

Pilot geïntegreerde thuiszorg:

Buurtzorg+

Auteurs: Janet Riezebos en Noor Kouwenhoven

Dit artikel is eerder gepubliceerd in *Fysiotherapie en Ouderen* van maart 2010. Het is een vervolg op het artikel dat door de zelfde auteurs eerder is gepubliceerd in de DTO-special van januari 2008 "Fysiotherapie/Oefentherapie in de thuiszorg."

Hoe meer thuiswonende ouderen, hoe meer we te maken krijgen met multimorbiditeit en complexe zorgverlening in de thuissituatie. Naast verpleegkundige zorg hebben thuiswonende patiënten steeds vaker functionele hulp nodig op het gebied van mobiliteit, balans, staan, lopen en verplaatsen. Verder zijn aanpassingen in de woonomgeving en ADL-training vaker nodig om zo zelfredzaam en veilig mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. Ook interventies op het gebied van valpreventie zijn voor deze groep van groot belang. Fysiotherapie en ergotherapie zouden daarom steeds vaker, sneller en beter betrokken moeten worden bij de zorg voor thuiswonende ouderen, chronisch zieken en terminale patiënten.

De Gezondheidsraad heeft in april 2009 een advies uitgebracht aan de minister van VWS over preventie bij ouderen, waarbij de focus ligt op zelfredzaamheid van ouderen en niet zozeer op de behandeling van ziektes⁽¹⁾. Dit benadrukt het belang van het systematisch en preventief inzetten van fysio- en ergotherapie in de thuissituatie (zie kader 1).

Om fysiotherapeuten beter toe te rusten voor het behandelen en begeleiden van thuiswonende ouderen en hun mantelzorgers, en het samenwerken met thuiszorg en ergotherapie, bestaat sinds 2007 de post-HBO cursus Fysiotherapie in de thuiszorg aan de Hogeschool Utrecht⁽²⁾. Fysiotherapie in de thuiszorg concentreert zich op de functionele revalidatie en resocialisatie van thuiswonende (kwetsbare) ouderen, chronisch zieken, terminale patiënten en hun mantelzorgers. Doel is om de patiënt zo lang

mogelijk, op een verantwoorde manier, in zijn eigen leefomgeving te laten functioneren. Specifieke thuiszorgfysiotherapeutische elementen zijn het integrale onderzoek van patiënt, mantelzorgers en zorgsysteem, en preventie van (val)risico's en mantelzorgoverbelasting. De thuiszorgfysiotherapeut werkt altijd binnen een multiprofessioneel samenwerkingsverband met wijkverpleging en ergotherapie, waarbij goede zorgcoördinatie, zorgafstemming en gezamenlijke zorgdoelen de belangrijkste ingrediënten zijn voor een succesvol geïntegreerd zorgaanbod in de thuissituatie⁽³⁾.

BUURTZORG

Pilot Buurtzorg+: voordelen van nauwe samenwerking tussen thuiszorg en therapie

De landelijke thuiszorgorganisatie Buurtzorg Nederland (zie kader 2) heeft in 2008 de opdracht gegeven voor het uitvoeren van een pilot

kader 1: advies Gezondheidsraad 2009

"Om de mogelijkheden voor gezond ouder worden ten volle te benutten, is een nieuw perspectief op preventie bij ouderen nodig. Dat omvat behalve preventie van ziekte ook preventie van beperkingen in het functioneren. De commissie noemt dit functioneringsgerichte preventie. Deze vorm van preventie is niet gericht op een bepaalde ziekte en de gevolgen daarvan, maar op een probleem in het functioneren. Daarbij gaat het om activiteiten die – in aanvulling op of los van een ziektegerichte benadering – functiebeperking kunnen voorkomen door specifieke preventie van functionele achteruitgang en beperkingen, het versterken van de eigen mogelijkheden om de zelfredzaamheid te behouden of te bevorderen en het beïnvloeden van niet-ziektegebonden factoren die de zelfredzaamheid bedreigen."

Over de auteurs

Noor Kouwenhoven (links) en Janet Riezebos (rechts), beiden fysiotherapeut, zijn werkzaam bij de landelijke thuiszorgorganisatie Buurtzorg Nederland als projectcoördinator Buurtzorg+. Daarnaast zijn zij in dienst van de Hogeschool Utrecht als hogeschooldocent/coördinator van de post HBO cursus Fysiotherapie in de Thuiszorg (www.fysiotherapie.cursussen.hu.nl). Deze cursus staat ook open voor oefentherapeuten. Voor reacties: n.kouwenhoven@buurtzorgnederland.com of noor.kouwenhoven@hu.nl



geïntegreerde thuiszorg⁽⁴⁾. Buurtzorg werkt met kleine, zelfsturende teams van wijkverpleegkundigen en -verzorgenden, waarin de nauwe samenwerking met andere disciplines van groot belang wordt geacht. De pilot, onder de naam Buurtzorg+, werd in opdracht van directeur Jos de Blok uitgevoerd. Het doel van de pilot was om te onderzoeken hoe wijkverpleegkundigen en -verzorgenden het ervaren om nauw samen te werken met thuiszorgfysiotherapeuten en ergotherapeuten die binnen hun team meewerken. De belangrijkste vraag was of de teams deze samenwerking als een toegevoegde waarde zien bij het uitvoeren van hun werk. De pilot duurde, inclusief voorbereiding en evaluatie, vijf maanden en liep van september 2008 tot februari 2009.

Vorbereiding pilot Buurtzorg+

De doelgroep van de pilot wordt gevormd door de cliënten van de Buurtzorgteams: thuiswonende (kwetsbare) ouderen, chronisch zieken, terminale cliënten en hun mantelzorgers.

Met het inzetten van thuiszorgfysio- en ergotherapeuten richt Buurtzorg+ zich op het in stand houden/verbeteren van functionele vaardigheden van thuiswonende cliënten zoals mobiliteit, transfers en ADL, met als doel het handhaven of verbeteren van de zelfredzaamheid van de cliënt en de mantelzorger.

