



**Huisarts Clara
van den Dool**

ZORG VOOR KWETSBARE OUDEREN IN HOUTEN

‘HET GAAT NIET ALLEEN OM SAMENWERKEN, OOK OM SAMEN LEVEN’

Nederland vergrijst, de complexiteit van zorg voor ouderen neemt toe en ouderen blijven in de regel zo lang mogelijk thuis wonen. Daarbij houden ouderen graag zelf de regie en bewaren zij hun onafhankelijkheid, voor zover dat mogelijk is.

Zorg aan huis is daarmee steeds meer het devies geworden en stelt zorgverleners en welzijnsorganisaties voor nieuwe uitdagingen. In de gemeente Houten is daarom enkele jaren geleden het project ‘DuurSaam Houten’ gestart. Een project gericht op de (kwetsbare) ouderen, waarin zorg en welzijn samenwerken om de kwaliteit van leven zoveel mogelijk te waarborgen. Wij spreken hierover met Clara van den Dool, huisarts en kaderarts Ouderengeneeskunde in Houten, en vanaf het begin betrokken bij het project.



Kun je ons wat meer vertellen over het project DuurSaam?

“Het project DuurSaam Houten is gericht op ouderen, waaronder kwetsbare ouderen. Dit is de groep van 75+ die thuis wonen en waar vaak ook sprake is van meervoudige problematiek. Zoals de naam al een beetje zegt, beogen we met het project een duurzame samenwerking tussen zorgverleners aan de ene kant en het sociaal domein aan de andere kant te bewerkstelligen. Binnen DuurSaam werken veel disciplines en organisaties samen, zoals huisartsen, praktijkondersteuners, VVT-organisaties, GGZ, wijkverpleging, sociaal team, woningbouw, het Antonius Ziekenhuis en de gemeente.

Door nauw samen te werken kunnen we de zorg en ondersteuning voor ouderen naar een hoger niveau tillen, beter de zorgbehoefte in kaart brengen en hen helpen langer zelfstandig thuis te blijven wonen. Met zoveel verschillende partijen krijg je daarnaast ook kruisbestuiving en dit leidt weer tot nieuwe inzichten, ook voor mij als arts. Je leert elkaar kennen en dat opent deuren en creëert meer bewustzijn over wat de ander doet en waarvoor je elkaar kunt benaderen. Het doet echt wat met jezelf; de blik van anderen leert je anders naar de problematiek kijken.”



Op welke manier ben jij zelf anders gaan kijken?

“Wat een sociaal domein in zich heeft en wat er mogelijk is, daar heb ik veel meer over geleerd. Er zijn meerdere casussen waarin ik medisch gezien nog weinig kan. Een voorbeeld hiervan is een patiënt met een hartaandoening, die kortademig wordt en moeilijker loopt. Dit is het gevolg van de aandoening en daar kan ik vanuit mijn medische achtergrond niet altijd nog wat bijdragen. Maar dan moet je als arts niet denken; ‘ik ben nu uitgepraat’. Dan ga je samen kijken naar wat er wél mogelijk is om de kwaliteit van leven te waarborgen en denk je mee over oplossingen. Doordat je de mensen achter de organisatie kent, kan mijn rol zijn om de juiste mensen ‘aan te haken’ bij de casus. Inzicht in elkaars werkzaamheden zorgt dat je een betere inschatting kunt maken over wat een patiënt nodig heeft.”

Wat hadden jullie concreet voor ogen met het project?

“Dat ouderen langer thuis wonen is een trend die we al langer zien. Buiten dat de overheid hierop inzet, is het ook steeds vaker de wens van de oudere zelf. Zij willen graag de regie houden en hun wensen zijn mede bepalend voor de kwaliteit van leven. We streven ernaar om gezamenlijke afspraken te maken, maar ook om dit met ouderen af te stemmen met behulp van focusgroepen.”

Welke uitdagingen brengt de zorg voor (kwetsbare) ouderen met zich mee?

“Kwetsbaarheid onder ouderen is een breed begrip. Je kunt fysiek kwetsbaar zijn, omdat je bijvoorbeeld moeilijk ter been bent, vaak valt of zelf niet meer in staat bent om huishoudelijke klussen op te pakken. En je kunt mentaal kwetsbaar zijn. Denk aan mensen die dement worden of, wat nu erg veel voorkomt, eenzaam zijn. En dit houdt vaak ook verband met elkaar.



