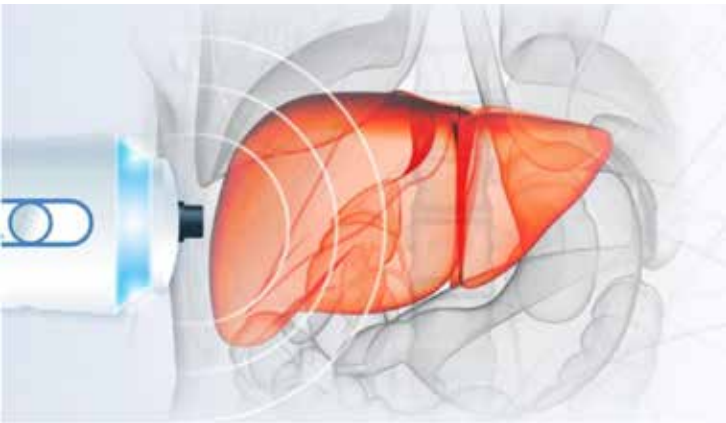
Een reden daarvoor is volgens Pijpers dat verzorgingshuizen langzaam maar zeker zijn veranderd van ‘prettige oude dag’ naar verpleeghuizen. “De oudste oudere of de groep die cognitief niet meer optimaal functioneert of zelfs dementeert, ontkomt niet aan extra zorg. Met de sluiting van verzorgingshuizen hebben we in sommige gevallen het kind met het badwater weg gegooid. De groep die daar veel baat bij had valt nu tussen wal en schip. Dat is een toenemend probleem waar aan alle kanten aan oplossingen wordt gewerkt, vooral in de eerste lijn. Er worden nu netwerken gebouwd om opvang te realiseren voor de groeiende groep langzaam kwetsbaar wordende ouderen. Dat kan ik alleen maar aanmoedigen.”

Rectificatie met betrekking tot het artikel 'De POH-GGZ' op pagina 12/13/14 van Praktijk, uitgave 1-2017. Tot onze spijt is in de vorige uitgave van Praktijk een foutief artikel gepubliceerd, waarin de opmerkingen van de geïnterviewden niet zijn meegenomen. Derhalve heeft de redactie van Praktijk in overleg met de geïnterviewden besloten tot deze rectificatie en is het juiste gecorrigeerde interview te lezen via deze link <https://www.mumc.nl/verwijzers/regionale-samenwerking/magazine-praktijk>.

Zorg voor ouderen in het Maastricht UMC+ goed bevonden door Nederlandse ouderenbonden

Het Maastricht UMC+ heeft het predicaat 'Seniorvriendelijk Ziekenhuis' gekregen. Dat keurmerk wordt door de samenwerkende ouderenbonden van Nederland toegekend aan die ziekenhuizen waarin proefondervindelijk aangetoond wordt dat er goede zorg en behandeling is voor oudere patiënten.

Het keurmerk 'Seniorvriendelijk Ziekenhuis' is gebaseerd op vijftien kwaliteitscriteria. Deze criteria zijn door de gezamenlijke ouderenbonden opgesteld. De Nederlandse ziekenhuizen worden erop gescreend, onder meer door het inzetten van mystery guests. Het Maastricht UMC+ is behalve op fysieke toegankelijkheid en bereikbaarheid ook nadrukkelijk getoetst op het zorgbeleid en de uitvoering van de zorg voor ouderen. Vaak is er bij senioren sprake van co-morbiditeit. Daardoor zullen er altijd meerdere disciplines betrokken zijn bij de zorg en behandeling. Deze multidisciplinaire aanpak moet heel goed worden afgestemd. In het onderzoek van de ouderenbonden is aangetoond dat dit in het Maastricht UMC+ prima in orde is.



Maastricht UMC+ start polikliniek voor vetleverziekte

Het Maastricht UMC+ heeft een speciale poli geopend voor patiënten die lijden aan vetleverziekte als gevolg van overgewicht en obesitas. Onder begeleiding van een multidisciplinair team werkt de patiënt aan het verminderen van risicofactoren voor ernstige leverziekte, waardoor ook hart- en vaatziekten en diabetes voorkomen kunnen worden. Een speciale methode om snel en accuraat leververvetting te

kunnen meten, wordt ingezet om te kunnen selecteren welke patiënten in aanmerking komen voor behandeling op de nieuwe poli. Eén van de complicaties van overgewicht en obesitas is het 'vetter' worden van de lever, ofwel het opslaan van vet als gevolg van een ongezonde leefstijl. Dit veroorzaakt een chronische ontsteking die op den duur littekenweefsel veroorzaakt en als het langdurig aanhoudt, kan resulteren in levercirrose. Patiënten lopen dan een verhoogd risico op het ontwikkelen van diabetes, hart- en vaatziekten en verschillende vormen van kanker. Vaak worden leveraandoeningen pas in een veel te laat stadium herkend, op het moment dat er al aanzienlijke schade is aangericht. Met een speciale, niet-ingrijpende methode genaamd FibroScan, kan een arts al binnen tien minuten de conditie van de lever bepalen. Dat maakt vroegtijdige screening een stuk eenvoudiger.

De FibroScan is een apparaat dat met behulp van echo de elasticiteit van de lever kan bepalen. Hoe minder elastisch, hoe meer er sprake is van vervetting van de lever of littekenweefsel. De techniek is gebaseerd op een Franse vinding om de rijpheid van kaas te kunnen meten, maar blijkt dus ook prima toepasbaar in de medische wereld.

