Commerciële Bijlage

SAMENWERKEN IN DE ZORG

december 2015

Behandeling vleesbomen vraagt om shared decision making

Burgerinitiatieven nemen enorme vlucht

Transitie ouderenzorg kweekt nieuwe woonvormen

Intensieve samenwerking op gebied van dwarslaesie

Samen optrekken fysiotherapeuten en orthopeden van belang



Goede ketenzorg voor trombose essentieel

De ketenzorg van de aanpak van trombose is in Nederland sterk regionaal georiënteerd. Essentieel voor goede ketenzorg is het centraal stellen van de patiënt. Prof. dr. Saskia Middeldorp, hoogleraar Inwendige Geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam, geeft een beschouwing.

Lees verder op pagina 5



Samenwerking in de mondzorg

Goed poetsen en flink flossen helpt om cariës en een slechte adem te voorkomen. Dat weet iedereen. Hoe belangrijk een goede mondgezondheid is voor onze algehele gezondheid is veel minder bekend.

Lees verder op pagina 8



Zelfstandig wonen vereist zorg in de buurt

Nieuwe vormen van samenwerking zijn cruciaal om zeker te stellen dat we straks verantwoord en veilig oud kunnen worden.

Lees verder op pagina 17

SAMENWERKEN IN DE ZORG

Deze onafhankelijke publicatie van Pulse Media Group verschijnt op 16 december bij de Volkskrant en op 2 januari 2016 in een oplage van 30.000 stuks bij Arts & Auto. De bijlage valt niet onder de verantwoordelijkheid van de Volkskrant.

INHOUD

3 Sneller herstel voor IC-patiënten mogelijk

4 Landelijke standaard hartfalenzorg

6 Shared decision making en ketenzorg bij boezemfi brilleren

7 Nog altijd taboe op vleesbomen

8 Samenwerking in de mondzorg

10 Onderzoek mondgezondheid kwetsbare ouderen

11 Ontschotting kan bijzondere mondzorg ten goede komen

12 Een maand aan de babyvoeding

13 Burgerinitiatieven nemen enorme vlucht

15 Ouderenzorg in transitie

16 Zorghotels: een groeiende markt

18 Samenwerking fysiotherapie en orthopedie

COLOFON

Media Advisor Annemijn van der Veer **Editorial Manager** Chloé Otten **Commercial Director** Maarten le Fevre **Publishing Director** Paul van Vuuren **Productie/Lay-Out** Gydo Veeke **Redactie** Cor Dol, Petra Lageman, Ellen Kleverlaan, Rachel Visscher en Marianne Meijerink **Foto's** Wioleta Brynkus en Bigstockphoto.com **Drukker** Janssen/Pers Rotatiedruk

PULSE MEDIA GROUP

De inhoud van de commerciële bijdragen zoals profielen, expertinterviews, expertbijdrage en advertorials beschrijven de meningen en standpunten van de geïnterviewden. De redactie van PMG tracht alle fouten te voorkomen, maar de redactie kan niet instaan voor eventuele fouten of onvolkomenheden in deze bijdragen. PMG aanvaardt hierdoor geen aansprakelijkheid.

Pulse Media Group B.V.
www.pulsemedia-group.com
info@pulsemedia-group.com

VOORWOORD

PAUL SCHNABEL

Samenwerken in én aan de zorg



Prof. dr. Paul Schnabel is socioloog en universiteitshoogleraar aan de Universiteit Utrecht

"Samenwerken in de zorg lijkt misschien van alle tijden, maar dat is het niet. Een term als shared decision making bijvoorbeeld wordt pas sinds kort gebruikt en dan vooral door hulpverleners. Voor sommigen van hen is het echt een verandering om te beseffen dat de dokter en de patiënt samen tot een conclusie moeten komen over wat er wel en niet gedaan moet worden. Volgens

"Samenwerken in de zorg lijkt misschien van alle tijden, maar dat is het niet"

de Nederlandse wet, niet ouder dan 25 jaar overigens, is de patiënt uiteindelijk degene die beslist. Dus als de patiënt iets niet wil, gebeurt het niet. Als hij een behandeling wél wil, dan moet de dokter nog beslissen of hij of zij dat verstandig vindt vanuit medisch gezichtspunt. Hij weet en kan meer dan de patiënt, al zijn met name chronische patiënten heel vaak nog beter op de hoogte van de hoed en de rand van hun aandoening. Internet biedt ons, dokter èn patiënt, de mogelijkheid om sneller dan ooit de meest actuele en relevante informatie op te zoeken, maar de patiënt werd al mondiger vanaf de jaren 60. Dat heeft ook te maken met de verhoging van het gemiddelde opleidingsniveau: veel mensen zijn behoorlijk thuis in de medische wereld en begrijpen beter dan vroeger wat er in hun lichaam gebeurt. De meer horizontale relatie tussen arts en patiënt is bij de huisarts begonnen. We kennen allemaal de vraag van de huisarts: 'wat denk je zelf dat het is?' En de huisarts heeft geen witte jas meer aan, maar is gewoon gekleed als u en ik en zit eerder naast dan achter het bureau om de gelijkwaardigheid in de relatie aan te geven.

Ketenzorg is volgens mij vooral een aangelegenheid van huisartsen en gespecialiseerde verpleegkundigen en speelt met name bij bepaalde chronische aandoeningen een grote rol. Ziekten waar je niet (meer) aan doodgaat, maar die wel steeds aandacht en zorg behoeven. Diabetes en reuma zijn voorbeelden en in de sociale psychiatrie en de begeleiding van de chronische psychiatrische patiënt. Mensen met bijvoorbeeld schizofrenie hebben intensieve begeleiding nodig, juist ook als ze niet zijn opgenomen. Ketenzorg is wel een relatief dure vorm van zorg en zoals wel vaker als het om iets nieuws gaat: men heeft er ook weer te veel van verwacht. Niettemin, als de overdracht van informatie goed werkt en de patiënt de zekerheid heeft dat hij altijd terecht kan bij iemand die hem kent, dan komt dat de kwaliteit van zorg zeer ten goede.

Nederland telt steeds meer hoogbejaarden, terwijl de voorzieningen voor hen steeds meer worden afgebouwd. Vijftien jaar geleden waren er nog 125.000 plaatsen in verzorgingshuizen, nu misschien nog de helft en dat wordt nog minder. Zeker als mensen behoefte hebben aan 24-uurszorg, ontstaat er een probleem om dat ambulant te blijven doen. De 60.000 plaatsen in de verpleeghuizen zijn daarvoor niet voldoende, zeker niet om alle ernstig dementerenden op te vangen. Ik denk dat we nog spijt gaan krijgen van de snelle afbraak van intramurale voorzieningen in de care. De kosten van een verpleeghuis zijn natuurlijk enorm, een plaats kost meer dan 70.000 euro per jaar. Het is ook de care die onze gezondheidszorg zo duur maakt. Mensen blijven natuurlijk graag zo lang mogelijk in hun eigen omgeving wonen en zelf zorgen voor hun eigen huishouden. Maar de ouderdom komt toch met klachten, waardoor we hulp nodig hebben en waarvoor voorzieningen nodig zijn. Hoe regel je dat goed en houd je dat betaalbaar?

In deze uitgave vindt u actuele artikelen over samenwerking in de zorg, shared decision making, ketenzorg, goede zorg voor ouderen en burgerinitiatieven. Ik hoop dat u er inspiratie en ideeën aan zult kunnen ontlenen."



VAN DE REDACTIE

Sneller herstel voor IC-patiënten mogelijk

Britse fysiotherapeut deed onderzoek naar de effecten van vroege herstelgerichte therapie op de IC.

Fysiotherapie voor Intensive Care-patiënten: het leidt tot een kortere ligduur en sneller herstel met zelfs belangrijke resultaten op langere termijn. Fysiotherapeut David McWilliams van het Queen Elizabeth Hospital Birmingham, universitair medisch centrum in het Verenigd Koninkrijk, deed er onderzoek naar. McWilliams was eind november even in Nederland voor een symposium waar hij sprak over vroege herstelgerichte therapie.

Auteur: Ellen Kleverlaan

Fysiotherapie en herstelgerichte oefeningen zijn niet het eerste wat opkomt bij wie aan een Intensive Care (IC) denkt. Patiënten kunnen door hun kritieke situatie over het algemeen nauwelijks bewegen en zijn vastgeklonken aan apparatuur om de vitale levensfuncties te ondersteunen. Toch is het belangrijk om zo snel mogelijk met een herstelprogramma te beginnen, zegt McWilliams. David McWilliams is hoofd fysiotherapie van de grootste critical care-eenheid in Europa in Birmingham (VK).

Spierweefsel

"Hoe sneller we kunnen beginnen met herstelgerichte therapie, des te beter is het voor de patiënt. Een gezond mens verliest door een week inactiviteit ongeveer 5 procent van zijn spierweefsel. Een patiënt op de IC kan in een week al 20 procent van zijn spierweefsel verliezen." Patiënten kunnen er maanden en soms nog jaren voor nodig hebben om volledig te herstellen van een langer verblijf op de IC. McWilliams deed onderzoek naar het effect van vroegtijdige interventies met herstelgerichte therapie. "Een intensief programma waarin gerichte voeding, het tegengaan van angst en pijn en



fysiotherapie worden aangeboden, geeft goede resultaten voor zowel de ligduur van de patiënt als zijn herstel." Patiënten liggen minder lang op de critical care-eenheid, maar ook minder lang in het ziekenhuis. Zij kunnen bovendien eerder lopen en herstellen in alle opzichten sneller van hun verwondingen.

Sterke ledematen

In het Verenigd Koninkrijk heeft het onderzoek van McWilliams geleid tot een protocol over herstelgerichte zorg op de IC. In zijn eigen ziekenhuis wordt iedere patiënt die op de IC binnenkomt binnen 24 uur onderzocht door een fysiotherapeut en begint zo mogelijk meteen met oefeningen. "Als een patiënt bewusteloos is, doen we passieve bewegingen om de

> ***"Een patiënt op de IC kan in een week al 20 procent van zijn spierweefsel verliezen"***

ledematen sterk te houden. Zodra een patiënt bijkomt, beginnen we met het zittend op de rand van het bed bewegen van armen en benen. Belangrijk is ook dat een patiënt zo snel mogelijk van de beademing afkomt. We stellen vervolgens korte- en langetermijndoelen en houden van iedere patiënt de resultaten bij." Belangrijk is ook dat in wekelijkse bijeenkomsten wordt besproken hoe het patiënten vergaat; of doelen moeten worden bijgesteld of de therapie kan worden geïntensiveerd.

Geen gemeengoed

Eigenlijk vergaat het iedere patiënt beter met deze aanpak. Of het nou een patiënt met brandwonden betreft, na een hartklepoperatie of een levertransplantatie: het onderzoek dat McWilliams deed, betrof een onderling

> ***"De kennis is nog niet overal aanwezig dat het echt beter is om snel met therapie te starten"***

zeer verschillende groep patiënten. Toch is het nog geen gemeengoed in ieder ziekenhuis. Ook niet in het Verenigde Koninkrijk. McWilliams vergeleek de gegevens uit een groot aantal landen: de Verenigde Staten, Australië, delen van Europa. Hoewel de situatie overal de goede kant op beweegt, zijn er nog genoeg barrières te slechten, zegt hij. "Belangrijk is dat er genoeg gekwalificeerd personeel is om de zorg op deze wijze te intensiveren, dat is nog lang niet overal het geval. Cultureel is er ook een barrière omdat de communis opinio nou eenmaal is dat patiënten eerst genoeg moeten zijn hersteld voordat zij kunnen gaan bewegen. De kennis is nog niet overal aanwezig dat het echt beter is om snel met therapie te starten."

INTERVIEW

Optimum Care in belang patiënt

Hoe sneller de revalidatie start, des te beter is het effect op ligduur en herstel.

Voor patiënten die van de Intensive Care af kunnen, maar nog niet genoeg zijn hersteld voor een regulier revalidatiecentrum, is er een nieuwe vorm van zorg in Nederland: Optimum Care. Revalidatiearts en initiatiefnemer Tijs van Bezeij van Heliomare Revalidatie licht het belang voor de patiënt en omliggende ziekenhuizen toe.

Waarom is vroeg beginnen met revalidatie belangrijk?

"Veel patiënten verblijven onnodig lang op de Intensive Care. Terwijl snel starten met revalidatie, ook als patiënten nog intensieve zorg nodig hebben, veel effect heeft op zowel ligduur als op herstel. Wie bijvoorbeeld 10 dagen ligt, is al 20 procent van zijn spierweefsel kwijt. Dagenlang liggen is ook slecht voor het longweefstel. Een patiënt is daardoor vatbaarder voor een luchtweginfectie. Bovendien worden de darmen inactiever, terwijl je juist voedingsstoffen en bouwstenen nodig hebt om te herstellen. Ook de huid wordt kwetsbaarder als je lang ligt. Het is dus in het belang van de patiënt om vroeg te beginnen met revalideren. Met Optimum Care bieden we revalidatie en snelle mobilisatie in één centrum, voor patiënten met een intensieve zorgbehoefte."

Wanneer kunnen patiënten van de IC naar de Optimum Care?

"Zodra patiënten stabiel zijn op de IC, kunnen ze naar Heliomare. Als



Tijs van Bezeij met patiënt (fotograaf: Mike Bink)

patiënten nog afhankelijk zijn van beademingsapparatuur, kunnen wij dat op de Optimum Care overnemen. We monitoren patiënten extreem goed op alle vitale functies; 24 uur per dag worden continu alle waarden in beeld gebracht. De dienstdoende arts is ook in staat om 's avonds thuis een digitale visite te doorlopen. De verpleegkundigen zijn allemaal geschoold op Medium Care-niveau en ook de behandelaren van de revalidatieteams hebben extra scholing gehad om specialistische zorg te kunnen bieden."

Is dit niet heel kostbare zorg?

"De zorg, inclusief therapie, die wij verlenen op de Optimum Care is veel minder kostbaar dan de zorg op de IC van een ziekenhuis. Niet alleen de patiënt heeft er baat bij, het is dus ook een financieel aantrekkelijk alternatief. 8 jaar geleden schreef ik al het plan voor deze Optimum Care. Dankzij een subsidie van Stichting Agis Zorginnovatiefonds konden we deze afdeling realiseren."

Hoe gaat u de meerwaarde van deze afdeling aantonen?

"We willen laten zien dat de volledige ligduur van patiënten wordt verkort, zowel in het ziekenhuis als in het revalidatiecentrum. Door de patiënten regelmatig te testen en te vergelijken tonen wij aan dat zij ook beter herstellen. Het gebeurt regelmatig dat patiënten lang op de IC liggen en daardoor de operatiecapaciteit in de ons omliggende ziekenhuizen blokkeren. Door snellere doorstroming op de IC denken wij dat de ziekenhuizen hun capaciteit beter kunnen gebruiken en specialistische operaties makkelijker zijn in te plannen. De omliggende ziekenhuizen zijn dan ook allemaal enthousiast over ons initiatief."

U bent in juni van dit jaar met Optimum Care begonnen. Wat kunt u vertellen over de resultaten?

"We hebben 12 bedden Optimum Care, waar de zorg voor patiënten steeds verder wordt afgebouwd totdat ze kunnen revalideren op een gewone revalidatieafdeling. We willen een maximale bezetting van 80 procent om opnamecapaciteit te behouden. Tot nu toe hebben we een gemiddelde doorstroom van zes weken gerealiseerd, dat is een redelijke doorstroom."

MEER INFO

Relweg 51
1949 EC Wijk aan Zee
088 920 89 99
info@heliomare.nl
www.heliomare.nl/optimumcare

VAN DE REDACTIE

Landelijke standaard hartfalenzorg

Een naadloos systeem, tijdige signalering en zorg dicht bij huis.

Hartfalen is een ernstige ziekte. De kans op overlijden is groot. Met de zorg rondom deze aandoening is jaarlijks zo'n 450 miljoen euro gemoeid. En omdat het aantal patiënten toeneemt, zullen de kosten gaan stijgen. Redenen genoeg om de zorg voor hartfalenpatiënten zo goed mogelijk te organiseren.

Auteur: Marianne Meijerink

Hartfalen, een aandoening waarbij de pompfunctie van het hart tekortschiet, komt veel voor. Een vijfde tot een derde van de bevolking krijgt er mee te maken, meestal op een leeftijd van boven de 70 jaar. Het RIVM heeft becijferd dat het aantal patiënten als gevolg van de vergrijzing zal stijgen van ca. 130.000 mensen nu, tot bijna 200.000 in 2025. Ondanks die ernst en omvang weten mensen vaak niet wat hartfalen is. Cardioloog Petra van Pol: "Bij kanker gaan direct alle alarmbellen af. Bij hartfalen denken veel mensen, ach het had ook erger kunnen zijn." Van Pol werkte mee aan de ontwikkeling van de Landelijke Transmurale afspraak Hartfalen (LTA). Dat gebeurde op initiatief van het Zorginstituut door een multidisciplinaire werkgroep van professionals, patiënten en zorgverzekeraars. Onlangs werd de LTA gepresenteerd.

Tijdige signalering

Huisartsen en specialisten zijn niet altijd alert op de ziekte. Hoewel veel patiënten onder behandeling zijn van een cardioloog als het hartfalen een gevolg is van een aandoening aan het

"Bij kanker gaan direct alle alarmbellen af, bij hartfalen denken veel mensen, ach het had ook erger kunnen zijn"

hart zelf, kan er ook een andere ziekte aan ten grondslag liggen. Van Pol: "Diabetes of hoge bloeddruk vergroten de kans op hartfalen. En het kan ook ontstaan als gevolg van leefstijl: alcohol, drugsgebruik, eetproblemen. Een huisarts of specialist is daar niet altijd op bedacht. Anderzijds worden schijnbaar onschuldige klachten niet altijd herkend als symptoom." Tijdige signalering kan helpen patiënten te doordringen van de noodzaak om medicatie, voedings- en leefstijladviezen voor de onderliggende aandoening serieus te nemen, zodat hartfalen kan worden voorkomen.

De LTA regelt onder meer hoe de 'awareness' onder relevante beroepsgroepen kan worden vergroot, zodat snelle en correcte diagnostiek mogelijk is. Daarnaast is scholing voor huisartsen en praktijkondersteuners een aandachtspunt. Ander knelpunt is dat patiënten die wel gediagnosticeerd zijn, niet altijd weten bij wie ze moeten



Foto: Wioleta Brynkus

zijn. Daarover was niets geregeld. Vaak blijven patiënten onder behandeling van een cardioloog, terwijl ze voor controles en adviezen ook heel goed weer onder de hoede van huisarts of parktijkondersteuner zouden kunnen komen. De LTA bevat richtlijnen voor wie welke zorg zou kunnen uitvoeren, zowel met betrekking tot de chronische zorg als in de laatste levensfase.

Bekostiging

De LTA is bedoeld als landelijke standaard voor een naadloos systeem voor alle hartfalenpatienten, dat zowel huisartsenzorg als ziekenhuiszorg omvat. Het streven is: adequate zorg, zo dicht mogelijk bij huis. Vanaf komend voorjaar wordt onder de noemer NVVC Connect, gewerkt aan regionale invulling van de LTA. "Je moet dat per regio bekijken", zegt Van Pol, "omdat er grote verschillen zijn in capaciteit en niveau van de voorzieningen." Intussen moet dan nog een ander knelpunt worden opgelost: de bekostiging is niet ingesteld op deze 'ontschotting' van de zorg. De komende periode moet daar samen met zorgverzekeraars een model voor worden ontwikkeld.

UITGELICHT

Klachten bij hartfalen

Als het hart het bloed niet goed kan rondpompen, ondervindt het hele lichaam problemen. De organen krijgen minder zuurstof en voedingsstoffen, en dit geeft klachten.