De thuiszorgfysiotherapeut en -ergotherapeut zijn geïntegreerd binnen een multiprofessioneel team met de Buurtzorgwijkverpleegkundigen en -verzorgenden. Wijkverpleegkundigen en -verzorgenden, ergo- en fysiotherapeuten zetten zich gezamenlijk in voor optimale zorg voor thuiswonende cliënten. Nauwe samenwerking met de thuiszorg is voor Nederlandse fysio- en ergotherapeuten nog niet vanzelfsprekend. Meestal is er tussen de thuiszorg en de therapeuten wel 'verwijscontact' of communicatie via het zorglogboek, maar is er geen sprake van het gezamenlijk aanbieden van geïntegreerde zorg. De verwachting is dat door deze samenwerking de zorg, kwaliteit en continuïteit rond thuiswonende ouderen verbeterd kan worden.

Verwachte voordelen voor de cliënt:

- Handhaven van de thuissituatie; bevorderen van het functioneren thuis en de voorwaarden voor ontslag uit het ziekenhuis, verpleeghuis of tijdelijke opvang elders.
- Stabiliseren van een wankel evenwicht ofwel beperken van complicaties met betrekking tot mobiliteit, zelfredzaamheid en deelname aan de samenleving (maatschappelijke participatie).
- Voorkomen van ziekenhuisopnames (valpreventie).
- Versneld ziekenhuisontslag door optimaliseren van de (zorg in de) thuissituatie.
- Behouden of vergroten van het welbevinden (kwaliteit van leven).
- Ondersteunen dan wel ontlasten van het zorgsysteem (partner, mantelzorg).

Verwachte voordelen voor de wijkverpleegkundigen en -verzorgenden:

- De therapeuten werken aan de verbetering van functionele vaardigheden, bijvoorbeeld staan, lopen, aanpassingen en ADL, waardoor de zorgzwaarte kan verminderen.
- Het dichten van een hiaat in de hulpverlening dan wel het completeren van het zorgaanbod.
- Het optimaliseren van de zorg door korte lijnen in de samenwerking.
- Ondersteunen/ontlasten van Buurtzorgmedewerkers in de uitvoering van hun werkzaamheden.
- Gedeelde verantwoordelijkheid voor de cliëntzorg.

Kader 2: Buurtzorg Nederland

Buurtzorg Nederland is een snel groeiende thuiszorgorganisatie die een natuurlijk alternatief biedt voor thuiszorg in Nederland. Het leveren van zorg thuis aan oudere mensen, mensen met beperkingen en chronisch zieken verdient een toegewijde en efficiënte houding naar cliënten. De wijkverpleegkundige / wijkziekenverzorgende speelt daarin een centrale rol. In overleg met de cliënten neemt zij direct beslissingen over de inhoud van en de werkwijze bij de hulpverlening. Buurtzorg Nederland gaat uit van de professionele autonomie van haar medewerkers en ondersteunt die autonomie. Kennis van specifieke buurtomstandigheden biedt een aanvullend ingrediënt voor het professioneel handelen. Directe afstemming met de eerstelijns gezondheidszorg - in het bijzonder de huisarts - bevordert een toegesneden aanbod van verpleging, persoonlijke verzorging en welzijn. Door de zorgverlening volledig door hoog opgeleide wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden (VIG) in kleine autonome 'Buurtzorgteams' in te laten vullen wordt het oplossend vermogen en de professionaliteit van medewerkers ten volle benut.⁴

Kader 3: gebruikte verwijscriteria tijdens de pilot

De **BUURTZORG FYSIOTHERAPEUT** kan ingeschakeld worden bij/voor:

- **Kwetsbare balans** in de thuissituatie: redden cliënt en mantelzorger het nog alleen thuis? Ondersteunen/verbeteren functionele activiteiten.
- **Valpreventie**: als de cliënt gevallen is, bang is om te vallen of wankel ter been is. Risico-inventarisatie, herwinnen zelfvertrouwen, balanstreining, advies/aanschaf loophulpmiddelen.
- **Mobiliteitsbeperkingen**: moeite met dagelijkse bewegingen zoals transfers, opstaan/zitten gaan, traplopen. Reactiveren bij inactiviteit. Slechte conditie of spierverzwakking.
- **Mantelzorgondersteuning**: de zorg is fysiek te zwaar voor de mantelzorger.
- **Terminale cliënten**: houdingsadviezen, transfers, pijnbestrijding, oedeem, ademhaling, ontspanning.
- **Ontslag uit het ziekenhuis**: controle op de veiligheid, leefomgeving en mobiliteit, voortzetting behandeling/revalidatie. Bevorderen zelfredzaamheid.
- **Opname-indicatie** voor het verpleeghuis.

De **BUURTZORG ERGOTHERAPEUT** kan ingeschakeld worden voor/bij:

- **Beperkingen in de zelfredzaamheid**: persoonlijke verzorging, huishoudelijke activiteiten, maaltijdbereiding, verzorging van de kinderen of partner
- **Functionele mobiliteit**: verplaatsing binnen- en buitenshuis, transfers
- **Vervoersproblemen** buitenshuis
- **Communicatie beperkingen**
- Het aanvragen van (woning)**aanpassingen/voorzieningen/hulpmiddelen**
- **Leren omgaan met hulpmiddelen** en voorzieningen
- **Problemen bij dagplanning/indelen werkzaamheden**, balans belasting- belastbaarheid (bijv. bij dementie)
- Omgaan met **neuropsychologische stoornissen** (bijv. CVA)
- **Mantelzorgondersteuning**
- **Handspalken/ braces**
- **Voor de Buurtzorgverleners**: ergonomisch advies bij transfers/ verzorging/hulpmiddelen wanneer de zorg fysiek te zwaar wordt.

De **BUURTZORG WJKVERPLEEGKUNDIGE** kan ingeschakeld worden voor/bij:

- **Sociale problemen** bijv. verwaarlozing, financiën, huisvesting, eenzaamheid
- **Signaleren** 'niet pluis situaties'
- **Spilfunctie** in zorg, welzijn en wonen
- **Zorgcoördinatie**, planning van de zorg
- Generalistische- zowel als specialistische **zorgverlening**:
- **Lichamelijke verzorging**
- **Aan- en uittrekken steunkousen**
- **Eten/drinken**
- **Oogdruppelen**
- **Medicatie inname**
- **Wondzorg**
- **Zwachtelen**
- **Injecties, infusie, sondevoeding**
- **Pijnbestrijding**
- **Begeleiding ziekteproces**
- **Begeleiding stervensproces**
- **Ondersteuning mantelzorgers**
- **Ondersteuning GGZ patiënten**

Pilot geïntegreerde thuiszorg: Buurtzorg+

Tabel 1
Registratie patiëntgegevens in spreadsheet, thuiszorgfysiotherapie pilot Buurtzorg+

