

# De kanteling van de ouderenzorg

Zorg op basis van welbevinden



# Welnu... een stap verder

In onze eerste brochure Welnu in 2013 schreven we: "De eerste stap is gezet. Ons project is afgelopen, maar de transitie in de zorg begint nu pas!"

De eerste stap was het onderscheiden van 5 ouderenprofielen op basis van het screeningsinstrument *'Behoeft als kompas, de oudere aan het roer'*. Met dit screeningsinstrument kunnen we leefplezier, kwetsbaarheid en de zorgvraag beter definiëren. Vervolgens is geëxperimenteerd met modulaire zorg, waarmee de sector integrale zorg kan aanbieden. Standaardisatie waar mogelijk en individualisering waar het moet.

Wij zijn verder gegaan met ons onderzoek, onder andere in vier geografische proefgebieden in Noord- en Oost Groningen. Hier is een brug geslagen tussen praktijk, beleid en onderzoek om de zorg, zelfredzaamheid en het welzijn van ouderen te verbeteren. Vijf jaar lang hebben verschillende gemeenten, huisartsen, zorg- en welzijnsorganisaties, woningcorporaties en ouderen met hulp van onderzoekers vanuit de universiteit samengewerkt in diverse innovatieve projecten.

Daarnaast hebben anderen initiatieven genomen vanuit hetzelfde gedachtegoed: de persoon centraal, luisteren naar de oudere en het leefplezier voorop.

In deze nieuwe brochure doen we verslag van al deze initiatieven.



# Screeningsinstrument 'Behoeftte als kompas, de oudere aan het roer'

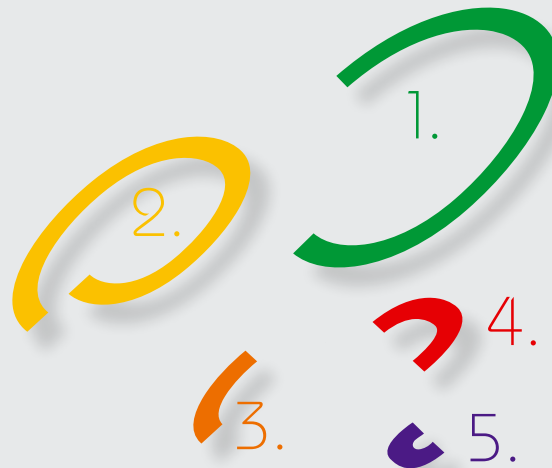
Het screeningsinstrument *'Behoeftte als kompas, de oudere aan het roer'* bevat vragen over de kwetsbaarheid, zorgcomplexiteit en het welbevinden van ouderen. Het gaat hierbij om de mening van de oudere zelf. De meeste ouderen kunnen de vragen zelf invullen.

Het screeningsinstrument is geschikt om de situatie van ouderen vanuit hun perspectief in kaart te brengen. Het kan zowel op individueel niveau als op groepsniveau worden gebruikt. Zo kan een huisarts de gehele populatie ouderen in zijn of haar

praktijk in kaart brengen, maar het instrument is ook interessant voor gemeenten om te kijken naar hoe ouderen hun eigen situatie ervaren. Op basis van het screeningsinstrument onderscheiden we 5 ouderenprofielen van vitale ouderen tot en met zeer kwetsbare ouderen.

## De 5 profielen die we onderscheiden:

- 1. Vitaal:**
  - zelfstandig, voelen zich gezond
- 2. Moeite met ouder worden:**
  - zelfstandig, psychosociale klachten
- 3. Lichamelijke en mobiliteitsklachten:**
  - moeite met dagelijkse activiteiten
- 4. Multidomein problemen:**
  - diverse problemen, minder zelfredzaam
- 5. Extreem kwetsbaar:**
  - veel problemen, niet meer zelfredzaam





Joris Slaets,  
Hoogleraar Ouderengeneeskunde UMCG

## “Kwaliteit meten? Minder tellen en meer vértellen!”

Welnu, de andere kijk op ouderenzorg en welbevinden, heeft het perspectief in de zorg 180 graden gedraaid en daardoor velen aan het denken gezet. Joris Slaets: “We hebben een methodiek ontwikkeld die simpel te hanteren is, gebaseerd op welbevinden. We hebben er instrumenten bij geleverd die men in welke vorm dan ook kan inzetten. Nu is het zaak de ervaringen

met elkaar te delen. Er zijn prachtige initiatieven ontstaan en ik ben ervan overtuigd dat de regelgeving op termijn die initiatieven gaat volgen. We horen al jarenlang vanuit verschillende hoeken dat de ouderenzorg beter moet, maar de vraag daarachter is: wat verstaan we onder ‘beter’? Ouderenzorg kan wellicht goedkoper, maar dat is iets anders dan beter. Het antwoord op de

eerste vraag is cruciaal om de juiste koers te kunnen bepalen. Daarbij moeten we ons wel realiseren dat de ouderenzorg in Nederland al tot de beste ter wereld behoort.”

### Normatief of narratief?

“De zorgkwaliteit in Nederland wordt gemeten volgens allerlei normatieve kaders, gebaseerd op uniformiteit, centrale regie en

controle. Eigenlijk zou de zorgkwaliteit gemeten moeten worden in termen van ervaren welbevinden, maar dat vraagt om een hele nieuwe manier van kijken en beoordelen en ook om nieuwe competenties bij zorgprofessionals. Het vraagt verder om een nieuwe vorm van governance: minder meten vanuit normatieve en meer vanuit narratieve kaders. Minder tellen en meer vértellen!”

### Ervaren welbevinden

“De inspectie zal anders georganiseerd moeten worden. In de huidige CQ-tests staan veel teveel parameters en wordt te weinig de daadwerkelijk beleefde kwaliteit gemeten. En de trend is eerder dat er meer criteria bijkomen dan minder. De toenemende kwaliteitsregels en inkoopcriteria houden de zorgsector in een wurggreep. Het is meer van hetzelfde en dat gaat niet werken! We laten kansen liggen in het meten van ervaren welbevinden. Als we uitgaan van wat de patiënt als belangrijk ervaart, verhogen we de kans op leefplezier voor mensen en maken we de zorg pas écht beter.”