De meest voorkomende klachten bij hartfalen zijn: vermoeidheid, kortademigheid (vooral bij inspanning), opgezette benen en enkels (het lichaam houdt vocht vast), onrustig slapen en 's nachts vaak plassen

Bron: Hartstichting

INTERVIEW

Brede samenwerking als basis voor hartfalenzorg

Het 'Alphense model': brede samenwerking als basis voor hartfalenzorg.

Een paar jaar geleden zaten in Alrijne Ziekenhuis locatie Alphen aan den Rijn, cardiologen en huisartsen met elkaar om de tafel, samen met andere professionals uit de keten. Doel: uitzoeken hoe de zorg rondom hartfalen beter voor de patiënt kon worden georganiseerd. Initiatiefnemer cardioloog Carolien Lucas: "Met open vizier een gezamenlijk plan maken. Zoiets was nog nooit vertoond. Maar het heeft ons veel opgeleverd. In korte tijd hadden we de contouren voor effectieve samenwerking in de keten." Huisarts Jaap Eysink Smeets: "Ons doel was: de juiste zorg op de juiste plek. "

Wat was de aanleiding om bij elkaar te gaan zitten?

Carolien Lucas: "Wij zagen het aantal patiënten op de hartfalenpolikliniek al maar toenemen. Afgaande op landelijke prognoses wisten we dat die groei door zou gaan. We wilden weten in hoeverre het mogelijk was de opvang voor een deel te verleggen naar de eerste lijn, de huisarts dus. Dat sluit ook aan bij wat de minister wil: waar mogelijk de specialistische zorg verminderen. Maar hoe je dat moet doen stond eigenlijk niet vast. Ik heb enquêtes gestuurd naar onze patiënten en zo'n 75 huisartsen in de regio om beter zicht op de knelpunten te krijgen. Daarna zijn we met huisartsen, praktijkondersteuners, gespecialiseerde verpleegkundigen gaan uitzoeken hoe we die knelpunten konden oplossen. We kozen bewust voor een kleine groep enthousiaste betrokkenen. Op die



Carolien Lucas

manier zouden we snel een aantal stappen kunnen zetten. Dat lukte ook. Vervolgens zijn we nabijgelegen regio's en de derde lijn, het academisch ziekenhuis LUMC, gaan betrekken."

Welke knelpunten waren er?

"Voor een huisarts is hartfalen niet altijd makkelijk te signaleren. Oudere patiënten, en daar gaat het meestal om bij hartfalen, hebben bijvoorbeeld nogal eens last van kortademigheid, maar dit kan net zo goed een gevolg zijn van vermoeidheid, een longaandoening of verminderde conditie. Een ander probleem was dat een patiënt die eenmaal is doorverwezen naar de specialist, uit het zicht van de huisarts raakt, terwijl die juist heel veel kan doen als een patiënt terugkomt met medicatie en een serie leefregels, met ons in de tweede lijn als back-up. Die back-up moet je goed organiseren. We hebben samen omschreven hoe dat zou moeten en welke extra scholing nodig is, zowel voor de huisarts als praktijkondersteuner, om de zorg goed op te vangen."

Hoe werkt het in de praktijk?

Huisarts Jaap Eysink Smeets: "Wat we wilden is een doorgaande lijn van de huisarts naar de specialist en weer terug. En de eerste ervaringen daarmee zijn positief. Onze patiënten zijn tevreden over de goede contacten met de huisartsenpraktijk en de korte lijnen naar de afdeling cardiologie. Vaak is een telefonisch overleg met de hartfalen verpleegkundige al voldoende om bijvoorbeeld de medicatie aan te passen. We zien dat minder opnames nodig zijn en het verblijf thuis verloopt ook beter. Hoewel het nog jaren hard werken vergt voordat de overdracht overal naadloos verloopt, zien we nu al wat samenwerking op basis van gelijkwaardigheid, vanuit de eigen discipline, kan opleveren. Onze ervaringen en ideeën dienen nu als basis voor de Landelijke Transmurale Aanpak Hartfalen waar de cardiologenvereniging NVVC aan werkt."

MEER INFO

Alrijne Ziekenhuis Alphen aan den Rijn
Meteoorlaan 4
071 582 8043

Alrijne Ziekenhuis Leiderdorp
Simon Smitweg 1
071 582 8043

Alrijne Ziekenhuis Leiden
Houtlaan 55
071 517 8433
www.alrijne.nl

INTERVIEW

Goede ketenzorg voor trombose essentieel

De zorg rondom trombose in Nederland vereist goede ketenzorg.

De ketenzorg van de aanpak van trombose is in Nederland sterk regionaal georiënteerd. Essentieel voor goede ketenzorg is het centraal stellen van de patiënt. Prof. dr. Saskia Middeldorp, hoogleraar Inwendige Geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam, geeft een beschouwing.

In Nederland wordt veel onderzoek gedaan naar trombose. Wat voor onderzoeken zijn dat en wat is de invloed ervan op de transitie in de trombosezorg?

"Het soort onderzoek varieert van heel basaal –hoe ontstaat trombose?- tot klinisch toegepast diagnostisch en therapeutisch patiëntgebonden onderzoek. Hiermee is grote vooruitgang geboekt. Toch lukt het niet altijd om de onderzoeksresultaten ook te vertalen naar optimale zorg. We hebben in Nederland een uniek systeem van trombosediensten, die de werking en therapietrouw rondom de traditionele vitamine k-remmers bewaken. Met de komst van de directe orale anticoagulantia DOAC's, (ook NOACs genoemd, nieuwe orale antistollingsmiddelen), is eveneens een transitie ingezet. Deze nieuwe middelen zijn makkelijker voor de patiënten, maar de noodzaak voor goede trombosezorg blijft bestaan. Daarmee verandert de rol van de trombosediensten en je ziet ook wel bewegingen op dat vlak. De samenwerking tussen huisartsen en de tweede lijn worden tegelijkertijd in landelijke zorgketens vastgelegd. Er is wel heel veel aandacht voor, maar hoe de nieuwe structuur goed handen en voeten te geven hangt sterk af van de regio. In het organiseren van de ketenzorg bestaan regionaal grote verschillen."

Hoe kan dat verbeterd worden?

"De tijdspanne tussen diagnose en nazorg is in sommige ziekenhuizen maar liefst drie maanden. Na de diagnose worden patiënten naar huis gestuurd met een recept en ze vallen vervolgens in een zwart gat. Ze zijn sterk afhankelijk van een patiëntfolder of zelf gezochte informatie. Op dat vlak zouden we als zorgverleners beter de handen ineen kunnen slaan. Bijvoorbeeld door een soort anderhalve lijnszorg op te zetten of er bijvoorbeeld voor zorgen dat in de huisartsenpraktijk meer ervaring en kennis wordt vergaard. Met de trombosediensten hadden we wat dat betreft een fijn netwerk, waar patiënten ook met veel vragen terecht konden."

Hoe kunnen huisartsen aan die vraag voldoen?

"Je kunt twee wegen bewandelen. Als specialisten moeten we in ieder geval de hand in eigen boezem steken. Je kunt niet iemand diagnosticeren met trombose of longembolie en pas weken later op de polikliniek terugzien. Dat is geen goede patiëntenzorg. Daar zijn we als specialisten in eerste instantie wel verantwoordelijk voor. Vervolgens zou je op termijn de langdurige behandeling en de bewaking van therapietrouw onder kunnen brengen bij de huisarts of diens praktijkondersteuners. Maar we zijn er in Nederland nog niet helemaal uit hoe we die zorg goed kunnen inrichten. Zelf denk ik dat we de patiënten een plezier doen als we de eerste lijn meer 'empoweren', meer kennis en grip geven, zodat ze beter kunnen samenwerken om een goede patiëntenzorg te leveren. De keten optimaliseren."

Welke initiatieven worden momenteel genomen?

"Er zijn regio's waar bijvoorbeeld een trombosedienst een deel van die taken op zich neemt, dus cardiovasculair risico-management inclusief management voor antistolling. Er zijn ook regio's waar wordt gekeken naar anderhalve lijnszorg: zorg die niet goed in de tweede lijn past, ga je daarbij in nauwe samenwerking met de eerste lijn opzetten. Dat geeft voor huisartsen een meer laagdrempelige ingang om te verwijzen naar deze anderhalve lijnszorg, waar artsen met gerichte expertise de leemte kunnen opvullen. De verschillen per regio zijn echter groot, maar uiteindelijk gaat het erom de patiënt centraal te stellen. Je zou kunnen zeggen dat alle voorwaarden voor een goede ketenzorg aanwezig zijn, de infrastructuur is er. Maar het zou beter georganiseerd mogen worden. Ondanks alle aanwezige knowhow en de Nederlandse verdiensten op het



Prof. dr. Saskia Middeldorp (fotograaf: Bart Versteeg)

gebied van trombose-onderzoek is het vooropzetten van het belang van de patiënt niet altijd vanzelfsprekend."

MEER INFO

Meibergdreef 9
1105 AZ Amsterdam Zuid-Oost
020 566 9111
www.amc.nl

INTERVIEW

Unieke samenwerking van vier ziekenhuizen

Met de opzet van Stichting Cardiologiekring Zuidoost Brabant gaan vier ziekenhuizen een samenwerking aan.

Het aantal chronisch zieken neemt snel toe. Cardiologen in Zuidoost Brabant hebben de situatie onderkend en de handen ineengeslagen. "Om de puntjes op de i te zetten", beschrijft cardioloog dr. Luc Theunissen. Maar het zijn in feite dikke punten, want de samenwerking heeft voor de patiënten in de regio grote positieve gevolgen. Samen met collega dr. Sylvie de Jong (Elkerliek Ziekenhuis) bespreekt dr. Theunissen (van het Maxima Medisch Centrum) de nieuwe situatie in de regio.

Welke vier ziekenhuizen zijn bij de Stichting Cardiologiekring Zuidoost Brabant betrokken?

Dr. Theunissen: "Het Maxima Medisch Centrum, St. Anna Ziekenhuis, Elkerliek Ziekenhuis en het Catharina Ziekenhuis. Samen bestrijken we een gebied met 23 gemeenten en zo'n 750.000 inwoners. De cardiologen van deze ziekenhuizen zijn voor drie aandoeningen een samenwerking aangegaan: acuut coronair syndroom, boezemfibrilleren en hartfalen. Verder hebben we in de regio een goede samenwerking met huisartsen en praktijkondersteuners."

Hoe ziet de samenwerking er voor boezemfibrilleren uit?

"In alle vier ziekenhuizen hebben we boezemfibrillerenpoli's geopend, die identiek werken. Met de mogelijkheid om door te verwijzen naar het derdelijns centrum van het Catharina Ziekenhuis is een heel goede samenwerking ontstaan. We werken procesmatig, met beter registreren van het diagnose- en behandelproces. Er is sprake van substitutie van zorg door verpleegkundigen onder supervisie van de cardioloog in te zetten, en een multidisciplinaire patiënten benadering. De internationaal geldende richtlijnen ten aanzien van diagnostiek en behandeling willen we beter nastreven en toetsen."

Dr. De Jong: "Het Netwerk Atriumfibrilleren is onlangs ingebed in het kwaliteitsproject Connect van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC). Het is ook uniek dat de eerste en tweede lijn hier de handen ineen gaan slaan. We merken dat het enthousiasme steeds groter wordt. Met de eerste lijn hebben we een stuurgroep gevormd, met directeuren van de grote zorgroepen in deze regio en ons samenwerkingsverband. Zij kunnen snel knopen doorhakken en opgemaakte protocollen snel accorderen. Het zijn nauwe en korte lijnen."

Wat zijn de doelstellingen van het samenwerkingsverband?

"We hebben vijf doelstellingen. Verbetering van patiëntrelevante uitkomsten; betere samenwerking in de keten met uitwisseling van kennis en ervaring; transparante toetsing van de gehanteerde werkwijzen; beste behandeling op de juiste locatie met aantoonbaar efficiency voordelen; en



Cardiologenkring ZOB. Van links naar rechts: Hans van Laarhoven (De Hart&Vaatgroep), Ruud Vergroesen (POZOB), Luc Theunissen (Maxima Medisch Centrum), Sylvie de Jong (Elkerliek Ziekenhuis), Peter Polak (St. Anna Ziekenhuis), Martin Hemels (Connect AF) en Lukas Dekker (Catharina Ziekenhuis).

ten slotte uitgroeien tot een voorbeeld regio. We willen bijvoorbeeld de patiënt centraal zetten door de richtlijnen binnen de cardiologie als uitgangspunt te nemen en elkaar daarop te controleren. Dus zuiver werken volgens de Europese guidelines. We hebben er zelfs een promotieonderzoek aan verbonden, om aan te tonen dat het nauwkeurig volgen van de richtlijnen leidt tot hogere kwaliteit. Je kunt de prognose van mensen met boezemfibrilleren verbeteren door zo effectief mogelijk te werken op het gebied van anamnese, diagnose en behandeling. Uit de Euro Heart Survey blijkt dat onvoldoende opvolgen van de richtlijnen leidt tot toename in morbiditeit en mortaliteit en dat patiënten vaak niet goed geïnformeerd zijn inzake aandoening en behandeling."

MEER INFO

www.catharinaziekenhuis.nl
www.mmc.nl
www.st-anna.nl
www.elkerliek.nl

VAN DE REDACTIE

Shared decision making en ketenzorg bij boezemfibrilleren

Er wordt hard gewerkt om shared decision making en ketenzorg rondom boezemfibrilleren te verbeteren.

“Hip en happening”, noemt Hans van Laarhoven, beleidsadviseur van De Hart&Vaatgroep, de huidige aandacht voor shared decision making. Ofschoon de term wellicht vanzelfsprekend klinkt, is dat het zeker niet.

Auteur: Cor Dol

Van Laarhoven onderscheidt een morele en instrumentele kant aan shared decision making. “Moreel wil zeggen dat je ook als zorgverlener er echt voor open staat om daadwerkelijk samen met de patiënt te overleggen en een besluit te nemen. In veel gevallen is het nu nog zo

“Door gedeelde besluitvorming wordt het een deel van de patiënt zelf”

dat de arts bepaalt wat er gaat gebeuren en dat de patiënt het aanneemt als zijnde de waarheid.” Natuurlijk is er een verschil tussen kennis en kunde tussen arts en patiënt, maar dat wil niet zeggen dat de patiënt daarbij niet betrokken hoeft te worden. Op het morele vlak valt volgens Hans van Laarhoven nog wel wat terreinwinst te boeken. Ook voor patiënten geldt dat ze er open voor moeten staan en hun rol en verantwoordelijkheid nemen. “Door gedeelde besluitvorming wordt het een deel van de patiënt zelf”, motiveert hij. Ook als het gaat om aandoeningen aan het hart- en vaatstelsel speelt dit een belangrijke rol, omdat het meespeelt in de mate waarin patiënten de regie houden over hun eigen ziekte en het inpassen



in hun leven. Het is aangetoond dat betrokken patiënten ‘betere’ patiënten zijn, meer therapietrouw vertonen en meer gemotiveerd zijn om zelf aan de slag te gaan.

Instrumentele kant

In shared decision making wordt veel nadruk gelegd op de instrumentele kant. Daarbij gaat het om hulpmiddelen bedenken en maken om de besluitvorming op papier uiteen te zetten en te bekijken wat de afwegingen zijn. Bijvoorbeeld keuzehulpen, om de voors en tegens van een bepaalde keuze goed inzichtelijk te maken, uit te zoeken en vast te leggen.

In het geval van boezemfibrilleren speelt een dergelijke situatie bijvoorbeeld bij de keuze voor antistollingsmiddelen. NOAC’s vereisen van de patiënt wel discipline, want er is niemand die helpt herinneren. De alternatieve vitamine k-antagonisten vragen instelling door de trombosedienst, die daardoor wel kan functioneren als hulp bij goed gebruik. “Dat is een afweging die voor iedere individuele patiënt belangrijk is. Zo zijn er veel keuzes die arts en patiënt samen kunnen maken.”

Connect voor boezemfibrilleren

Tegelijkertijd wordt de ketenzorg rondom boezemfibrilleren momenteel beter georganiseerd, omdat daar behoefte aan blijkt te bestaan. Na het Connect-project van de NVVC (Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie), waarbij het focus lag op acuut hartinfarct, krijgt nu boezemfibrilleren een kans om de regionale ketenzorg voor deze aandoening beter te organiseren. Hans van Laarhoven: “De cardioloog doet meestal de diagnose, zoekt naar de oorzaak en een goede aanpak. Het onderhoud kan vervolgens door de huisarts opgepakt worden. Daar zit al een uitwisseling in, maar het kan beter geregeld worden. Behalve voor boezemfibrilleren wordt nu ook voor hartfalen een dergelijk Connect-project opgezet.” Het project voor boezemfibrilleren is begin november 2015 gestart. Punt is wel dat er minder concrete zaken zijn, zoals bij acuut hartinfarct, waar je op kunt sturen. Maar: “De intentie is goed en iedereen is enthousiast om deze ketenzorg beter te maken.”

INTERVIEW

Optimale kwaliteit dankzij ketenzorg dementie

Multidisciplinair overleg tussen geriater, specialist ouderengeneeskunde en huisarts.

Om mensen met dementie langer thuis te kunnen laten wonen met een goede kwaliteit van leven is begeleiding van patiënt en mantelzorger nodig van onder meer wijkverpleegkundigen, thuiszorgmedewerkers, huisartsen en/of praktijkondersteuners. In een optimale situatie is de regie van die zorg in handen van een casemanager dementie. Deze casemanager brengt regelmatig rapport uit aan een superviserende arts met ervaring met dementie, een klinisch geriater of specialist ouderengeneeskundige. In de regio Den Bosch hebben geriater dr. Paul Dautzenberg en projectmanager Kirsten Beekhuis de zorg voor patiënten met dementie zo goed vormgegeven dat deze geldt als landelijk voorbeeld voor ketenzorg dementie.

Waarom is ketenzorg zo belangrijk?

“Het gaat erom dat alle schakels structureel samenwerken volgens een vast protocol. Iedereen moet weten wat de stand van zaken is en waar men terecht kan voor advies en hulp. Het doel van die samenwerking is individuele topzorg, bestaande uit signalering, doorverwijzing, behandeling en begeleiding van dementerenden en hun mantelzorgers. Deze samenwerking vergroot de kans dat de patiënt zolang mogelijk thuis kan blijven wonen met behoud van kwaliteit van leven.”

Hoe belangrijk is de huisarts in die keten?

“De huisarts krijgt vaak als eerste het signaal dat er iets ‘niet pluis’ is. Dat ‘niet pluis’ gevoel moet worden onderzocht om een goede diagnose te kunnen stellen en de juiste zorg te kunnen bieden. In onze regio werken huisartsen en overige zorgverleners met speciale vragenlijsten zodat zij signalen die kunnen wijzen op beginnende dementie sneller kunnen herkennen. De huisartsen en de praktijkondersteuners screenen niet alleen op dementie maar ook op andere zaken die ouderen kwetsbaar kunnen maken. Zij stellen vragen en doen indien nodig aanvullend onderzoek. Zo kunnen zij, nog voordat ernstige problemen ontstaan, de juiste diagnose stellen en passende maatregelen nemen. Deze manier van werken is als voorbeeld opgenomen in het landelijk beleid van de huisartsen, de NHG, in het recent verschenen leerboek ‘Protocollaire ouderenzorg’.”

Wat is het voordeel van multidisciplinair overleg?

“Iedere zes weken bespreken de casemanager, de huisarts, de geriater en de specialist ouderengeneeskunde alle bij de huisarts bekende patiënten. Op die manier kan een eventuele achteruitgang in de gezondheid snel worden vastgesteld. Door proactief op te treden is het mogelijk crisissituaties zoals bijvoorbeeld een dure spoedopname in een algemeen ziekenhuis te voorkomen. Inmiddels hebben zeventig procent van de huisartsen in onze regio zich hierbij aangesloten.” Overigens zijn ook patiënt en mantelzorger nauw betrokken bij het overleg. Zij kunnen hun



Kirsten Beekhuis en Paul Dautzenberg

bevindingen vermelden in een eveneens door Dautzenberg en Beekhuis ontworpen digitaal patiëntenplatform.