Item	Wijze van scoren	Opmerkingen
Volgnummer cliënt		
Geboortedatum cliënt		
Aanmelddatum		Datum waarop verwijzing plaatsvindt
Startdatum		Datum eerste behandeling
Einddatum		Datum laatste behandeling
Aantal behandelingen		
DTF	0 = nee, 1 = ja	
Aanmelder	Naam	Kan huisarts, specialist, wijkverpleegkundige of ergotherapeut zijn
Medische diagnose		Hoofddiagnose op verwijsbrief
Comorbiditeit		Overige diagnoses
Doelgroep: fragiele oudere	0 = cliënt valt niet, 1 = valt wel onder deze doelgroep	Cliënt kan onder meerdere doelgroepen vallen
Doelgroep: chronisch zieke	Idem	
Doelgroep: terminale cliënt	Idem	
Inschakelen andere disciplines: thuiszorg, ergotherapie, huisarts, overig	0 = niet, 1 = wel ingeschakeld	
Zorgvraag mantelzorg	0 = geen, 1 = wel zorgvraag	Registreren of door fysiotherapeut een zorg-/hulpvraag bij de mantelzorg wordt geconstateerd
Interventie: oefentherapie, massage, advies /informatie, (loop)hulpmiddelen	0 = niet, 1 = wel uitgevoerd	Bij cliënt kunnen meerdere interventies worden uitgevoerd

Opzet pilot Buurtzorg+

Twee Buurtzorgteams deden mee aan de uitvoering van de Buurtzorg+ pilot: Hilversum Noordoost en Amsterdam Oud-West. Aan beide teams werd een thuiszorgfysiotherapeut (praktijk voor fysiotherapie Douma en fysiotherapie Hoofdweg) en een eerstelijns ergotherapeut (ergotherapie Hilversum en ergotherapiepraktijk Doen) gekoppeld. Met de therapeuten werd een samenwerkingsovereenkomst afgesloten, waarin afspraken werden vastgelegd over onder andere bereikbaarheid, beschikbaarheid, communicatie en overleg. Vervolgens werd er een bijeenkomst gepland, waarin therapeuten en teamleden kennis maakten, het doel van de pilot in detail besproken werd, verwijscriteria werden vastgesteld (zie kader 3) en praktische afspraken werden gemaakt, vooral over de manier van verwijzing, communicatie en bereikbaarheid. Belangrijk onderdeel van het project was dat de teamleden van Buurtzorg en de therapeuten elkaar persoonlijk kenden en per mobiele telefoon rechtstreeks te benaderen waren voor onderlinge zorgafstemming en cliëntenoverleg.

Uitvoering pilot Buurtzorg+

De uitvoeringsfase van de pilot duurde drie maanden, van november 2008 tot en met januari 2009. Tijdens de pilot werden cliënten (na overleg en toestemming) aangemeld bij de thuiszorgfysiotherapeut en/of ergotherapeut. De therapeuten startten zo spoedig mogelijk de behandeling; bij een spoedverwijzing binnen 48 uur en bij een reguliere verwijzing binnen vijf werkdagen. De Buurtzorgteams en de therapeuten registreerden welke cliënten werden doorverwezen. Daarnaast werden door de therapeuten de nodige cliëntgegevens bijgehouden op een spreadsheet (zie tabel 1).

Voorbeelden van cliënten die zijn doorverwezen naar de thuiszorgfysiotherapeut staan in kader 4. De ervaringen van de thuiszorgfysiotherapeut tijdens de pilot waren als volgt:

- De fysiotherapeut wordt nu eerder in het ziekteproces door de wijkverpleegkundigen en -verzorgenden ingeschakeld, bijvoorbeeld nog voordat iemand gevallen is. Dit komt vooral door de duidelijke verwijscriteria die samen met het team zijn opgesteld.
- Bij voorkeur wordt het eerste cliëntbezoek gezamenlijk door wijkverpleegkundige en therapeut gedaan. Dit heeft als voordeel dat de vertrouwensbasis tussen cliënt en therapeut sneller tot stand komt, dat de therapeut al de nodige voorinformatie krijgt waardoor de therapie effectiever ingezet kan worden en de Buurtzorgmedewerker uit de eerste hand inzicht krijgt in het onderzoek en de behandeling van de therapeut.
- Het Buurtzorgteam kent de fysiotherapeut, overlegt regelmatig en verwijst rechtstreeks door middel van een mailtje of mobiele telefoon. De fysiotherapeut regelt vervolgens de verwijsbrief bij de huisarts en informeert hem over verloop en resultaat van de behandeling.
- Er zijn hele korte overleglijnen. Als het Buurtzorgteam en therapeut een gezamenlijke cliënt hebben dan is het een kwestie van even snel bellen en de zorg opstarten en verder afstemmen tijdens het teamoverleg.
- Er is ook goede communicatie via het zorgdossier, dat door alle zorgverleners wordt gebruikt. In het zorgdossier staat hoe de cliënt zich voelt die dag en wat er moeizaam ging bij de verpleging/verzorging. De therapeut kan dan met zijn therapie direct inspringen

Kader 4

Casuïstiek Buurtzorg+cliënten

Cliënt A

Een voorheen zeer actieve cliënt, die mantelzorg is voor zijn demente vrouw, is opeens inactief en angstig geworden. Mogelijk ligt er een TIA aan ten grondslag. De wijkverpleging verwijst naar de Buurtzorgfysiotherapeut. Fysiek is er niet veel met hem aan de hand. Door de fysiotherapie komt meneer over zijn bewegingsangst heen (bewegingsangst verhoogt het valrisico!) en *durft nu weer*, weliswaar onder begeleiding, naar buiten.

Cliënt B

Een cliënte met COPD en benauwdheid, wordt met acute status doorverwezen. De buurtzorgfysiotherapeut bezoekt haar *diezelfde dag nog*. Ze is heel erg benauwd en inactief. Door ademhalingsoefeningen en reactivering neemt de benauwdheid af.

Cliënt C

Een cliënte met een bekkenfractuur ten gevolge van een val is weer thuis. Zij is bedlegerig en heeft veel pijn. De wijkverpleging verwijst. Door de fysiotherapie wordt zij gereactiveerd naar zit en stand. Mevrouw loopt nu weer met een rollator, waardoor zij ook weer *makkelijker te verzorgen is*.