### Transitieopgaves

“In de ouderenzorg zijn voldoende financiële middelen beschikbaar, zelfs als we daar de bezuinigingen in meenemen. In de medisch specialistische zorg kan het volume omlaag. Circa 25% van de zorg is onnodig, dat weten we al jarenlang. Een deel van die zorg voegt feitelijk geen waarde toe, maar berokkent eerder schade. Een ander deel van de ouderenzorg zou naar de eerste lijn verplaatst kunnen worden, mits daar ook de benodigde mensen en middelen naar toe gaan. In verzorgingshuizen worden vaak onnodig hoge tarieven gehanteerd, die niet langer in verhouding staan tot de geleverde waarde. Ook daar liggen de grote transitieopgaves.”

### Belangrijke vragen om te stellen:

- wie bent u? (identiteit)
- wat vindt u belangrijk om (nog) te kunnen doen in uw leven? (doelen, leefplezier)
- wie zou u graag willen zijn, in relatie tot anderen? (rollen, functies, relevantie, eigenwaarde)
- welke keuzes zou u willen maken? (vrijheid)

### Frustreren of faciliteren?

“Kwalitatieve zorg begint bij het welbevinden van de patiënt. Zorgaanbieders zouden hun activiteiten daar meer op af moeten stemmen. Dat vraagt om verandering van het intern kwaliteitskader en van de externe verantwoording. Bestuurders zouden die verandering moeten faciliteren, in plaats van frustreren. Ze zouden afstand moeten durven nemen van de normatieve en centralistische kaders en die opschuiven richting narratieve methodes van verantwoording, waarin meer diversiteit mogelijk is. Dat proces is niet van vandaag op morgen gerealiseerd. Daar zullen nog wel wat jaren voor nodig zijn!”



Antoinette van Etten  
Programmamanager  
Ouderenzorg UMCG

## “Vraag ouderen zélf wat zij belangrijk vinden in hun leven!”

“Met het Integraal Ouderenproject Noord- en Oost Groningen wilden we - via onderzoek - de brug slaan tussen praktijk en beleid”, legt Programmamanager Antoinette van Etten uit. “Ons doel was de zorg, de zelfredzaamheid en het welbevinden van ouderen te verbeteren. Het project is uitgevoerd tussen 1 januari 2010 en 1 januari 2015.

Het unieke is dat we in geografisch afgebakende gebieden alle ouderen hebben onderzocht en dat alle professionals betrokken waren.

In september 2011 ging het project officieel van start, met het tekenen van een samenwerkingsovereenkomst door 27 partijen. Alle ouderen in de gemeenten

Appingedam (de wijk Opwierde), Delfzijl (het dorp Wagenborgen), Menterwolde (het dorp Muntendam) en Bellingwolde (het dorp Bellingwolde) ontvingen een brief van hun huisarts. Daarin werd hen gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. In totaal 2.500 ouderen vulden het screeningsinstrument in. De meesten zelfstandig,



sommigen werden daarbij geholpen door de praktijkondersteuner van de huisarts, of een vrijwilliger van de welzijnsorganisatie.

### Palet aan interventies

“De vragen die we stelden waren gericht op zaken die ouderen belangrijk vinden in hun leven ...”, legt Van Etten uit. “... zoals wonen, welzijn, zorg, welbevinden en zelfredzaamheid. We hebben méér inzicht gekregen in de individuele behoeften van ouderen. Dat inzicht hebben we gedeeld met de gehele groep ouderen en met de professionals. Op basis van de behoeften van ouderen is vervolgens een palet aan interventies ontwikkeld, soms met bestaande en soms met nieuwe activiteiten. De Faculteit Economie & Bedrijfskunde van de Rijksuniversiteit Groningen heeft daarbij geholpen. De voortgang van het gehele project hebben we steeds gepresenteerd op drukbezochte bijeenkomsten.”

### Welbevinden centraal

“Zorgaanbieders moeten uitgaan van de wensen van ouderen zelf: dat kwam duidelijk uit ons onderzoek naar voren. Niet de beperkingen of aandoeningen, niet de leeftijd van mensen, ook niet het

zorgaanbod moet centraal staan, maar vooral het welbevinden en leefplezier van ouderen zelf. Dankzij het screeningsinstrument kunnen we zorgaanbieders per ouderenprofiel laten zien wat ouderen belangrijk vinden en waar zij behoefte aan hebben.

Het vervolg hebben we bewust opengelaten. Huisartsen, gemeenten en andere aanbieders van zorg en welzijn hebben met elkaar bepaald welke acties of interventies ze wilden ontwikkelen. De één koos voor de groep vitale ouderen, en de ander voor meer kwetsbare ouderen. Dat leidde tot een interessante mix aan interventies.

Leefplezier en welbevinden is niet alleen een zaak van de professionele zorgsector. Per situatie moet je bepalen welke bijdrage de zorg kan leveren en welke bijdrage beter vanuit de sector welzijn of wonen geleverd kan worden.”

### Burgerparticipatie

“Het betrekken van burgers bij het ontwikkelen van beleid moet voorop staan. Niet door professionals te laten bepalen wat goed voor de ouderen is, maar door de ouderen zelf aan tafel te krijgen

en te laten bepalen wat volgens henzelf van belang is. Dit leidt vaak tot geheel andere prioriteiten. De Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen evalueert momenteel deze werkwijze.”