Wat betekent deze samenwerking voor de patiënt en diens omgeving?

“Ouderen geven aan dat zij zo lang mogelijk in hun eigen huis willen wonen. Maar dat moet natuurlijk wel mogelijk en verantwoord zijn. Ons doel is dat alle mensen met dementie in beeld zijn en dat iedereen de mantel- en professionele zorg krijgt die hij of zij nodig heeft. Dat doen wij onder meer door huisbezoek. Als het voor de patiënt moeilijk is om naar het Jeroen Bosch Ziekenhuis te komen, gaat de geriater, vaak samen met de huisarts, op bezoek bij de patiënt. Dat heeft twee voordelen: de patiënt voelt zich thuis meer op zijn gemak en de specialist kan beter beoordelen of verzorging in de thuissituatie verantwoord is.”

MEER INFO

Henri Dunantstraat 1
5223 GZ ‘s-Hertogenbosch
(073) 553 20 00
www.jeroenboschziekenhuis.nl

VAN DE REDACTIE

Nog altijd taboe op vleesbomen

Veel vrouwen hebben moeite om gynaecologische problemen met anderen te bespreken.

Uit onderzoek blijkt dat 20 tot 40 procent van de Nederlandse vrouwen tijdens de vruchtbare jaren vleesbomen (ook myomen genoemd) krijgt. De klachten die hiermee gepaard gaan kunnen een grote impact hebben op het dagelijks leven. Daarom is het belangrijk dat meer vrouwen op de hoogte zijn wat vleesbomen zijn en welke behandelingen mogelijk zijn.**

Auteur: Cor Dol



Klachten en problemen van gynaecologische aard zijn voor veel vrouwen moeilijk bespreekbaar te maken. Zo'n 20 tot 40 procent van de vrouwen in de vruchtbare jaren krijgt last van vleesbomen**. Zij hebben onder meer last van hevige en onregelmatige bloedingen en dientengevolge bloedarmoede, pijn in de onderbuik, plasproblemen en vermoeidheid. De klachten kunnen een grote impact hebben op het dagelijks leven. Toch geeft 80 procent van de vrouwen aan direct naar een arts te gaan als ze vermoeden dat ze een vleesboom hebben. Echter, over vleesbomen zelf en de behandeling heerst nog veel onwetendheid.

Vleesboom = myoom

Zo weten maar weinig vrouwen dat vleesbomen en myomen dezelfde aandoening zijn. Slechts zestig procent weet dat het daarbij gaat om goedaardige gezwellen in de baarmoeder, die echter wel de nodige klachten kunnen opleveren. Ook over de behandeling van myomen bestaat veel onduidelijkheid: veel vrouwen denken dat een operatieve verwijdering van de vleesboom de beste oplossing is en twaalf procent denkt dat een complete verwijdering van de baarmoeder noodzakelijk is. De waarheid is dat een operatie slechts één van de behandelingsmogelijkheden is. Er is ook medicatie beschikbaar en daarnaast zijn er allerlei interessante ontwikkelingen voor behandeling.

Informatie

Een goede informatievoorziening is essentieel om de behandeling van vleesbomen beter te reguleren. Een grote meerderheid van de vrouwen zou dat, gezien de schaamte en onwetendheid, het liefst doen via bijvoorbeeld een website van een patiëntenvereniging en/of een anoniem forum. Gesloten of open groepen op social media worden door 70 procent liever vermeden: het openbaar bespreken blijft lastig.

Het online onderzoek bij 1075 vrouwen werd onder de noemer Kien Onderzoek uitgevoerd door Weber Shandwick Gezondheid Vrouwen in maart 2015.

***Bron: Parker WH., Etiology, symptomatology and diagnosis of uterine myomas, Fertility & Sterility 2007, Vol 87, No 4, 725-736*

INTERVIEW

Behandeling vleesbomen vraagt om shared decision making

Zeker als het gaat om behandelingen in het gynaecologisch gebied, is shared decision making belangrijk.

Bij de behandeling van vleesbomen of myomen is shared decision making, zoals eigenlijk altijd in de gezondheidszorg, van groot belang. Er zijn nieuwe behandelmogelijkheden die een goede informatievoorziening voor de patiënt onderstrepen. Prof. dr. Bart Fauser, hoogleraar voortplantingsgeneeskunde en afdelingshoofd in het UMC Utrecht, bespreekt de huidige stand van zaken.


Prof. dr. Bart Fauser

Rust er naar uw mening nog een taboe op vleesbomen?

"Ik denk dat het taboe zelf niet zozeer rust op vleesbomen. De meeste vrouwen die naar de huisarts gaan met klachten en problemen, waarbij naderhand kan blijken dat ze vleesbomen hebben, hebben last van onregelmatig en veel bloedverlies. Ik denk dat juist dié klachten met taboes zijn omgeven. Veel vrouwen vinden bloedverlies genant en zijn bang dat het doorlekt, zodat het voor iedereen zichtbaar is. Vrouwen weten vaak niet goed wat ze er mee aan moeten. Om die reden stellen veel vrouwen een bezoek aan de gynaecoloog uit."

Hoe kan dat verbeterd worden?

"Meer openheid en kennis. En de beschikking hebben over meer effectieve behandelingen. De diagnose wordt meestal gesteld aan de hand van echoscopisch onderzoek. Huisartsen in grote praktijken hebben dat zelf ter beschikking, of kunnen uiteraard doorverwijzen. Vleesbomen komen relatief veel voor, maar geven ook weer niet altijd klachten."

Myomen of vleesbomen zijn goedaardig. Toch kan een behandeling nodig zijn. Wat zijn daarvoor de indicaties?

"De problemen met bloedverlies. Dat kan buitengewoon invaliderend zijn, met name door de grote hoeveelheid bloedverlies en het onregelmatige karakter. Doordat het chronisch is, kunnen de klachten lang aanhouden en leiden tot bloedarmoede, met klachten die daar bij horen. Shared decision making en daarmee een goede voorlichting voor de patiënt zijn belangrijk. De keuze voor een behandeling wordt genomen op basis van technische informatie over de mogelijkheden en kansen. Als vrouwen de drempel om naar de dokter te gaan eenmaal over zijn, staan ze open voor inventarisatie en behandeling door een gynaecoloog. Dan is het wel belangrijk: wat kun je deze vrouwen bieden?"

Wat kunt u bieden?

"De eerstelijnsbehandeling bestaat meestal uit een hormoonbehandeling. Allereerst de anticonceptiepil met progestageen en oestrogeen. Daarmee blijven de bloedingen bestaan, maar ze worden meestal wat beter geregeld. Het gebruik van de pil kan bijwerkingen opleveren. De tweede hormoonbehandeling is vaak wat effectiever, omdat je de menstruatie uitstelt. Het gaat hier om progestativa, met één hormoon. Het vraagt een wat hogere dosering en geeft daardoor over het algemeen ook meer bijwerkingen, met stemmingswisselingen als voornaamste. Er zijn ook nog zwaardere hormoonbehandelingen waarbij je vrouwen als het ware in de overgang brengt. De leeftijd van de patiënt in kwestie speelt natuurlijk een rol in de keuze voor een behandeling. De overgang betekent immers dat de klachten veelal verdwijnen, dus vrouwen die de overgang naderen, kiezen er meestal niet voor om zich te laten opereren. Een operatie is een tweede methode. De huidige minder invasieve methode van voorkeur is laparoscopisch, dus als het ware met een kijkoperatie, en is baarmoedersparend omdat alleen de vleesbomen worden verwijderd. Dat geeft een sneller herstel en minder complicaties. Er zijn ook nieuwe behandelingen waarmee de vleesboom met geluidsgolven als het ware wordt verpulverd. Deze behandeling geldt voor slechts bepaalde indicaties, dus er is een beperkt aantal vrouwen dat op deze manier behandeld kan worden. Recent is ook een nieuwe zeer effectieve intermitterende hormoonbehandeling geïntroduceerd (intermitterende toediening van een zogenoemd SPRM; specifieke progesteron receptor modulator) waardoor vooral bij een aantal vrouwen een operatie voorkomen kan worden. Een goede informatievoorziening voor patiënt en arts blijft daardoor belangrijk."

MEER INFO

In samenwerking met Gedeon Richter 83396/NL

Heidelberglaan 100
3584 CX Utrecht
088 755 5555
www.umcutrecht.nl

with you,
shaping
a healthy future

Gedeon Richter, een nieuwe naam in de farma-industrie
Gedeon Richter richt zich op het ontwikkelen van innovatieve gynaecologische geneesmiddelen. We zijn al geruime tijd gevestigd in bijna alle Europese landen en sinds 2012 zijn we eveneens actief in de Benelux. We willen dé partner worden van de gynaecoloog en samen werken aan een gezondere toekomst. Gedeon Richter telt wereldwijd 11.000 werknemers en heeft zijn hoofdkantoor in Boedapest.

Gedeon Richter Benelux
Jan Emiel Mommaertslaan 18 B-1831 Diegem | T. +32 2 704 93 30



GEDEON RICHTER
serving women since 1901

VAN DE REDACTIE

Samenwerking in de mondzorg

Bij een slechte mondhygiëne gaat de mondgezondheid razendsnel achteruit.

Goed poetsen en flink flossen helpt om cariës en een slechte adem te voorkomen. Dat weet iedereen. Hoe belangrijk een goede mondgezondheid is voor onze algehele gezondheid is veel minder bekend. Als er problemen zijn met de mondgezondheid, kan dat een teken zijn dat er ook elders in het lichaam problemen zijn. En ook omgekeerd is het zo dat problemen elders in het lichaam kunnen duiden op problemen met de mondgezondheid.

Auteur: Petra Lageman

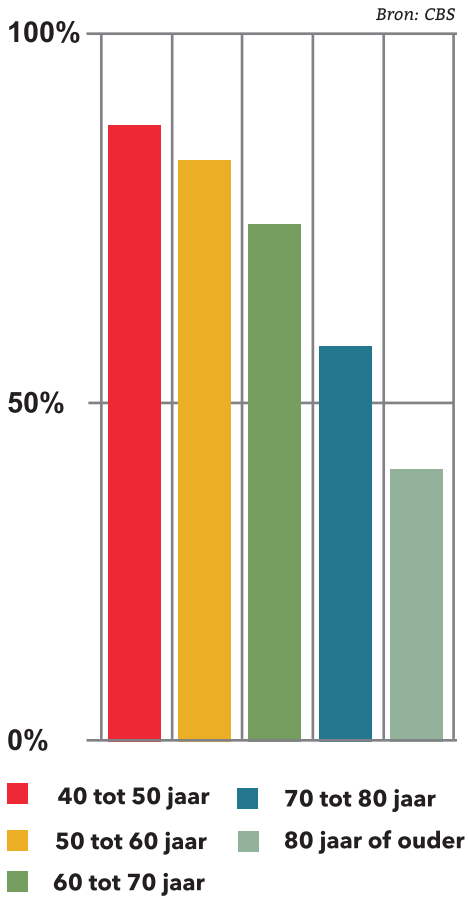
Mond en lichaam

Deze nieuwe kennis maakt de rol van de tandarts nog belangrijker dan voorheen. Maar het draait niet alleen om de tandarts. Ook andere medici zouden meer aandacht moeten besteden aan mondgezondheid. Het is helemaal niet zo'n vreemd idee dat een huisarts een patiënt met een verhoogd risicoprofiel op hart- en vaatziekten voor controle doorstuurt naar een tandarts. En als een tandarts bij een patiënt ernstige parodontitis constateert, is het belangrijk dat hij de patiënt wijst op de mogelijkheid van een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en adviseert om contact op te nemen met de huisarts. Ook verband tussen een slechte mondgezondheid en diabetes mellitus is onomstotelijk aangetoond. Een slechte wondgenezing in de mond kan een aanwijzing zijn dat iemand DM heeft.

Longontsteking door mondbacteriën

Mantelzorgers, verzorgenden en verpleegkundigen hebben een belangrijke taak als het gaat om de mondgezondheid van ouderen. Als iemand nog zelf zijn tanden wil poetsen, is dat prima. Maar er is wel controle nodig op de effectiviteit van die reiniging. "Een reëel risico is namelijk dat bacteriën uit de mond terechtkomen in de longen en daar een longontsteking veroorzaken", weet Ellen van Bruggen, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie. "Vooral bij ouderen

Percentage personen met contact met de tandarts in 2014 naar leeftijd



De slechte mondgezondheid van (kwetsbare) ouderen hangt onder andere samen met een teruglopend tandartsbezoek. Mensen gaan minder vaak naar de tandarts als ze ouder worden.

komt het regelmatig voor dat ze zich verslikken waardoor bacteriën uit de mond in de luchtpijp terechtkomen."

Eens in de drie maanden

Een goede mondhygiëne is een belangrijke voorwaarde voor een goede mondgezondheid maar bij deze kwetsbare groepen is een perfecte mondhygiëne in de regel niet haalbaar zodat er toch geregeld cariës en tandvleesproblemen ontstaan. "Als iemand zijn tanden niet goed genoeg kan poetsen en ook nog een verminderde speekselproductie heeft, kan een gebit binnen zes maanden van gezond naar slecht gaan", stelt Van Bruggen. "Daarom is mijn standaard werkwijze als tandarts geriatrie om patiënten eens in de drie maanden te laten langskomen voor controle en behandeling."

Tandarts Geriatrie

Het gaat bij tandartsen geriatrie niet om 'de technisch hoogst haalbare behandeling'. "Van deze tandartsen wordt meer kennis en ervaring gevraagd dan bij de standaard opleiding wordt gedoceerd", stelt hoogleraar gerodontologie Cees de Baat. "Vandaar dat zij ook een omvangrijke extra studie hebben gevolgd." Naarmate de patiënt ouder wordt, is het van belang te overwegen welke behandeling wel of juist niet moet worden toegepast. "Iedere tandarts kan fantastische technische hoogstandjes realiseren om een probleem op te lossen. Dat is prachtig als de patiënt in uitstekende lichamelijke en geestelijke conditie verkeert. Maar als dat niet zo is, is het beter om te kiezen voor een zo eenvoudig mogelijke oplossing zodat het onderhoud van de mond niet onnodig wordt bemoeilijkt."

In stand houden

In sommige gevallen is het zelfs beter om zo min mogelijk te veranderen aan het gebit. "Bij een kwetsbare oudere patiënt moet je geen implantaten plaatsen", geeft Van Bruggen als voorbeeld. "Dan moet je je beperken tot relatief eenvoudige

"Als er verandering optreedt in de musculatuur in het gelaat, heeft dat gevolgen voor de houvast van de prothese"

behandelingen om te zorgen dat mensen in ieder geval geen ontstekingen of pijn hebben. Dan is een gebit waarmee zij goed kunnen eten erg belangrijk." Die controle is ook van belang als iemand al een prothese heeft. "Als er verandering



optreedt in de musculatuur in het gelaat, heeft dat gevolgen voor de houvast van de prothese. Ook kan het gebeuren dat protheses door veranderingen in de kaak minder goed zitten. In beide gevallen is het belangrijk de pasvorm weer optimaal te maken."

Samenwerking met behandelteam

Als zelfstandige ouderen gaandeweg afhankelijk worden van zorg dan worden zij omringd door een behandelteam. Hoewel ieder lid van dat team verantwoordelijk is voor de gezondheid van de patiënt, blijft volgens De Baat de tandarts hoofdverantwoordelijk voor de mondgezondheid. "Het is nu nog niet zo gebruikelijk dat de tandarts zijn patiënten nabelt als deze al langere tijd niet naar de praktijk zijn gekomen voor controle en/of behandeling. Maar dat hoort er naar mijn idee wel bij."

Voorlichting

Alles begint echter bij meer aandacht voor de mondgezondheid. Niet alleen kinderen moeten daar al van jongs af aan van worden overtuigd en in worden opgeleid. Ook en vooral volwassenen zijn gebaat bij meer educatie over een goede mondverzorging. De mond stelt ons in staat te genieten van ons eten en ons drinken. Voor een optimale beleving daarvan zijn alle onderdelen van onze mond van belang. Het wordt hoog tijd dat wij onze mond de aandacht geven die hij verdient.

INTERVIEW

Gebitsprothese aanmeten kan minder belastend

Met digitale techniek is een beter passend en sterker gebit te maken.

Veel ouderen hebben een gebitsprothese. Het aanmeten ervan kan belastend zijn en het ongemak van een slechtzittend gebit kan groot zijn. Door het aanmeten van een digitale gebitsprothese kan veel leed worden voorkomen, vertellen kwaliteits- en productmanager Rob Markus en corporate marketingmanager Danissa van Dodewaard van Excent Tandtechniek.

Waarom kan het aanmeten van een gebitsprothese belastend zijn?

"Het aanmeten van een gebitsprothese op de conventionele manier vraagt vaak vijf tot zes stappen, waarin de patiënt telkens weer een behandeling moet ondergaan. Afdrukken en precisieafdrukken, bepalen van de beet, het passen en plaatsen; zowel de tandarts als de tandtechnicus die de prothese maakt, hebben al die stappen nodig om een



technisch goed product te realiseren. Voor de patiënt kan dat een grote belasting zijn, zeker voor wie al wat ouder is."

Wat is het voordeel van een digitale gebitsprothese?

"Een digitale gebitsprothese vraagt maar twee stappen of behandelingen. Dat alleen al is veel minder belastend. Maar het uiteindelijke resultaat is ook beter. De digitale gebitsprothese past beter en is acht maal sterker dan de ambachtelijk vervaardigde prothese. Digitaal ontworpen en daarna gefreesd uit een schijf kunststof dus simpeler te reinigen en bio-compatibel. Dat betekent dat er veel minder kans is op allergische reacties."

Een van de problemen voor ouderen is dat een gebit wel eens kwijt raakt...

"Het voordeel van deze prothese is dat we digitaal alle gegevens over een gebit opslaan. Mocht er dan onverhoopt een gebit kwijtraken, dan kunnen we gemakkelijk een nieuwe maken op basis van de gegevens die we al hebben."

Moeten tandartsen hiervoor anders gaan werken?

"Excent Tandtechniek heeft een protocol ontwikkeld, waarmee in twee zittingen de prothese geplaatst wordt. Dit is ook voor de tandarts een simpelere manier van werken waarvoor geen investeringen nodig zijn. We zijn weliswaar de grootste organisatie voor tandtechniek in de Benelux, maar we werken heel lokaal. Met onze 28 laboratoria zitten we bij iedere tandarts in Nederland in de buurt, dus kunnen we hen direct ondersteunen. Wij zijn er echt voor de patiënt en voor de tandarts."

MEER INFO

www.excent.eu
info@excent.eu
0800 3300000

INTERVIEW

Mondzorg in verpleeghuizen beter organiseren

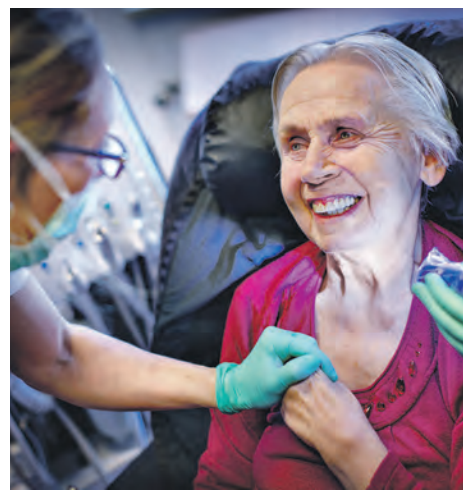
Blijvend resultaat met holistische aanpak mondzorg voor ouderen.

De overheid wil dat verpleeghuizen structurele mondzorg organiseren voor hun cliënten. In de praktijk lijkt dit echter moeilijk te realiseren. In een onderzoek (2014) van TNO naar initiatieven op dit gebied kwam Omnios naar voren als veelbelovende en effectieve interventie. Initiatiefnemers Remco Koop en Daan Beerepoot vertellen.

