



De mensen van MESO

Portretten & verhalen



De mensen van MESO

Portretten & verhalen



Inhoud

							
	Voorwoord	5					
	Geïnterviewden in beeld	7					
	Rianne Nieuwhoff-Kok	10					
	Nynke Peeters & Marlies Blom	15					
	Matti van Veelen	23					
	Johanneke van der Plaats	26					
	Gemma van der Voorst	31					
	Inga Melsert & Tessa van den Berg	37					
	Sharita Ramautar-Parbhoe	42					
	Jolanda Konings	50					
	Mirjam Biemans, Tim van Tuil & Rob van Staveren	56					
	Lineke de Bruin	66					
	Anne Uijtewaal	70					
	Ilse Ouwerkerk	77					
	Wanda Roumimper	83					
	Rosemijn Ravesloot & Jeanette de Bats	91					
	Margreet Delleman	100					
	Laurien van der Cammen & Wilma van Bergen	102					
	Anke den Dulk	110					
	Joëlle Suijkerbuijk	117					
	Jos van de Water	123					
	Petra Nas & Ien van Doormalen	130					
	Dankwoord & colofon	134					
	Nawoord Ester Bertholet	136					
							
							
							
							
							
							
							
							

Geachte lezer,

Met trots maakten wij dit boekje waarin alle interviews met onze MESO-zorgverleners zijn samengebracht. MESO-zorg staat voor multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde. Alle verhalen tonen de rode draad van enorme betrokkenheid, liefde voor de medemens gecombineerd met professionaliteit.

Wat wij lezen, is dat alle MESO-teams zich inzetten om ouderen te ondersteunen in hun zelfredzaamheid en hen te helpen om thuis te blijven wonen. Binnen de MESO-teams staat samenwerking centraal. We beschouwen elkaar en onze netwerkpartners als gelijkwaardige en waardevolle partners. Samenwerking is niet altijd even gemakkelijk en vraagt om een open en heldere communicatie en respect voor ieders expertise.

MESO-zorgverleners maken vaak een emotionele connectie met hun patiënten. We zien niet alleen de medische aspecten, maar ook de persoonlijke verhalen en situaties waarmee de ouderen te maken hebben. Dit betekent dat we verder denken dan alleen de ziekte en ons richten op wat iemand nog wél kan en wil met de thuissituatie als uitgangspunt. De ouderen voelen zich daardoor gezien en gehoord.

Een ander kenmerk van MESO-zorgverlening dat in de interviews naar voren komt, is dat we juist buiten de lijntjes mogen kleuren en creatief durven te zijn in onze aanpak. Dit betekent dat we vaak maatwerk leveren en kijken naar wat er écht nodig. Soms krijgen we te maken met situaties waarbij we een niet-welkom bericht moeten brengen. In alle interviews lezen we hoe belangrijk het is om altijd

verbinding te blijven houden en goed te luisteren naar de patiënt en zijn of haar omgeving. En dat dat niet altijd even goed lukt.

De structuur en het overzicht binnen de teams wordt geboden door de projectleiders en de secretaresses. Zij zorgen ervoor dat alles soepel verloopt. Ook zonder inhoudelijke kennis over de casus voeren zij hun werkzaamheden goed uit. Helaas hebben we vaak te maken met de bureaucratie van indicaties, wachtlijsten etc. De “strijdlust” om voor de ouderen desondanks snelle en goede ondersteuning te regelen klinkt in alle verhalen door.

Het MESO-bestuur is trots op de resultaten die we hebben behaald dankzij de passie en toewijding van al onze teamleden én van de lokale en landelijke projectleiders. Dit boekje is dan ook een ode aan onze zorgverleners, secretaresses en projectleiders én aan onze manier van werken.

Wij hopen dat u net zo geïnspireerd raakt als wij door deze verhalen van onze MESO-collega's.

Veel leesplezier.

Harry van den Hoeven
oud voorzitter Stichting MESO

Martijn Leeflang
Voorzitter Stichting MESO

Stichting MESO is opgericht voor het realiseren van het door VWS gesubsidieerde MESO-project 2020-2023.