Door middel van bijvoorbeeld de juiste voedingsadviezen en medicatie kan het proces van vervetting worden omgekeerd. Door een optimale begeleiding van de patiënt worden de risicofactoren voor hart- en vaatziekten en diabetes aangepakt, voordat er ernstige schade optreedt. Naast de oprichting van de nieuwe poli verricht het Maastricht UMC+ ook veel onderzoek naar het voorkomen, beter diagnosticeren en behandelen van vetleverziekte.

Miljoenensubsidie voor 'Bewegen zonder pijn'



Onderzoeksproject naar behandeling en preventie van artrose

Het Maastricht UMC+ start een groot onderzoeksproject naar de behandeling en preventie van artrose. Stichting De Weijerhorst maakt het project 'Bewegen zonder pijn' mede mogelijk met een subsidie van anderhalf miljoen euro (op een totaal budget van 2,5 miljoen euro). Artrose is een groot maatschappelijk probleem. Maar liefst anderhalf miljoen Nederlanders hebben op dit moment te kampen met de aandoening. Hoewel de kans op artrose toeneemt met de leeftijd, krijgen jongere mensen ook steeds vaker te maken met de ziekte. Een echte behandeling is er niet. Medicatie is enkel gericht op pijnbestrijding en ook een gewrichtsvervanging is eigenlijk slechts een tijdelijke oplossing, omdat een prothese aan slijtage onderhevig is. Maastrichtse onderzoekers werken nu aan een oplossing op celniveau die artrose bij de bron aanpakt. Meer op www.mumc.nl, zoekterm 'preventie artrose'.

Nieuwe Epilepsie Monitoring Unit

Op 22 mei jongstleden is de nieuwe Epilepsie Monitoring Unit (EMU) op verpleegafdeling C5 van het Maastricht UMC+ geopend. De vernieuwing van de EMU zorgt voor een verdubbeling van de capaciteit. Met twee kamers, waarvan één met rooming-in mogelijkheden voor ouders, wordt vooruitgelopen op de start van epilepsiechirurgie bij kinderen. De nieuwe EMU heeft daar-



naast nog een aantal voordelen. Er is een kleinere afstand van de patiënt tot de laborant van de Klinische Neurofysiologie en zijn er meer camera's, waardoor de aanvallen nog beter in beeld worden gebracht. De Epilepsie Monitoring Unit wordt gebruikt om een preoperatieve screening te doen voor epilepsiechirurgie. Tijdens de onderzoeken wordt gezocht naar de bron van de epileptische aanvallen.

Individueel risicoprofiel helpt mogelijk dementie voorkomen

Preventie van dementie kan worden gestimuleerd door een persoonlijk risicoprofiel op te stellen. Onderzoekers van het Maastricht UMC+ en Alzheimer Centrum Limburg hebben hiervoor een speciaal scoremodel ontwikkeld, gebaseerd op verschillende leefstijlfactoren, die tevens een aangrijpingspunt voor interventie kunnen bieden. "Zo kunnen we tijdig het risico op dementie verkleinen", zegt hoofdonderzoeker dr. Stephanie Vos. In het wetenschappelijk tijdschrift *Journal of Alzheimer's Disease* zijn de succesvolle resultaten gepresenteerd waaruit blijkt dat preventie succesvol kan zijn.

Dementie is een snel groeiend gezondheidsprobleem, wereldwijd. Genezing is vooralsnog niet mogelijk, wat de noodzaak van preventie des te groter maakt. Verschillende factoren die voornamelijk met leefstijl verband houden, hebben een invloed op het dementierisico. Denk bijvoorbeeld aan: verhoogd cholesterol, overgewicht, roken en hoge bloeddruk. Maastrichtse onderzoekers hebben een model ontwikkeld, waarmee op basis van twaalf van deze factoren een individueel risicoprofiel kan worden opgesteld: de LIBRA-index (Lifestyle for Brain Health). Die blijkt nu op basis van een groot Europees populatieonderzoek bevestigd te zijn.

Meer op www.mumc.nl, zoekterm 'risicoprofiel Alzheimer'.

Zorg met een [G]OUDen randje

Langer zelfstandig wonen. De overheid stimuleert het en ook veel ouderen willen het liefst zo lang mogelijk in hun eigen vertrouwde omgeving wonen. Ook als ze zorg nodig hebben. Frans en Els Bosch zouden niet anders willen. Zij genieten elke dag van het leven in het huis dat sinds de jaren 70 hun thuis is. “Wij willen hier zo lang mogelijk blijven. Met alle hulp en zorg die wij krijgen, lukt dit gelukkig ook”, aldus het 86-jarige echtpaar. Het echtpaar Bosch weet zich omringd door zorg. Dagelijks komt de wijkverpleegkundige om Frans te helpen met zijn steunkousen. Daarnaast krijgt hij twee maal per week ondersteuning bij het douchen. Frans en Els krijgen allebei fysiotherapie gericht op beweging en spierversterking. Twee maal per week komt de huishoudelijke hulp. Elke middag worden via de maaltijdservice verse maaltijden afgeleverd. En hun dochter verleent mantelzorg; zij doet boodschappen, begeleidt haar ouders bij hun bezoeken aan het Maastricht UMC+ én zij houdt een vinger aan de pols.