### Inspireren en stimuleren

“Volgens mij is het nu zaak, dat we kennis verzamelen over mogelijke acties en interventies en de resultaten daarvan. Daarmee kunnen we elkaar informeren en inspireren in Nederland. Niet alle acties en interventies zullen uit de zorgsector komen, dat kunnen we al wel zeggen. Zorg en Welzijn zullen meer en beter met elkaar moeten samenwerken. Deels gebeurt dat al in de nieuwe Sociale Wijkteams, deels ligt daar ook nog een taak voor gemeenten en zorgverzekeraars. Zij kunnen die samenwerking stimuleren en faciliteren. Ook de inzet van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal psychiatriesch verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk kan helpen om ouderen langer zelfstandig thuis te laten wonen. Hij of zij kan goed inschatten wat men nodig heeft en snel een match maken met de juiste persoon of instantie.”



Nynke Walstra, Directeur  
Algemene Stichting  
Welzijn Appingedam (ASWA)

## “Met mensen spreken, voordat ze zich bij de huisarts melden”

Mensen met een zorgvraag hebben vaak ook een welzijnsvraag. Een groot deel van de patiënten komt met psychosociale klachten op het spreekuur van de huisarts. Het is daarom zaak om tijdig ‘de vraag achter de vraag’ te signaleren. In het project TOPwierde gingen welzijnswerkers op huisbezoek bij

buurtbewoners. Ze stelden hen vier vragen: ‘Hoe gaat het met u?’, ‘Wat heeft u nodig?’, ‘Wat kunt u zélf?’ en ‘Wat zou u voor een ander kunnen doen?’

“Het project TOPwierde is eigenlijk een nuldelijns aanpak”, vertelt Nynke Walstra. “We spreken men-

sen namelijk al voordat ze zich melden bij de huisarts of een andere instantie. Op basis van die gesprekken hebben we een database aangelegd met vraag en aanbod. Vervolgens brengen we mensen met elkaar in contact, zodat ze elkaar kunnen helpen. Zo ontstaan er prachtige



burgerinitiatieven, zoals een buurtcommissie. Wij verbinden en faciliteren en trekken ons vervolgens ook weer terug. Het gaat immers om zelfredzaamheid.”

### Eigen netwerk

“Uit de gesprekken die we met mensen hebben gevoerd blijkt, dat ze zélf meer kunnen doen dan ze denken. We laten ze eerst een beroep doen op hun eigen netwerk, voordat ze professionele zorg kunnen inschakelen. Onze netwerkcoaches helpen bij het versterken van dat eigen netwerk. We signaleren wat er nodig is en zetten de vragen weer uit in de buurt. De meeste problemen lossen zich zo op: men doet een klusje of een boodschap voor een ander, kookt samen, legt een kaartje, houdt een oogje in het zeil, of drinkt gewoon af en toe een kopje koffie samen. Zo geven we de participatie- en netwerksamenleving vorm, waarbij de ASWA een signalerende en regisserende functie vervult.”

### Vraagstukken bundelen

“Kinderen hebben tegenwoordig geen tijd meer om hun ouders dagelijks te helpen. Ze wonen vaak op afstand en zijn soms al mantelzorger binnen hun eigen huishouden. Ook zijn er veel gebroken gezinnen, waardoor het eigen netwerk beperkt is. De behoefte om zaken in de buurt te regelen groeit hierdoor. Sommige vraagstukken bundelen we, bijvoorbeeld in een kookgroep, een maaltijdvoorziening, of de ‘PlusBus’, waarmee ouderen af en toe uitstapjes kunnen maken. Dat doen we samen met onze partners, zoals onder andere de Stichting Welzijn & Dienstverlening Delfzijl en de Zonnehuisgroep Noord. De uitvoering ligt bij vrijwilligers. Wij begeleiden, coachen en trainen.”

### Zelfstandig thuis

“Nu de gemeentes verantwoordelijk zijn voor de zorg, zullen de wijkverpleegkundige, de sociaal werker en de maatschappelijk werker steeds nauwer met elkaar gaan samenwerken, al dan niet binnen een Sociaal Team. Het is belangrijk dat zij hart hebben voor hun werk en dat ze het mandaat krijgen om zaken in gang te kunnen zetten. Met deze integrale en interdisciplinaire aanpak kunnen we de onderlinge contacten, de zelfredzaamheid en het welzijn in de buurt stimuleren. Zo houden we mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis en weg bij de professionele zorg.”



Aletta Hektor,  
Verpleegkundig Specialist,  
Medisch Centrum De Noord-Ooster  
Wagenborgen



Dirk Rezelman,  
huisarts Medisch  
Centrum De  
Noord-Ooster  
Wagenborgen

## Pro-actief op huisbezoek bij ouderen

In 2011 en 2012 startte Huisartsenpraktijk Wagenborgen een bijzonder project. “Aletta, onze verpleegkundig specialist, is op bezoek gegaan bij ouderen in ons werkgebied die op basis van de screening aangaven moeite te hebben met het ouder worden”, vertelt huisarts Dirk Rezelman. “Ook bij ouderen die wij zelden of nooit op ons spreekuur zagen. Ze belde

gewoon aan en ging met mensen in gesprek, naar aanleiding van de vraag ‘hoe gaat het met u?’ Soms bleek het nodig om mensen in contact te brengen met de praktijkondersteuner GGZ. Maar alleen als zij dat zelf wilden.”

“De persoonlijke gesprekken hebben veel waardevolle informatie opgeleverd,” concludeert

Rezelman. “Mensen kregen aandacht, voelden zich serieus genomen en wilden meestal wel hun verhaal kwijt. Alleen al een luisterend oor lost soms problemen op. Vaak is er sprake van schroom of soms zelfs angst om naar de huisarts te gaan. We kwamen psychosociale klachten tegen, waaronder somberheid, eenzaamheid, depressie en angst. Klachten,

die tot dan toe kennelijk onder de radar bleven en niet op ons spreekuur terechtkwamen: opmerkelijk! Kennelijk ervaren sommige ouderen toch nog een drempel om met niet-lichamelijke klachten naar de huisarts te gaan. Jammer, aangezien we een deel van deze klachten kunnen oplossen, zo blijkt uit de resultaten.”

