

De Zorg- en Welzijnsstandaard

Voor veel aandoeningen bestaan behandelstandaarden, bijvoorbeeld voor COPD of diabetes. 'Maar daarin staat de aandoening centraal, terwijl bij ouderen veel meer factoren van invloed zijn op hun gezondheid', vertelt Antoinette Meys, coördinator van het eerstelijns deel van het project. 'Ouderen komen vaak bij meerdere specialisten. Die kijken naar hun eigen deel, niet naar het totaalbeeld. Daardoor betrekken zij bij de behandeling dan niet dat de oudere bijvoorbeeld een mobiliteitsstoornis heeft of vergeetachtig is.' Een ingreep of medicatie kan dan heel verkeerd uitpakken.

Keuze met lef

Het project, dat onderdeel is van het Nationaal Programma Ouderenzorg, werkt daarom aan heldere kwaliteitscriteria die helpen bij het maken van de juiste afweging voor zorg en behandeling. In die afweging spelen fysieke mogelijkheden van de oudere een rol, maar ook zijn of haar toekomstwensen. Met de criteria moeten welzijnswerkers, huisartsen en medisch specialisten meervoudige problemen sneller herkennen. Zodat ze – in overleg met de oudere – beter kunnen besluiten wat het beste is voor de kwetsbare oudere. Marcel Olde Rikkert, hoogleraar geriatrie bij het UMC St Radboud, vertelt dat dat ook kan betekenen af te zien van een operatie. 'Die keuze vraagt wel om lef. In dat geval besluit de zorgprofessional namelijk niet te handelen volgens de richtlijn voor de ziekte of aandoening. Hij besluit wat het beste is voor de oudere.'

Geen overbodige kosten

Afzien van een operatie kan een oudere dus veel onnodige ellende besparen. Daarnaast worden geen overbodige kosten gemaakt. Olde Rikkert en zijn team berekenden dat alleen al op de zorg aan de 4.000 kwetsbare ouderen in de regio Nijmegen anderhalf tot twee miljoen euro bespaard kan worden bij betere beoordeling. De besparing bestaat uit minder opnames in verpleeg- en ziekenhuizen, minder me-

dicatiegebruik en minder ouderen met delier (acute verwardheid). Aangezien er in Nederland 700.000 kwetsbare ouderen zijn, kan die besparing landelijk gezien tientallen miljoenen bedragen. Olde Rikkert: 'Dat is een aanname aan de hand van onze ervaringen de afgelopen jaren en de bestaande literatuur. Over niet al te lange tijd weten we meer.'

Aandacht voor welbevinden

De mogelijkheid om af te zien van een behandeling of operatie laat al zien dat eigen regie van cliënten centraal staat. De Zorg- en Welzijnsstandaard (ZWS) richt zich dan ook op een zorgaanbod dat aansluit bij de specifieke wensen en behoeften van ouderen. Dit helpt ouderen en hun mantelzorgers zo zelfstandig mogelijk te blijven, met een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Dat is vooral zichtbaar als er een nieuwe of andere behoefte ontstaat op het gebied van gezondheid of welzijn. De ZWS regelt dan een zorg- en dienstenaanbod op maat. Vooral dat 'welzijn' en 'dienstenaanbod' is bijzonder. Coördinator Meys: 'Bijvoorbeeld de aandacht die er is voor wonen en dagbesteding. Een slechte woonsituatie heeft namelijk effect op het welbevinden, en dagbesteding kan zorgen voor afleiding van pijn en lastenverlichting voor de mantelzorger.'

Andere vormgeving in de eerste lijn

Het project ontwikkelt een standaard voor zowel eerste- als tweedelijnszorg. Bij de eerstelijnsstandaard wordt de zorg vanuit de huisartsenpraktijk anders vormgegeven. Meys: 'Huisartsen onderzoeken eerst welke ouderen in hun praktijk kwetsbaar zijn, onder meer door te kijken naar medicatie en inschattingen over eenzaamheid op basis van bestaande gegevens in hun bestand. Een praktijkondersteuner of wijkverpleegkundige gaat vervolgens bij de oudere langs om die gegevens te controleren, aangevuld met vragen als 'hoe woont iemand?' en 'hoe goed zorgt hij voor zichzelf?' Blijkt de oudere kwetsbaar, dan gaat de zorg voor hem of haar volgens de standaard lopen. 'Dan wordt iemand benoemd die de zorg coördineert en wordt een individueel zorg- en actieplan gemaakt. Verder is een multidisciplinair team betrokken met daarin de huisarts, wijkverpleegkundige, een welzijnsadviseur en iemand met geriatrische kennis.'