Complexe zorg Praktijkondersteuner Ellen de Goeij bezoekt de ouderen die in aanmerking komen voor complexe ketenzorg gemiddeld eens per maand. Het echtpaar Bosch bezoekt zij momenteel wekelijks om de zorgbehoefte van Els en Frans ter plekke te beoordelen. “Vooral Els heeft door haar diabetes en een recente longinfectie een kwetsbare gezondheid”, vertelt Ellen. “Maar ook door de multi-ondersteuning die nodig is om hen op een veilige en verantwoorde manier thuis te laten wonen, hebben zij baat bij de GOUD-ketenmethodiek die ketenpartners uit diverse zorgdisciplines hebben ontwikkeld voor een betere organisatie van complexe (thuis)zorg voor ouderen. ZIO heeft de keten gecontracteerd bij de zorgverzekeraars. Alle zorgverleners werken binnen deze keten samen en houden de risico’s in de gaten. Bijvoorbeeld op het gebied van polyfarmacie. Ik voer de regie over de zorg en zit hiervoor dus geregeld aan de keukentafel bij Els en Frans. Dan bespreken we alles: hun medicijngebruik, de fysiotherapie, hun eetpatroon en het belangrijkste, hoe het mentaal en fysiek met hen gaat. De focus is proactief: door goede monitoring kunnen acute trauma’s of gezondheidsproblemen in veel gevallen voorkomen worden.”

Ons leven “De ketensamenwerking zorgt voor korte lijnen”, vindt Ellen. “Samen vormen we een sterk wijkgericht netwerk rond de oudere dat snel en doelmatig kan anticiperen op individuele zorgvragen. Ook kunnen we de zorg zo organiseren, dat iedereen zijn werk kan doen en de oudere niet overbelast raakt.

Niet Els en Frans of hun dochter, maar ik houd het netwerk op de hoogte. Eens in de zes weken heb ik bijvoorbeeld overleg met de wijkverpleegkundige en de trajectbegeleider dementie. Daarin bespreken we alle casussen. Maar, mocht het nodig zijn hebben we tussentijds snel contact met elkaar of ik schakel in overleg met de huisarts de specialist ouderengeneeskunde van Envida in. En net zo makkelijk deel ik mijn zorgen of vragen met de huisarts. Zij is verantwoordelijk voor de zorg en onderhoudt hiervoor ook korte lijnen met de specialisten in het Maastricht UMC+. Iedereen is zo op de hoogte. Dat werkt. Het grootste voordeel van GOUD vind ik dat Els en Frans zelf de regie over hun leven kunnen voeren. De manier waarop hun zorg georganiseerd is, is precies zoals we dat vandaag de dag willen; zinvol en doelmatig.”

Els en Frans zijn tevreden en hebben zojuist in overleg met Ellen een nieuw doel gesteld: “Laatst hebben we in ons geboortedorp Itteren langs de Maas gewandeld. Prachtig. Dat willen we vaker gaan doen. Zo lang het kan genieten we thuis. Elke dag is er één.”

In Maastricht/Heuvelland werken 29 huisartsenpraktijken, apothekers, fysiotherapeuten en diëtisten samen aan de Keten Complexe Zorg voor Ouderen. Zij hebben hiervoor een contract afgesloten met ZIO. De ketenpartners spannen zich in om de kwaliteit van leven van de 75-plusser met complexe problematiek in de thuissituatie te verbeteren. De huisarts en/of de praktijkondersteuner ouderenzorg voert de regie binnen het netwerk dat zich rond de zorgbehoefte van de individuele oudere vormt. Afhankelijk van de vraag kan dit kernteam uitgebreid worden met wijkverpleegkundige zorg, ondersteuning vanuit de Wmo en de trajectbegeleider dementie. Voor specialistische vragen kan de specialist ouderengeneeskunde van Envida of Mosae Zorggroep ingeschakeld worden.

Meer informatie: www.zio.nl/zorgprogrammas/ouderenzorg.



PERSOONLIJK

Els en Frans Bosch, beide 86 jaar.

Zij wonen zelfstandig in Meerssen en krijgen thuis zorg en ondersteuning van meerdere zorgverleners.

Ellen de Goeij, praktijkondersteuner ouderenzorg Huisartsenpraktijk Swerts en Stuurman in Meerssen.

Zij zorgt ervoor dat de geleverde zorg meebeweegt met de zorgbehoefte van het echtpaar Bosch en werkt hierbij volgens de methodiek van de Keten Complexe Zorg voor Ouderen. Deze is bij velen nog altijd bekend onder de vroegere projectnaam 'GOUD'.

“Een gezamenlijk

Wat moet de specialist weten van de huisarts en vice versa als het om de zorg voor de snelgroeiende groep ouderen gaat? Deze vraag voert Monique Hochstenbag, longarts in het Maastricht UMC+, in gesprek met Yvo Kesler, kaderhuisarts palliatieve zorg, linea recta naar het thema Advance Care Planning. Dat je niet alleen vanuit behandelperspectief naar de patiënt kijkt, maar ook de wensen van de patiënt ten aanzien van het zorgtraject meeneemt en vastlegt in een plan. Ook ten aanzien van terminale zorg en de keuze voor wel of niet reanimeren. Dit maatwerk in de zorg staat of valt met een goede overdracht en communicatie. Samenwerking.

Monique: Op de longafdeling van het Maastricht UMC+ is de gemiddelde opnameleeftijd gestegen naar 70+. Mensen worden ouder, zelfs met chronische ziekten zoals COPD. Hoe ervaren jullie de vergrijzing?
Yvo: “Het aandeel van de 60-plussers groeit fors in onze praktijk in Maastricht-West. Wij gaan het de komende twintig jaar druk krijgen met deze groep, ook omdat mensen langer thuisblijven als zij specialistische zorg nodig hebben.”

Door onderwijs en samenwerking zijn de eerste en tweede lijn naar elkaar toegegroeid. Zorgtaken zijn ook overgedragen aan de eerste lijn. Hierdoor zien wij veel patiënten bij controles als het goed gaat, bij problemen wordt de huisarts gebeld. Met het ouder worden van de patiënt stijgt echter het risico op comorbiditeit. Hoe zie jij hier de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn?