Cliënt D

Een cliënt wordt door zijn vrouw uit het verpleeghuis gehaald omdat zij zeer ontevreden is over de daar geboden zorg. Deze man heeft echter zware en complexe zorg nodig. *Buurtzorgverpleging, -fysiotherapie en -ergotherapie* zetten samen hun schouders eronder om de verzorging van deze man thuis mogelijk te maken. De Buurtzorgergotherapeut vraagt hulpmiddelen aan, past de rolstoel aan en bekijkt welke tillift het beste geschikt is. De fysiotherapeut houdt zich vooral bezig met de mobiliteit en transfertraining, zodat ook weer de verzorging en verpleging makkelijker gaat. De vrouw is blij met alle geboden zorg: haar man is nu geen nummer meer, iedereen neemt de tijd voor de zorg en zij wordt in haar zorgtaken ontlast door de gezamenlijke inzet van verpleging/verzorging en therapie.

op dit probleem.

- Via de wijkverpleging krijgt de therapeut feedback op de therapie: wat vindt de cliënt ervan, hoe is de therapietrouw, enzovoorts.
- De wijkverpleging kan de oefeningen met de cliënt doen op de dagen dat de fysiotherapeut er niet is. Dit is mogelijk wanneer er nog ruimte is in de indicatie voor de thuiszorg. Zo wordt het effect van de fysiotherapeutische behandeling groter.
- Cliënten zijn heel positief over Buurtzorg. Vooral het feit dat ze rustig de tijd hebben wordt als heel positief ervaren.

Evaluatie pilot Buurtzorg+

De evaluatie van de pilot bestaat uit drie onderdelen: mondelinge evaluatie met teams en therapeuten, de analyse van de cliëntgegevens en de schriftelijke evaluatie door het Buurtzorgteam.

Mondelinge evaluatie teams en therapeuten

Na drie maanden van intensieve samenwerking en overleg hebben de pilotteams Amsterdam Oud-West en Hilversum Noordoost geconcludeerd dat zij zeer tevreden zijn over Buurtzorg+ en dat zij toegevoegde waarde hebben ervaren van de nauwe samenwerking met fysio- en ergotherapeuten. Ook willen zij Buurtzorg+ van harte aanbevelen bij andere teams van Buurtzorg. De pilotteams benoemen een aantal belangrijke voordelen:

- Door de korte lijnen met de therapeuten, de goede bereikbaarheid over en weer en het regelmatige cliëntenoverleg is er veel meer zorgafstemming mogelijk.
- De teams weten nu beter wat de mogelijkheden van fysio- en ergotherapie voor hun cliënten zijn, bijvoorbeeld reactivering, ademhalingstherapie, palliatieve zorg en bijzondere hulpmiddelen. De therapeuten zijn gericht op de reactivering van (inactieve of benauwde) cliënten en het helpen vinden van aanpassingen bij beperkingen. Ze bieden ondersteuning aan cliënt en mantelzorger in de uitvoering van hun (zorg)taken.
- De zorg rond de cliënt is nu een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Er wordt aan een gemeenschappelijk doel gewerkt, adviezen worden door meerdere disciplines uitgedragen waardoor de cliënt eerder geneigd is ze op te volgen.
- Door inzet van de therapeuten is er soms minder (zware) zorg nodig, cliënten kunnen weer meer zelfstandig doen.

Beide teams hebben met de therapeuten afgesproken dat zij na de pilot op dezelfde voet verder gaan. Ze willen de samenwerking niet meer missen.

Analyse van de cliëntgegevens

Uit de verzamelde gegevens van de therapeuten blijkt het volgende:

- Het aantal verwezen cliënten in drie maanden in de twee teams is 24.
- Gemiddeld 20% van het cliëntenbestand van een team is doorverwezen naar de thuiszorgfysiotherapie.
- Gemiddeld 10% van het cliëntenbestand van de teams is doorverwezen naar de ergotherapie.
- De gemiddelde leeftijd van de cliënten is 81 jaar.
- 50% van de verwezen cliënten heeft mobiliteits-, loop- en/of transferproblemen.

De behandelde cliënten vallen onder de volgende doelgroepen (zie figuur 1):



Er zijn tijdens de pilot zeventien cliënten doorverwezen naar de thuiszorgfysiotherapeut. In figuur 2 staan de gebruikte fysiotherapeutische interventies bij deze cliënten. Bij bijna alle cliënten is er oefentherapie en advies/informatie gegeven. Gezien de problematiek met mobiliteit en zelfredzaamheid was dit geen onverwachte uitkomst.

Uit de analyse van de gegevens kan geconcludeerd worden dat er door de werkwijze van Buurtzorg+ een doelgroep is bereikt die anders niet gezien zou zijn door (thuiszorg)fysio- en/of ergotherapie. De 24 verwezen cliënten hadden van de huisarts geen verwijzing gekregen voor fysio- en/of ergotherapie, terwijl bij alle verwezen cliënten de therapeuten een zorg- of hulpvraag op hun domein hebben geconstateerd. Uit dit project blijkt de belangrijke signalerende functie van de thuiszorg, waardoor een doelgroep bereikt wordt die voorheen niet gezien werd door fysio- of ergotherapie.

Schriftelijke evaluatie door het Buurtzorgteam

Aan alle deelnemende Buurtzorgmedewerkers is gevraagd een digitale vragenlijst in te vullen over de pilot. Het doel van deze vragenlijst was het meten van de tevredenheid van de teams over de samenwerking met de therapeuten en de ervaren toegevoegde waarde van deze samenwerking voor de teams (zie bijlage 1 voor de volledige vragenlijst). De vragenlijst is uitgezet onder elf medewerkers uit team Hilversum Noordoost en Amsterdam Oud-West. Alleen de medewerkers die daadwerkelijk hebben geparticipeerd in de pilot hebben de vragenlijst ingevuld. De respons was 82%.