Ook het tijdig bespreekbaar maken van wat de oudere zelf wil wanneer hij of zij een ernstige ziekte krijgt, moet al in de eerste lijn plaatsvinden zegt Raymond Koopmans, hoogleraar ouderengeneeskunde en projectleider van het eerstelijnsdeel van de ZWS. 'Huisartsen zullen dus meer pro-actief te werk moeten gaan, een van de grootste veranderingen voor hen.'

Een goed beeld in de tweede lijn

Ook in de tweede lijn wordt eerst een goed beeld geschetst van de oudere. Coördinator van dit deel Anke Persoon: 'De verschillen tussen ouderen zijn erg groot en niet leeftijdgebonden: iemand van 70 kan nog 40 uur werken, terwijl

Een voorbeeld: onhandelbaar na operatie

Een oudere dame is na haar operatie voor kanker totaal onhandelbaar. Ze is agressief en rukt steeds haar infuus eruit. De vrouw heeft psychische problemen en de operatie was, achteraf bezien, te veel voor haar. Waren haar problemen vooraf goed bekeken en waren deze afgezet tegen het moeizame herstel- en revalidatieproces, dan was nooit voor een operatie gekozen. Met extra zorg thuis was de mevrouw beter afgeweest.

'Grote uitdaging is het realiseren van een integraal tarief'

een andere 70-jarige veel klachten heeft. De verpleegkundige screent patiënten van 70 jaar en ouder door vragen te stellen als "bent u vergeetachtig?" en "bent u weleens gevallen?" Blijkt dat een oudere kwetsbaar is, dan schakelen we een consultatieteam geriatrie in. De verpleegkundig consulent inventariseert de situatie en wensen van de oudere met een speciaal meetinstrument. Daarbij wordt gekeken naar sociaal netwerk, gehoor en zicht, lichamelijke klachten en pijn. Dat speelt allemaal een rol bij een voor spoedig revalidatieproces. Maar ook is er aandacht voor het cognitief vermogen. Snapt een oudere bijvoorbeeld waarom hij bepaalde oefeningen moet doen? En klopt het echt als hij zegt dat het goed gaat of is dat beleefdheid?' Naast het screenen bekijkt een geriater het medicijngebruik. Persoon: 'Die kijkt naar de combinatie van medicatie en of die bijvoorbeeld risico geeft op vallen of delier. Op basis daarvan geeft hij een advies aan de behandelend arts.' Complexe situaties komen aan bod in het multidisciplinair overleg. Daarin is ook aandacht voor de transfer vanuit het ziekenhuis weer terug naar huis. 'Wat verder bijzonder is, is dat we vrijwilligers inzetten die ouderen lichamelijk en geestelijk activeren, bijvoorbeeld gezelschap houden bij het eten.'

Uniek: inzet van vrijwilligers

Een Amerikaanse studie heeft laten zien dat er bij inzet van vrijwilligers minder delier voorkomt. Het project De Zorg- Welzijnsstandaard onderzoekt daarom ook de inzet van vrijwilligers, uniek in Nederland. Anke Persoon: 'Wij

willen ouderen iets extra's bieden, maar daarvoor is vaak geen tijd. Vrijwilligers kunnen zich echter volledig op die extra taak richten. Zij doen dat vanuit vier verschillende programma's. In totaal werken we met ongeveer 36 vrijwilligers. Zij zijn 10 tot 30 minuten per dag aanwezig.' De vier programma's:

1. Oriëntatie

'Het doel van het oriëntatieprogramma is ouderen in het hier en nu houden. Vrijwilligers gaan elke dag zo'n 10 minuten langs bij de oudere om een gesprekje te hebben. Bijvoorbeeld dat het vandaag maandag is en dat de oudere morgen, dinsdag, wordt geopereerd. Het gaat om het prikkelen van de oudere om na te denken over waar hij is en wat hij in het ziekenhuis doet.'