Rianne Nieuwhoff-Kok



Nynke Peeters



Marlies Blom



Matti van Veelen



Johanneke van der Plaats



Gemma van der Voorst



Tessa van den Berg



Inga Melsert



Sharita Ramautar-Parbhoe



Jolanda Konings



Mirjam Biemans



Tim van Tuil



Rob van Staveren



Lineke de Bruin



Anne Uijtewaal



Ilse Ouwerkerk



Wanda Roumimper



Jeanette de Bats



Rosemijn Ravesloot



Margreet Dellemann



Laurien van der Cammen



Wilma van Bergen



Anke den Dulk



Joëlle Suijkerbuijk



Jos van de Water



Petra Nas



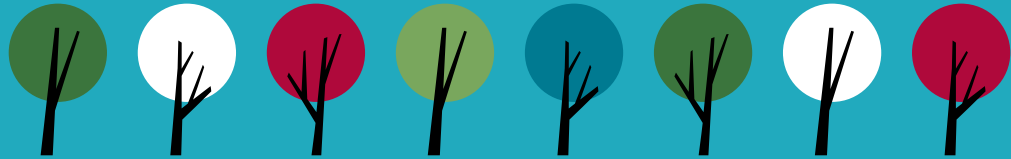
Ien van Doormalen



De interviews



“Je krijgt binnen MESO
een veel duidelijker beeld
van iemand en dat betekent
dat je beter passende zorg
kunt leveren en meer effect
kunt bereiken”



Rianne Nieuwhoff-Kok, verpleegkundige MESO-team
Tiel - 17 november 2022

Op 17 november 2022 spreken we met Rianne Nieuwhoff-Kok, MESO-verpleegkundige vanaf het eerste uur in Tiel. Het is heerlijk spreken met Rianne en het is heel invoelbaar dat dit voor de ouderen waarmee Rianne werkt ook zo moet zijn. Rianne heeft een rustig karakter, neemt de tijd voor de ouderen en hun naasten om een zo goed mogelijk beeld van de situatie te vormen. Wie is de oudere, hoe is het voor de mantelzorg, wat zijn in deze situatie aspecten die bij kunnen dragen aan wat voor deze oudere ‘kwaliteit van leven is’? Als we Rianne vragen waarom ze een goede MESO-verpleegkundige is, neemt ze de tijd én legt ze de haar zo kenmerkende bescheidenheid aan de dag. Om vervolgens toch tot een mooie beschrijving van haar werk te komen.

Een compleet beeld

“Ik heb oog voor de patiënt, want die probeer ik centraal te stellen. Dat is niet altijd gemakkelijk. We maken nog wel eens mee dat patiënten terughoudend zijn om (delen van) het zorgbehandelplan te volgen. We hebben best veel ouderen binnen MESO-zorg die zorg lijken te mijden. Dan is het de kunst om echt achter de (verborgen) behoefte en de reden van die mijding van de patiënt te komen. Dan moet je afwegen of thuis wonen nog veilig kan, of het voor de mantelzorg nog te doen is en welke crises je moet proberen af te wenden. Je weet niet meteen of je mee moet gaan in de afwijzing of dat je toch moet proberen te stimuleren. De patiënt heeft immers vaak geen inzicht en kan de mogelijkheden ook lang niet altijd meer goed wegen. Ik vind dat één van de meest lastige dingen binnen MESO. Als wijkverpleegkundige keek ik heel sec naar hulp bij wassen en douchen bijvoorbeeld. Soms moest je breder kijken, maar dat was niet de hoofdinsteek. Ik kan binnen MESO vanaf het begin veel breder kijken, meer aandacht geven aan psychosociale aspecten, aan (contact met) fysio en ergo. Je krijgt binnen MESO een veel duidelijker beeld van iemand, van zijn problemen, van zijn achtergrond, hoe die over dingen denkt, wat die zou willen. Soms weet je dat na één gesprek, soms verderop in het traject. En dat betekent dat je beter passende zorg kunt leveren en meer effect kunt bereiken.”

Toen Rianne begon was ze nog niet gekwalificeerd als geriatrie-verpleegkundige. Inmiddels heeft ze de opleiding afgerond. We vroegen haar hoe ze nu met deze extra kwalificatie op zak terugkijkt op de startperiode. “Ik snapte de randvoorwaarden wel, maar ik denk dat ik me ook in het begin al wel goed kon redden met de ervaring die ik al had. Nu ik meer ervaring én de opleiding heb gevolgd, heb ik misschien wel een steviger basis. Ik hoor van de SO terug dat ik zekerder over kom. Ik heb, ook vanwege de samenwerking met de SO, meer specifieke kennis. Toch kan ik niet per se zeggen dat ik het zonder deze opleiding niet goed genoeg had gedaan. Ervaring kan soms even belangrijk zijn.