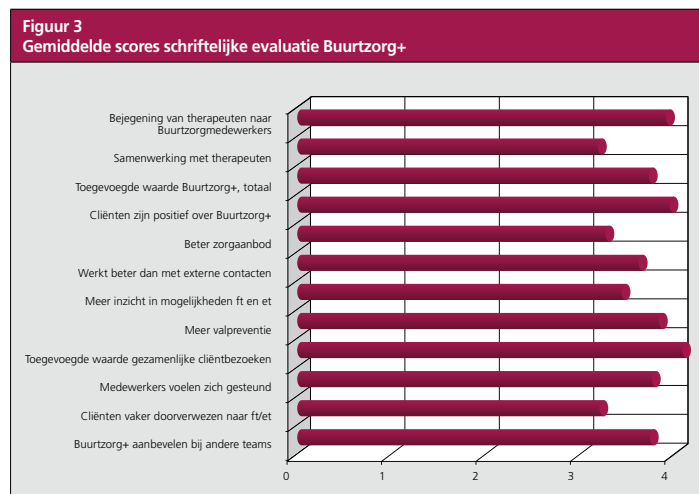
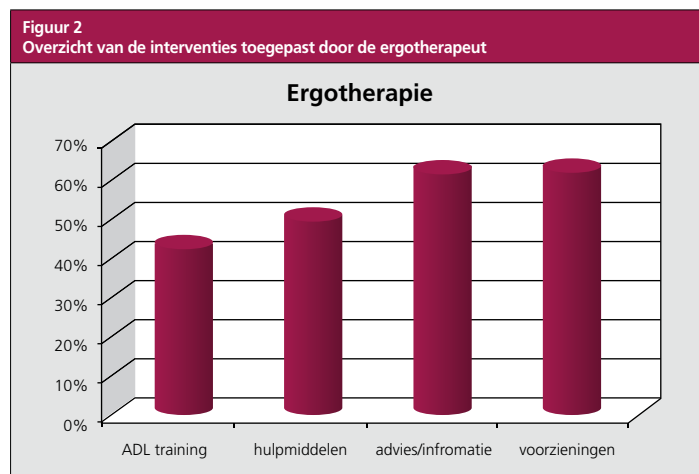
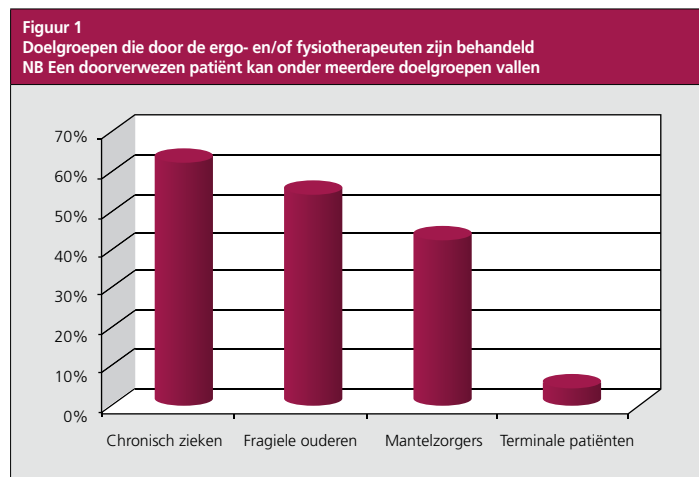
Per vraag waren de volgende antwoordcategorieën mogelijk: altijd (4 punten), meestal (3 punten), soms (2 punten), nooit (1 punt) of niet van toepassing/weet niet (geen punten, telt ook niet mee in de score). In figuur 3 staan de gemiddelde scores van de medewerkers op de

Pilot geïntegreerde thuiszorg: Buurtzorg+

verschillende indicatoren van tevredenheid en toegevoegde waarde. Daaruit valt af te leiden dat alle indicatoren van de tevredenheid en toegevoegde waarde tussen de 3 en 4 scoren.

Uitkomsten

De tevredenheid van de Buurtzorgmedewerkers over Buurtzorg+ is groot: zij scoren een gemiddelde van 3,67. Dat wil zeggen dat zij



de verschillende indicatoren van tevredenheid als 'meestal tot altijd' ervaren. Ook geven de Buurtzorgmedewerkers aan de toegevoegde waarde van Buurtzorg+ te hebben ervaren: zij scoren een gemiddelde van 3,56 wat wil zeggen dat ze de verschillende indicatoren van de toegevoegde waarde als 'meestal tot altijd' ervaren.

Tot slot werd de Buurtzorgmedewerkers gevraagd om een rapportcijfer te geven voor het project en de therapeuten. Zij hebben het pilotproject gewaardeerd met een 8- en de therapeuten met een 8.

Conclusie

Uit de pilot Buurtzorg+ kunnen we het volgende concluderen:

- Wijkverpleegkundigen en -verzorgenden komen bij een doelgroep thuis die wel geïndiceerd is voor thuiszorgfysio- en/of ergotherapie, maar die nog niet bereikt wordt door deze disciplines.
- Fysio- en ergotherapeuten zouden deze doelgroep actief moeten bereiken, vooral door nauwe samenwerking met de thuiszorgmedewerkers.
- (Thuiszorg)fysio- en ergotherapeuten kunnen preventief worden ingeschakeld door huisarts of thuiszorg.
- Inwonende mantelzorgers hebben regelmatig een hulp- of zorgvraag op het gebied van fysio- en/of ergotherapie.
- Gezamenlijke cliëntbezoeken zijn zinvol voor cliënten en zorgverleners.
- Wijkverpleegkundigen en -verzorgenden kunnen te weinig inzicht hebben in de mogelijkheden van thuiszorgfysio- en ergotherapie voor hun cliëntengroep en voor henzelf (fysieke belasting, zorgzwaarte, gedeelde zorgverantwoordelijkheid).
- Elkaar persoonlijk kennen en regelmatig informeel en formeel overleg voeren is de basis van een goede samenwerking.

Follow up pilot Buurtzorg+

Voor Buurtzorg Nederland is de toegevoegde waarde van Buurtzorg+ voor de Buurtzorgteams vastgesteld. Op basis van de positieve evaluatie van het pilotproject Buurtzorg+ is besloten om alle belangstellende teams van Buurtzorg Nederland te ondersteunen bij het opzetten van nauwe samenwerking met thuiszorgfysiotherapeuten en ergotherapeuten in hun regio. De ondersteuning houdt in dat er contact gezocht wordt met een lokale (thuiszorg)fysiotherapeut en ergotherapeut die ervaring en affiniteit hebben met de cliëntengroep van Buurtzorg en de samenwerking met het Buurtzorgteam willen aangaan. Vervolgens worden bijbehorende werkafspraken, duidelijke verwijscriteria en gezamenlijke zorgdoelen vastgesteld en wordt dezelfde werkwijze als in de pilot gevolgd. Inmiddels hebben 50 Buurtzorgteams de samenwerking als in Buurtzorg+ gerealiseerd en nog eens veertien teams zijn bezig in de implementatiefase (stand november 2010).