### Periodiek screenen

“Voor ons was het een eye-opener dat sommige ouderen die we zelden of nooit zien, kwetsbaarder bleken te zijn dan wij dachten. Natuurlijk was een groot deel van de ouderen al wel bekend bij ons, bijvoorbeeld ouderen met chronische aandoeningen, zoals diabetes of copd. Die zien we regelmatig. Toch was het goed dat we nu alle ouderen hebben gescreend. Zoiets hoef je niet jaarlijks te doen, maar het zou wel goed zijn om het periodiek te herhalen. Van de zorgverzekeraar krijgen we een aantal uren ‘ouderenzorg’ per week vergoed. Daarvan kunnen wij de verpleegkundige betalen. Het zou goed zijn als we nog wat meer gespecialiseerde ouderenzorg in onze praktijk konden aanbieden.”

### Problemen voorkomen

“Onze praktijk heeft 2.500 cliënten, waarvan ongeveer 500 mensen 65 jaar of ouder zijn (20%). Vroeger ging je als arts zelf nog wel eens op huisbezoek, maar die tijd is nu voorbij. Dat kan niet meer. Daarvoor heb je het als huisarts veel te druk. We zijn daarom erg blij dat we het nu op deze manier konden doen. We hebben een beter beeld gekregen van de ouderen, goede contacten met hen opgebouwd

en dat geeft veel voordelen. Door meer aandacht te geven zorgen we voor meer zelfredzaamheid en welbevinden. Tevreden mensen hebben minder professionele zorg nodig en gebruiken vaak ook minder medicijnen. We reduceren de druk op het verzorgingshuis, doordat we grote problemen en plotselinge crises kunnen voorkomen. Kortom: proactief huisbezoek loont!”



“Mijn man en ik zijn heel blij dat de zuster regelmatig bij ons langskomt.”



Engelina Eissens, sociaal werker  
Algemene Stichting Welzijn  
Appingedam (ASWA)

## “Samen ervoor zorgen dat problemen niet de overhand krijgen”

Engelina Eissens zit als sociaal werker in de Werkgroep Ouderenzorg én in het Kernteam ‘Damsters Veur Mekander’ van het gezondheidscentrum Overdiep in Appingedam. In 2012 werd vanuit het Nationaal Programma Ouderenzorg Noord-Oost Groningen een enquête afgenomen onder een grote groep 65+ers in de gemeente. Hieruit rolden profielen van ouderen, met betrekking tot kwetsbaarheid, com-

plexiteit en welbevinden. In 2013 werd de Werkgroep Ouderenzorg opgericht. De werkgroep ontwikkelde een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen.

“In ons Kernteam zit een verpleegkundig specialist, een praktijkondersteuner huisartsen GGZ Gezin, een wijkverpleegkundige en ikzelf als sociaal werker welzijn”, vertelt Engelina.

“Het Kernteam werkt nauw samen met de WMO van de gemeente Appingedam. De wens is, om in de toekomst één team te vormen. Dankzij de intensieve samenwerking tussen de eerstelijnszorg en welzijn kunnen wij de zorg voor de inwoners van Appingedam beter op elkaar afstemmen. Hun welbevinden staat daarin centraal. Daarom werken wij vanuit het principe: 1 gezin, 1 plan en 1 regisseur.”

### Welbevinden en participatie

Een voorbeeld uit de praktijk. "Een mevrouw van 86 jaar werd weduwe", vertelt Engelina. "Vijf jaar lang was zij mantelzorger geweest voor haar dementerende man. Nu zat ze veel thuis, was ze somber en dreigde ze in een neerwaartse spiraal terecht te komen, met depressies en medicijngebruik. Na een bezoek aan de huisarts werd ze doorverwezen naar de POH-GGZ van het Gezondheidscentrum en die verwees haar naar mij. Ik ben bij haar op huisbezoek geweest en we hebben allerlei mogelijkheden besproken. Mevrouw wilde graag meer onder de mensen komen. Daarom hebben we haar een niet-geïndiceerde dagactiviteit voor ouderen aangeboden. Dat beviel haar zo goed, dat ze al snel meer wilde."

### Voldoening en eigenwaarde

"Tijdens de activiteiten kwam ze met andere mensen in contact en sloot ze zich aan bij een crea-club. Van daaruit werd ze gevraagd om breilessen te gaan geven op een basisschool in de buurt. Dit verzoek greep ze met beide handen aan. Het sloot helemaal aan bij haar wensen: vroeger had ze in het onderwijs gewerkt en daar kijkt ze nog altijd met veel plezier op terug.



Het vrijwilligerswerk maakt haar zo gelukkig! Het geeft haar afleiding, voldoening en eigenwaarde. Ze heeft een nieuw en eigen netwerk opgebouwd en dat zorgt voor veel positieve energie. Een prachtig voorbeeld van hoe je met extra aandacht en de combinatie van zorg en welzijn het welbevinden kunt vergroten en iemand weer levensplezier kan laten beleven. De problemen die horen bij het ouder worden kun je niet weg nemen, maar we kunnen er wel voor zorgen dat die problemen niet de overhand krijgen."

### Seniorenvoorlichters

"In Appingedam zijn we enthousiast over de resultaten van onze integrale benadering van ouderenzorg en we gaan er dan ook mee door. Ons Kernteam werkt vanuit

Na het overlijden van mijn man moest ik wat omhanden hebben, daarom geef ik nu breiles op een basisschool.

het Gezondheidscentrum nauw samen met de huisartsen, de eerstelijnszorg, de gemeente en met het Sociale team Topwierde dat zich bezighoudt met burgerkracht in de wijken van Appingedam. Samen werken we aan een brede aanpak, waarin we zowel kijken naar Wonen, Welzijn als naar Zorg. Onze vrijwillige seniorenvoorlichters gaan op bezoek bij 75-plussers om te bespreken hoe zij zo lang mogelijk veilig en verantwoord zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Ze vragen niet alleen naar wat men nodig heeft, maar ook naar wat men voor een ander kan doen. Zelfs een kwetsbare oudere kan immers nog heel wat betekenen. Bijvoorbeeld door iemand af en toe eens op te bellen, of een bezoekje te brengen. Zo draagt iedereen een steentje bij in de participatiesamenleving!"