“Multifactoriële zorgvragen vereisen een goede rolverdeling tussen zorgverleners én een goede overdracht. Veel patiënten komen al jaren bij een specialist; deze controles zijn en blijven belangrijk. De huisarts kent de patiënt echter vaak ook al lang. Vooral de oudere patiënt zien wij bovendien frequenter. Wij zien zo vrij snel als hij achteruit gaat. Ook hebben wij een beeld van de thuissituatie en wat daar mis gaat. Dat de partner bijvoorbeeld te fragiel is om voor de patiënt te zorgen. Daar kunnen wij met andere zorgpartijen op anticiperen. De lijnen in de wijk zijn kort. Maar, dat geldt ook voor de lijnen met de specialisten. Als het nodig is, kunnen we elkaar goed bereiken.”

Dat klopt. Er is altijd snel telefonisch of mailcontact. Volgens mij valt er wel nog winst te behalen als huisartsen en specialisten elkaar vaker opzoeken voor een face-to-face-gesprek. Zeker nu er zoveel nieuwe jonge artsen bijkomen. Als je elkaar kent, kun je beter samenwerken. Bijvoorbeeld aan Advance Care Planning. Ik vind het belangrijk dat in

Dr. Yvo Kesler
“De huisarts kent de patiënt vaak ook al lang”

Advance Care Dossier zou ideaal zijn”

dit plan de visie van de huisarts en de specialist(en) betrokken wordt. Met een gezamenlijk zorgplan verbeter je namelijk daadwerkelijk de kwaliteit van zorg in de laatste levensfase.

“Dat zou ideaal zijn. De centrale vraag in het Advance Care Plan blijft natuurlijk hoe de patiënt zelf naar zijn toekomst kijkt. Wil je als 85-plusser nog wel die zware behandeling. Wil je als 90-plusser nog gereanimeerd worden? Al deze zaken leggen we vast. Via de overdracht kunnen we hierbij ook vastleggen wat de specialist doet en welke zorg de huisarts levert.”

Hoeveel mensen in jullie praktijk hebben eigenlijk zo'n plan?

“Te weinig, maar het aantal stijgt doordat er meer aandacht is voor Advance Care. We zien ook dat het werkt; dat het de zorg in de laatste fase inderdaad kwalitatief beter maakt, omdat er meer aandacht komt voor de persoon en minder voor zijn ziekte.”

Wanneer begin jij met een Advance Care Plan?

“Ik neem de *surprise question* als leidraad: ben ik verbaasd als een patiënt binnen een jaar komt te overlijden? Is het antwoord negatief, dan moet ik de zorgtoekomst van de patiënt bespreken. Maar elke patiënt is anders. Bij de 90-plusser die steeds in het ziekenhuis belandt, is het evident om een plan te maken. Bij een 50-plusser met Gold IV COPD wordt het lastiger. Gaande het gesprek blijkt echter dat veel mensen een helder beeld van hun zorgwensen hebben.”

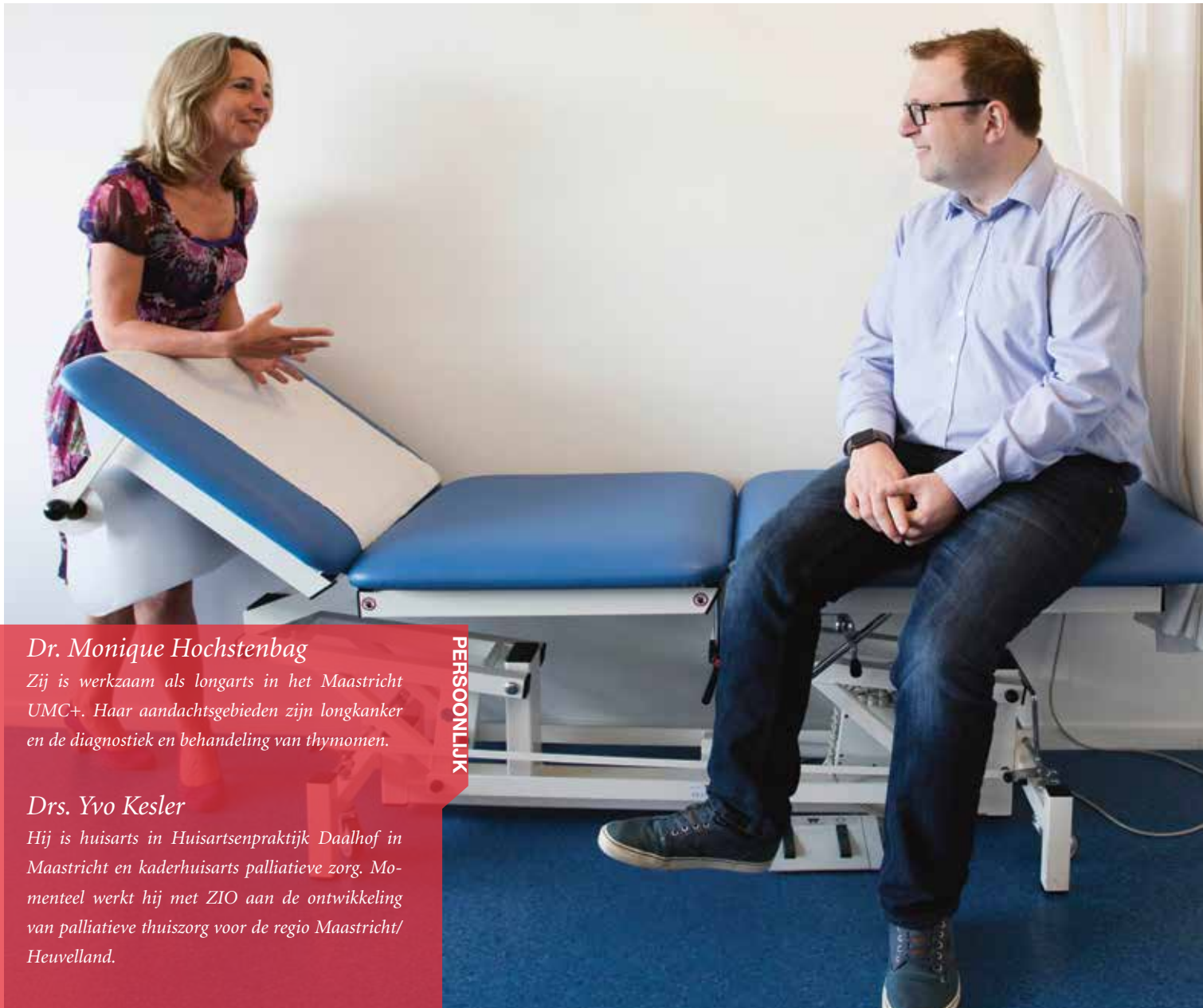
Gebruiken jullie hiervoor een vast format in jullie EPD?