Waarom is het moeilijk om de mondzorg in verpleeghuizen goed van de grond te krijgen?
"Het begint er al mee dat veel verpleeghuizen moeite hebben om überhaupt een tandarts te vinden. Het behandelen van kwetsbare ouderen vergt flink wat geduld. Ook is er veel tijd nodig voor organisatie, communicatie en administratie; tijd die niet wordt vergoed. Dit maakt dat tandartsen niet warm lopen om structureel in een verpleeghuis te werken. Een andere factor is het feit dat het contact tussen verpleeghuis en tandarts veelal beperkt blijft tot de werkvloer, waardoor het management geen zicht heeft op het werk van de tandarts en er van adequate sturing geen sprake is. Tot slot is er op de werkvloer vaak onvoldoende aandacht voor de dagelijkse mondverzorging."

Hoe onderscheidt het concept van Omnios zich?
"Een complexe uitdaging als deze vraagt om een holistische aanpak. Onze mobiele behandelteams bezoeken de cliënten geregeld voor controle en behandeling. Gelijktijdig brengen we met structurele scholing en begeleiding verzorgenden de nodige kennis en kunde bij om de dagelijkse mondverzorging goed uit te voeren en zo als het ware een team te vormen met onze behandelaren. Op managementniveau gaan we tot slot aan de slag om de mondgezondheid van de cliëntenpopulatie duurzaam inzichtelijk te maken en de mondzorg te integreren in beleid en werkprocessen, zodanig dat er wordt voldaan aan de wensen van de overheid."

U zei dat werken in een verpleeghuis van tandartsen nogal wat organisatie vraagt. Wat doet u hieraan?
"We willen natuurlijk zo veel mogelijk tandartsen betrekken bij ons initiatief om de mondzorg voor deze kwetsbare mensen te verbeteren. Dat lukt goed dankzij ons fullservice-concept, dat inhoudt dat Omnios zorgt voor alle bijkomende zaken zoals het ondersteunend personeel, de mobiele apparatuur, de planning, de administratie en de communicatie met het verpleeghuis. De tandarts wordt volledig ontzorgd en kan al zijn tijd en aandacht besteden aan de cliënten."



MEER INFO

085 782 1021
www.omnios.nl

INTERVIEW

Plan van aanpak voor mondzorg ouderen

Praktische combinatie van training, begeleiding en seniorenavonden.

De mondzorg voor ouderen in zorginstellingen schiet ernstig tekort, vinden tandarts Cor Jongejan en mondhygiëniste Chereen Bainathsah van Tandheelkundig Centrum Molenvliet in Alphen aan den Rijn. Jongejan heeft een plan van aanpak bedacht voor deze snel groeiende groep patiënten. De kern: lokale samenwerking tussen zorginstelling, tandartspraktijk en ROC. Een plan met landelijke potentie.

Wat is precies het probleem?
'Ouderen hebben, meer dan vroeger, meestal nog hun eigen tanden en kiezen, maar ze zijn vaak niet zelf in staat om hun gebit te onderhouden. Uit onderzoek blijkt dat in 80 procent van de zorginstellingen voor ouderen onvoldoende aan mondzorg wordt gedaan. Dat is geen onwil. De tijd ontbreekt, maar ook de kennis. En dat is heel ernstig want de mond is een



Cor Jongejan en Chereen Bainathsah

geluksorgaan én de poort van je lichaam. Een slecht onderhouden gebit ondermijnt je kwaliteit van leven en kan allerlei ziektes veroorzaken of verergeren.'

Hoe wilt u vanuit uw praktijk hier iets aan gaan doen?
'Chereen Bainathsah en ik zijn een samenwerking gestart met het ROC ID College. We bespreken hoe mondverzorging een vast onderdeel kan worden in de opleiding. Daarnaast richten we ons op verzorgenden die al in de instellingen werken. Voor die groep hebben we een cursus ontwikkeld bestaande uit een reader, presentaties en praktijkopdrachten. Chereen heeft al ruim honderd cursisten getraind. Ze leren de preventieve zorg te doen en te beoordelen wanneer tandartshulp nodig is. Via het ID College kunnen zorginstellingen in de regio een aanvraag indienen voor de cursus.'

Kunnen de patiënten ook terecht in de tandartspraktijk?
'De tandartspraktijk fungeert als backup. Voor patiënten die een behandeling nodig hebben gaan we seniorenavonden organiseren. 's Avonds is er meer rust in de praktijk en kunnen ouderen gemakkelijker worden begeleid en vervoerd door mantelzorgers. We doen behandelingen zoveel mogelijk in één bezoek.'

Initiatieven voor uitrol binnen de regio zijn gestart. Hoogleraar gerodontologie Cees de Baat van het Radboud UMC volgt en evalueert het project. De eerste ervaringen zijn gunstig. Het gaat om meer dan alleen gezondheid. Jongejan: 'Het is treurig als eten pijn doet. Eten en drinken zijn voor ouderen vaak nog de enige geluksmomenten.'

MEER INFO

Molenvliet 5
2405 BZ Alphen aan den Rijn
0172-430221
info@tcamolenvliet.nl
www.tcamolenvliet.nl

INTERVIEW

Ouderenmondzorg door middel van mobiele teams

Goede mondzorg voor ouderen is mogelijk.

Met mobiele behandelapparatuur bezoeken teams van mondzorgprofessionals Ivory & Ivory patiënten om zo controles en behandelingen uit te voeren. De tandartspraktijk heeft negentien vestigingen in diverse regio's en werkt volgens de Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen. Behalve specialistische behandelingen, bieden de praktijken mondzorg speciaal voor ouderen. Door middel van structurele, ambulante tand- en mondzorg kunnen zorgafhankelijke ouderen en zorginstellingen de behandeling krijgen die ze nodig hebben. Ilonka Armstorff, manager ouderenmondzorg, geeft toelichting.

Hoe wordt de Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen uitgevoerd?
"Door een totaalconcept te bieden. Wij nemen de zorg van de zorginstelling over. Hiermee leveren we een bijdrage aan de kwaliteit van leven van patiënten. Ook begeleiden we hen op de juiste wijze naar een van onze specialisten, bijvoorbeeld een kaakchirurg. Daarbij vormen aanpassingsvermogen, goede communicatie, life long learning, risicomanagement en audits de sleutelwoorden voor onze aanpak."

Waarom deze werkwijze?
"Er komt een moment waarop een oudere patiënt, gedeeltelijk of helemaal, uit beeld verdwijnt van de tandarts. Iemand gaat in een zorginstelling wonen en krijgt daar niet altijd de mondzorg die nodig is. Bijvoorbeeld doordat men niet naar de tandarts wordt gebracht door een mantelzorger of omdat er in het verzorgingstehuis geen tandarts aanwezig is. Met onze mobiele teams van



Ilonka Armstorff, manager ouderenmondzorg

tandartsen en mondzorgprofessionals proberen we deze mensen te helpen. Omdat we een grote organisatie zijn, kunnen we de noodzakelijke voorzieningen goed regelen."

Onderzoek toont aan dat het soms erbarmelijk gesteld is met de mondzorg in verpleeghuizen.
"We komen zowel in zorginstellingen die al een tandarts hebben als op plekken waar we helemaal nieuw beginnen. Daar kan het voorkomen dat er nooit wordt gepoetst of er nooit onder de protheses gereinigd wordt. Dat kan tot ernstige ontstekingen leiden waar mensen door kunnen komen te overlijden. Een slechte mondgezondheid verhoogt het risico op een longontsteking en hart- en vaatziekten. Ook kan het de bloedsuikerspiegel ontregelen. Het is daarom uitermate belangrijk om goede mondzorg te verlenen."

MEER INFO

www.ivory-ivory.nl
030 6057011 (ouderenmondzorg)

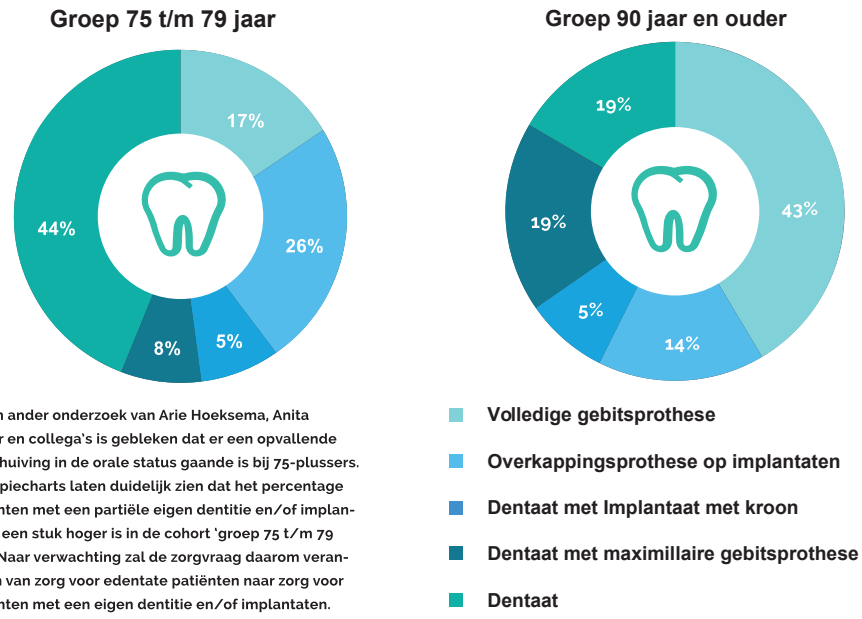
VAN DE REDACTIE

Onderzoek mondgezondheid kwetsbare ouderen

Wie een slechte mondgezondheid heeft, loopt een verhoogd risico op gezondheidsproblemen.

Kwetsbare ouderen hebben vaak een slechte mondgezondheid, met name wanneer ze in een verpleeghuis verblijven. En dat ligt veelal niet, zoals veel mensen denken, aan de verzorging in die verpleeghuizen. Meer dan tachtig procent van de patiënten heeft al bij opname een matige tot slechte mondgezondheid. Het gaat vooral om ouderen die nog een eigen gebit hebben. Een eigen gebit hebben is heel goed, maar het eigen gebit vereist wel een intensieve mondzorg. En dat is niet altijd makkelijk als ouderen gezondheidsproblemen hebben en zorgafhankelijk thuis wonen.

Auteur: Petra Lageman



In een ander onderzoek van Arie Hoeksema, Anita Visser en collega's is gebleken dat er een opvallende verschuiving in de orale status gaande is bij 75-plussers. Deze piecharts laten duidelijk zien dat het percentage patiënten met een partiële eigen dentitie en/of implantaten een stuk hoger is in de cohort 'groep 75 t/m 79 jaar'. Naar verwachting zal de zorgvraag daarom veranderen van zorg voor edentate patiënten naar zorg voor patiënten met een eigen dentitie en/of implantaten.

Bron: Peri-implantaire gezondheid bij 75-plussers met een overkappingsprothese (Hoeksema e.a., 2015)

Kinderen, mantelzorgers, de thuiszorg en wijkverpleegkundigen constateren doorgaans wel snel problemen met het schoonhouden van het huis, de kleding en de persoonlijke hygiëne. En ook wordt wel opgemerkt dat iemand een slechte adem heeft. Maar de vraag of iemand nog wel goed de tanden poetst wordt zelden gesteld. "Het is ook iets dat heel erg persoonlijk is", weet dr. Anita Visser, voorzitter Commissie Bijzondere Zorggroepen van de Koninklijke Maatschappij tot der bevordering der Tandheelkunde. "Veel mensen zien er tegenop om de tanden van iemand anders te poetsen. Tegelijkertijd is het voor ouderen heel moeilijk om toe te geven dat ze niet meer voor hun eigen gebit kunnen zorgen. Dat iemand je wast en helpt met aankleden is tot daar aan toe. Maar tanden poetsen is een hele intieme verzorging."

Onderzoek

Omdat zij in hun eigen praktijken vaak mondzorgproblemen zagen bij ouderen, hebben gespecialiseerd tandartsen geriatrie Arie Hoeksema en Anita Visser onderzoek gedaan naar de mondgezondheid bij 1.300 ouderen die de afgelopen tien jaar werden opgenomen in een verpleeghuis. Naarmate hun onderzoek vorderde, bleek de situatie ronduit alarmerend. Bij verreweg de meeste nieuwe cliënten in het verpleeghuis was sprake van vieze, versleten en slecht passende gebitsprotheses, onverzorgde implantaten, afgebroken tanden en kiezen, ernstige tandplak, ontstoken tandvlees en etensresten.

Taak tand- en huisartsen

Hoewel de Inspectie voor de Gezondheidszorg bij inspectiebezoeken in verpleeghuizen nu ook controleert op mondzorg is dat niet voldoende. De problemen ontstaan immers doorgaans al in de aanloopperiode naar een opname. Het zijn daarom volgens Hoeksema de huis- en tandartsen waar de ouderen vaak al decennialang onder behandeling zijn die hun zorgtaken zouden moeten uitbreiden. "Als iemand niet meer voor

"Een goede mondgezondheid is veel belangrijker dan men denkt"

controles komt, bel dan eens op en vraag of daarvoor een reden is. En ga eens op huisbezoek als iemand te ziek is om naar de praktijk te komen." Ook de huisarts doet er goed aan na te gaan hoe het met de mondgezondheid is. "De arts zou ook naar iemands gebit moeten kijken als er gezondheidsklachten zijn. Vraag wanneer iemand voor het laatst naar de tandarts is gegaan. En als die datum ver in het verleden ligt, vraag dan waarom."

Grote gevolgen

Wie een slechte mondgezondheid heeft, loopt een verhoogd risico op gezondheidsproblemen zoals een longontsteking, hartklachten, een delier en zelfs een hersenbloeding. Bovendien gaat het kauwen slecht als je mondproblemen hebt. Ook veel medicatie werkt minder goed en patiënten zijn moeilijker in te stellen. "Een goede mondgezondheid is veel belangrijker dan men denkt", stellen Hoeksema en Visser. "Het is hoog tijd dat dit meer aandacht krijgt."

INTERVIEW

Behandelen in de vertrouwde omgeving

Door naar kwetsbare ouderen toe te gaan, kan er goede mondzorg geleverd worden.

MondZorgPlus is een tandartsenpraktijk die gespecialiseerd is in mondzorg voor kwetsbare ouderen. Een team van mondzorgprofessionals, bestaande uit tandartsen, mondhygiënisten, preventie-assistenten en tandprothetici, levert op basis van kennis en expertise optimale mondzorg aan kwetsbare, oudere mensen. Behalve met woonzorgcentra werkt de praktijk samen met zorgverzekeraars, universitaire onderzoeksinstellingen en andere stakeholders. Corné de Bruijn is tandarts 'geriatrie'. Hij geeft toelichting op de behandelaanpak van MondZorgPlus.

Waarom is het belangrijk dat een tandarts kennis en expertise heeft van deze doelgroep?

"Bij oudere mensen is het belangrijk om naar de mens als geheel te kijken en goed op hun behoeftes in te spelen. Een behandelplan moet passend op de lichamelijke conditie van een oudere persoon worden afgestemd. Hiertoe is het belangrijk om tandartsen speciaal te scholen. Het aanpassingsvermogen van een oudere is minder groot. Een tandarts moet daar op in kunnen spelen en goed weten hoe hij naar de familie van de patiënt moet communiceren."

Hoe komt het dat kwetsbare ouderen vaak niet meer naar de tandarts gaan?

"Veel ouderen gaan cognitief achteruit. Ze kunnen alles moeizamer bevatten en zijn niet altijd meer in staat om dingen goed te regelen. Een bezoek aan de tandarts is vaak een van de eerste dingen die afvallen. Ouderen die afhankelijk zijn van een mantelzorger, vinden het vaak lastig om een ander te vragen hen naar de tandarts te brengen."



Uitgerekend voor een oudere is een gezond gebit belangrijk, vanwege de relatie tot de algehele gezondheid.

"Dat klopt. Uit het proefschrift van Gert-Jan van der Putten uit 2011 bleek dat een slechte mondgezondheid grote gevolgen heeft voor de algehele gezondheid. Zo veroorzaakt een slecht verzorgde mond vaker een longontsteking, doodsoorzaak nummer drie in verpleeghuizen. Zo zijn er meer verbanden tussen een ongezond gebit en andere ziektes bij ouderen. Verder staat een gezond gebit in relatie tot sociaal en emotioneel welbevinden. Wie uit de mond ruikt, kan daar sociaal last van hebben."

Wat doen jullie nog meer behalve het leveren van ambulante gebitsverzorging?

"Een van onze taken is het instrueren van verzorgenden bij de verdere verzorging van het gebit van een oudere. Zo helpen we verzorgenden onder andere hoe ze prothesen in- en uit moeten doen door op vaste tijden aanwezig te zijn op een afdeling. Met ons werk proberen we een bijdrage te leveren aan de bewustwording van het belang van mondzorg."

Spelen bepaalde afwegingen bij de mondzorg voor ouderen een rol?

"We treffen wel eens een slechte mondgezondheid en slecht onderhouden gebit aan. Echter, wanneer iemand geen klachten heeft, kan ook besloten worden om niet verder te behandelen. Een behandeling zou in het geval van een kwetsbare oudere averechts kunnen werken."



Corné de Bruijn

Hoe reageren kwetsbare ouderen zelf op deze behandelmogelijkheid?

"Mensen vinden het fijn om in hun eigen omgeving behandeld te worden. Het blijkt op die manier ook makkelijker om de medewerking van iemand te krijgen. We proberen op een prettige manier mondzorg te leveren. Naar de tandarts gaan moet bij ons een soort uitje zijn."

MEER INFO

Baileybrugweg 3c
4941 TB Raamsdonksveer
info@mondzorgplus.nl
www.mondzorgplus.nl

VAN DE REDACTIE

Ontschotting kan bijzondere mondzorg ten goede komen

De mond als gezamenlijke verantwoordelijkheid.



Overal in Nederland zijn centra voor bijzondere tandheelkunde (CBT). Daar kunnen mensen terecht die de gewone tandarts niet kan helpen. Meestal is dat omdat hun behandeling complex is vanwege een ernstig tandheelkundig probleem, een verstandelijke en/of lichamelijke beperking of psychische aandoening. Het is zorg in de tweede lijn, die voor vergoeding door de zorgverzekeraar in aanmerking komt. De huistandarts, de huisarts of de medisch of ggz-specialist verwijst. Maar de doorstroming kan nog veel beter. En de huisarts zou een grotere rol moeten spelen in dat multidisciplinaire geheel.

Auteur: Marianne Meijerink

De kno-arts, internist, neuroloog, orthopeed, mdl-specialist, psycholoog en vele anderen werken met patiënten die potentieel tot de doelgroep van de bijzonder tandheelkundige behoren. Patiënten van de bijzondere tandheelkundige hebben bijvoorbeeld een aangeboren afwijking, zoals een schisis, een gebitstrauma of een ziekte die ook de gezondheid van de mond ondermijnt, zoals bijvoorbeeld nogal eens het geval is bij diabetes.

Extra aandacht

Ook bij specifieke behandelingen kan de mond extra aandacht vragen. Een chemokuur laat ook het gebit niet ongemoeid. Een patiënt die een hartoperatie moet ondergaan heeft soms eerst speciale mondzorg nodig als er infectiehaarden zijn. Soms is het dan nodig om, in overleg met de specialist, het medicijngebruik tijdelijk aan te passen. Daarnaast is er een categorie mensen bij wie er drempels zijn om naar een gewone tandarts te gaan. Dat kan zich voordoen bij mensen met aangeboren aandoeningen, zoals een verstandelijke of meervoudige beperking, maar ook bij mensen met een extreme tandartsangst als gevolg van een zeer pijnlijke ervaring bij een ingreep in het verleden.