André Enter, Directeur Innovatie  
De Hoven Onderderdam

## “Praten met mensen over wat zij belangrijk vinden in hun leven!”

De Hoven - in Noord-Oost Groningen - helpt ouderen dóór te gaan met het leven dat ze gewend zijn. Wonen, welzijn en zorg zijn er sterk en lokaal georganiseerd. ‘Decentraal wat kan en centraal wat moet’ is het motto. Aandacht en mooie laatste jaren vindt men belangrijker dan regels en protocollen, die vaak tussen ouderen en zorgmede-

werkers in staan. Het pilotproject ‘Zorg Zonder Regels’ laat regels en protocollen die leefplezier in de weg staan los. Medewerkers en bewoners bepalen samen hoe hun dagen eruit zien. Directeur André Enter schetst het dilemma tussen ‘uitgaan van welbevinden’ en ‘voldoen aan de parameters uit de CQ-index’.

“In ons project Zorg Zonder Regels gaan wij uit van de GWI, de Groningen Wellbeing Indicator”, zegt André Enter. “Dit betekent, dat wij in gesprek gaan met mensen over wat zij belangrijk vinden in hun leven. Het centraal stellen van welbevinden vraagt om een nieuwe aanpak, die de traditionele zorg voor een deel op z’n kop zet.

En laten we wèl zijn, de traditionele zorg is vaak heel betuttelend, belerend, bemoeiend en belemmerend. Bovendien is ze vooral gericht op negatieve zaken, zoals pijn en fysieke ongemakken.”

### Leren luisteren

“Positief welbevinden heeft alles te maken met de dingen in het leven waarvan mensen genieten, bijvoorbeeld lekker eten en drinken, de aanwezigheid van familie, vrienden en bekenden, het kunnen zijn wie men wil zijn. Om erachter te komen wie iemand werkelijk is – en wil zijn – moeten onze medewerkers andere vragen leren stellen en met aandacht luisteren naar wat mensen te vertellen hebben. Daarom hebben we een serie trainingen en workshops opgezet, waarin we onze medewerkers voorbereiden op deze nieuwe manier van werken. Ze gaan nu op zoek naar de vraag achter de vraag. We moeten ons wel realiseren dat, welk etiket we er ook op plakken - vraaggericht, belevingsgericht, cliëntgericht - het blijft altijd zo dat we vanuit ónze waarneming een beeld proberen te schetsen van de wensen en verlangens van mensen.”

### Aantoonbare resultaten

“Onze nieuwe manier van werken bevalt uitstekend. Veel belangrijker nog: het bevalt onze bewoners uitstekend! We zijn nu circa vier jaar bezig en we boeken aantoonbare resultaten, in termen van meer welbevinden bij mensen, meer werkplezier bij onze medewerkers, minder escalaties, maar ook minder zorg, minder consults en zelfs minder medicatie. In die vier jaar hebben we er geen extra budget bij gekregen, dus we blijken het welbevinden te kunnen verbeteren zonder extra kosten te hoeven maken.”

### Narratieve methode

“Waar we nog wel tegenaan lopen, is de verantwoording van onze nieuwe aanpak. Vooral in het begin zat er nog spanning tussen ons interne transitieproces en de externe regeldruk. De manier waarop wij werken – gericht op positief welbevinden - laat zich lastig uitdrukken in de parameters van het kwaliteitskader voor Verantwoorde Zorg, waaronder de CQ-index. Natuurlijk registreren we het negatief welbevinden, maar dat kan veel minder. We werken liever met de narratieve methode, waarin we vertellen wat we hebben gedaan,

waarom we dat hebben gedaan en wat het heeft betekend voor de betreffende meneer of mevrouw. We leggen verantwoording af via audits en visitaties. De inspectie mag komen beoordelen of wat wij doen consistent is met de geldende kwaliteitsnormering.”



Gerbrand Izaks,  
Internist Ouderengeneeskunde UMCG

## “Ouderen zo lang mogelijk uit het ziekenhuis houden”

“Op mijn spreekuur ontvang ik veel ouderen, die vaak samen met een familielid langskomen”, zegt Gerbrand Izaks, werkzaam bij het Universitair Centrum Ouderengeneeskunde (UCO) van het UMCG. “Mijn eerste vraag is dan meestal ‘wat kan ik voor u doen?’ of ‘waarom bent u hier naar toe gekomen?’

Men weet vaak niet eens zo goed zelfstandig te verwoorden wat er precies aan de hand is, maar meestal gaat het om een combinatie van lichamelijke, psychische en sociale klachten, waarbij men via partner, familie en uiteindelijk de huisarts is doorverwezen.”

### Arsenaal aan opties

“Het belangrijkste dat ik als internist doe, is kijken en luisteren. Ik probeer daarbij zoveel mogelijk te vragen naar wat iemand zélf denkt, voelt en wenst. Vaak vult de partner of de familie al van alles in en moet ik bij wijze van spreken een second opinion geven, naast die van hen.

Natuurlijk heb ik vanuit het ziekenhuis een heel arsenaal aan opties, qua onderzoek, medicijnen en mogelijke interventies, maar ik vraag me altijd af: 'zijn die zinnig?' Als onderzoek, medicijnen of opereren iets wezenlijks kunnen toevoegen aan de gezondheid of het welbevinden van de patiënt, dan zijn het reële opties. Als we onderzoek doen 'om het onderzoek', medicijnen geven of opereren 'omdat het kan', dan ben ik daar geen voorstander van. Daarom vraag ik naar de wérkelijk ervaren problemen. Door het centraal zetten van die ervaren problemen en het welbevinden, doen we recht aan wat de oudere belangrijk vindt."