“In principe niet. Het plan zit verweven in het dossier. Een doelgericht format, waarin alle relevante informatie tot aan een reanimatieverklaring aan toe gebundeld is, en dat in de verschillende lijnen inzichtelijk is, zou perfect zijn. Nu zijn we voor deze informatie nog afhankelijk van de overdracht tussen zorgverleners. Met het risico dat het mis kan gaan. Dat een patiënt bij een spoedopname bijvoorbeeld toch gereanimeerd wordt. Uiteindelijk is een gezamenlijk Advance Care Dossier natuurlijk het beste.”

Nu is bekend dat veel oudere zieke patiënten zowel bij de specialist als bij de huisarts komen, maar een gezamenlijke visie ontbreekt. Zou het niet mooi zijn om, net zoals in de carroussel, een longspreekuur te organiseren in de huisartsenpraktijk? Zodat wij deze patiënten gezamenlijk kunnen zien zonder dat zij naar het ziekenhuis hoeven te komen. Ook een gezamenlijk huisbezoek zou tot de mogelijkheden kunnen behoren. “Dat zou een heel goede ontwikkeling zijn.”



**Dr. Monique Hochstenbag”
“Met een goed zorgplan
verbeter je daadwerkelijk
de kwaliteit van zorg in de
laatste levensfase”**



PERSONLIJK

Dr. Monique Hochstenbag

Zij is werkzaam als longarts in het Maastricht UMC+. Haar aandachtsgebieden zijn longkanker en de diagnostiek en behandeling van thymomen.

Drs. Yvo Kesler

Hij is huisarts in Huisartsenpraktijk Daalhof in Maastricht en kaderhuisarts palliatieve zorg. Momenteel werkt hij met ZIO aan de ontwikkeling van palliatieve thuiszorg voor de regio Maastricht/Heuvelland.

Op de afdeling longziekten werken wij met een MDO waarin opgenomen patiënten die palliatieve of supportieve zorg nodig hebben worden besproken. Ook kunnen wij patiënten verwijzen naar het expertisecentrum voor chronisch orgaanfalen CIRO+ in Horn. Hier richt een gespecialiseerde afdeling Ciro@care zich op behandeling op maat bij complexe zorg en symptoombestrijding; ziektegerichte zorg gecombineerd met palliatieve zorg. Zie jij hier een rol voor de huisarts weggelegd?

“Wellicht kan de huisarts in een vroeg stadium hierbij betrokken worden. Wij kennen de patiënt toch het beste in de thuissituatie, wellicht kan het plan dan nog beter worden toegespitst op de patiënt.”

Jij bent gespecialiseerd op het gebied van palliatieve zorg. De moeilijkste en meest complexe zorg.

“Maar ook de meest waardevolle én noodzakelijke zorg, aangezien 85% van de mensen thuis overlijdt.”

Persoonlijk vind ik dat je deze zware zorg niet zomaar kunt overdragen aan de huisarts. Terminale zorg moet je samen doen: samen kijken wat je kunt doen aan pijn, hoge dyspnoe sensatie en hoe

je het thuis optimaal kunt maken. Dit belangrijkste stukje voor de patiënt moet 100% goed zijn. De huisarts is in deze zorg de spil, maar de specialist kan heel goed als ruggensteun fungeren. Vind je niet dat de eerste en tweede lijn ook in deze laatste fase meer samen moeten optrekken?

“Het Regionale Consultatieteam Palliatieve Zorg van het Maastricht UMC+ werkt al transmuraal. Samen met ZIO bouwen we momenteel aan de ontwikkeling van teams voor Palliatieve Thuiszorg (PaTz), waarin we huisartsen, thuiszorgverpleegkundigen en een consulent palliatieve zorg aan elkaar verbinden. In juli start het tweede PaTz-team en hopelijk volgen dit jaar nog twee andere teams. De belangrijkste winst van dit project is tijd! Om iemand met bijvoorbeeld terminale longkanker thuis de zorg te kunnen bieden die hij nodig heeft, is tijd nodig. Dankzij betere samenwerking tussen de eerste en tweede lijn kunnen we het traject nu al opstarten op het moment dat de patiënt de diagnose krijgt. Dit komt de kwaliteit van de zorg ten goede.”

Uit de praktijk

Op oudere leeftijd neemt het risico op complicaties bij een behandeling toe. Hoe willen patiënten voorgelicht worden en hoe beïnvloedt dit hun beslissing over een behandeling?



