

Verpleegkundig specialist ouderenzorg

Basis voor de toekomst

Nederland vergrijst, dubbel. Er komen meer ouderen en we worden ouder. De druk op de huisartsenzorg neemt toe, ook omdat we zorg dicht bij huis willen verlenen. Toekomstbestendige oplossingen zijn nodig. Met inmiddels twee verpleegkundig specialisten ouderenzorg denkt huisartsenpraktijk De Linie in Doesburg daarvoor een belangrijke stap te hebben gezet.

TEKST: KAREN VOORS FOTO: ERIK KOTTIER

“We zijn ermee begonnen als experiment”, vertelt Carien Kloek, een van de vijf huisartsen bij Huisartsenpraktijk De Linie. “Maar voor we het wisten, konden we niet meer zonder.” Verpleegkundig specialist (VS) ouderenzorg Irma Damen neemt samen met collega Marieke Veugelink de zorg op zich voor de circa 178 kwetsbare ouderen in de praktijk. Kwetsbaar betekent in dit geval 75 jaar en ouder met meerdere problemen op verschillende terreinen, waarbij onder andere wordt gekeken naar cognitie, nierfunctie, comorbiditeit en polyfarmacie.

Kloek: “In 2011 al realiseerden we ons dat de vergrijzing alleen maar zou doorzetten en dat we die zorg als huisartsen in ons eentje niet aankunnen.” Anders gezegd: ouderenzorg is veelomvattend en tijdsintensief, en daarom bij uitstek geschikt voor een VS die over een breed palet aan vaardigheden beschikt. Dit inzicht leidde in Doesburg tot het besluit om Damen, toen werkzaam als praktijkverpleegkundige, op te leiden tot VS ouderenzorg.

Vertrouwen

Meneer Delhoven is 84 en lijdt aan ernstig hartfalen. Na een beroerte functioneert hij cognitief niet optimaal. Zijn



Verpleegkundig specialist ouderenzorg Irma Damen



mobiliteit is matig. Buitenshuis gebruikt hij een scootmobiel, binnen een rollator. Viermaal per jaar gaat hij naar de cardioloog en nog eens viermaal per jaar naar de internist. Meestal moet hij dan een week eerder ook naar de bloedafname. Al deze bezoeken vragen de inzet van rolstoelvervoer en leveren veel onrust op bij meneer Delhoven, die regelmatig naar de eerste hulp gaat met pijn op de borst.

“Wat we vaak zien”, zegt Damen, “is dat mensen tegen de specialist niet goed durven te zeggen dat zij liever niet meer willen komen. Ze hebben weinig vertrouwen in hun eigen situatie of ze zijn bang dat ze dan later ook niet meer welkom zijn.” Damen is gaan praten met de cardioloog en de internist. Ook is ze uitgebreid in gesprek gegaan met meneer Delhoven zelf. Wat wil hij nog wel, wat niet meer? Er is extra huishoudelijke hulp ingezet, wijkverpleegkundige zorg en maaltijdvoorziening. Resultaat van dit alles: meer vertrouwen, geen ziekenhuiscontroles meer en veel minder beroep op de eerste hulp. Hij heeft zelfs nog een poosje de dagbesteding bezocht. Damen: “We hebben hem uit het verpleeghuis gehouden en hij is thuis overleden, zoals hij graag wilde. Hoe mooi is dat?”

Regiebehandelaar

Behalve de genoemde criteria is een niet-pluis-gevoel – van de huisarts, een doktersassistente, de apotheker – aanleiding om te kijken of een oudere kwetsbaar is. Huisarts en VS overleggen dit samen. Bij het eerste huisbezoek voert Damen een assessment uit aan de hand van de eerste veertien Easycare-trap 1-vragen, een methode om kwetsbaarheid vast te stellen. Eventueel aanvullend onderzoek, denk aan medicatiebeoordeling of cognitief onderzoek, gebeurt op basis van de handreiking geriatrisch assessment voor de specialist

ouderengeneeskunde. Essentieel is dat Damen de regiebehandelaar wordt zodra de situatie in kaart is gebracht en een care-planning is afgesproken. Zij neemt de patiënt geheel in zorg, waarmee ze de huisarts een groep bewerkelijke patiënten uit handen neemt.

Damen: “Als mijn medische kennis tekortschiet overleg ik met de huisarts, maar voor het grootste deel werk ik zelfstandig. Bij terminale zorg is er meer overleg en zo nodig pakken we de zorg samen op. Mijn lijntjes naar alle zorgverleners van de patiënt zijn kort.”

Zelf opleiden

Een belangrijke basis voor deze aanpak wordt gelegd door de VS zelf op te leiden, zegt Kloek. “Een groot verschil met de tweede lijn is dat huisartsen generalistische zorg verlenen. Wij leren de VS in supervisie-gesprekken en patiëntbesprekingen een niet-pluis-gevoel te ontwikkelen. Verder werken we met een dynamisch taakherschikkingsdocument, dat steeds groeit. Zijn er bijvoorbeeld veel patiënten met knieklachten? Dan bespreken we of ze kan leren deze klachten met een injectie te behandelen. Zo ben je steeds aan het ontwikkelen en finetunen.”

‘Huisarts een groep bewerkelijke patiënten uit handen nemen’

Quadruple aim

De huisarts wordt ontzorgd, zorg wordt efficiënter ingezet en sluit beter aan bij de wens en situatie van de patiënt. De VS is hier de juiste zorgverlener op de juiste plek. Damen: “Als VS beschik ik over een brede basis voor persoonsgerichte zorg.” Kloek vult aan: “De VS kijkt met meer helicopterview naar de situatie. Ze beschikt over een combinatie van medische en verpleegkundige vaardigheden. Die combinatie betekent een grote meerwaarde voor deze kwetsbare groep patiënten. We kunnen vaak voorkomen dat mensen naar het ziekenhuis of het verpleeghuis gaan of halen ze zelfs terug.”

De VS scoort, aldus Kloek, positief op alle aspecten van *quadruple aim*: de patiëntervaring, de professionals, de gezondheidsresultaten én de kosten. “De VS ouderenzorg is onze basis voor de toekomst. Het inzetten van een VS, taakherschikking dus, betekent voor de huisartsen werkdrukverlichting en méér werkplezier. Verder hebben we gezegd: het hoeft ons financieel niks op te leveren, maar we willen er niet aan verliezen. Ook dat is gelukt.”

Artikel in samenwerking met KOH