### Grenzen

"De grens tussen wat je goed vindt als gezondheidszorg of als dokter en wat de patiënt zelf vindt, wordt onder andere bepaald door de afweging: wat vind je acceptabel? Voor mij is een situatie acceptabel als het veilig is, zowel voor de patiënt als voor de omgeving. Stel: iemand met dementie wil thuis blijven wonen en op gas blijven koken. Dat is voor mij niet acceptabel. Maar iemand met dementie die zijn

gas laat afsluiten en af en toe wat vlekken in zijn kleding heeft, vind ik niet zo erg. Als ze er met mij goed over kunnen spreken, steun ik hen in wat men wil, ook als de familie daar wellicht anders over denkt."

### Déhospitaliseren

"Ik vind, dat we ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis en uit het ziekenhuis moeten houden en dat we onze interventies zoveel mogelijk bij de mensen thuis, of bij

hen in de buurt moeten organiseren: dé-hospitaliseren dus! Alleen al het feit, dat ouderen naar het ziekenhuis moeten komen om een gesprek met mij of mijn collega's te voeren geeft al stress. Vaak is men afhankelijk van anderen voor het vervoer en betekent één consult al gauw een hele ochtend of middag op pad, terwijl zo'n gesprek net zo goed in de huisartsenpraktijk of ergens in de buurt georganiseerd zou kunnen worden."

Het Universitair Centrum Ouderengeneeskunde (UCO) biedt oudere patiënten integrale medische zorg, gericht op een goede kwaliteit van leven. Hoewel de gemiddelde leeftijd van de patiënten boven de zeventig jaar ligt, staat niet de leeftijd maar de kwetsbaarheid van de patiënt centraal. Vaak betreft het ouderen die meerdere ziekten tegelijkertijd hebben, vaak zowel lichamelijk als psychisch. Deze combinatie leidt tot een hoge kwetsbaarheid. Dit kan zich bijvoorbeeld uiten in vallen of verminderde zelfredzaamheid. Vaak zijn deze ouderen bij meerdere specialisten onder behandeling. De geboden vormen van zorg door de verschillende specialisten zijn niet altijd optimaal op elkaar afgestemd. Dit leidt soms tot verwarring. Voor elk medisch probleem zijn vaak meerdere oplossingen. Het UCO probeert, samen met de patiënt, voor oplossingen te kiezen die het best bij het welzijn van de patiënt passen. Dit kan betekenen dat de behandeling van een bepaalde ziekte medisch gezien niet de meest voor de hand liggende keuze lijkt, maar voor het algeheel welbevinden van de patiënt wel de beste keuze is.





Ester Bertholet,  
Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet  
in Velp

## “Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde loont!”

Hoe kunnen we de zorg voor ouderen structureel verbeteren? Een zeer relevante vraag, zeker in een maatschappij die te maken heeft met een sterk groeiende groep ouderen. De oplossing wordt vaak gezocht in de uitbreiding van de gespecialiseerde tweedelijns zorg in ziekenhuizen. In Velp behaalt

men juist positieve resultaten met gespecialiseerde ouderenzorg in de eerste lijn. Ester Bertholet runt daar al enkele jaren haar Praktijk Ouderengeneeskunde. Huisartsen kunnen hun oudere patiënten naar haar verwijzen. “Eind 2011 heb ik de Praktijk Ouderengeneeskunde opgericht”, vertelt

Ester Bertholet, specialist ouderengeneeskunde en huisarts. “Het was voor het eerst in Nederland dat een specialist ouderengeneeskunde een zelfstandige praktijk begon in de eerste lijn. In mijn praktijk werk ik samen met specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundigen, een maatschappelijk werker en een



secretaresse. Samen vormen wij een team, dat ook bij ouderen thuis op bezoek gaat en een helpende hand biedt.”

### Complexe problemen

“De meeste mensen op leeftijd willen graag zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Met de ouderdom komen vaak ook problemen, die soms erg complex kunnen worden. Voor patiënten en mantelzorgers wordt het dan steeds lastiger om het overzicht te behouden en de juiste beslissingen te nemen. De huisarts kent de patiënten meestal langer, maar twijfelt soms ook bij het maken van de juiste afweging. Bijvoorbeeld als een patiënt meerdere ziektes heeft en medicijnen gebruikt die op elkaar inwerken, of als er verschillende medisch specialisten betrokken zijn en het moeilijk is om het overzicht te houden.”

### Langer thuis wonen

“Specialisten ouderengeneeskunde hebben veel kennis over zaken als dementie, psychiatrie, pijnbestrijding en revalidatie. “Aangezien wij in de regel meer weten over complexe ouderenproblematiek dan de huisarts, kunnen wij ouderen begeleiden die daardoor langer thuis

kunnen blijven wonen en minder vaak naar het ziekenhuis hoeven”, vertelt Bertholet. “Dat is direct van invloed op hun welbevinden en kwaliteit van leven. Misschien is dat nog wel belangrijker dan de beste behandeling van een ziekte.”

### Holistische blik

“Ouderen kun je niet alleen ziektegericht behandelen. De functies worden minder, de geestelijke flexibiliteit neemt af en de sociale omgeving wordt kleiner. Dat vereist

een holistische blik. Wij kijken daarom naar alle domeinen: somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatief. Ons uitgangspunt is, dat wij ouderen willen ondersteunen bij het zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen. Wanneer wij hen bezoeken kost dat natuurlijk geld, maar op termijn kan dat forse besparingen opleveren. Bijvoorbeeld omdat er minder ziekenhuisbezoek nodig is. De eerste resultaten uit het onderzoek naar onze praktijk tonen dat ook aan.”