Pierre Heidenrath (79) uit Vaals is ter controle in het Maastricht UMC+. Hij is met de motor. “Zo’n motor met twee wielen aan de voorkant. Daar mag je met een normaal rijbewijs mee rijden. Ideaal. Had ik eerder moeten weten.” Op zijn 73^e heeft hij een vierdubbele bypass ondergaan. “Die ingreep was noodzakelijk. Ik ben toen goed voorgelicht over de risico’s, die vond ik aanvaardbaar. Zeven maanden later liep ik weer de vierdaagse.” Dat gaat nu niet meer, want meneer Heidenrath heeft te veel last van zijn benen. “Daar kan ik me aan laten opereren, maar dan is er een risico dat ik mijn benen kwijt raak. Dan loop ik liever zo lang het gaat. De dokter is het daarmee eens en laat de keuze aan mij.”



Madeleine Jonkers (68) uit Maastricht is in het Maastricht UMC+ voor een zenuwonderzoek. “Ik heb MSA, een neurologische aandoening. Daarom kom ik regelmatig in het ziekenhuis.” Van haar dokters verwacht ze duidelijkheid. “Er is ooit tegen me gezegd dat ik zelf informatie kon googelen. Dat vond ik niet kunnen. Ik verwacht dat een arts me goede uitleg geeft zodat ik het helemaal begrijp.”

Vanwege de progressieve aard van haar ziekte heeft ze duidelijk aangegeven wat ze wel en niet wil qua behandelingen. “Ik heb daar goed over nagedacht en het op mijn initiatief met mijn arts besproken. Ik weet niet of dat initiatief bij de patiënt moet liggen, je moet dat wel durven. Een arts kan het wellicht eens aantippen als iets waar een patiënt over kan nadenken als hij daar aanleiding toe ziet.”

De kleindochter van **mevrouw H. Verhappen** (70) en **meneer P. Tilburgs** (75) uit het Brabantse Laarbeek ondergaat vandaag een MRI-scan. Van een arts verwachten ze dat die een patiënt precies zegt wat er aan de hand is en welke behandelingen er mogelijk zijn, inclusief alle mogelijke complicaties. “Dat kan niet leuk zijn, maar dan is het in ieder geval duidelijk. Dan kan een patiënt daarna zelf een beslissing nemen.” Meneer Tilburgs wordt binnenkort gekeurd voor zijn rijbewijs. “Er is recent een probleem aan mijn oog ontdekt. Ik ben bang dat ze me daarop afkeuren. Dat zou ik heel erg vinden. We zijn dan meteen zo afhankelijk. Als het mogelijk is, laat ik dat zeker behandelen. Maar behalve wat kleine mankementen zijn we verder topfit. Als we zo 100 kunnen worden, graag.”





Een **directe route**

PERSOONLIJK

Drs. Leen Dielis is directeur van azM Herstelzorg:

‘De juiste patiënt op de juiste plek zorgt ervoor dat de kanalen voor alle ouderen die zorg nodig hebben open blijven. Een snelle en goede toewijzing aan de poort van de zorg is hiervoor cruciaal.’

naar geriatrische revalidatiezorg

In 2016 revalideerden ruim 700 ouderen bij azM Herstelzorg. De aanspraaknorm is strikt: alleen de medisch specialist kan patiënten vanuit het ziekenhuisbed naar de multidisciplinaire geriatriche revalidatiezorg verwijzen, maar dat gaat mogelijk veranderen. In het kader van de proeftuin Blauwe Zorg werkt azM Herstelzorg aan een pilot waarin ook de huisarts patiënten kan verwijzen. Leen Dielis is hoopgevend: “De proef gaat ons helpen om kwetsbare patiënten sneller op de juiste plek in de geriatriche zorgketen te krijgen.” Tot 2015 was azM Herstelzorg gehuisvest bij verzorgingshuis Klevarie. Na de sloop van dit complex is het revalidatiecentrum in afwachting van nieuwbouw tijdelijk ondergebracht in het voormalige verzorgingshuis Molenhof, ook in hartje Maastricht. Het centrum telt honderd bedden. “Daarvan zijn er gemiddeld tachtig bestemd voor de klinische behandeling bij revalidatiehulpvragen in verschillende diagnosegroepen”, vertelt directeur Leen Dielis. “Wij behandelen ouderen die na een trauma, een CVA of chirurgische ingreep door hun leeftijd of aandoening vaak langer nodig hebben om te herstellen. Als specialistische ziekenhuiszorg niet meer nodig is, maar naar huis gaan nog niet kan, komen wij in beeld. Op voorwaarde dat de patiënt na de herstelperiode wél naar huis kan. Meestal lukt dit ook; in 2016 kon 85% van onze patiënten terug naar huis. Naast onze revalidatiebedden hebben we gemiddeld twintig bedden vrij voor transfers naar langdurige zorg (WLZ) van Envida. Kwetsbare ouderen kunnen even bij ons blijven totdat er een plek vrij is in een verpleeghuis.”

Bypass De aanspraaknorm voor geriatriche herstelzorg roept al langer discussie op. Leen Dielis: “Voor specialistische zorg en behandelingen zijn ouderen absoluut op hun plek in het ziekenhuis. Geregeld komen echter ook ouderen in het ziekenhuis terecht die daar niet thuishoren. Meestal, omdat er geen alternatief is. Om de doorstroming naar de geriatriche revalidatiezorg te bevorderen, werd in 2015 een ‘bypass’ naar de GRZ aangelegd. De huisartsen kunnen patiënten sindsdien via een verkorte route en een consult bij de klinisch geriater naar ons verwijzen. Met de inzet van het geriatisch team van het Maastricht UMC+ lukt dit ook. Maar zelfs deze alternatieve route blijft soms tenenkrommend omslachtig. Vanwege de drukte op de poli van de

specialist moeten patiënten soms te lang wachten. Omdat de zorgbehoefte groot is, belanden ze dan alsnog via de spoedeisende hulp in het ziekenhuis.”