BUURTZORG

Literatuurlijst

- 1 Gezondheidsraad. Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009; publicatienr. 2009/07.
- 2 www.fysiotherapie.cursussen.hu.nl
- 3 Riezebos J, Kouwenhoven N. Fysiotherapie in de thuiszorg. Fysiotherapie en Ouderenzorg. 2007;21(3):37-43.
- 4 www.buurtzorgnederland.com



Team Buurtzorg+ Hilversum Noordoost met ergotherapeute Anje Eilander, 2e van rechts en thuiszorgfysiotherapeut Frank Mulder, 1e van rechts.

Bijlage 1

Evaluatieonderzoek Buurtzorg+

Vragenlijst voor Buurtzorgwijkverpleegkundigen- en verzorgenden

1. Tevredenheid Buurtzorgmedewerkers

Antwoordcategorie: altijd, meestal, soms, nooit of nvt/weet niet

- a. Kwaliteit therapeuten: deskundigheid
 - De therapeut werkt vakkundig
 - De cliënten kunnen door de therapie hun dagelijkse bezigheden beter uitvoeren
- b. Overleg en communicatie, bereikbaarheid, informatie
 - Tijdens de pilot kon ik de therapeuten goed telefonisch bereiken
 - Ik had voldoende informatie om te kunnen verwijzen naar de therapeuten
 - Ik werd voldoende op de hoogte gehouden over het verloop van de behandeling bij mijn cliënten
 - Mijn cliënten werden na verwijzing naar de therapeuten binnen 5 werkdagen bezocht
 - Bij een spoedverwijzing werden mijn cliënten binnen 2 werkdagen bezocht
 - Het telefonische overleg met de therapeuten verliep voldoende
 - Het schriftelijke overleg (zorgdossier, email) met de therapeuten verliep voldoende
 - Het persoonlijke overleg met de therapeuten verliep voldoende
- c. Bejegening van therapeuten naar buurtzorgmedewerkers
 - De therapeuten behandelden mij met respect
 - Ik voelde mij op mijn gemak bij de therapeuten
- d. Samenwerking
 - De therapeuten werkten goed samen met mij en mijn collega's
- e. Algemene beoordeling therapeuten
 - Welk cijfer tussen 0 en 10 geef je de therapeuten?
 - Zou je na de pilot de therapeuten bij jouw cliënten aanbevelen?
- f. De huisartsen spreken ons positief aan over BZ+

- g. Mijn cliënten die in de pilot zijn behandeld spreken zich positief uit over BZ+
 - h. De pilot Buurtzorg+ is negatief van invloed geweest op de bestaande contacten met huisartsen, en andere fysio- en ergotherapeuten.
2. De toegevoegde waarde van BZ+ tov huidige BZ
 - Antwoordcategorie: altijd, meestal, soms, nooit of nvt/weet niet
 - a. Onze cliënten krijgen nu een beter zorgaanbod dan voorheen
 - b. Nu de therapeuten "lid" zijn van het team werkt het beter dan de externe contacten die we voorheen met therapeuten hadden
 - c. Ik heb meer inzicht gekregen in de mogelijkheden van fysio- en ergotherapie voor onze cliënten
 - d. De (val)risico's bij cliënten worden beter in kaart gebracht en aangepakt dan voorheen
 - e. Eventuele gezamenlijke cliëntbezoeken tijdens de pilot vond ik van toegevoegde waarde
 - f. Ik voel me bij gedeelde patiënten in mijn werk en verantwoordelijkheden gesteund door de therapeuten
 - g. Ik heb cliënten vaker doorverwezen naar fysio- of ergotherapie dan voorheen
 - h. Zou je de Buurtzorg+ formule willen aanbevelen bij andere Buurtzorgteams?
 3. Algemene beoordeling pilot Buurtzorg+
 - Welke cijfer tussen 0 en 10 geef je het pilotproject Buurtzorg+?
 4. Verbeterpunten voor Buurtzorg+: wat zou je willen veranderen aan de samenwerking/zorg? (open vraag)

Advertenties



www.yvlo.nl

info@yvlo.nl

- **Opleiding ZwangerFit®** start op 2 maart 2011, een 8 daagse opleiding van tot ZwangerschapsTrainer/Coach
- **Cursusdag Praktijk BekkenBodem** → 12 februari
- **Workshop Spataderen PeriPartum** → 17 februari
- **Cursusdag Pilates PeriPartum** → 5 maart
- **Cursusdag Babymassage** → 9 april
- **Workshop Peutermassage** → 26 mei

■■ kijk op de YVLO website ■■

Elektronisch declareren met e-Devop

Eenvoudig	Gebruiksvriendelijk en volledig
Patiëntgegevens	Directe controle ziektekostenverzekering
Gestandaardiseerd	Conform actuele Vektis standaard
Meerdere versies	Eén- of meerdere disciplines / Netwerkversie
Prijzen in 2010	Vanaf slechts € 140,- per jaar incl. btw.
Uitproberen	Gratis download via www.igcn.nl
Helpdesk	Kostenloos ondersteuning op werkdagen



Telefoon 030 – 634 22 44, keuze 2
 Email edevop@igcn.nl
 Internet www.igcn.nl

UvA UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

De 2-jarige universitaire deeltijd opleiding tot klinisch epidemioloog (medisch wetenschappelijk onderzoeker) voor medici, paramedici, verpleegkundigen en verloskundigen

Evidence Based Practice MSc/Drs

start het 10^e academisch jaar per september 2011.

Niet makkelijk, wel meesterlijk

- een eersteklas carrièrestap als startpunt naar een hoog wetenschappelijk niveau
- modern en actueel onderwijs met een multidisciplinaire benadering
- (inter)nationaal gerespecteerd en NVAO geaccrediteerd.

Locatie: Faculteit der Geneeskunde (AMC)

Voor contact, voorlichtingsdata, informatie en aanmelding:

www.amc.nl/masterebp



Naar aanleiding van bovenstaand artikel over Buurtzorg+ van Janet Riezebos en Noor Kouwenhoven hadden we onderstaand vraaggesprek met twee oefentherapeuten die affiniteit hebben met het werken met ouderen: Winny de Vries, OTM, zij heeft de cursus Oefentherapie in de Thuiszorg (OTT) net afgerond, en met Mieke Molenaar, OTC, zij heeft de cursus al langer geleden afgerond. Beiden zijn momenteel werkzaam als oefentherapeut in de Thuiszorg.

Interview met Winny de Vries

Waarom ben je de cursus gaan doen?