2. Activiteiten

'Dit programma gaat om het geestelijk actief houden van de oudere, bijvoorbeeld met puzzels of spelletjes. Dit kan delier voorkomen en het revalidatieproces verbeteren. Allereerst voert de vrijwilliger een gesprekje om erachter te komen wat de oudere leuk vindt. Daarvoor hebben we ook materiaal ontwikkeld.'

3. Beweging

'Het bewegingsprogramma moet ouderen lichamelijk activeren, uiteraard in overleg met de fysiotherapeut. Mogen mensen uit bed om te wandelen, dan gaan ze ook wandelen.'

Nationaal Programma Ouderenzorg

Het project de Zorg- en Welzijnsstandaard wordt uitgevoerd binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). Dit programma verbetert de zorg voor ouderen met complexe hulpvragen. Ruim 550 organisaties werken daarvoor landelijk en regionaal samen. Doel is een samenhangend zorgaanbod dat beter is afgestemd op de individuele behoeften van ouderen. Voor ouderen leidt deze kwaliteitsslag tot meer zelfredzaamheid, meer functiebehoud en minder terug hoeven vallen op de zorg. Het NPO is een programma van ZonMw, in samenwerking met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en koepel van ouderenorganisaties CSO. Opdrachtgever is het ministerie van VWS.

Voor het NPO is tachtig miljoen euro beschikbaar. Met dat geld worden 75 transitie-experimenten, onderzoeks-, onderwijs- en implementatieprojecten gefinancierd, vanuit de behoeften en wensen van de ouderen. Het gaat om zorg over de volle breedte, zoals medische zorg, langdurende zorg, welzijn, mantelzorg en preventie. Ouderen zelf participeren actief in het NPO. De uitvoering ligt bij acht door de UMC's geïnitieerde regionale netwerken die samen zorgen voor landelijke dekking. Kijk voor meer informatie op www.nationaalprogramma-ouderenzorg.nl.

4. Voeding

'Eten is belangrijk voor de revalidatie. We zetten vrijwilligers in die aanschuiven bij de maaltijd, want eten gaat beter als dat in gezelschap gebeurt. Ook letten zij op of ouderen wel drinken. Verder doen we een proef met gezamenlijk eten op de afdeling, wederom vanwege die gezelligheid. En en passant worden mensen geactiveerd om uit bed te komen.'

Doorgaande lijn

Hoewel in de eerste en tweede lijn verschillende stappen worden gezet, is er nauwe samenwerking. De huisarts heeft de oudere in zijn praktijk nu goed in beeld en geeft het zorg- en actieplan dat hij van de kwetsbare oudere heeft, door aan het ziekenhuis indien de oudere wordt opgenomen. Bij ontslag past het ziekenhuis dat plan weer aan zodat de huisarts het complete beeld weer heeft en er een naadloze aansluiting ontstaat met de eerste lijn. Uiteindelijk moet het leiden tot een continuüm in de zorg voor ouderen zonder merkbare schotten. Niet onbelangrijk aangezien jaarlijks 100.000 ouderen in Nederland te maken hebben met functieverlies na ziekenhuisopname. Enkel vanwege die opname op zich.

Kenmerken van de Zorg- en Welzijnsstandaard

- een samenhangend zorgaanbod op maat
- pro-actief aandacht voor zorg én welzijn
- kwaliteit van leven boven verlengen ervan
- eigen keuze voor de cliënt
- geen onnodige of ongewenste behandeling
- voorkomen van complicaties bij ziekenhuisopname
- een verschuiving van zorgkosten
- besparing van zorgkosten

Het project moet straks, als het in 2013 is afgelopen, een samenhangend zorg- en welzijnsaanbod uit eerste en tweede lijn opleveren. Grote uitdaging daarbij is het realiseren van een betaaltitel waarbij er een integraal tarief komt dat samengesteld is uit componenten van de AWBZ, Zorgverzekeringswet en Wmo. |

zorgmarkt

Verkiezing: Zorgonderneming van het jaar 2012



Tot 1 februari aanstaande kunt u innovatieve zorgprojecten of ondernemingen aanmelden. De onderneming waar u werkt, maar ook projecten van anderen waarvan u vindt dat ze de titel zorgonderneming van het jaar 2012 verdienen.

Aanmelden kan heel eenvoudig op www.zorgondernemingvanhetjaar.net