"De mond is een onderdeel van het lichaam en mondgezondheid en algemene gezondheid zijn nauw met elkaar verbonden"

Samenwerking

De meeste CBT's zijn verbonden aan ziekenhuizen en zorginstellingen. Daar loopt de samenwerking en doorverwijzing goed, vertelt Rick van der Pas, voorzitter van de gespecialiseerde beroepskoepel Cobijt (Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde). Een CBT zelf is een multidisciplinair geheel met vertakkingen binnen het ziekenhuis. "Waar we naar streven is dat patiënten zo snel mogelijk weer onder behandeling kunnen komen van de reguliere tandarts, voor zover mogelijk. Daarvoor is goede samenwerking een voorwaarde." Maar huisartsen zijn niet altijd bekend met de zorgverlening van een CBT. Zo kan het voorkomen dat iemand die pijn heeft bij het kauwen pas na een omweg via de kno-arts en de kaakchirurg bij de gnatholoog op een CBT terechtkomt. Een kostbare en tijdrovende weg.

Schotten weghalen

"Het is natuurlijk geen wonder", zegt Aad van der Helm, voorzitter van algemene tandartsenvereniging KNMT. "Een huisarts krijgt in zijn opleiding een paar uur college over de mond. De mond is voor de tandarts, is de gedachte, maar dat klopt natuurlijk niet. De mond is een onderdeel van het lichaam en mondgezondheid en algemene gezondheid zijn nauw met elkaar verbonden." De KNMT werkt nu samen met een brede groep zorgverleners, inclusief huisartsen, aan een plan voor scholing en betere samenwerking. "Wat wij willen is de schotten weghalen tussen zorgverleners, want dat betekent goedkopere zorg die beter werkt."

INTERVIEW

Voor elk gebitsprobleem een specialist

De huistandarts heeft vele partners.

Net als in de geneeskunde zijn er binnen de tandheelkunde vele specialisten. Met elkaar zorgen ze ervoor dat problemen met tanden, mondholte, kaak en het grote gebied daar omheen, kunnen worden opgelost. En dat iedereen, ook mensen voor wie de tandarts een enorme drempel is, goede tandheelkundige zorg krijgt. Twee voorbeelden uit deze beroepsgroep: 'angsttandarts' George Wijnsouw en gnatholoog Robin van Vuren. Beiden zijn verbonden aan het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) van het Flevoziekenhuis in Almere.

Voor wie is de angsttandarts?

George Wijnsouw: "Voor mensen die niet meer durven omdat ze ooit heel slechte ervaringen hebben gehad met een tandarts. Bij ouderen is dat vaak de schooltandarts van vroeger, die weinig tijd en middelen had om zijn patiëntjes goed te behandelen. Het gevolg is dat deze mensen de tandarts zijn gaan mijden, waardoor natuurlijk steeds ernstiger gebitsproblemen en pijn kunnen ontstaan. Op en bepaald moment is dan toch een ingrijpende behandeling nodig. Daarnaast werk ik met mensen met een lichamelijke of geestelijke beperking. Dat is natuurlijk ook een groep die extra zorg en aandacht nodig heeft."

Wat doet u om mensen op hun gemak te stellen?

"We bouwen het heel rustig op, vertellen wat we gaan doen en hoe. Zijn een luisterend oor. Lachgassedatie is bijvoorbeeld een optie om de behandeling meer ontspannen te laten verlopen. Narcose behoort ook tot de mogelijkheden. Het doel is altijd vertrouwen opbouwen, zodat de eigen tandarts de behandeling later weer kan overnemen. Onze aanpak kost natuurlijk veel tijd. Soms zijn we een uur bezig met één vulling. Maar gelukkig kunnen wij voor deze groep op uurbasis declareren bij de zorgverzekeraar via de regeling bijzondere tandheelkunde."



George Wijnsouw en Robin van Vuren

De huisarts of eigen tandarts kunnen patiënten doorverwijzen naar de angsttandarts. Gaat het om patiënten die in een instelling verblijven, dan zijn het de zorgverleners daar die dat doen. Patiënten van gnatholoog Robin van Vuren komen meestal bij hem terecht via andere specialisten. Een gnatholoog houdt zich bezig met aandoeningen die samenhangen met pijnklachten in het hoofd-halsgebied, het functioneren van het kauwstelsel en slijtage van het gebit. Dat is een terrein met veel aanpalende specialismen, want die aandoeningen kunnen allerlei oorzaken hebben. Het werk van een gnatholoog is daardoor per definitie multidisciplinair.

Met welke klachten komen patiënten bij u?

"Kaakklachten, bijvoorbeeld pijn in de kaakgewrichten en kauwspieren, kaakgewrichtsgeluiden en een beperkte kaakbeweging komen veel voor. Vaak zijn er ook andere problemen zoals oorpijn, hoofdpijn en nek- of schouderklachten. Daardoor is het beeld verwarrend en hebben patiënten vaak al diverse zorgverleners bezocht, zonder dat dit geleid heeft tot een oplossing. Meestal is de oorzaak een combinatie van factoren. Tandenknarsen en klemmen, een verhoogd stressniveau en persoonskenmerken kunnen een rol spelen. Uitleg over de aandoening en geruststelling kan al veel onzekerheid wegnemen. Daarnaast wordt vaak een opbeetplaat gemaakt die de patiënt 's nachts kan dragen om de invloed van verkeerde mondgewoonten te beperken. Andere behandelingsmogelijkheden zijn fysiotherapeutische oefeningen of medicamenteuze behandeling."

Bij wie kan de patiënt terecht voor de onderliggende problemen?

"We besteden veel aandacht aan de diagnostiek en ik verwijs na een grondig onderzoek vaak door, naar bijvoorbeeld de kaakfysiotherapeut als er een probleem is met de kauwspieren, naar de logopedist of naar de psycholoog. Als gnatholoog ben je de spin in het web tussen de verschillende specialismen."

MEER INFO

CBT Flevoziekenhuis
Hospitaalweg 1
1315 RA Almere
036 868 8617
www.flevoziekenhuis.nl

PATIËNTENVERHAAL

Een maand aan de babyvoeding

Mevrouw Janssens brak na een val implantaten in haar kaak. Maar het duurde lang voor ze zich liet helpen.

”Ik ben nogal hard voor mezelf”, zegt mevrouw Janssens. Maar toen haar mond na een val toch wel lang pijn bleef doen, bleek een gang naar het Centrum Bijzondere Tandheelkunde noodzakelijk. “En dat had ik veel eerder moeten doen.”

Auteur: Cor Dol

“Ik zit in een elektrische rolstoel”, vertelt mevrouw Janssens (74). “Een jaar geleden ben ik uit mijn stoel gevallen en op mijn kaak terechtgekomen. Daarna heb ik heel lang gewacht om naar de dokter te gaan, omdat ik dacht dat het wel meeviel.” Toch kwam ze in januari bij de kaakchirurg terecht. “Hij zei letterlijk dat het een puinhoop was”, zegt ze met een glimlach. Het bleek dat de implantaten in de kaak van mevrouw Janssens gebroken waren. Ondanks de pijn stelde ze het bezoek aan een specialist uit, niet omdat ze bang was, maar: “Omdat ik nogal hard ben voor mezelf. Ik dacht steeds: ‘het komt wel’.” Bijkomend probleem in het geval van mevrouw Janssens is van meer algemene aard: veel mantelzorgers in de omgeving van mensen met een beperking zien er een bezwaar in om veel tijd en energie te steken in extra begeleiding. In haar omgeving was er zodoende niet direct iemand die er de noodzaak van inzag dat ze naar een kaakchirurg moest.

“Hij zei letterlijk dat het een puinhoop was”

Vaste klant bij CBT

Mevrouw Janssens is vaste klant bij het Centrum Bijzondere Tandheelkunde (CBT) bij haar in de buurt. Elk half jaar komt ze daar voor controle en onderhoud. Er is vertrouwen; angst is er niet. “Ik had implantaten, maar die waren gebroken. Daar heb ik een maand mee rondgelopen. Tijdens de kerstdagen kon ik eigenlijk nauwelijks kauwen en eten. Ik zat aan de babyvoeding.” Eenmaal in het CBT was het leed in feite snel geleden. Het gebroken implantaat werd deels verwijderd en vervangen door twee nieuwe. Een deel van het oude implantaat is in de kaak blijven zitten, omdat bij verwijdering te weinig basis aan bot over zou blijven. Mevrouw Janssens moet daarom nog wel voorzichtig zijn, want erg veel speelruimte in de kaak is er niet meer.

Alles eten

“Gelukkig kan ik nu weer alles eten”, vertelt mevrouw Janssens verheugd. “Gisteren heb ik weer eens pinda’s gegeten, niet te veel, want dat is niet goed voor de lijn.” Achteraf vraagt ze zich ook af waarom ze eigenlijk niet veel eerder naar het CBT is gegaan. “Ja, had ik dat maar gedaan. Die kerstdagen waren niet veel aan zo. Doordat het maar pijn bleef doen en omdat ik een nieuw implantaat wilde, ben ik uiteindelijk toch gegaan.



Zo’n implantaat zit echt heerlijk. Ik heb de beslissing om naar het CBT te gaan zelf genomen, dat kan mijn familie niet voor mij doen.” Mevrouw Janssens heeft een behoorlijke medische geschiedenis. In zo’n geval reageert de omgeving vaak met een houding als ‘ze heeft weer eens wat’. Vaak werkt een dergelijke houding ook negatief op de patiënt zelf, die weinig onderneemt om zorg aan zichzelf te besteden.

“Ik heb geleerd dat ik niet alles op z’n beloop moet laten”

Zelfstandiger

“Of ik er ook iets positiefs uit dit avontuur heb gehaald? Jazeker. Ik heb geleerd dat ik niet alles op z’n beloop moet laten. Ik ben er zelfstandiger van geworden en dat is een fijn gevoel. En ik lach graag. Dat kan ik nu weer volop doen”, aldus mevrouw Janssens.

INTERVIEW

Intensieve samenwerking tussen kaakchirurgen en CBT

Kaakchirurgen en een CBT vormen samen een sterke schakel in de zorgketen.

Hoe ziet samenwerking in de zorg er in de praktijk uit, als het gaat om kaakchirurgie en bijzondere tandheelkunde? MKA-chirurgen Margo Houwing, Frank van Velzen en Maartje Wijn en dr. Piet van der Kuij, tandarts bijzondere tandheelkunde werken samen in het Alrijne Ziekenhuis in Leiderdorp. Zij bespreken de verbindingen met elkaar en andere specialismen binnen en buiten het ziekenhuis.

Hoe ziet de samenwerking en ketenzorg er rondom kaakchirurgie en bijzondere tandheelkunde in uw ziekenhuis uit?

Frank van Velzen: “Onze afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts-chirurgie (MKA) neemt een wat afwijkende positie in in het ziekenhuis, in die zin dat we een tandheelkundig specialisme zijn, met als achtergrond een vooropleiding geneeskunde én tand-heelkunde. Het grootste deel van onze verwijzers bestaat uit tandartsen, met daarnaast orthodontisten en huisartsen. Binnen onze afdeling zelf hebben we een samenwerking met mondhygiënistes en met het Centrum Bijzondere Tandheelkunde (CBT). Daar bestaat een innige samenwerking tussen. Een buitenbeentje dus, maar goed geïntegreerd in het ziekenhuis.”

Margo Houwing: “Binnen het ziekenhuis werken we bijvoorbeeld samen met de KNO-artsen, om patiënten met slaapapneu te helpen. Er zijn contacten met cardiologen, voor hen screenen we vaak patiënten. Dat gebeurt ook voor orthopedisch chirurgen en internisten, als patiënten een behandeling moeten ondergaan waarvoor ze tandheelkundig gezond moeten zijn. We werken ook op de spoedeisende hulp als het gaat om trauma’s en werken dan samen met de chirurgen.”



MKA-chirurgen Margo Houwing, Maartje Wijn en Frank van Velzen. Zittend: dr. Piet van der Kuij.

En de verbinding met het Centrum Bijzondere Tandheelkunde (CBT)?

Dr. Piet van der Kuij: “Bijzondere tandheelkunde bestaat in ons ziekenhuis uit de onderdelen gnathologie en maxillofaciale prothetiek. Een tandarts kan doorverwijzen naar mij of een van de kaakchirurgen. Wie het ook is: hij of zij doet het eerste consult en kijkt wat de problematiek is. Patiënten die hier binnenkomen, passen op een of andere manier niet in de reguliere praktijk. Ze hebben lichamelijke aangeboren of verworven afwijkingen, zijn medisch gecompromitteerd of hebben kaakgewrichtsafwijkingen. Daarom hoort een CBT ook in een ziekenhuis thuis: met de kaakchirurgen zitten we op één gang, de kamers naast elkaar. Heel vaak is het zo dat we elkaar bij bepaalde zaken even erbij roepen, om zo samen te bepalen hoe je het probleem op gaat lossen. Bijvoorbeeld als het gaat om te bepalen waar de kaakchirurg in de kaak bot moet creëren om implantaten in te kunnen plaatsen. De implantologie en botopbouwen worden in onze kliniek zeer veel toegepast waardoor er een grote expertise aanwezig is. We werken hier op een kleine schaal, zijn toegankelijk, met korte lijnen. Voor bijzondere tandheelkunde, waar de vertrouwensband zo belangrijk is, is dat heel fijn.”

Is uw rol altijd tijdelijk?

“Ik noem de bijzonder tandheelkundige altijd een onderaannemer. De huisarts is de hoofdaannemer en wij lossen een tijdelijk probleem op, zodat de patiënt terug kan naar de eerste lijn. Soms is dat lastig en blijven patiënten bij ons onder behandeling. Bijvoorbeeld oncologie-patiënten of medisch gecompromitteerde patiënten. Als er elk moment een medische complicaties op kan treden, dan heb ik liever dat dat in het ziekenhuis gebeurt. Ook daarom zitten wij in het ziekenhuis.”

Hoe ziet uw verbinding in de keten er verder uit?

“Veel tandartsen zijn via cursussen bekend met het fenomeen bijzondere tandheelkunde. Als je in een praktijk een probleem hebt dat binnen dit specialisme past, dan weten ze dat ze kunnen verwijzen naar een CBT ergens in het land. Zelf organiseren we klinische avonden voor onze verwijzers, zo kun je het beste samenspel vinden. Verder houden we onze verwijzers via correspondentie op de hoogte van wat we doen. Die samenwerking is redelijk intensief.”

MEER INFO

www.kaakchirurgieleiderdorp.nl
www.bijzonderetandheelkundeleiderdorp.nl

VAN DE REDACTIE

Burgerinitiatieven nemen enorme vlucht

Het gaat altijd om het verbeteren van de leefbaarheid, dichtbij de burger.

Ongeveer twee jaar geleden begonnen burgerinitiatieven in Nederland plotseling aan een opmars. Hoe verschillend ook, deze initiatieven blijken veelal te rusten op vergelijkbare bouwstenen en gedeelde waarden, waar voor nog op te richten burgerinitiatieven belangrijke lessen uit te leren zijn.

Auteur: Ellen Kleverlaan

Toen onderzoekers Sven Turnhout en Dieke Feliksdal besloten onderzoek te doen naar burgerinitiatieven, was dat vooral omdat er nog weinig beschreven was, laat staan onderzocht, wat een burgerinitiatief inhoudt. Turnhout en Feliksdal signaleerden dat een burgerinitiatief weliswaar verschillende gedaanten kan innemen, maar veelal hebben ze vergelijkbare kenmerken, legt Turnhout uit. "Ze zijn voor en door burgers, het gaat altijd om zorg dan wel welzijn van deze burgers, ze hebben een lokaal karakter en ten slotte zijn betrokkenheid en wederkerigheid essentiële waarden."

Samen sterker staan

Twee burgerinitiatieven hebben de onderzoekers nader onderzocht. Op het oog verschillend, maar ook hier vonden ze vergelijkbare onderliggende waarden. Het gaat om Lierop en Zoetermeer. Turnhout: "Lierop is een klein Brabants dorp waar men elkaar kent. Samen sterker staan is het doel van 'Lierop Leeft', een dorpscoöperatie waarvan maar liefst 1.000 van de 2.150 inwoners lid zijn. Zoetermeer profileert zich heel anders: als ICT-minded stad. Dat zien we ook terug bij 'Wijzelf Zorgcoöperatie Zoetermeer' die de inwoners via een website de mogelijkheid biedt om zelf hulp en zorg te regelen."

Neveneffect

Voor het diepteonderzoek hanteerden de onderzoekers de narratieve methode: door het ophalen van verhalen brachten zij verschillende groepen betrokkenen in kaart en de voor hun belangrijke waarden. Voor het ophalen van deze verhalen hebben zij ingespeeld op de verschillen tussen de burgerinitiatieven. Feliksdal: "Het was geen kwestie van de onderzoeksmethode uitrollen; we hebben voor maatwerk gekozen. Voor Zoetermeer hebben we het proces digitaal ingericht. Voor Lierop zijn we naar een aantal avonden in het dorpshuis geweest." Een neveneffect van het onderzoek is dat het verdere samenwerking tussen de burgerinitiatieven en zorg- en welzijnsorganisaties heeft gestimuleerd, zegt Feliksdal. "Een burgerinitiatief heeft andere organisaties nodig om doelen te realiseren. Met onderzoek naar hoe die samenwerking verliep, hebben wij daaraan een bijdrage geleverd." Met de publicatie, 'het verhalenboek', willen de onderzoekers andere initiatieven en gemeenten inspireren om op eenzelfde wijze ervaringen uit te wisselen en een duurzame samenwerking aan te gaan.



Regie over het eigen leven

Ondanks de verschillen zijn er meer overeenkomsten, zegt Feliksdal. "Het gaat om het verbeteren van de leefbaarheid, een vraag van de buurman die men wil oplossen. Heel dichtbij de burger. Daar zoekt men samenwerking voor met de gemeente en met zorg- en/of welzijnsinstellingen." Burgerinitiatieven hebben de laatste jaren een enorme vlucht genomen. Toen de onderzoekers in 2013 startten, waren het er ruim 60. Begin 2015 was dat aantal gestegen naar 102. Inmiddels, aan het einde van dit jaar, tikt een recente telling de 174 aan. Waarom het zo'n vlucht neemt, hebben de onderzoekers niet vastgesteld. Aannemelijk is wel dat het met de gemeentelijke decentralisaties te maken heeft, zegt Turnhout. "Er komt veel op bewoners af; in Lierop hebben bewoners zichzelf de vraag gesteld of ze het ieder voor zich gaan doen of kiezen voor samen. Lierop kiest voor samen. Dit geluid horen we meer, tevens zien we nauwelijks burgerinitiatieven afhaken. Het lijkt een beweging te zijn die zich over Nederland aan het verbreden is."

INTERVIEW

Efficiënte en effectieve begeleiding en zorg thuis

Wijkverpleegkundige heeft brede blik op wat speelt in een wijk.

De wijkverpleegkundige is terug in de wijk als kernspeler rond gezondheid en zorg. Zij biedt, vanuit een brede blik op de wijk en haar inwoners, effectieve en efficiënte begeleiding en zorg. De wijkverpleegkundige werkt hierbij samen met de huisarts en met een sociaal wijkteam. Lidewij Vat en Jennie Mast, adviseurs bij het kennisinstituut Vilans, hebben de nieuwe rol van de wijkverpleegkundige en de geschiedenis van deze professional in kaart gebracht.

De rol van de wijkverpleegkundige is veranderd in de loop der tijd. Wat is deze rol nu?

"De wijkverpleegkundige heeft een verbindende en signalerende functie in de wijk. Zij kent het medische domein, werkt samen met de huisarts en het ziekenhuis, maar kent ook het netwerk van zorg en welzijn in de wijk. De wijkverpleegkundige heeft een brede kijk op wat er speelt bij een persoon, een gezin of in een wijk. Zij kan met de zorgvrager onderzoeken wat de beste oplossing is voor diens vragen. Er kan bijvoorbeeld een vraag naar verpleegkundige hulp zijn, maar zodra ze achter de voordeur komt, kan duidelijk zijn dat er ook andere dingen spelen. Zij kan dit regelen of verwijzen naar de juiste hulpverlener. De verpleegkundige verkent dus de (zorg) vraag, stelt vast wat er nodig is en regelt de zorg."