Ik behandel veel ouderen en daarbij veel ouderen "aan huis". Toen ik hoorde van de post HBO-cursus "Fysiotherapie in de Thuiszorg", was ik direct geïnteresseerd. Voor oefentherapeuten is deze cursus ook toegankelijk. Helaas is dit nog niet algemeen bekend, waardoor het percentage oefentherapeuten tijdens de cursus nog altijd laag is.

Kun je iets vertellen over de inhoud van de cursus?

De drie hoofdonderwerpen zijn:

- De Oefentherapeut in de Thuiszorg als hulpverlener (screenen, therapeutisch handelen en preventief handelen)
- Professioneel samenwerken
- De Oefentherapeut in de Thuiszorg als organisator en ondernemer

De werkwijze in de cursus:

Interactieve colleges - praktijkopdrachten – zelfstudie – vaardigheidslessen – groepsbesprekingen – groepsoopdrachten - forumdiscussies
Ook zijn er regelmatig externe sprekers, zoals

- Wijkzakenverzorgende
- Onderzoeker lectoraat verpleegkunde en paramedische zorg bij ouderen en chronisch zieken, over polifarmacie bij ouderen

- Thuiszorgfysiotherapeut/bedrijfsfysiotherapeut, verantwoord verplaatsen

Er is voorlichting over

- uitleenartikelen
- palliatieve zorg

Hoe is de sfeer in de cursus?

De cursusleiders, Noor Kouwenhoven en Janet Riezebos, zijn zeer gedreven docenten en grondleggers van de Fysiotherapie en Oefentherapie in de Thuiszorg. Zij hebben het vermogen je aan te zetten tot onder-

*Voor oefentherapeuten
is deze cursus ook
toegankelijk*

nemen en het geleerde in de praktijk te brengen. Je maakt kennis met de verschillende thuiszorgorganisaties, POH-ers, ergotherapeuten en verder met iedereen die betrokken is bij de ouderenzorg. Belangrijk hierbij is het op de hoogte zijn van elkaars expertise, de korte lijnen, de communicatie etc.

Kun je nu al iets in praktijk brengen?

Veel van de aspecten die in de cursus aan bod komen passen wij al toe, wij kijken bijvoorbeeld als OT naar de patiënt/cliënt in z'n totaal. Wanneer je bij iemand binnenkomt, begin je direct te monitoren. Dat is voor de oefentherapeut de tweede natuur. De veiligheid komt direct aan bod, losliggende kledjes, hoe wordt de rollator gebruikt etc. Wat opvalt is dat de samenwerking met andere disciplines nu hechter is, met name met de ergotherapeut. Zij weet de weg in "gemeenteland". Samen doen wij een screening; we bepalen of er iets veranderd moet worden in huis. Denk aan drempels verwijderen, beugels plaatsen etc. De zwaarte van de belasting van de mantelzorg is duidelijker. Door alert te zijn en samen te werken met de huisarts, de praktijkondersteuner en de thuiszorg, is er meer zorg te realiseren. Vanwege de bureaucratie moet je nog steeds wel geduld hebben, korte lijnen zijn daarom heel belangrijk.

Zou je de cursus aanraden aan geïnteresseerde collega's?

Als je veel met ouderen werkt en dit je interesse heeft, is deze cursus zeker een verdieping en verbreding van je werkveld.

Interview met Mieke Molenaar

Is er verschil tussen een reguliere OT en de OTT?

Er zijn meerdere verschillen aan te geven. Allereerst komt de oefentherapeut tot nu toe vaak bij een thuispatiënt als er een medisch probleem (bijv. CVA, gebroken heup) is. Als OTT ga ik vooral uit van de basisvraag: hoe is het met de kwaliteit van leven van deze cliënt en wat stelt hij/zij zichzelf hierbij als doel? Daarmee kom je tot een heel breed indicatieveld: het kan gaan om het verbeteren van de belastbaarheid van de cliënt zelf, maar ook om het verbeteren van de omgeving van de

cliënt, zowel in tastbare zin (aanpassingen van de woning, zodat er een veiliger woonomgeving ontstaat) als in sociale zin: redt de mantelzorg het wel, heeft de cliënt een goed sociaal netwerk, is het zinvol om vrijwilligerswerk in te schakelen etc. Dit is wat mij betreft meteen een belangrijk verschil met andere initiatieven rondom kwetsbare ouderen en chronisch zieken, zoals bijvoorbeeld ketenzorg: niet de indicatie of de aandoening staat centraal, maar de cliënt! Een hieruit volgend verschil is dat de OTT een andere soort cliëntengroep bedient en vooral preventief probeert te werken: hoe kan ik

ervoor zorgen dat deze cliënt zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen, dat deze cliënt niet valt, dat deze cliënt zijn 'normale' dagelijkse bezigheden kan blijven doen etc. Deze hulpvragen kun je als oefentherapeut niet in je eentje oplossen, maar het vereist dat er samengewerkt wordt met andere disciplines, met name met de ergotherapeut en de thuiszorg, maar ook, als dit nodig is, met de diëtist, de logopedist, de pedicure etc. Een ander groot verschil is, dat de OTT onderdeel is van een samenwerkingsverband waarbij ook weer de cliënt centraal staat.

Tot slot is een belangrijk verschil dat je als OTT niet alleen naar de cliënt kijkt, maar ook naar de omgeving. Vaak is er een mantelzorger aanwezig, bijv. een partner of kind. Voor het welzijn van de cliënt is het belangrijk dat de mantelzorger de zorg goed aan blijft kunnen. Aandacht hiervoor kan soms nog belangrijker zijn dan aandacht voor de cliënt zelf.

Bekostiging

Wat nu nog een groot probleem is, is de structuur van bekostiging. Omdat wij als eerstelijns therapeuten werken, moeten we voor elke behandeling de eerstelijns procedure volgen. Dit betekent uitzoeken hoe iemand verzekerd is, of hij een indicatie heeft die op de chronische lijst staat en als dat niet het geval is, uitzoeken of hij aanvullend verzekerd is en met welk pakket. Een goede oplossing hiervoor zou zijn om mensen met meerdere, niet chronische, indicaties (bijvoorbeeld artrose, gecombineerd met hartfalen, gecombineerd met DM) toch te kunnen behandelen vanuit de basisverzekering. Het is van belang dat men stilstaat bij de mogelijkheden om preventief een therapeut in te schakelen. Hier is voor ons nog een wereld te winnen. Het moet vanzelfsprekend worden om met preventieve vragen (ik ben bang om te vallen, ik durf niet meer alleen naar de supermarkt om de hoek, ik durf de trap niet meer af etc.) een OTT te bellen. Door laagdrempeliger te worden, kunnen we effectiever met preventie bezig zijn. Daarom is het belangrijk om goede voorlichting te geven aan mogelijke verwijzers (mantelzorgers, thuiszorg, huisartsen etc.) zodat het inschakelen van een oefentherapeut veel vanzelfsprekender wordt dan nu het geval is.