**INZICHT IN
ELKAARS
WERKZAAMHEDEN
ZORGT DAT JE
EEN BETERE
INSCHATTING
KUNT MAKEN
OVER WAT EEN
PATIËNT NODIG
HEEFT.**

Cognitieve problemen leiden tot meerdere andere problemen. De financiën zijn niet meer op orde, medicatie wordt niet meer ingenomen of ouderen vergeten simpelweg te eten. Dit maakt de zorgverlening niet alleen complex, het reikt ook verder dan het zorginhoudelijke. Hierdoor zijn vaak meerdere zorgverleners betrokken bij een oudere en daarin zagen we dat er veel op eilandjes werd gewerkt. Dit leidde soms tot tegenstrijdige adviezen. Waar de een zei 'u moet rustig aan doen' was het een ander die juist aan het activeren was. Daar help je uiteindelijk niemand mee. Dit komt de oudere niet ten goede, maar ook zeker de zorg niet. Dus op een gegeven moment moet je proberen de neuzen dezelfde kant op te krijgen en ook iemand de regiefunctie laten nemen."

Hoe hebben jullie de neuzen dezelfde kant op gekregen?

"Eigenlijk hebben alle betrokken organisaties vergelijkbare doelen: goede zorg voor ouderen. Het zit denk ik ook een beetje in de aard van een zorgverlener. Een mooi voorbeeld hiervan is de samenwerking tussen VVT-organisaties, die tegelijk elkaars concurrenten zijn. Vanaf het begin hebben zij juist samen de schouders eronder gezet en zijn aan de slag gegaan. Momenteel is er een tekort aan zorg, dus iedereen is erbij gebaat om dit zo goed mogelijk in te richten. Daarbij zijn we collega's van elkaar, dus je wilt elkaar ook helpen. De doelstelling is voor iedereen uiteindelijk hetzelfde; de beste zorg en behoud van kwaliteit van leven."

Veel organisaties zijn betrokken en iedereen werkt op zijn eigen manier. Leidt dit dan niet tot discussies?

"Natuurlijk wel. En dat moet ook. Maar door met elkaar in gesprek te raken kom je erachter hoe inefficiënt sommige processen zijn ingericht en kom je samen tot inzicht dat het anders moet. Neem nou de anamnese. De thuiszorg doet een anamnese en een week later de POH ouderenzorg ook. Vervolgens komt het Sociaal Team langs voor een zogenaamd 'keukentafelgesprek' met de oudere.



De oudere doet dus uiteindelijk driemaal hetzelfde verhaal. Dit is natuurlijk zonde van de tijd. Informatie delen en met elkaar in gesprek gaan hierover zorgt ervoor dat we zorg doelmatiger in kunnen zetten. Dit geldt net zo tussen zorg en welzijn. Als arts ken ik de medische achtergrond en die speelt een belangrijke rol bij de behandeling aan huis. Daarnaast zie je dat het sociaal domein vaak vraaggestuurd is, de patiënt moet zelf aangeven zorg te willen ontvangen. Als je weinig of geen regie hebt als oudere, dan doe je dat dus niet. Dan kan ik als huisarts in gesprek gaan met bijvoorbeeld de wijkverpleging, maar dan moet je elkaar wel weten te vinden. Hetzelfde geldt voor de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Het is niet vanzelfsprekend dat een oudere ná ziekenhuisopname dezelfde thuiszorgorganisatie aangewezen krijgt als daarvoor. Het is vaak in het belang van de oudere dat dit wél zo is. Daar heb je discussies over met elkaar, maar wel heel constructief, zodat je ook tot goede afspraken met elkaar kan komen. ”

Is deze manier van samenwerken niet heel tijdrovend?

“Ja en nee. Het is niet ineens afgestempeld en klaar. Er is denk ik geen groep veelzijdiger dan ouderen. Ze hebben allemaal hun eigen levensgeschiedenis, hun eigen rugzakje, en alle mogelijke combinaties van aandoeningen. Om dit op een goede manier te kunnen behandelen is het nodig om goed op de hoogte te zijn door met elkaar in gesprek te blijven. Als we dat aan de voorkant niet doen, dan kost het ons heel veel tijd en geld aan de achterkant. Voorkomen is beter dan genezen, zal ik maar zeggen. Dus het levert ons ook wat op. Aan de andere kant zit samenwerken niet direct in de genen, denk ik. Zodra we druk worden verschuift de aandacht toch snel weer naar de eigen eilandjes. Dat is ook logisch en daarom blijft die aandacht voor de samenwerking zo belangrijk. Om dit te borgen zijn er diverse overleggen op bestuurs- en netwerkniveau waar de zorgverlening wordt getoetst en nieuwe ideeën voor verdere verbetering ontstaan. Hieruit zie je ook weer nieuwe overleggen ontstaan, bijvoorbeeld tussen de wijkverpleging en de POH's ouderengeneeskunde. Door het netwerk van DuurSaam komen zij met elkaar in contact en zie je dat het enorm helpt als je elkaar kent en weet waar je terecht kan met vragen. Ook digitalisering speelt natuurlijk een rol. Binnen de zorg in de gemeente Houten werken we met de VIPlive-app om elkaar te informeren, wat goed werkt. En we proberen het netwerk ook steeds verder uit te breiden naar andere disciplines, zoals de fysiotherapeut en diëtist.”