Jennie Mast

Hoe verloopt de samenwerking met de gemeente in zo'n situatie?

"In 80 procent van de gemeenten zijn er sociale wijkteams. Dat zijn teams van verschillende hulp- en zorgverleners die samenwerken om voor een wijk en haar bewoners efficiënte en effectieve hulp en zorg in te zetten. In zo'n wijkteam zitten bijvoorbeeld hulpverleners van jeugdzorg, welzijn, onderwijs, gemeente en de zorg. De wijkverpleegkundige is zoals gezegd de verbinder tussen gezondheid, zorg en overige domeinen."

Wat is de meerwaarde van deze situatie ten opzichte van het verleden?

"Voorheen deden deze hulp- en zorgverleners hun werk vanuit hun eigen organisatie en hadden ze hun eigen opdracht. Het kon gebeuren dat er verschillende mensen bij een gezin over de vloer kwamen, zonder dat er een gezamenlijk plan was. Dat maakte dat de hulp en zorg niet altijd efficiënt en effectief was. De wijkverpleegkundige kan vanuit haar brede blik snel en slim verbindingen maken met anderen, bijvoorbeeld via het sociale wijkteam."

De wijkverpleegkundige kent een lange geschiedenis; hoe was dat honderd jaar geleden?

"Vilans heeft in kaart gebracht hoe deze rol zich heeft ontwikkeld. De huidige status van de wijkverpleegkundige is vergelijkbaar met toen. Aan het einde van de vorige eeuw was haar rol echter beperkter; zorgorganisaties waren groot in omvang en stonden ver af van de cliënten. Nu bewegen we weer terug naar kleinschaliger werken en is de wijkverpleegkundige weer de professional en kernspeler in de wijk."

Welke ontwikkelingen ziet Vilans nog meer?

"We zien zorgcoöperaties ontstaan, die vaak vanuit een gemeenschap worden opgericht zonder bemoeienis van de overheid. Ook daarin speelt de wijkverpleegkundige vaak een verbindende rol. We vragen in deze tijd meer zelfredzaamheid van mensen dan voorheen. De wijkverpleegkundige helpt mensen zo gezond en zelfstandig mogelijk thuis te blijven. Ouderen met dementie, mensen met een psychiatrische aandoening of verstandelijke handicap: de wijkverpleegkundige ziet en ondersteunt hen allemaal."



Lidewij Vat

MEER INFO

Catharijnesingel 47
3511 GC Utrecht
030 789 2300
www.vilans.nl

ADVERTORIAL

Residence Haganum: wonen met sterrenservice

Ambiance van een hotel, maar met thuisgevoel.

Veranderingen in de zorg vragen mensen langer zelfredzaam te zijn. De particuliere thuiszorgorganisatie Florence Allure speelt hierop in en beschikt zelfs over een unieke particuliere woonzorglocatie in Den Haag. Residence Haganum laat mensen, ook zonder zorgindicatie, zelfstandig wonen met sterrenservice op maat. Zoals in een hotel, maar dan met een thuisgevoel.

"Ouder worden moet zo prettig mogelijk zijn en dat kan als je je leven zoveel mogelijk kunt blijven leiden zoals je dat gewend bent", zegt Pam Hobbelman, manager van Residence Haganum. "Je kiest voor ons als je wilt wonen in een kleinschalige, sociale, veilige en zorgzame omgeving met de ambiance van een luxe hotel. Je woont zelfstandig en comfortabel in je eigen privéappartement, maar je hebt sociale contacten, faciliteiten, activiteiten en eventuele zorg altijd dicht bij."

Professioneel zorgteam 24/7

Residence Haganum beschikt over 29 appartementen, waardoor persoonlijke aandacht vanzelf spreekt. Daarmee is Haganum een voorbeeld van een particulier woonzorgcentrum dat past bij de veranderingen in de zorg. "Wonen en zorg zijn gescheiden", zegt Hobbelman. "We hebben een gediplomeerd zorgteam dat 24 uur per dag, zeven dagen per week zorg en begeleiding kan bieden, altijd afgestemd op de persoonlijke wensen. Dat kan gaan van licht huishoudelijke hulp tot intensieve persoonlijke zorg."

Positieve invloed van omgeving

Residence Haganum heeft voor mensen met geheugenproblemen een speciale



afdeling. Iedereen heeft daar zijn eigen appartement en er is een gezamenlijke woonkamer. "Onder begeleiding maken de bewoners gebruik van de faciliteiten van Residence Haganum. De activiteiten en de levendigheid hebben een zichtbaar positief effect op onze bewoners.".

Restaurant en hotelkamers

Wonen in Residence Haganum voelt als wonen in een hotel, vinden ook de bewoners zelf. Logisch, want beneden is er een restaurant met chef-kok. Er is een woonkamer, een bibliotheek, een prachtige binnentuin en er is elke dag wat te doen. De particuliere woonzorglocatie beschikt ook over echte zorghotelkamers. "Hier kunnen mensen komen logeren en de benodigde zorg ontvangen, bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname of om hun mantelzorger te ontlasten."

Florence Allure

RESIDENCE HAGANUM

MEER INFO

Florence Allure maakt onderdeel uit van zorgorganisatie Florence. Meer informatie over de het wonen in Residence Haganum is te vinden op www.residencehaganum.nl. Voor een vrijblijvende afspraak of offerte kunnen belangstellenden contact opnemen via 070 - 318 49 00 of via residencehaganum@florenceallure.nl

INTERVIEW

Betaalbare ouderenzorg in kleinschalige zorgvilla's

Alternatief voor reguliere verpleeghuiszorg.

De ouderenzorg in Nederland verandert. Verzorgingshuizen zijn er (bijna) niet meer. Het aantal beschikbare plaatsen in verpleeghuizen neemt af. Omdat de zwaardere zorgbehoefte juist toeneemt, speelt Stepping Stones Home & Care op dit spanningsveld in. Directeur Christiaan Sap licht toe.

De rol van verzorgings- en verpleeghuizen verandert. Welke factoren spelen daarbij een rol?

"Belangrijk is dat de rol van de overheid verandert. De overheid streeft naar betaalbare zorg en stimuleert dat mensen langer thuis wonen. Daarbij moet de zorg doelmatig zijn en aan hoge kwaliteitseisen voldoen. Dat staat op gespannen voet, zeker omdat mensen steeds ouder worden en de zorgvraag zwaarder en complexer wordt. Een andere factor is dat ouderen van nu heel goed weten wat ze wél en wat ze níet willen. En heel bewust kiezen hoe en waar ze hun 'oude dag' doorbrengen. In dat speelveld zien we nu vooral een verschuiving naar andere woonzorgconcepten. "

Hoe pakt Stepping Stones dit spanningsveld aan?

"Met beide handen. Stepping Stones is opgericht vanuit de kernvraag 'Kan de zorg voor hulpbehoevende ouderen zo georganiseerd worden dat de nadruk ligt op keuzevrijheid en eigen regie?'. Wij richten ons op ouderen met dementie en/of complexe lichamelijke beperkingen. Die doelgroep bieden wij betaalbare, kwalitatief hoogwaardige zorg. Dat doen we in kleinschalige zorgvilla's waar 15 tot 30 bewoners samen wonen."

Wat zijn daarbij de belangrijkste uitgangspunten?

"In de zorgvilla's bieden we structuur,



Christiaan Sap

veiligheid, geborgenheid en huiselijkheid; altijd vanuit de regie van de bewoner. Het denken en doen van onze zorgprofessionals gaat altijd uit van wat een bewoner nog wel kan; zelfredzaamheid wordt daar waar mogelijk gestimuleerd. Recent onderzoek toont aan dat actief bezig zijn, zowel met lichaam als geest, een positieve invloed heeft op de werking van de hersenen. Dit geldt met name ook voor ouderen (met dementie). Theorieën als de Nieuwe Hersenkunde en het Fitte Brein geven een vernieuwende denk- en werkrichting: met bewegen, activeren, participeren en goede voeding. Deze ingrediënten brengen we samen in ons woonzorgconcept, dat we voor een brede groep betaalbaar en bereikbaar proberen te houden."

MEER INFO

www.steppingstones.nl

ADVERTORIAL

Zorgondernemer Hans van Putten komt met De ZorgButler

"Met De ZorgButler gaan we eenzaamheid en isolement tegen, maar stimuleren we zelfredzaamheid."

Oudere mensen die voorheen naar een verzorgingshuis gingen als hun gezondheid minder werd, blijven nu zo lang mogelijk zelfstandig wonen. Voor mensen die wel de regie over hun eigen leven kunnen voeren, maar toch wat zorg nodig hebben, is er vanaf de zomer van 2016 De ZorgButler. Initiatiefnemer is zorgondernemer Hans van Putten.

Met De ZorgButler biedt Van Putten een oplossing voor mensen die nu in de thuissituatie zorg ontvangen maar bijvoorbeeld eenzaam zijn. Wat is het? "Met De ZorgButler bieden we kleinschalige woongemeenschappen bestaande uit appartementen die samen een grote leefruimte hebben. De appartementen hebben een eigen keukentje opdat mensen die zelf willen koken, daartoe gestimuleerd worden. Sowieso is het bevorderen van zelfredzaamheid een



Hans van Putten

belangrijk doel. Maar we bieden wel de veiligheid dat als er zorg nodig is, dat ook betrekkelijk makkelijk te regelen is."

Mooi

Mensen die graag samen optrekken, zullen bij De ZorgButler gelijkgestemden treffen en het isolement waarin veel ouderen terechtkomen, zo weten te ontwijken. Wie liever in zijn appartement verblijft, heeft daartoe natuurlijk ook de mogelijkheid. De appartementen worden mooi, benadrukt Van Putten. "Ik wil bijvoorbeeld geen goedkope keukentjes. Het moet echt uitdagen om zelf te koken." Voor wie is De ZorgButler geschikt? "Voor mensen die weliswaar een zorgbehoefte hebben, maar wel de regie over hun leven kunnen voeren. Voor mensen met vergevorderde dementie is De ZorgButler niet geschikt. Maar mensen die door diabetes een been hebben verloren weer wel; voor hen kunnen we de zorg inkopen die zij nodig hebben."

Ieder wat wils

In de zomer van 2016 gaat de eerste locatie van De ZorgButler open. Het betreft een voormalig verzorgingshuis dat momenteel verbouwd word. Op de begane grond komen appartementen voor jonge mensen met een licht verstandelijke handicap: 'Thomas op kamers'. Daarboven komen verdiepingen die elk ongeveer 14 appartementen bevatten. De kleinschaligheid is belangrijk, benadrukt Van Putten. "Per drie verdiepingen zwaait een zorgondernemer de scepter." De franchiseformule moet ervoor zorgen dat er een financieel gezonde en kwalitatief hoogwaardige onderneming ontstaat. "De ondernemers, veelal mensen uit de zorg, geven ieder hun eigen invulling hieraan en trekken zo verschillende doelgroepen aan. Er is straks voor ieder wat wils."

ZORGBUTLER

VAN DE REDACTIE

Ouderenzorg in transitie

Er verandert veel in de ouderenzorg en niet altijd ten goede.

Transities in de zorg spelen op vele vlakken. Om te focussen op de ouderenzorg: verzorgingshuizen verdwijnen en de rol van verpleeghuizen verandert. Omdat de zorgbehoefte alleen maar groeit, ligt er een uitdaging om de leemte te vullen.

Auteur: Cor Dol



Prof. dr. Wilco Achterberg is hoogleraar Institutionele Zorg en Ouderen-geneeskunde en verbonden aan het LUMC te Leiden. Hij constateert dat de zorg als het ware opnieuw in stukjes is geknipt. “In 2013 is geriatrische revalidatie bijvoorbeeld naar de zorgverzekeringswet (ZVW) gegaan, verder hebben we verschuivingen naar de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) en instelling van de WLZ (Wet Langdurige Zorg). Dit geeft volgens mij de meeste problemen.” In een bekend speelveld zijn nieuwe definities gekomen voor bijvoorbeeld geriatrische revalidatie en eerstelijns verblijf. Maar sluit het aanbod zo goed aan bij de zorgvraag van ouderen, zodat elke oudere de zorg krijgt die hij nodig heeft? En werkt het in de praktijk?

“Wat we nodig hebben is het besef dat veel ouderenzorg uit de particuliere portemonnee betaald moet gaan worden”

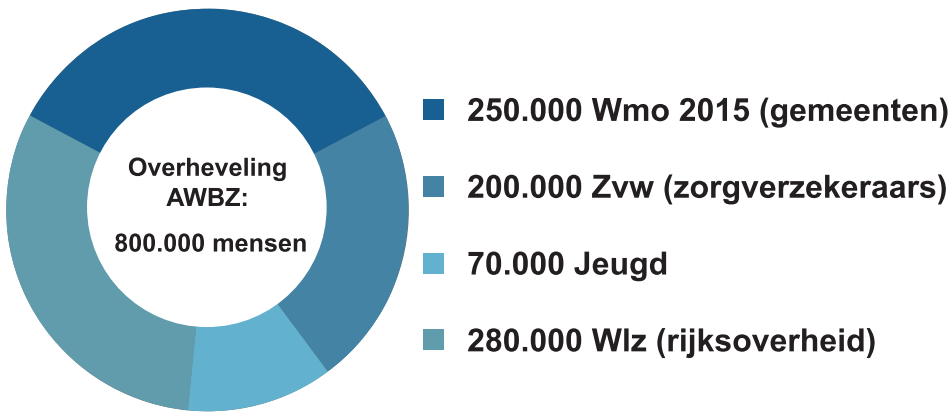
“Nee”, is het duidelijke antwoord van prof. Achterberg. “Er zijn te veel veranderingen in een korte tijd geweest. Iedereen moet uitzoeken hoe het zit en geeft er een eigen interpretatie aan. Dat geeft een chaotisch beeld. De kaders zijn niet duidelijk en daardoor komen mensen op de verkeerde plekken.”

Patiënt in de regie

Achter de transitie zit de filosofie dat de zorg dichter bij huis georganiseerd en uitgevoerd moet worden. De maatschappelijke ontwikkeling dat (oudere) mensen mondiger worden en beter weten wat ze willen, voedt de beweging naar een meer vraaggedreven zorg. Daarnaast speelt kostenbesparing een rol. Opvallend is echter dat de stijging in zorgkosten aantoonbaar niet door de vergrijzing komt. Prof. Achterberg vindt het te verdedigen dat een samenleving die vergrijst, een groter percentage van het BNP aan zorg zou moeten besteden. “Je kunt zorg ook zien als een economische drijfkracht. Ook in de zorg wordt winst gemaakt, is werkgelegenheid en vinden innovaties plaats. Veel bedrijven hebben daar voordeel bij.” Het nieuwe systeem gaat daarbij uit van een mondige burger. Maar kwetsbaarheid, wat bij veel ouderen speelt, gaat samen met een verminderde mondigheid en mogelijkheid om zelf-standig zaken te regelen.

Op verkeerde plek

Hoe zou ketenzorg zo georganiseerd moeten worden om de zorg voor kwetsbare ouderen goed te regelen? Want een verbetering is nodig, bepleit prof. Achterberg. “Momenteel sluiten de definities van het CIZ [Centrum Indicatiestelling Zorg] voor toegang tot de WLZ en de indicatie voor de geriatrische revalidatie niet op elkaar aan. En er is geen gezamenlijke verantwoordelijkheid. Iedereen bewaakt nu zijn eigen hokje, zonder te kijken naar wat voor de patiënt de beste oplossing is.” Een oplossing is het zogenoemde eerstelijns verblijf, maar deze mogelijkheid wordt te weinig door verpleeg- en verzorgingshuizen ingekocht, ook omdat ze de financiële risico’s niet altijd goed kunnen nemen. De uitkomst is: veel ouderen met een hulpvraag op de verkeerde plek. Momenteel blijven ze te lang in het ziekenhuis of belanden ze oneigenlijk in de geriatrische revalidatie, eigenlijk bedoeld voor maximaal een half jaar revalidatie. De verschillen per regio zijn talrijk. Prof. Achterberg noemt keten-verantwoordelijkheid als een oplossing voor het probleem. “Met een gezamenlijk budget en inhoudelijk kijken om mensen zo snel mogelijk de goede zorg te geven. Een goede regionale implementatie met indicatoren. Maar dat kan alleen in gezamenlijkheid.” Nieuwe oplossingen als zorghotels, herstellingsoorden, particuliere zorgvilla’s, het omvormen van verzorgingshuizen in zorgwoningen et cetera kunnen in een leemte voorzien. Een flexibel aanbod van zorg kan helpen. Ouderen hebben verschillende noden en wensen en deze nieuwe initiatieven kunnen daarbij zeker een rol vervullen.



Bron: www.zorgwijzer.nl

In 2015 is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) hervormd. De wijziging heeft betrekking op ongeveer 800.000 Nederlanders. Zij zijn vanaf 1 januari overgeheveld naar een andere of nieuwe wet, namelijk de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) en/of de nieuwe Jeugdwet.

Goedkoper en beter

Onder de slogan Save Lives And Cost zoekt prof. dr. Guus Schrijvers (oud hoogleraar Public Health, gezondheidseconoom aan het UMC Utrecht en schrijver van het boek ‘Innovatie volgens het cappuccinomodel’) naar mogelijkheden om de zorg goedkoper én beter te maken. Nochtans lijken zijn slogan en de situatie in de ouderenzorg op gespannen voet te staan met elkaar. “Wat we nodig hebben is het besef dat veel ouderenzorg uit de particuliere portemonnee betaald moet gaan worden. Daar schrikken we van, maar niet iedere oudere is arm. Maar de eigen bijdrage in de WMO en WLZ zal de komende jaren stijgen. Zo hoog dat er een particuliere markt zal ontstaan, omdat mensen bereid zijn om voor een veilige en verzorgde oude dag te betalen”, zegt hij. Ter motivatie noemt prof. Schrijvers een experiment, waarbij dertien verzorgings-huizen ‘oude stijl’ na dertig jaar werden geïntroduceerd. “Het is meer beschermd wonen dan het geven van zorg. Behalve veiligheid is er reuring. Er gebeurt wat, je hoort ergens bij, het roept emoties op.”

Scheiding wonen en zorg

Dertig jaar geleden heetten deze plaatsen bejaardenhuizen. Een wat negatieve klank, maar prof. Schrijvers is overtuigd van een gulden middenweg tussen toen en de toekomst: plaatsen waar 40 à 50 ouderen samen wonen. De zorg wordt dan van buitenaf gebracht door de huisarts, wijkverpleegkundige of verpleeghuis. “Een aantrekkelijke vorm. Gemeentebesturen die nu bezig zijn met ouderenzorg, zouden er goed aan doen om de planning van het woningbestand af te stemmen op ouderen, die op dit soort plekken beschermd willen wonen. En nogmaals, mensen zijn bereid daar voor te betalen, maar dan moet het er wel zijn.” Scheiden van wonen en zorg is al in 2013 door de overheid geïntroduceerd. Nieuwe initiatieven als zorgvilla’s en –hotels zijn op dit principe gestoeld. Prof. Schrijvers pleit er wel voor om te kijken welke zorg ook ambulant geboden zou kunnen worden.

Sociaal en medisch

Veel ouderen kampen met chronische aandoeningen. Hoewel ze eventueel wonen in een beschermde woon-omgeving, hebben ze een vergroot risico om te vallen, om eenzaam te zijn en zichzelf te verwaarlozen. Samengevat: ouderen zijn kwetsbaar. Ketenzorg zou daarom gericht moeten zijn op integratie van het medische domein en sociale domein. “De integratie in de eerste lijn van het medische domein is in Nederland gevorderd. Maar wat ontbreekt is een samenvoeging met het sociale domein, wat vooral voor ouderen belangrijk is. De wetenschap loopt op dit gebied ver voor op de praktijk, waar de verschillende domeinen elkaar nog helemaal niet vinden”, meent prof. Schrijvers. Een integratie van maatschappelijk werk en zorg dus: meer dan ketenzorg.

