

De deskundige aan het woord: Nathalie Vandewerken

GeriatricNetwerk Westelijke Mijnstreek

Interview door Shanty Sterke



‘Wat apart’, dacht Nathalie Vandewerken, geriatriefysiotherapeut, ‘je hebt een parkinsonnet, je hebt een claudicationet, maar eigenlijk voor de geriatrische patiënt in al zijn complexiteit is er geen multidisciplinair netwerk’. Ze veronderstelde dat er vast wel ergens in den lande zo iets zou bestaan, maar dat het gewoon nog niet in het zuiden was binnengedruppeld. Er waren wel monodisciplinair geriatrienetwerken met alleen geriatriefysiotherapeuten. Maar een breed netwerk met daarin zowel de geriater, als de case-managers dementie, als de wijkverpleegkundigen, zodat je weet wie er allemaal bij de geriatrische patiënt betrokken zijn en je sneller en makkelijker kunt communiceren, bleek er in Nederland nog niet te zijn.

Daarom heeft zij samen met twee andere geriatriefysiotherapeuten, een geriater, twee geriatrieverpleegkundigen in 2015 een werkgroep gevormd en het initiatief genomen om het GeriatricNetwerk Westelijke Mijnstreek op te richten. Later zijn er ook een Gezondheidszorgpsycholoog en een huisarts bij aangesloten.

‘In eerste instantie was ons doel om eens in kaart

brengen hoeveel professionals er in de complexe ouderenzorg zijn en om te kijken hoe we elkaar beter kunnen leren kennen. Maar vooral ook om de ouderenzorg te optimaliseren. Dat begint dan met kennis delen en informeren. We zijn begonnen met mensen uit ons eigen netwerk uit te nodigen’. Voor de fysiotherapeuten gold de kwaliteitseis van geriatriefysiotherapeut, in opleiding of afgestudeerd. ‘We wilden juist niet alle reguliere therapeuten. Daar kregen we een hele hoop commentaar op. Maar op het moment dat je het netwerk opengooit, heb je geen netwerk meer. Wat is nog het doel van een geriatrienetwerk waarbij iedereen zich kan aansluiten? Het heeft dan geen onderscheidend vermogen meer, het voegt

... De geriater had echt geen idee wat er gebeurt in de eerste lijn ...

dan niets meer toe.’

Dat onderscheidend vermogen is juist zo belangrijk. ‘De geriater in onze werkgroep gaf aan dat hij echt geen idee had wat er gebeurt in de eerste lijn. Ze stuurden mensen naar huis na opname. Ze werden als het ware bijna letterlijk gedropt. En dan kwamen ze weer terug.’ Dat probleem herkenden de zorgprofessionals in de eerste lijn. ‘Iemand komt terug uit het ziekenhuis, we hebben geen idee wat er in het ziekenhuis gebeurd is. Dan kun je wel heel mooi protocollen schrijven. Maar het begint toch echt met weten welke professionals bij de patiënt betrokken zijn en hoe je diegene moet bereiken’.

Voor de allereerste bijeenkomst die de werkgroep in 2015 organiseerde voor de zorgprofessionals kregen ze achtentachtig aanmeldingen. Tijdens die eerste bijeenkomst bleek dat er om de complexe ouderenzorg beter te kunnen uitvoeren vooral behoefte was aan een sociale kaart. Met andere woorden: 'wie zit waar en hoe kan ik die bereiken?' Daarnaast was er ook behoefte aan een uniforme veilige manier van communiceren rondom de patiënt. 'Daarna zijn we meteen praktisch aan de slag gegaan met complexe geriatrische casuïstiek. We hebben de verschillende professionals in groepjes ingedeeld en ze aan het werk gezet. Zodat ze elkaar meteen ook praktisch moesten leren kennen om de casus op te lossen en een plan van aanpak te maken voor de casus. Dat werd heel goed ontvangen.'

Inmiddels zijn ze drie jaar verder en is er een digitale sociale kaart. Via een link kun je de zorgprofessional die je zoekt, aanvinken. Op postcodegebied wordt dan zichtbaar welke zorgprofessional waar zit. 'Dat is vooral voor de gerieters in het ziekenhuis een meerwaarde. Wanneer een patiënt uit het ziekenhuis ontslagen wordt, kan de geriatrisch verpleegkundige contact opnemen met de zorgprofessionals in de regio. Natuurlijk is de achterliggende gedachte dat er veel gericht verwezen wordt naar de geriatriefysiotherapeut. Want de profilering van ons vak is zo belangrijk.'