#### **Uit het juryrapport van de Koplopersprijs 2013:**

De eerstelijns praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet in Velp is uniek als een eigen praktijk voor ouderen die aansluit bij en samenwerkt met zorgverzekeraars en bestaande zorgaanbieders, zoals de lokale huisartsen. Bertholet is zowel in de onderhandelingen met de zorgverzekeraar als in haar implementatie van ICT in de praktijk zeer innovatief. En dat alles met als doel om de zorg voor de oudere mens écht te verbeteren.



Klaske Wynia,  
Programmaleider SamenOud

## Model SamenOud boekt resultaten

**De afgelopen jaren is het model SamenOud getest in de gemeenten Stadskanaal, Veendam en Pekela. Op woensdag 11 februari 2015 zijn de voorlopige resultaten van diverse onderzoeken naar de effecten van SamenOud gepresenteerd. Deze resultaten laten zien dat de verwachtingen in belangrijke mate bevestigd kunnen worden.**

“SamenOud gaat uit van de zorgvraag van de oudere zelf. Niet van het zorgaanbod van instellingen en ook niet van wat hulpverleners vinden wat goed is voor de oudere. Het Ouderenzorg Team gaat namelijk naast de oudere staan en kijkt samen met de oudere naar diens welbevinden,” vertelt Klaske Wynia, programmaleider SamenOud, “Vaak zal de mantelzorg er ook bij betrokken zijn. Wat zijn de dingen die iemand graag

doet die een beetje levensvreugde brengen? Hoe kunnen we daar op de terreinen van wonen, welzijn en zorg aan bijdragen? Welbevinden is erg belangrijk. Iemand die zich prettig voelt, kan zichzelf beter redden en maakt minder gebruik van de gezondheidszorg. Samen met de oudere brengen we het welbevinden in kaart en bespreken we wat hij of zij nodig heeft. Dat doen we ook in het Ouderenzorg Team, waarin de huisarts, de specialist

ouderengeneeskunde, de wijkverpleegkundige en de ouderenadviseur samenwerken.”

### Meer welbevinden

Zo is gebleken dat ouderen na één jaar SamenOud minder gezondheidsproblemen ervaren en nog bestaande problemen als minder ernstig beleven. Dit ondanks dat de gezondheidstoestand van deze ouderen vergelijkbaar blijft met die van ouderen die de gebruikelijke zorg kregen. Blijkbaar hadden ouderen door de begeleiding van de Ouderenzorg Teams minder last van de gevolgen van het ouder worden.

Uit interviews met ouderen bleek al eerder dat hun welbevinden door SamenOud toegenomen was. Ouderen vertelden dat zij door de begeleiding van de Ouderenzorg Teams een gevoel van geborgenheid en veiligheid en meer eigen regie over hun leven ervoeren. Ook de SamenOud-dagen en andere activiteiten ondersteunden ouderen bij het blijven voeren van de eigen regie. SamenOud ondersteunt ouderen in het vertrouwen (langer) thuis te kunnen blijven wonen.



# SamenOud

Verbinden van wonen, welzijn & zorg

### Meer kwaliteit van zorg en begeleiding

SamenOud heeft een duidelijk effect op de ervaren kwaliteit van zorg. Uit het experimentele onderzoek werd duidelijk dat de kwaliteit van zorg door de ouderen in de ‘SamenOud-groep’ als beter werd ervaren in vergelijking met de groep ouderen die de gebruikelijke zorg kregen. Dit was het geval voor de SamenOud-groep als geheel, maar voornamelijk voor de ouderen met het profiel Kwetsbaar. Al eerder bleek uit interviews met de SamenOud-casemanagers dat zij door het langdurige contact met de ouderen beter in staat waren aan te sluiten bij de behoeften van de oudere en gezondheidsproblemen beter konden voorkomen.

### Kosten blijven gelijk

Ook het effect van SamenOud op het zorggebruik en de kosten werd onderzocht in het experimentele onderzoek. De verwachting was dat SamenOud kosten zou besparen. Dat bleek (nog) niet het geval. De toename in de totale kosten voor

de zorgverzekering, zorgkantoor en gemeente (Wmo) in de SamenOud-groep is na één jaar SamenOud gelijk aan de toename in de groep die de gebruikelijke zorg ontvangt. Hierbij is rekening gehouden met de kosten voor SamenOud. Waarschijnlijk is een jaar te kort om een effect op de kosten te kunnen aantonen. Wel is er al sprake van doelmatige zorg: meer kwaliteit voor dezelfde kosten. Dat is een belangrijk resultaat.

### SamenOud gaat door

SamenOud gaat, onder leiding van Zorggroep Meander, in elk geval door tot de zomer van 2017 voor zo’n 1.500 ouderen verbonden aan vijftien Groningse huisartspraktijken. Het streven is dat SamenOud vast onderdeel wordt van het basispakket van de zorgverzekering. Sinds afgelopen zomer is dat in experimentele vorm al het geval. Ondertussen is SamenOud het afgelopen najaar ook gestart in Drenthe. Daar doen twaalf huisartsen en bijna 1.400 ouderen mee aan SamenOud.



Geert-Jan van Loenen, huisarts  
in Hengelo en bestuurslid Landelijke  
Huisartsen Vereniging (LHV)

## “Screenen op welbevinden en kwetsbaarheid is interessant”

Zes huisartsenpraktijken in Hengelo, verbonden aan het ziekenhuis, deden onderzoek naar welbevinden en kwetsbaarheid van ouderen, op basis van het Groninger Model dat uitgaat van welbevinden en kwetsbaarheid. Gert-Jan van Loenen - huisarts én bestuurslid van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) - deelt graag enkele conclusies en aanbevelingen naar aanleiding van het onderzoek (de screening).