Pilot Op verzoek van de ziektekostenverzekeraar VGZ onderzoekt azM Herstelzorg of een rechtstreekse verwijzing van patiënten door de huisarts doelmatiger is. De triage wordt in de pilot verricht door de specialist ouderengeneeskunde van azM Herstelzorg. Uiteraard moeten alle patiënten die geaccepteerd worden in de GRZ voldoen aan de aanspraaknormen, oftewel: de revalideerbare multidisciplinaire behandeldoelen zijn gericht op terugkeer naar huis.

Leen Dielis: “De pilot is 1 april gestart in samenwerking met twintig huisartspraktijken. In ons onderzoek monitoren we of een rechtstreekse verwijzing logistiek goed te regelen is en wat bijvoorbeeld de min- en pluspunten van de triage door de specialist ouderengeneeskunde zijn? Het is nog te vroeg om antwoorden te geven, maar de eerste ervaringen stemmen al tot tevredenheid. Zo vind ik het aantal aanmeldingen boven verwachting. Ter vergelijking: in 2015 werden via de bypass gedurende het hele jaar 29 patiënten bij ons aangemeld. Dit jaar zijn via de rechtstreekse triage in één maand al acht patiënten aangemeld. Deze patiënten hoeven dus niet opgenomen te worden in het ziekenhuis. We hopen dat we eind 2017 de meerwaarde van een rechtstreekse verwijzing kunnen onderbouwen en onze pilot kunnen uitbreiden. De verwachting is dat we met deze maatregel de geriatriche zorgketen beter stroomlijnen. En nog belangrijker, dat we kwetsbare ouderen sneller en doelmatiger op de juiste plek in de keten kunnen behandelen.”

Meer informatie vindt u op www.azmherstelzorg.com.



“Generalistisch doen wat kan,”

De ouderenzorg is een belangrijk onderdeel van de dagelijkse werkzaamheden van huisartsen en eerstelijnszorg. De langdurige ouderenzorg is ingedeeld in drie belangrijke onderdelen: de ketens CVA en dementie en het netwerk palliatieve zorg. De route voor kwetsbare ouderen is ingewikkeld door de vele betrokken partijen bij diagnostiek en bemiddeling, het niet tijdig signaleren van problemen en het onvoldoende aansluiten of beschikbaar zijn van vervolgzorg. Als niemand de regie neemt, komt het voor dat een patiënt in afwachting van een diagnose wordt opgenomen in het ziekenhuis. Juist voor deze patiëntengroep niet de beste omgeving. Om dit te voorkomen en duidelijkheid te scheppen voor patiënten en professionals wordt er nu een vierde onderdeel ontwikkeld; het netwerk integrale ouderenzorg.

“Mensen willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Op een gegeven moment gaat het echter niet meer. Dan is lijden een te grote last. Regelmatig komen deze patiënten via de huisartsenpost of de SEH in het ziekenhuis terecht. Ze worden opgenomen zonder medische indicatie en komen in een verkeerd bed terecht”, zegt Jan Maarten Nuijens, bestuurder van Envida en voorzitter van het gecentraliseerde ketenbestuur.

“Het is belangrijk om de route van de patiënt in kaart te brengen zodat we aan de voor- en achterkant van het ziekenhuis deze mensen beter kunnen opvangen. We moeten generalistisch doen wat kan en specialistisch doen wat moet. Hiervoor heb-

ben we een regiovisie opgesteld voor de Integrale Ouderenzorg. Deze visie moet de basis zijn voor een vierde onderdeel binnen de langdurige ouderenzorg. Daar gaat een projectgroep mee aan de slag.”

De drie bestaande ketens – CVA, dementie en het netwerk palliatieve zorg – functioneren in de praktijk naar wens. Toch kan ook daar nog een efficiëntieslag gemaakt worden volgens Nuijens. Vooral door betere samenwerking tussen de betrokken zorginstanties. Daarom is op initiatief van de Alliantie Santé, (het samenwerkingsverband tussen de Gemeente Maastricht, GGD Zuid-Limburg, Huis voor de Zorg, Maastricht University, Maastricht UMC+, Mondriaan GGZ, ZIO, VGZ en Envida) in 2016 een gecentraliseerd ketenbestuur samengesteld wat de basis moet vormen voor een betere besturing, organisatie en zorginhoud.

“De verschillende partijen binnen Alliantie Santé komen elkaar binnen iedere zorgketen tegen. Alliantie Santé wil meer gezondheid per euro realiseren. Dan is efficiënt samenwerken en samen een beleid bepalen een must. Als je dezelfde mensen tegenkomt bij het overleg over de keten dementie en het netwerk palliatieve zorg kun je net zo goed beide thema’s behandelen. Iedere partner is in het gecentraliseerde ketenbestuur vertegenwoordigd. We komen vier keer per jaar bij elkaar om regionale beleidskwesties te bespreken. Binnen iedere keten wordt in kerngroepen vaker overleg gevoerd door professionals die in de praktijk ervaren wat er nodig is in de zorg.”

Jan Maarten Nuijens is sinds 2014 bestuurder van Envida.

Nicole Maraite is coördinator Alliantie Santé Maastricht-Heuvelland.

specialistisch doen wat moet”

Coördinator van de Alliantie Santé en het gecentraliseerde ketenbestuur Nicole Maraite legt uit hoe deze functioneren: “Iedere kerngroep heeft een coördinator. Die coördinatoren onderzoeken samen waar overlap zit en waar beter samengewerkt kan worden. Als je meer van elkaar weet is er ook meer contact. Zo is er nu bijvoorbeeld structureel overleg tussen de ketens dementie en het netwerk palliatieve zorg. Je kent elkaar beter, daardoor zijn de lijnen korter. Je ontdekt daardoor sneller waar zorgkwaliteit te winnen valt.”