Die diversiteit binnen de groep ouderen vraagt bijna om een persoonlijke aanpak; hoe haalbaar is dat?

“Dat is een goede vraag en die stel ik mezelf soms ook. Maar je moet je ook afvragen; wat is het alternatief, en hoe zou ik het zelf willen? Iedereen heeft recht op zorg en een zo goed mogelijke kwaliteit van leven. Daarin is de stem van de oudere zelf erg belangrijk, zeker als je kijkt naar de wens om zelf de regie te houden. De eigen bijdrage van de oudere is cruciaal in de zorgverlening en bepaalt ook voor een deel het succes van de aanpak. Zij voelen zich gehoord en begrepen en daarnaast kun je hen ook duidelijk maken wat wel en niet mogelijk is. Daarbij klinkt het allemaal best ‘zwaar’ als je het hebt over een persoonlijke aanpak per oudere, maar dat kan ook laagdrempeliger. In het begin van de corona-crisis hebben we al een beetje aan persoonsgerichte zorg gedaan, simpelweg door met ouderen te bellen. We hebben gevraagd hoe het met hen gaat, of ze mensen om zich heen hebben en waar ze behoefte aan hebben. Ook bespreek je dan welke zorg er nodig is en wat we gaan doen als ze ziek zouden worden. Ouderen denken daar zelf ook echt wel over na, dat hoeft niet allemaal uit de koker van de zorgverlener te komen.”

Wat zie je als de grootste pluspunten van DuurSaam Houten?

“Het is heel fijn dat je nu een netwerkorganisatie hebt waarbij je elkaar snel kunt vinden en schakelen. Een voorbeeld hiervan is, wat momenteel actueel is, de wet zorg en dwang. Het implementeren van zo’n wet is vele malen makkelijker als je elkaar weet te vinden en bepaalde processen hebt om dat uit te voeren. Zo’n nieuwe wet is onbekend gebied en daar moet je Houten-breed afspraken over maken. Ook de breedte van de samenwerking is een groot pluspunt. Veel problemen liggen doorgaans niet op één bordje, daar zijn meerdere partijen voor nodig. Dit kun je dan op netwerkniveau direct op tafel leggen en met elkaar bespreken. Maar denk ook aan de betrokkenheid van de wethouder, waardoor je eenvoudiger draagvlak creëert en ook concreet te werk kan gaan. En Viveste, de woningcorporatie, die een cruciale rol speelt in het mogelijk maken van langer thuis wonen en in de signalering van problemen. Dit werkt allemaal in het voordeel van de oudere én de zorg.”

En tot slot: waar zie je nog knelpunten?

“Wat ik zie als een belemmering is de manier waarop met de privacywetgeving wordt omgegaan. De gedachte die mensen hebben bij privacy kan beperkend werken. Dat geldt ook zeker vanuit zorgverleners, die dan denken ‘dit mag ik niet zomaar delen, dit moet ik eerst zwart op wit ondertekend hebben voordat ik iets kan doen’. Daar is een bepaalde ‘angst’ gecreëerd, maatschappelijk gezien. Zorgverleners zijn daar terughoudend in, er wordt een gebrek aan vertrouwen verondersteld. Maar privacy zou niet zo’n drempel hoeven zijn, je kunt de patient ook gewoon bellen en toestemming vragen.

Sommige zorgverleners zijn hier terughoudend in en dat is een gemiste kans denk ik. Een tweede uitdaging is iedereen aangehaakt houden. Ieder mens heeft zijn eigen visie en voorkeuren. En die mogen en moeten er zijn natuurlijk. Maar om de zorg te verbeteren hebben we elkaar nodig. Zorgverleners kunnen hierin het voortouw nemen. Het gaat niet alleen om samenwerken, maar ook om samen leven.



Over Clara van den Dool

Clara van den Dool is sinds 2002 huisarts in Houten en werkzaam in het Medisch Centrum Dorp. Naast huisarts is zij sinds 2014 kaderhuisarts Ouderengeneeskunde en zet zij zich via DuurSaam Houten in voor betere zorg en welzijn voor (kwetsbare) ouderen in de gemeente Houten.



**VEEL PROBLEMEN
LIGGEN
DOORGAANS NIET
OP ÉÉN BORDJE,
DAAR ZIJN
MEERDERE
PARTIJEN VOOR
NODIG. DIT KUN JE
DAN OP
NETWERKNIVEAU
DIRECT OP TAFEL
LEGGEN EN MET
ELKAAR
BESPREKEN.**