“Hoewel het nut van screenen wetenschappelijk nog niet bewezen is, blijkt het vanuit de praktijk best interessant te zijn om het te doen”, stelt Van Loenen. “Het screenen leidt tot meer bewustwording en meer begrip voor de situatie van ouderen, zeker als je niet alleen zorg, maar ook wonen en welzijn ‘meeneemt’. Tegenstanders zeggen vaak, dat screening juist leidt tot extra

zorgaanbod en overbehandeling, maar dat ligt er maar net aan welke vragen je stelt. In onze 6 praktijken hebben we een uitgebreid onderzoek gedaan onder ouderen – op basis van het Groninger Model - waarbij we maar liefst 80% van onze vragenlijsten ingevuld retour kregen. Dat hoge percentage werd mede gerealiseerd dankzij onze zeer enthousiaste verpleegkundigen, die de mensen hiervoor

persoonlijk hebben benaderd en hen waar nodig ook hebben geholpen bij het invullen.”

### Eye-openers

“Uiteraard hadden we een redelijk deel van de kwetsbaarheid onder ouderen al wel in beeld, maar toch zagen we eye-openers in de resultaten. Zo bleken er veel verborgen gehoorproblemen te bestaan, die ertoe leiden dat mensen minder goed functioneren. Verder bleek, dat we in circa 25 tot 30% van de gevallen door eenvoudige interventies – meestal buiten de zorg om - positieve effecten konden bereiken. Over twee jaar willen we nóg een meting doen, via de huisartsen, samen met Stichting Welzijn Ouderen. Dan willen we in beeld brengen welk percentage van de ouderen qua profiel is verbeterd, als gevolg van interventies zoals bijvoorbeeld fysiotherapie of dieetadvies, welk percentage gelijk is gebleven en welk percentage onverhoopt is verslechterd.”

### Lalonde model

“Ons onderzoek laat nog eens zien dat gezondheid geen zaak van zorg alléén is, maar dat

wonen, erfelijkheid, scholing en werk andere, even belangrijke, pijlers daarvoor vormen. Dit is trouwens niet nieuw: het Lalonde-model liet al in 1974 zien dat de aanpak van gezondheidsproblemen vraagt om integraal beleid. Beleid dat inspeelt op meerdere factoren tegelijkertijd. Het gaat immers ook om wonen, werken, scholing en sociale contacten. Gemeenten kunnen dus ook maatregelen nemen vanuit andere beleidsterreinen, zoals onderwijs, ruimtelijke ordening, sociale zaken of milieu.”

### Samenwerken

“Sinds 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor het welzijn van hun inwoners. Zij mogen die verantwoordelijkheid niet zomaar afschuiven richting huisartsen. In de wijken zullen Sociale Teams en Wijkteams opgericht worden, waarin wijkverpleegkundigen, buurtwerkers en praktijkondersteuners intensief met elkaar gaan samenwerken. Ik ben er zelf nog niet van overtuigd dat dit effectief zal zijn. Huisartsen zijn gewend om bilateraal samen te werken met partijen en dat gaat meestal prima.

Het effect van interdisciplinair samenwerken met zoveel partijen tegelijkertijd moet nog blijken naar mijn idee.”

### Leerpunten

“Nog wat algemene leerpunten: de data van ons onderzoek bleken niet compatibel te zijn met het Huisartsen Informatie Systeem (HIS), waardoor we ze minder eenvoudig onderling konden vergelijken, en de gegevens niet in ons HIS konden inspoelen. Ook hebben we gemerkt hoe belangrijk het is, dat huisartsen en gemeente nauwer met elkaar samenwerken en dat we ‘de achterdeur’ goed moeten regelen. Daarmee bedoel ik het overzicht aan interventies die we kunnen aanbieden. Het heeft immers weinig zin om mensen te vertellen dat ze te weinig bewegen, als je niet óók geregeld hebt hoe en waar ze dat dan kunnen doen. We zullen dus een compleet palet aan zelfzorginitiatieven en interventies beschikbaar moeten hebben, die we kunnen aanbieden aan kwetsbare ouderen. Dat is sinds dit jaar vooral de taak van gemeenten en maatschappelijke instellingen.”



# Welnu ... we gaan door

Een vervolgstap is gemaakt. De handschoen is door velen opgepakt. U las een aantal verhalen over hoe de ouderenzorg verandert.

Nieuwe inspiratie opgedaan? Nieuwsgierig geworden? We gaan graag met u in gesprek. Laat ons weten hoe u de kanteling vormgeeft en welke initiatieven u omarmt. Zo kunnen we steeds weer van elkaar leren.

Op de vernieuwde website [www.welnu.nu](http://www.welnu.nu) vindt u nog meer informatie, films en downloads.

---

Het Integraal Ouderenproject Noord- en Oost Groningen vond plaats in de gemeenten Bellingwedde, Menterwolde, Delfzijl en Appingedam. Velen vanuit de gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties, huisartsen, woningcorporaties en ouderen(organisaties) hebben hieraan meegewerkt, waarvoor onze dank. Het project werd begeleid vanuit de Faculteit Bedrijfskunde en Economie en de Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen. Het project werd financieel mogelijk gemaakt door het Universitair Medisch Centrum Groningen, Espria en Menzis.

## *Aan deze brochure werkten mee:*

Joris Slaets, hoogleraar Ouderengeneeskunde UMCG; Antoinette van Etten, programmamanager Ouderenzorg UMCG; Dirk Rezelman, huisarts en Aletta Hektor, verpleegkundige specialist, huisartsenpraktijk Medisch Centrum De Noord-Ooster Wagenborgen; Nynke Walstra directeur ASWA Appingedam; Engeliëna Eissens, sociaal werker ASWA Appingedam; André Enter, directeur Innovatie De Hoven Onderdendam; Gerbrand Izaks, internist Ouderengeneeskunde UMCG; Esther Bertholet, Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet in Velp; Geert-Jan van Loenen huisarts in Hengelo en bestuurslid LHV; Klaske Wynia, programmaleider SamenOud.



[www.welnu.nu](http://www.welnu.nu)