Als je net van de opleiding komt, als HBO V, dan is MESO misschien te lastig. Maar als je al een paar jaar coördineert, zoals de wijk-verpleegkundige, dan zou het wel kunnen.”

Netwerkzorg

We vroegen haar wat ze op basis van die ervaring nog meer in huis had dat haar bij de start van MESO in Tiel heeft geholpen? “Ik werkte al een paar jaar in Tiel en kende al allerlei mensen. Ik had al een heel netwerk en ik wist al waar ik moest zijn. Als ik die voorsprong niet had gehad, was het minder gemakkelijk geweest, zeker omdat we ook midden in Coronatijd zaten en alles op afstand moest. Dan is het moeilijker om de juiste mensen te vinden en we konden niet zomaar de boer op. Als je dat laatste niet van nature doet, moet je wel bereid zijn dat te ontwikkelen, of samenwerken met een collega die er heel gemakkelijk op afgaat.”

We staan stil bij het belang van samenwerking en communicatie binnen én buiten het team. Rianne bevestigt het belang van die twee aspecten. Eerst maar binnen het team: “Het is belangrijk, zeker in zo’n klein team als in Tiel, dat je goed op elkaar ingespeeld bent, dat je elkaar begrijpt en goed communiceert. Je hebt samen de verantwoordelijkheid voor de patiënt, dat moet je goed doen. De ene

keer spar je met je collega-verpleegkundige, de volgende keer met de SO. In de geriatrieopleiding is daar ook wel aandacht voor geweest, communicatie en gespreksvoering, natuurlijk ook voor wat betreft het contact met de patiënt en mantelzorger.”

Tiel heeft nogal wat wisselingen in de teamsamenstelling gehad. “En ja, dan moet je elke keer weer een beetje opnieuw beginnen. Maar dat is niet alleen binnen het MESO-team zo, dat is over de hele linie in zorg het geval. De banen liggen voor het oprapen, dus mensen vertrekken sneller. En dan moet je gewoon weer zoeken naar de juiste harmonie en de juiste samenwerking.” Op onze inbreng dat we ons kunnen voorstellen dat dat niet altijd makkelijk is, reageert Rianne zoals we haar kennen. Nuchter en ogenschijnlijk een beetje gelaten. En toch is dat niet de juiste omschrijving. Zeker, nuchter is ze, maar de gelatenheid is meer een vorm van ‘stille moed’. Rianne is iemand die stug doorgaat met wat in haar ogen belangrijk is. En dat is de patiënt – en als dat nodig is – de mantelzorger op nummer 1. Ze laat zich niet afleiden door zaken die niet of nauwelijks beïnvloedbaar zijn, maar doet wat belangrijk is, ook als dat niet altijd even gemakkelijk is. “Of ik makkelijk met tegenslag om ga? Ik neem het zoals het komt.”

Tegen een stootje kunnen

Op dit punt staan we stil bij wat Rianne ons eerder vertelde over haar vakantie-invulling, een vorm die ons beiden onbekend was, maar zeker iets waar je moed en uithoudingsvermogen voor nodig hebt. Je moet tegen een stootje kunnen en als het tegenzit een praktische oplossing kiezen. We begrijpen steeds beter waarom Rianne hier plezier aan beleeft: de carbage run*. “Dat doe ik samen met mijn man, alleen zou ik er niet aan beginnen.” En dat geldt misschien ook wel voor MESO-zorg: je hebt met complexe problematiek te maken, schrijnende situaties soms en juist omdat je het dan samen kunt doen, zie je oplossingen. “Ik heb nu ook weer een paar moeilijke casussen,

* www.carbagerun.nl - “s Werelds grootste en gekste road trip, in een oud barrel”

ik zit eerst in mezelf te stoeien hoe ik dit nou goed kan aanpakken en zoek de SO, de collega-verpleegkundige of bijv. de casemanager op om te sparren, of om een beetje te duwen voor een hoger plekje op de wachtlijst. Je zou zo graag willen dat mensen beter begrijpen wat het probleem is en met hen kijken wat ze zelf en met hulp van anderen kunnen doen om verbetering of minder sterke achteruitgang voor mekaar te krijgen. Het is soms zo complex.”