De volgende uitdaging die Nathalie Vandewerken voor zich ziet is een geriatriefysiotherapeut die als specialist ingezet wordt voor een stukje diagnostiek en om de lijnen uit te zetten en de follow-up te doen. De patiënt komt gedurende het behandeltraject gewoon bij de reguliere fysiotherapeut uit de wijk. De geriatriefysiotherapeut blijft dan verder op de achtergrond. Zo'n manier van werken zou veel schrijnende casussen in de praktijk kunnen voorkomen. 'In december kwam ik bij een dementerende mevrouw met een fors evenwichtsprobleem, er was echt sprake van verwaarlozing. Eén keer in de week kwam een fysiotherapeut aan huis masseren. De problemen van die patiënt werden niet opgepakt. Ze was Top aanvullend verzekerd, maar dat was aan het eind van het jaar gewoon helemaal opgesoupeerd. Dat had anders gekund als de geriatriefysiotherapeut kort was ingevlogen voor de diagnostiek en het behandelplan. Maar we hebben gemerkt dat de fysiotherapeuten bij

ons in de regio daar absoluut nog niet klaar voor zijn. Zij denken alleen maar in bedreigingen. Dus dat plan hebben we losgelaten'.

... Iedereen denkt dat hij de geriatrische patiënt kan behandelen, maar dat is natuurlijk niet zo ...

'We hebben een vergadering met de algemeen fysiotherapeuten in de regio geïnitieerd om onze visie te delen. Daar hebben we gevraagd of ze als praktijk verbonden willen zijn met het geriatrienetwerk. Bij complexe geriatrie laat je de intake en onderzoek doen door de geriatriefysiotherapeut, maar de patiënt blijft wel gewoon bij jou onder behandeling. Dat was nog een stap te vroeg. Hopelijk in de toekomst. Niemand kon zich daar echt een voorstelling van maken. Ze willen echt alles zelf. Dat is jammer en slecht voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het is toch mooi als ik de bekkenbodemtherapeut invlieg voor zijn of haar stukje expertise wanneer ik een patiënt met een complex prostaatcarcinoom heb. En ik pik mijn stuk op, je werkt complementair aan het probleem van de patiënt. In de geriatrie is het zo dat iedereen denkt dat hij de geriatrische patiënt kan behandelen, maar dat is natuurlijk ook niet zo. Het is zoveel meer dan een beetje wandelen met een oudje'.

Samenwerken tussen geriatriefysiotherapeuten en algemeen fysiotherapeuten gebeurt nog niet zoals Nathalie het voor zich ziet. Maar er is de afgelopen twee, drie jaar wel al veel veranderd in de regio. Vooral wat betreft de gerichte verwijzingen naar de geriatriefysiotherapie, zowel door huisartsen, gerieters, geriatrieverpleegkundigen, als door neurologen. Mede dankzij de digitale sociale kaart en de actieve inzet van de werkgroep Geriatrienetwerk.

Begin dit jaar is in de regio een pilot gestart met het Elektronisch Gestructureerd Patiënten Overleg (EGPO-)systeem. 'Dat is een communicatiemiddel rondom de patiënt waardoor we kunnen voorzien in de behoefte van de professionals om in kaart te krijgen wie er allemaal betrokken zijn. Je zet er geen rapportages in. Alleen waar je mee bezig bent en wan-

neer je klaar denkt te zijn. Als er bijzonderheden zijn, dan meld je die. Het is een app waarin ook de huisarts en de praktijkondersteuner ouderenzorg kunnen meekijken en waaraan je de mantelzorger kunt toe-

voegen. Het is een top systeem waarin je alle zorgprofessionals rondom die patiënt in kaart hebt en dat is zo belangrijk’.



NVFG Najaarscongres

Balans

W A T E R T E W E T E N V A L T

**KEYNOTE SPREKERS EN
BREAK-OUT SESSIES OVER O.A.:**

- Balansproblemen begrijpen en behandelen
- Onderzoek van valrisico en meerwaarde loopanalyse
- Medicatie en balans
- Effectieve valpreventie-programma's

**Zaterdag
6 oktober 2018**

**De Basiliek te
Veenendaal**

www.nvfgcongres.nl

Tickets via www.nvfgcongres.nl

 Nederlandse Vereniging
voor Fysiotherapie in de Geriatrie