Ouderenadviseurs

Het aanbod van zorg is groot en divers. Wat moet je doen als je je heup hebt gebroken? Casemanagers zijn dan de aangewezen persoon om dit in goede banen te leiden en voor een deel wordt dit ingevuld door huisartsen. In het geval van ouderen zouden dit ouderenadviseurs kunnen zijn, als het ware een zorgmakelaar. Prof. Schrijvers: “Het deskundigheidsniveau van ouderenadviseurs in Nederland moet omhoog. Dit moeten onafhankelijke mensen zijn die kwetsbare ouderen een goed advies kunnen geven. Een onafhankelijk advies, niet op provisie-basis.” Ten slotte kan IT een belangrijke rol gaan spelen in modernisering van de zorg. Dankzij the internet of things kunnen zaken als telemonitoring en ‘slimme huizen’ ingevoerd worden. Daar is veel winst te halen.

VAN DE REDACTIE

Zorghotels: een groeiende markt

Zorghotels voorzien in een groeiende behoefte en bieden een alternatief voor een duur ziekenhuisbed.

De kosten in de zorg stijgen, zeker als het gaat om revalidatie en herstel na een ziekenhuisopname. Zorghotels en herstellingsoorden springen in dit gat op de markt door cliënten binnen een veilige en prettige omgeving te laten herstellen.

Auteur: Cor Dol

Zorghotels en herstellingsoorden vervullen voor velen de behoefte om in een rustige en veilige omgeving te revalideren en aan te sterken na een operatie en ziekenhuisopname. Een langer verblijf in het ziekenhuis is duur en daarmee onwenselijk en onnodig. Ziekenhuizen geven gemiddeld zo'n 900 tot 1100 euro per nacht uit aan cliënten, maar tegen een fractie van die kosten kunnen zorghotels een overnachting met gelijkwaardige zorg leveren. Volgens onderzoek van Care Expert kan circa 710 miljoen euro op jaarbasis bespaard worden door gebruik te maken van zorghotels en gelijksoortige instellingen.

Soorten en maten

Grofweg worden twee verschillende typen zorghotels onderscheiden: zorghotels die zich primair richten op de zorgbehoefte van de cliënt en zorghotels meer bedoeld voor recreatief en/of zakelijk verblijf. Zorghotels kunnen gekoppeld zijn aan een ziekenhuis, maar dienen ook ter overbrugging van de wachttijd voor een verpleeg- of verzorgingshuis. Voor tijdelijke opvang van ontoereikende thuiszorg of bijvoorbeeld door het wegvallen van mantelzorg kunnen zorghotels eveneens in een behoefte voorzien. De zorg die geleverd wordt, kan behoorlijk in zwaarte verschillen. Door de toenemende en dubbele vergrijzing zal de behoefte aan herstel- en revalidatiezorg eveneens toenemen.

Kansen

Op 25 november werd bekend dat staatssecretaris Van Rijn 20 miljoen extra uittrekt voor tijdelijk verblijf in een zorginstelling. Eerstelijns verblijf is nu ondergebracht in een aparte subsidieregeling. Het kabinet wil dit vanaf 2017 regelen via de vergoeding van de zorgverzekeraars, waarmee deze vorm van opvang in het basispakket zou komen. Marc Vieten, voorzitter van de SNHZ (Stichting Nederlandse Herstellingsoorden en Zorghotels) is blij met het bericht. "Het is een serieus signaal", vindt hij. "Mijn oproep zou zijn om ook met de SNHZ om tafel te gaan om dit goed te organiseren. Daar zijn de eerste lijn en patiënt bij gebaat: zorghotels



kunnen snel schakelen, kosten en risico's kunnen beperkt worden. Het idee is om in 2016 wat pilots uit te zetten om te zien of we deze niche kunnen laten uitgroeien tot een professioneel netwerk." Een ander punt is de huidige splitsing van zorg en verblijf. De zorg (met indicatie) in zorghotels wordt betaald uit de ZVW. "Verblijf niet. Daar moeten we iets mee in Nederland", aldus Marc Vieten.

INTERVIEW

Zorghotels vullen lacune in zorgsysteem

Alle benodigde therapie en begeleiding om weer terug naar huis te gaan.

Zorghotels zijn in de loop der tijd een onmisbare schakel geworden tussen het moment van ontslag uit het ziekenhuis en de terugkeer naar huis. Inmiddels hebben enkele zorghotels ook taken en verantwoordelijkheden van revalidatiecentra overgenomen. "Deze zorghotels hebben een belangrijk voordeel boven de traditionele zorghotels", stelt manager behandeling Marco van Duuren van Aafje. "Dankzij een hechte samenwerking met regionale ziekenhuizen en met inzet van speciaal opgeleide medici en paramedici bieden deze zorghotels ook intensieve revalidatietherapie."

Wat zijn de voordelen van deze hotels voor de patiënt?

"In een ziekenhuis heb je vrijwel geen privacy. In een zorghotel ben je echt te gast. Op jouw kamer heb je absolute privacy en je kunt gebruikmaken van alle services die je ook van een luxe hotel mag verwachten. Daarbovenop kun je een beroep doen op de verpleging en verzorging als je hulp nodig hebt. Bij zorghotels zoals die van Aafje in Rotterdam, waar intensieve revalidatietherapie wordt geboden, krijg je alle benodigde therapie en begeleiding om weer terug te kunnen keren naar de vertrouwde thuissituatie. Vanaf dag één staat alles in het teken van 'weer naar huis gaan'. In de praktijk leidt die aanpak ertoe dat 95% van onze gasten in goede gezondheid weer terugkeert naar huis."

Welke artsen en therapeuten zijn verbonden aan deze zorghotels?

"De zorghotels hebben een multidisciplinair zorg- en behandelteam dat onder leiding staat van een arts, een specialist ouderengeneeskunde.



Binnen het team werken verder naast verpleegkundigen en verzorgenden ook verpleegkundig specialisten, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, psychologen en maatschappelijk werkers."

Kan iedereen terecht in een zorghotel?

"Jazeker. Ons zorghotel is voornamelijk gericht op ouderen. Maar ook jongeren, die bijvoorbeeld na een ernstig brommer- of auto-ongeluk moeten revalideren, kunnen bij ons terecht. Met een passende Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) voor revalidatiezorg of een WLZ indicatie (Wet Langdurige Zorg) voor Eerstelijnsverblijf vergoedt de zorgverzekering de overnachtingen, de maaltijden, de zorg en de behandelingen. Overigens kan iemand ook zonder indicatie bij ons verblijven en revalideren en kan ook de partner blijven slapen."

MEER INFO

Aafje klantenservice
088 8 233 233
info@aafje.nl
www.aafje.nl/zorghotel

INTERVIEW

Nieuwe woonvorm voor ouderen

Er zijn nog steeds veel mensen die graag samen met anderen wonen en oud worden.

Hoewel ouderen steeds langer thuis blijven wonen, willen veel mensen toch graag in een beschutte woonvorm wonen, ook al hebben zij geen zware zorgbehoefte. Voor deze mensen, veelal met alleen AOW en misschien een klein pensioen, bouwt Woonzorg Nederland verzorgingshuizen van weleer om tot appartementen die voldoen aan de eisen van deze tijd, vertellen marketingadviseur Willemijn Souren en portefeuillemanager Onno Bremmers.

Een van de vele wijzigingen in de ouderenzorg is het scheiden van wonen en zorg. Wat betekent dat?

"Voorheen gingen senioren met een lichte zorgbehoefte naar een verzorgingshuis. Nu blijven zij langer thuis wonen. Er zijn wel verpleeghuizen voor ouderen die veel zorg of verpleging nodig hebben. Maar ook senioren met een lichte zorgbehoefte



hebben vaak voorkeur voor een beschutte woonvorm. Wel zelfstandig, maar met de mogelijkheid om samen met anderen wat te ondernemen en te eten en eventueel een lichte ondersteuning bij de dagelijkse verzorging."

Wat gebeurt er met de voormalige verzorgingshuizen?

"Een aantal van de 180 verzorgings- en verpleeghuizen die Woonzorg Nederland in beheer heeft, bouwen we om tot verzorgd wonen-appartementen. Wij sluiten verzorgingshuizen niet maar passen ze aan de eisen van deze tijd aan. Mensen huren bij ons een 1- of 2-kamerappartement. Zij koken zelf of samen met andere bewoners. We bieden veiligheid met deze beschutte woonvorm en er is thuiszorg mogelijk net als wanneer iemand geheel zelfstandig zou wonen."

Waarom is het belangrijk om als woningcorporatie te zorgen voor voldoende woningen voor deze doelgroep?

"Ouderen kunnen eenzaam worden. De vaste sociale omgeving valt langzamerhand weg en zij zijn wat meer op verzorging aangewezen. Wij zien het als woningcorporatie als onze verantwoordelijkheid om voor deze kwetsbare groep mensen te blijven bouwen. We bieden extra veiligheid ten opzichte van een zelfstandige woning en gaan eenzaamheid tegen met activiteiten."

Bent u voor deze welzijnsactiviteiten niet afhankelijk van de gemeenten?

"Jazeker. In deze nieuwe situatie zijn gemeenten verantwoordelijk voor het welzijn van de inwoners. Maar ook de buurten hebben vaak een groot belang bij het openhouden van voorzieningen voor ouderen. Denk aan vrijwilligerswerk maar ook aan stemlokalen. De buurt en de ouderen hebben elkaar in deze tijd hard nodig."

MEER INFO

www.woonzorg.nl

ADVERTORIAL

Zelfstandig wonen vereist zorg en ontmoeting in de buurt

Careyn geeft met 'Harten van... ' vorm aan vernieuwing ouderenzorg.

Nieuwe vormen van samenwerking zijn cruciaal om zeker te stellen dat we straks veilig en betaalbaar oud kunnen worden. Het Team Ontwikkelmanagers van Careyn is op veel plaatsen aan de slag om wonen, zorg en welzijn bij elkaar te brengen in de Harten van....

'Juist nu wonen en zorg worden gescheiden, staan we voor een uitdagende opgave', zegt André Vermaas, directeur Vastgoed van zorgorganisatie Careyn. 'We moeten partijen samenbrengen om ervoor te zorgen dat ouderen het straks zelfstandig kunnen redden.' De maatschappelijke ontwikkeling dat mensen in hun eigen woning zelf regie houden over hun leven, betwist niemand. Wie ouder wordt en beperkingen krijgt moet in zijn eigen buurt kunnen blijven. Maar daarvoor moet nog veel gebeuren. Landelijk is er een enorm tekort aan levensloopbestendige woningen, blijkt uit een recent rapport van de Raad voor de Leefomgeving. De Raad stelt tevens dat coalities van woningcorporaties, zorginstellingen en welzijnsaanbieders voor mensen met een zorgvraag moeten worden 'gekoesterd en gestimuleerd.' De conclusies zijn Vermaas uit het hart gegrepen.

Geborgenheid

Warm teen geborgenheid zijn sterke troeven van het traditionele verzorgingshuis. Maar het is een aanbodmodel, niet vraaggericht.



André Vermaas en zijn collega's werken aan voorzieningen die de geborgenheid en service van de oude institutionele zorg verbinden met betaalbaar wonen in moderne zelfstandige twee- en driekamerappartementen. Vermaas: 'In een levensloopbestendige woning kun je blijven, ook als je beperkingen krijgt en afhankelijk wordt van intensieve, professionele zorg. Maar eigen regie zit niet alleen in fysieke voorwaarden zoals alarmering, een hoge toiletpot en een ruime badkamer. Het gaat ook over sociale structuur en de nabijheid van voorzieningen: winkels, levendigheid, de apotheek en de huisarts. Om die combinatie gaat het. Careyn noemt het 'Hart van...' een vernieuwende combinatie van een betaalbare basiswoning en alle benodigde, ook zware zorg die in de hele wijk kan worden geleverd.

Verbinden

Een harde knip waarbij zorgorganisaties zich terugtrekken in hun eigen domein en het wonen wordt overgelaten aan de vastgoedmarkt, zal voor ouderen slecht uitpakken, denkt Vermaas. Bij de ontwikkeling van de Harten knopen de ontwikkelmanagers van Careyn daarom alle betrokken partijen aan elkaar: gemeenten, woningcorporaties, welzijnsinstellingen, ondernemers. Vermaas: ''Een Hart functioneert bij de gratie van een goede aansluiting bij de lokale omstandigheden. Daar is geen blauwdruk voor. ''Nu de verzorgingshuizen worden afgebouwd, komen gebouwen en locaties vrij voor herontwikkeling. Op de plekken waar Careyn eigenaar is van de grond, streeft Vermaas naar verkoop met een programma. 'Als een woningcorporatie ons belooft om veertig levensloopbestendige woningen te bouwen, heeft die een streepje voor op andere aspirant-kopers.' Vermaas streeft naar samenwerking waarin niet het rendement centraal staat, maar de maatschappelijke agenda leidend is. In de moderne netwerksamenleving vervagen de grenzen tussen verschillende domeinen, verwacht hij. Ook binnen gemeenten. 'Het sectorale denken waarbij het sociaal domein en het gemeentelijke grondbedrijf langs elkaar heen leefden, is niet meer van deze tijd. ''

Hart van Groenewoud

Careyn ontwikkelt op tal van locaties in haar uitgestrekte werkgebied 'Harten van...'. Toekomstbestendige appartementen in een levendige omgeving met voorzieningen, ontmoeting en zo nodig 7/24 zorg. In 2014 realiseerde Careyn in Spijkenisse samen met de gemeente, verzekeraar CZ en woningcorporatie Maasdelta het Hart van Groenewoud. Het complex bestaat uit drie villa's met in totaal 125 twee- en drie kamerappartementen. In het complex zijn ook een gezondheidscentrum gehuisvest en een ontmoetingsruimte voor de wijk. Met het samenwerkingsverband Groenewoud & Co zet Careyn in op een brede samenwerking tussen alle partijen in de wijk. Inmiddels heeft Careyn ook Harten tot stand gebracht in Naaldwijk, Rozenburg en Maasluis. De volgende complexen zijn in ontwikkeling.

INTERVIEW

Noord-Hollandse Dwarslaesie Revalidatie

Optimale samenwerking tussen revalidatiecentra, ziekenhuizen en de eerste lijn.

De dwarslaesieteams in Amsterdam en Wijk aan Zee willen intensiever gaan samenwerken om daarmee de zorg voor dwarslaesiepatiënten in Noord-Holland op topniveau vorm te geven. Een van de manieren waarop de zorg kan worden verbeterd, is het plan om vanaf 2016 24/7 bereikbaar te zijn voor advies in de acute fase. Ook zal het mogelijk worden tijdens kantoortijden een multidisciplinair dwarslaesieteam in consult te vragen. Nu al maken ziekenhuizen gebruik van één opnameformulier voor de twee gespecialiseerde revalidatiecentra waardoor de overname sneller verloopt. "De zorg voor dwarslaesiepatiënten zal door deze samenwerking verder verbeteren", stellen revalidatieartsen Christof Smit en Willemijn Faber.

Waarom is samenwerking op dit gebied zo belangrijk?

"Het is belangrijk kennis en ervaring zoveel mogelijk te bundelen én te delen", stelt Faber. "In Noord-Holland zijn twee revalidatieteams voor dwarslaesiepatiënten. Deze teams beschikken over enorm veel kennis. Door deze kennis samen uit te dragen, willen wij de zorg voor patiënten, vanaf de acute fase tot tientallen jaren daarna, binnen de keten optimaliseren."

Hoe wordt die optimalisatie gerealiseerd?

"In eerste instantie door onze kennis samen beschikbaar te stellen. Wij willen als Noord-Hollands dwarslaesieteam 24/7 bereikbaar zijn voor overleg en komen desgewenst naar de ziekenhuizen of verpleeghuizen voor een multidisciplinair consult. Daarnaast willen wij gezamenlijk scholing bieden voor huisartsen en eerstelijns therapeuten. Ook gaan wij samenwerken op het gebied van wetenschappelijk onderzoek. Tenslotte gaan de centra onderling personeel uitwisselen."

Wat is de meerwaarde van die uitwisseling?

"Heliomare en Reade Revalidatie zijn gespecialiseerd in de revalidatie van dwarslaesiepatiënten, vertelt Smit. "Maar de locaties hebben ieder een eigen specialisme. Heliomare biedt 24-uurs monitoring op de afdeling Optimum Care waardoor patiënten die bijvoorbeeld beademing nodig hebben al in een vroeg stadium een begin kunnen maken met hun revalidatie. Reade biedt onder meer elektrostimulatie met als doel verlamde spieren te activeren. Patiënten worden met elektrostimulatie in een zo vroeg mogelijk stadium in conditie gehouden, waardoor onder meer doorzitplekken van het zitvlak worden voorkomen. Het is goed als medewerkers van beide centra kennis hebben van de verschillende behandelmethoden. Bovendien bevordert de uitwisseling ook het wetenschappelijk onderzoek."

Waarom is onderzoek zo belangrijk?

"Hoe meer patiënten worden meegenomen in een onderzoek, des te meer gegevens over de effectiviteit van behandelingen worden verzameld. Op die manier kun je vaststellen welke behandeling in welke situatie de beste resultaten oplevert. En zo kom je tot evidence based behandelingen."



Christof Smit en Willemijn Faber

Uiteindelijk gaan patiënten weer naar huis. Hoe verloopt de zorg dan?

"Vanaf het moment van opname in het revalidatiecentrum bieden wij intensieve therapie. Zodra iemand naar huis kan, wordt de behandeling soms voortgezet door middel van poliklinische revalidatie. Maar over het algemeen komen patiënten onder behandeling van een therapeut in de eigen woonomgeving. Die heeft niet die specifieke kennis die nodig is voor een optimale zorg van een dwarslaesiepatiënt. Daarom willen wij samen de eerste lijn scholen in deze materie. Op die manier ontstaan gespecialiseerde praktijken die van grote meerwaarde zullen zijn voor de behandeling van dwarslaesiepatiënten dichter bij huis."

MEER INFO

Relweg 51
1949 EC Wijk aan Zee
088 920 88 88
info@heliomare.nl
www.heliomare.nl

Overtoom 283
1054 HW Amsterdam
020 607 1607
www.reade.nl

VAN DE REDACTIE

Samenwerking fysiotherapie en orthopedie

Gerichte fysiotherapie versterkt de resultaten van een orthopedische ingreep.

Binnen en buiten de deuren van het ziekenhuis werken fysiotherapeuten en orthopeden steeds vaker samen. Uit onderzoek blijkt dat een goede perioperatieve zorg (het geheel van de preoperatieve zorg, de risico-inschatting van patiënten, de zorg tijdens de operatie en de nazorg) van groot belang is voor de resultaten van een orthopedische ingreep. Fysiotherapeuten en orthopeden delen hun kennis om zo de zorg te verbeteren en efficiënter in te richten. Een van de manieren waarop zij dat doen, is het gezamenlijk opstellen van richtlijnen.

Auteur: Petra Lageman

Bij de samenwerking is sprake van transmurale zorg, een vorm van zorg die is toegesneden op de behoeften van de individuele patiënt en die wordt verleend op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen zorgverleners uit de eerste en tweede lijn. Die zorg vereist niet alleen

"De overdracht kan en moet beter"

de kennis en vaardigheid om de eigen specialisatie goed uit te voeren. Er is ook inzicht nodig in en kennis van de zorg die de collega zorgverlener uitvoert. Zo moeten bijvoorbeeld fysiotherapeuten die zich bezighouden met het voorbereiden van patiënten op en het behandelen van patiënten na een orthopedische ingreep inzicht hebben in de anatomie maar ook kennis hebben van de werkwijze van de orthopeed en van het te verwachten weefselherstel.