In grote lijnen zijn er drie doelgroepen: Kwetsbare ouderen: kenmerk bij deze groep ouderen is dat er vaak sprake is van onvoldoende reservecapaciteit; hierdoor ontstaat het risico van verlies van functionaliteit. Vaak heel simpel: iemand die ziek is geweest of in het ziekenhuis heeft gelegen en daardoor de normale belastbaarheid voor een deel heeft verloren en daardoor bepaalde taken en dingen (bijv. boodschappen doen bij de buurtsuper, trap aflopen) niet meer durft te doen. Of iemand die door een slechte winter (zoals de afgelopen winter) langdurig zijn normale (beweeg)patroon niet heeft kunnen uitvoeren. Deze mensen probeer je het vertrouwen in de eigen mogelijkheden weer terug te geven door gericht te oefenen en te ondersteunen Chronisch zieken: bij deze groep cliënten zie je dat er sprake is van een verandering in de kwa-

liteit van leven. Als gevolg hiervan verandert bijvoorbeeld het doel dat mensen hebben met hun leven of hun plaats binnen in een relatie. Hier kun je als therapeut zinvol werk verrichten: alleen al door samen met iemand te kijken naar wat er allemaal nog wel kan en mogelijk is! Palliatieve zorg: bijvoorbeeld het aanleren van een goede ontspanning en ademhaling heeft vaak al tot gevolg dat mensen minder pijn en stress ervaren, maar ook het geven van houding-adviezen en het adviseren van de mantelzorger met betrekking tot de dagelijkse verzorging.

Wanneer zou je geconsulteerd willen worden?

Tijdens een stagebezoek in Londen zag ik hoe daar, als iemand aangemeld wordt of zichzelf aanmeldt voor thuiszorg, er automatisch gekeken wordt of het voor deze cliënten zinvol is als er ergotherapie of fysiotherapie wordt ingezet. Een prima manier om preventief en kwalitatief goed werk te kunnen leveren! Verder is het zo dat we in Nederland de expertise hebben die ervoor nodig is om dit op te zetten. Belangrijk is dat er een goede structuur gerealiseerd wordt (door zorgverzekeraars en/of de politiek) zodat deze manier van werken ingebed kan worden in de huidige eerstelijns structuur. Overal klinkt wel het adagium dat er meer preventief gewerkt moet worden – en dat dit aantoonbaar goedkoper is – maar vervolgens

Ik vind het een uitdaging om die evenwichtsbalk iets breder te helpen maken

is de dagelijkse praktijk weerbarstig. Veel therapeuten werken op dit moment samen met de thuiszorgorganisatie 'Buurtzorg Nederland' in zgn. Buurtzorg+ teams, waarbij Buurtzorgverplegenden en –verzorgenden, ergotherapeuten en fysio- dan wel oefentherapeuten samenwerken, om te komen tot een optimale zorg voor de cliënt. Dit werkt heel goed; het is heel motiverend om zo samen te werken.

Wat zijn jouw ervaringen tot nu toe als OTT?

Vooraf dat het vaak zo simpel is. Veel oudere mensen zijn niet snel geneigd om hulp te vragen en vaak is de hulpverlenerswereld voor hen dusdanig ingewikkeld dat ze liever maar blijven aanmodderen. Door een paar keer gericht te oefenen en te adviseren, blijkt het probleem vaak veel

makkelijker oplosbaar dan ze gedacht hadden. Voor veel ouderen is het leven van alledag, omdat ze geen reservecapaciteiten hebben, leven op een smalle evenwichtsbalk: zolang er niets gebeurt gaat alles goed en lopen ze netjes over hun smalle randje. Zodra er echter ook maar de geringste balansverstoring is (bijvoorbeeld in de vorm van een griepje) lopen ze het risico van die balk af te vallen. Ik vind het dan ook een uitdaging om die evenwichtsbalk iets breder te helpen maken, zodat het risico van het eraf vallen minder wordt.

Functioneel oefenen wat bedoel je daar mee? Dat kan toch ook in de praktijk van de OT?

Onlangs kreeg ik de vraag van een collega om langs te gaan bij een cliënt die zij langdurig in de praktijk behandelde voor artroseklachten van knieën en nek. Hij had baat bij de therapie maar gaf aan dat hij zich zorgen maakte dat hij op enig moment wellicht niet meer in staat zou zijn om zelfstandig thuis te blijven wonen. Ik ben bij deze meneer langs gegaan en heb samen met hem gekeken naar zijn huidige situatie, de knelpunten die hij daarin ervoer en wat er aan mogelijkheden waren om hier iets aan te doen. Ook hebben we wat oefeningen gedaan in de thuissituatie. Later vertelde hij mijn collega dat hij erg blij was met mijn interventie en zich veel minder zorgen maakte. Toen zij hem naar de oefeningen vroeg, hoorde zij tot haar verbazing niets nieuws: hij had met mij dezelfde oefeningen had gedaan (m.n. loopoefeningen) als bij haar in de praktijk, maar voor zijn gevoel was het anders en vooral veel concreter ('als ik van de kamer naar de keuken loop, dan moet ik niet vergeten...'). Dit principe was mij natuurlijk uit wetenschappelijk onderzoek bekend, maar toch was het erg leuk om te horen.

Hoe blij je op de hoogte van nieuwe inzichten na het volgen van deze cursus?

Er is - sinds kort - een werkgroep afgestudeerde fysio- en oefentherapeuten in de thuiszorg. Op dit moment zijn we aan het kijken op welke manier we onze expertise kunnen delen, bijvoorbeeld door het oprichten van een gemeenschappelijke IOC/IOM/IOF. En verder zijn er natuurlijk ook via het NPI nuttige en leuke cursussen te vinden. ●

Meer info over cursus Fysiotherapie en Oefentherapie in de Thuiszorg: www.fysiotherapie.cursussen.hu.nl