Voor het netwerk ouderenzorg heeft dat geleid tot meer aandacht voor Advance Care Planning, één van de uitgangspunten van de regiovisie ouderenzorg. “Patiënten hebben meer eigen verantwoordelijkheid gekregen om samen met hun huisarts te kijken naar wat zij samen met hun omgeving en de eerstelijnszorg kunnen doen om zo lang mogelijk veilig thuis te kunnen blijven wonen. Daarvoor ligt het initiatief bij de huisarts die nauw samenwerkt met de andere professionals. Maar als thuis wonen niet meer gaat of op het moment dat het levenseinde in zicht komt, willen we dat er al eerder met kwetsbare ouderen is gekeken naar hun toekomstige situatie”, zegt Nicole Maraite. “Wat zijn de voorkeuren en wensen voor zorg van de oudere patiënt zelf? Hoe kunnen we daarop anticiperen? Daarvoor is samenwerking met het palliatief netwerk nodig.”

Ook op andere vlakken zijn er nog stappen te maken volgens

Nuijens. “De druk op de ouderenzorg is toegenomen en stijgt nog steeds. Er zijn sinds 2014 tweehonderd verzorgingstehuisplekken verdwenen in de regio. Vooral voor de lagere zorgzwaarte in de langdurige ouderenzorg is er veel flexibiliteit in het systeem weg genomen. Ook hebben we op dit moment geen inzicht in het aantal beschikbare plaatsen in de verpleeghuiszorg voor ouderen die met spoed een plek nodig hebben omdat ze thuis in een crisis zitten of tijdelijk ontlast moeten worden. We willen er het komend half jaar voor zorgen dat huisartsen en ziekenhuizen een actueel overzicht hebben van welke plekken er waar beschikbaar zijn. Door de betere samenwerking tussen de regiopartners moet dat mogelijk zijn. Daarnaast moet het voor huisartsen duidelijker worden bij wie ze voor welke vraag terecht kunnen.”

Samenwerken is het toverwoord in de ouderenzorg volgens Nuijens. “We kunnen niet meer alleen naar ons eigen straatje kijken. Dan krijg je het waterbedfenomeen: als je op de ene plek duwt komt het ergens anders omhoog. We denken iets op een bepaalde manier op te lossen zonder rekening te houden met waar het weer omhoog komt. Dat proberen we nu wel. Het is ook geen gesloten netwerk. Als het relevant is dat een bepaalde partij betrokken wordt bij een keten dan zorgen we daarvoor.”

Meer informatie over de Alliantie Santé en de Regiovisie Ouderenzorg is te vinden op www.blauwezorg.nl/alliantie-sante/.

U M C +

*Dr. Helen Mertens,
sinds maart lid Raad
van Bestuur
Maastricht UMC+.
Hiervoor gynaecoloog
en medisch manager
van het Oncologisch
Centrum verbonden
aan Zuyderland
Medisch Centrum.*

Trans- formationeel medisch leiderschap



Het zorglandschap is toenemend complex door landelijke en regionale ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen zijn onder meer het gevolg van beperkte beschikbaarheid van financiële middelen, groeiende diagnostische en therapeutische mogelijkheden, ICT-veranderingen, stringenter eisen ten aanzien van patiëntveiligheid en de veranderende wet- en regelgeving. De zorg wordt bovendien prestatiegerichter door de toenemende aandacht van overheid en zorgverzekeraars voor de kwaliteit en de zorgkosten.

Daarnaast verandert de positie van de patiënt: de autoriteit van zorgprofessionals neemt af, de emancipatie van patiënten neemt toe. De nadruk komt steeds meer te liggen op functiebehoud en de eigen verantwoordelijkheden en wensen van patiënten. Patiëntparticipatie en transparantie worden steeds vanzelfsprekender.

Medische professionals en zorgbestuurders dienen voorbereid te zijn op de veranderende zorgomgeving. Zij moeten beschikken over een adaptief vermogen en een blijvende gerichtheid op ontwikkeling van eigen kennis en vaardigheden. De nieuwe specialisten moeten richting geven aan de zorg van morgen. In de spreekkamer en daarbuiten.

Ik geloof in deze professionele autonomie. Zorgbestuurders dienen die te faciliteren. Maar dat kan alleen als medische professionals, naast medische competenties, ook leiderschaps- en managementvaardigheden ontwikkelen. Die skills zijn noodzakelijk om verantwoordelijkheid te kunnen nemen voor de kwaliteit van zorg en samenwerking in zorglijnen en zorgketens.

Leiderschap is het vermogen om mensen te inspireren en te motiveren om in de gewenste richting te gaan. Transformationele leiders boeken buitengewone resultaten door met een oprechte persoonlijke betrokkenheid anderen aan te zetten tot creativiteit en innovatie. De lerende cultuur die dan ontstaat, past bij een zorginstelling waar professionals willen groeien door zichzelf te ontwikkelen.

Om de zorg integer, patiëntgericht, ethisch verantwoord, betaalbaar en werkbaar te houden, moet de stem van de medische professional worden bewaakt en behouden. Zeker óók daar waar externe bemoeienissen op het gebied van kwaliteitsbewaking hun doel – op onderdelen – voorbij schieten. Naar mijn idee is verankering van medisch leiderschap in het hoogste besluitorgaan van een zorginstelling daarom essentieel.