Transmuraal orthopedische netwerken

Het is daarom van groot belang dat beide beroepsgroepen nog meer samen optrekken. Een van de mogelijkheden daartoe is het opzetten van regionale transmuraal orthopedische netwerken. Binnen die netwerken kunnen afspraken worden gemaakt tussen fysiotherapeuten en orthopeden over de perioperatieve zorg. Vooral bij patiënten die vanwege bepaalde factoren een verhoogd risico op vertraagd herstel hebben, kan het van belang zijn om al voor de operatie te starten met fysiotherapie om zo het lichaam in een optimale conditie te krijgen. Deze werkwijze zal doorgaans de opnametijd verkorten en vergroot de kans op een optimaal herstel. Deze preoperatieve fysiotherapie maakt dat patiënten zowel conditioneel als functioneel sneller herstellen.

Knelpunten

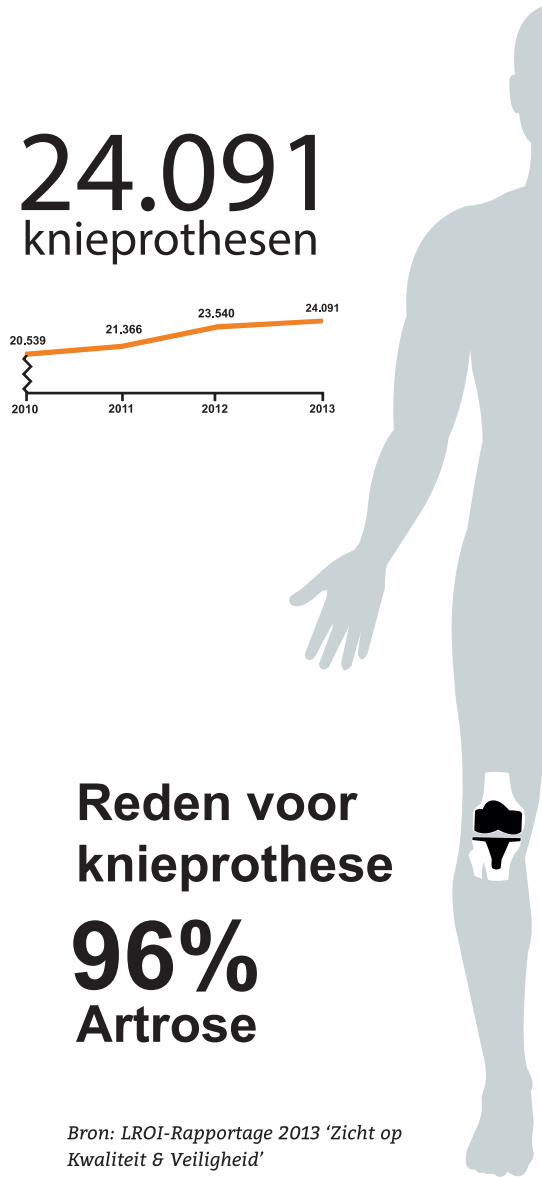
Hoewel beide beroepsgroepen erkennen dat een transmurale werkwijze van groot belang is, zijn er nog altijd knelpunten in de behandeling en de overdracht. Niet alle orthopeden geven hun patiënten een goed verslag mee van de toegepaste chirurgische techniek en de gewenste nabehandeling. Ook ontbreekt soms informatie over hoe de situatie vóór de operatie was. De communicatie tussen de fysiotherapeut die al in het ziekenhuis is gestart met de behandeling en de fysiotherapeut die lokaal de zorg overneemt ontbreekt soms. De fysiotherapeutische zorg is niet altijd eenduidig en niet iedere fysiotherapeut werkt evidence based.

Overdracht

Belangrijke informatie voor de nabehandeling is niet alleen hoe te handelen bij een patiënt die bijvoorbeeld veel pijn, zwelling of een beperkte range of motion heeft. Ook gegevens over de afwijkingen vóór de operatie, zoals de mate van artrose en pijn, zijn van groot belang. Deze laatste blijken een belangrijke factor te zijn in de te kunnen bereiken functie na de operatie. Ook kan de orthopeed aangeven wat de gewenste aard, omvang en intensiteit is van de fysiotherapeutische behandeling. Vaak is bijvoorbeeld een combinatie van kracht- en functionele training belangrijk. De overdracht kan en moet beter, erkennen beide beroepsgroepen.

Behandelprotocollen

Vandaar dat steeds vaker gezamenlijke behandelprotocollen zijn en worden ontwikkeld. Op dit moment werken de Nederlandse Orthopaedische Vereniging en het Koninklijk Nederlands



Bron: LROI-Rapportage 2013 'Zicht op Kwaliteit & Veiligheid'

ADVERTORIAL

Multidisciplinair samenwerken op één locatie

Effectief voor patiënt én verwijzer.

Een 48-jarige vrouw komt met nekklachten met uitstraling naar de arm bij de neuroloog. De neuroloog geeft een nekhernia als diagnose, maar vermoedt ook een schouderaandoening. Hij verwijst de vrouw daarom direct door naar de pijnspecialist en de orthopeed, waardoor de uiteindelijke diagnose veel sneller kan worden gesteld.

De vrouw blijkt twee aandoeningen te hebben, die elkaar beïnvloeden en dus ook effect hebben op de precieze behandeling. Bij een goede samenwerking tussen verschillende specialismen is de patiënt én de verwijzer gebaat. De diagnose wordt immers sneller gesteld, en de behandeling is doelgerichter. Helaas hebben patiënten vaak al lang klachten voordat ze in zo'n multidisciplinair traject terecht komen.



Leren van elkaar

Bij DC Klinieken Lairesse, gevestigd in Amsterdam, werken verschillende specialisten al langer structureel samen om complexe vraagstukken effectief op te lossen. Neuroloog prof. dr. Jonker, anesthesioloog-pijnspecialist dr. Koning, orthopeed drs. Bulstra en dhr. D. Uilkema van het CIR krijgen zo niet alleen verdiepende inzichten in elkaars specialismen, maar vooral kunnen zij samen veel beter bepalen wat de beste behandeling voor de betreffende patiënt is.

Samenwerken voor betere zorg

Samenwerking van specialisten uit verschillende specialismen draagt dus bij aan betere patiëntenzorg, maar ook aan een verdieping van het eigen specialisme. Bulstra: "Dat maakt het werk alleen maar interessanter. Vaak zien wij binnen ons team patiënten die al jaren met klachten kampen, maar zich van het kastje naar de muur gestuurd voelen. Dit heeft veel vervelende consequenties, want vaak zijn dit patiënten die al lange tijd uit het arbeidsproces zijn. Door een goede samenwerking kunnen wij patiënten sneller en beter helpen."

DC Klinieken
Lairesse

MEER INFO

Valeriusplein 11
1075 BG Amsterdam
020 664 02 06
lairesse@dcklinieken.nl
www.dcklinieken.nl

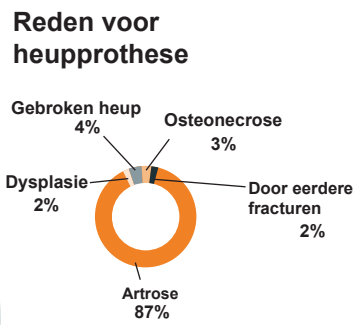
gezondheidsnet.nl
nummer 1 in gezondheid

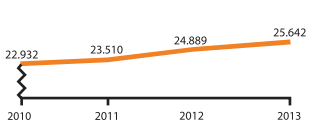


- Actuele medische informatie
- Artikelen over voeding, bewegen en psyche
- Het laatste gezondheidsnieuws
- Tips voor een gezonde leefstijl
- Prijsvragen en quizzen

Gratis nieuwsbrief
Meld je nu aan voor de wekelijkse nieuwsbrief van GezondheidsNet op **www.gezondheidsnet.nl** en ontvang een **gratis** digitaal receptenboekje vol gezonde gerechten.







Genootschap Fysiotherapie aan een richtlijn voor perioperatieve fysiotherapie voor patiënten die een totale heup- of knieoperatie moeten ondergaan. In de richtlijn zal bestaande evidentie transparant worden samengevat en worden aanbevelingen gedaan voor iedere betrokken beroepsgroep. Eerder was al de 'Richtlijn Totale Knieprothese' opgesteld.

Preoperatieve situatie

In een behandelprotocol wordt heel gedetailleerd vastgelegd wat de te volgen werkwijze is. "Voor een goede bepaling van het te verwachten resultaat dient allereerst de preoperatieve situatie nauwkeurig te worden bepaald", stelt prof. dr. R.G.H.H. Nelissen, vice-voorzitter van de NOV. "Hoe lang bestaan de klachten al. Hoe ernstig zijn de beperkingen. Welke veranderingen hebben zich al voorgedaan in het gebruik van het gewricht en de spieren. Aan de hand van die bevindingen kan de chirurg met zijn team bepalen welke ingreep nodig is en wat het te verwachten eindresultaat zal zijn." De metingen zijn ook van belang voor de te volgen nabehandeling. Na de chirurgische ingreep kan de revalidatie worden gestart op basis van de postoperatieve indicaties. Bij de ene ingreep is de postoperatieve behandeling van geringe invloed op het eindresultaat. Maar soms is die behandeling zelfs doorslaggevend. "Bij een heupoperatie is de chirurgische ingreep voor 80% en de revalidatie voor 20% bepalend voor het eindresultaat", stelt Nelissen. "Bij een schouder echter kan de fysiotherapie het eindresultaat enorm beïnvloeden. Dan kun je rustig zeggen dat de nabehandeling 40 tot 50% van het resultaat bepaalt." De gewenste nabehandeling kan heel intensief maar tegelijk ook heel beperkt zijn. "Neem bijvoorbeeld een schouder. Daar moet de fysiotherapeut het gewricht oefenen om verstijving te voorkomen en de spieren licht trainen. Maar op de plek waar de spier weer is gehecht, mag de spierspanning weer niet te groot worden. Een te grote beweging kan dan zelfs leiden tot losscheuring van de plaats van reparatie. Na een aantal weken is de hechtingsplaats wel weer 100% belastbaar."

"Je moet juist na een operatie zo snel mogelijk in beweging komen, de mobiliteit van het gewricht trainen en de spieren rondom het gewricht versterken"

Patiënt overtuigen

Het komt nog steeds voor dat patiënten na een orthopedische ingreep zonder een verwijzing voor fysiotherapie het ziekenhuis verlaten. Volgens dr. Jesper Knoop, beleidsmedewerker van het KNGF, kan dat ernstige gevolgen hebben voor het herstel. "Mensen laten zich bijvoorbeeld snel leiden door pijn. Als het pijn doet, is het verkeerd. Althans dat is hun overtuiging. Als gevolg daarvan bewegen mensen wekenlang (onnodig) niet of nauwelijks en vormt pijn de grens van hun activiteiten. Niet bewegen houdt de pijn echter in stand. En dat maakt volledig herstel soms zelfs onmogelijk." Wie uiteindelijk bij de huisarts komt met blijvende pijnklachten wordt alsnog doorgestuurd naar de fysiotherapeut. En dan is het moeilijk om de patiënt te overtuigen dat herstel pijn doet. "Je moet juist na een operatie zo snel mogelijk in beweging komen, de mobiliteit van het gewricht trainen en de spieren rondom het gewricht versterken. Doe je dat niet, dan kunnen, zeker bij de knie, vergroeiingen ontstaan waardoor de buiging en het strekken van het gewricht sterk worden beperkt." De enige manier om deze situaties te voorkomen is een intensieve samenwerking tussen orthopeden en fysiotherapeuten. Gezamenlijke protocollen kunnen die samenwerking formaliseren zodat onduidelijkheden worden voorkomen en iedere patiënt de juiste zorg krijgt om tot volledig herstel te komen.

INTERVIEW

Betere resultaten door intensieve samenwerking

Het succes van een chirurgische ingreep wordt mede bepaald door het voor- en natraject.

Voor het uiteindelijke resultaat van een operatie zijn niet alleen de kennis en technische vaardigheid van een chirurg van belang. Het onderzoek, de diagnosestelling en de revalidatie zijn mede bepalend voor succes. "Alleen als het voortraject, de operatie en het natraject naadloos op elkaar aansluiten kun je een optimaal resultaat behalen", stelt orthopedisch chirurg Robert Albers. "Daarom is het belangrijk dat kennis wordt gedeeld en dat alle betrokken behandelaars intensief samenwerken."



Robert Albers

Maakt het uit wie de operatie uitvoert?

"Iedere orthopedisch chirurg heeft een uitgebreide opleiding gehad zodat hij of zij in staat is alle operaties die tot het vakgebied behoren goed uit te voeren. Als er binnen een team voldoende chirurgen zijn, is het mogelijk je te richten op één gewricht, zoals bijvoorbeeld de knie of de enkel. Op die manier ontwikkel je als chirurg een specifiek specialisme en kun je daardoor bij complexe problematiek betere resultaten behalen."

Welke behandelaars zijn, naast de chirurg, betrokken bij een orthopedische ingreep?

"Dat hangt af van de ingreep. Bij een chirurgische behandeling van wervelkolomproblemen is bijvoorbeeld de samenwerking met pijnanesthesisten van groot belang. Zij kunnen voor ons proefblokkades uitvoeren om de effecten van een operatie na te bootsen. Door op de plek waar je wilt opereren de zenuw tijdelijk te blokkeren, kun je vooraf bepalen of de ingreep succesvol zal zijn. Na de behandeling is het belangrijk dat de fysio- of ergotherapeut de juiste therapie biedt.

Wat is de juiste therapie?

"Van iedere behandeling moet van te voren bekend zijn of die therapie daadwerkelijk effect heeft en de juiste resultaten zal opleveren. Dat is evidence based werken. Bij AVE Orthopedische Klinieken vinden wij die werkwijze zo belangrijk dat wij in samenwerking met FysioConcept protocollen hebben opgesteld voor het natraject van alle chirurgische ingrepen die wij uitvoeren. Iedere patiënt krijgt eerst een aantal behandelingen bij onze eigen fysiotherapeuten. Daarna dragen de therapeuten de belangrijkste aspecten van het nabehandelingprotocol over aan een behandelaar in de directe woonomgeving van de patiënt zodat ook deze de juiste behandeling biedt."

Is een operatie altijd de beste oplossing?

"Als blijkt dat pijnklachten niet verdwijnen met een operatie dan opereren wij vanzelfsprekend niet. Maar dat betekent niet dat de patiënt in dat geval niet kan worden geholpen. Binnen onze klinieken en in Medisch Centrum Amstelveen, met wie wij een strategische alliantie hebben, werken wij samen met ervaren pijnanesthesisten. Zij kunnen in vrijwel alle gevallen effectief de pijn bestrijden."

Is het persoonlijk contact tussen chirurg en patiënt belangrijk?

"Dat is van groot belang. Het gaat er niet alleen om wat de klachten zijn. Het is ook belangrijk te weten wat een patiënt van de operatie verwacht en wat andere factoren van belang zijn. Vandaar dat wij veel belang hechten aan dat contact. De chirurg met wie de patiënt het voorgesprek heeft, voert ook de operatie uit en begeleidt het natraject. Dat principe hanteert AVE ook binnen Medisch Centrum Amstelveen en zelfs als de operatie in onze kliniek in Oostenrijk is uitgevoerd. Zo heb je altijd dezelfde contactpersoon die volledig op de hoogte is van jouw situatie."

MEER INFO

AVE Orthopedische Klinieken
Huizermaatweg 400A
1276 LL Huizen
035- 622 32 60
www.ave-orthopedischeklinieken.nl

… VOOR ONS IS HET ELKE DAG DIABETES DAG.

Novo Nordisk is een Deens bedrijf dat zich al bijna een eeuw toelegt op de behandeling van en de zorg voor mensen met diabetes type 1 en type 2. We doen blijvend en grootschalig onderzoek en ontwikkelen nieuwe therapieën, om het leven van mensen die deze chronische aandoening hebben te verbeteren.

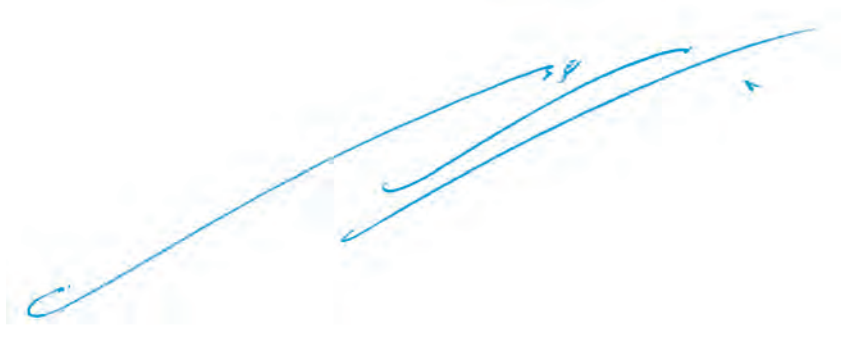
Het doel waar alle medewerkers van Novo Nordisk zich dagelijks voor inzetten is even duidelijk als uitdagend; diabetes voorgoed de wereld uit helpen. Tot het zover is werken wij, met diezelfde inzet, continu aan het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen die moeten leven met diabetes.

De diagnose diabetes is voor iedereen die erbij betrokken is een levenslange verandering die een grote impact heeft op het dagelijks leven. Dit kan gaan om aanpassingen van de leefstijl of het consequent en minutieus moeten bijhouden van alle voedings- en glucosewaarden. Maar voor velen betekent het ook het dagelijks moeten injecteren van insuline. Nog te vaak heeft de ziekte daarbij verstrekkende gevolgen: van niet in staat zijn om te werken als gevolg van bijvoorbeeld nachtelijke hypo's tot ernstige complicaties als hart- en vaatziekten, amputaties, oogproblemen en blindheid. De diabetes-gerelateerde lasten die de maatschappij draagt zijn dan ook aanzienlijk hoger dan alleen de behandelkosten van de ziekte zelf.

Gelukkig is in Nederland de zorg rond diabetes op veel punten al goed geregeld en wij scoren dan ook hoog in Europa. Daar mogen we trots op zijn. Maar tot diabetes de wereld uit is zullen we moeten blijven innoveren. Nog altijd zijn rond de 200.000 Nederlanders die leven met diabetes niet voldoende gebaat bij de bestaande therapieën. Hoewel deze groep maar twintig procent uitmaakt van alle mensen die met de ziekte leven, maakt het gebrek aan controle dat zij over hun ziekte hebben dat zij waarschijnlijk meer kans hebben op complicaties en daarmee mogelijk een groot deel van diabetes-gerelateerde kosten dragen.

Innovatie is dan ook van levensbelang: in verbetering van bestaande therapieën, maar zeker ook innovatie in de manier waarop we zorguitkomsten meten. Op dit moment hebben we als Nederlandse samenleving nog te weinig inzicht in de uitkomsten van onze zorg. Dat kan en moet beter. Om iedereen die leeft met diabetes te kunnen helpen, zullen we op een andere manier naar innovatie moeten kijken. Nu al kunnen we als samenleving tachtig procent van de mensen die leven met diabetes goed ondersteunen. Om ook de twintig procent voor wie de huidige therapieën geen ideale oplossing vormen de controle over hun ziekte te kunnen bieden, streeft Novo Nordisk naar een open en constructief gesprek met alle betrokken partijen, om echte en effectieve innovatie blijvend mogelijk te maken.

Wij zijn trots op de rol die wij als Novo Nordisk al bijna een eeuw spelen in wat wij noemen Changing Diabetes. In Nederland kunnen wij een grote groep mensen de controle geven over hun ziekte, met een zo klein mogelijke impact op het dagelijks leven. Maar wij blijven altijd innoveren, om deze mensen en hun omgeving nog beter te ondersteunen, maar bovenal om de groep mensen die de ziekte nog niet voldoende onder controle heeft van de juiste hulp te kunnen voorzien. Pas als diabetes de wereld uit is, zit onze taak erop.



Dhr. Sanne Groenemeijer,
General Manager, Novo Nordisk Nederland

changing diabetes®

novo nordisk®