N.a.v. de vraag wat Rianne het moeilijkst vindt aan MESO-zorg geeft ze aan dat de tijd je vaak inhaalt, dat de achteruitgang soms snel kan inzetten. Dat je soms veel te lang op passende zorg moet wachten. Of dat je goede mogelijkheden ziet maar dat je de patiënt niet voldoende mee kunt krijgen in het zorgplan. “Soms hoor je dat de patiënt 6 dagen per week op bed ligt en niemand ziet, dan wil je iets betekenen. Of dat het netwerk er onder lijdt en huilend aan de telefoon hangt, daar wil je dan graag iets meer voor doen. Misschien is dat wel het moeilijkst, als de mantelzorger wanhopig is. Dat je indicaties nodig hebt - waar allerlei regels en bureaucratie om heen hangt - en het soms wel twee maanden duurt voordat je alle potjes geld bij mekaar heb. Dan heb je net iemand gemotiveerd, moet je twee maanden wachten en dan is de motivatie weer weg.”

We staan stil bij de vraag of het denkbaar is dat het voor iemand oké is om die zes dagen per week op bed en in afzondering door te brengen? “Dat is moeilijk voorstelbaar maar je moet het toch onderzoeken. Je moet op zoek naar de echte behoefte van de oudere, die is soms verborgen. Je moet je eigen oordeel over wat ‘kwaliteit van leven’ is op zij kunnen zetten. Het is elke keer weer een puzzeltje.”

Rianne geeft aan dat ze hoopt dat deze vorm van zorg beschikbaar blijft, misschien in een 2.0 versie en dat zij dit waardevolle werk graag wil blijven doen. Het laatste woord is voor Rianne: “Topresultaten kun je lang niet altijd behalen, je moet de voldoening uit kleine stapjes kunnen halen.”



“Ook in de ogenschijnlijk
minder complexe situaties
zie je vaak dat er meer
aan de hand is.
En dan kun je beter
de tijd nemen om
echt goed te kijken”

Nynke Peeters, verpleegkundige MESO-team Velp/Arnhem
Marlies Blom, specialist ouderengeneeskunde MESO-team
Velp/Arnhem - 16 januari 2023

Als we Nynke en Marlies spreken gaat het gesprek meteen van start. “We zagen de term tandemzorg voorbijkomen en wisten meteen: ja, onze directe betrokkenheid bij de patiënt wisselt gedurende het traject maar we zijn absoluut een duo. Dus zo hebben we eerder het beeld van een duo-fiets dan van een tandem.” Nog voordat we de vraag hebben kunnen stellen met wie we precies in gesprek zijn, is er een belangrijk statement gemaakt: ieder heeft haar rol in deze zorg en de een is niet belangrijker dan de ander. Je klaart samen de klus en dat maakt het werk boeiend en leerzaam, voor beiden.

Tijd voor een nadere kennismaking. Nynke Peeters is verpleegkundige sinds 1994, sinds 1993 werkzaam op de geriatrie en sinds 1996 gespecialiseerd in geriatrisch verpleegkundige zorg. Na 17 jaar in het UMCU op de afdeling geriatrie gewerkt te hebben en 11 jaar in het Gelre Ziekenhuis in Apeldoorn maakte zij in januari 2022 de overstap naar de praktijk van Ester Bertholet (POGB) om MESO-zorg te bieden. “Ik was het ‘aan bed staan’ zat om het maar even recht voor z’n raap te zeggen. Via één van mijn huidige collega’s hoorde ik dat er een vacature was. Ik heb nog geen minuut spijt gehad van de overstap. In het ziekenhuis is de patiënt te gast bij jou, nu ben ik te gast bij de patiënt. Ik kom namelijk bij hen thuis en dat ervaar ik echt als een grote meerwaarde. Thuis zien we hoe het er echt uitziet, hoe het gaat, waar ze wel of geen moeite mee hebben. In het ziekenhuis vraag je daar wel naar, maar mensen kunnen niet die informatie geven die ik zie als ik bij hen op bezoek ben.”

‘Thuis’ komen

Dat horen we in veel gesprekken terug: de kwaliteit van de informatie die je in de thuissituatie ophaalt is zoveel malen hoger dat je veel beter de afweging voor passende zorg kunt maken. Nynke daarover: “Ik kan veel meer patiëntgerichte zorg leveren. In het ziekenhuis vertellen ze wel over drempels, de trap, de huishoudelijke hulp. Maar als ik thuiskom en ik weet dat er huishoudelijke hulp is en ik zie dat het toch een zootje is, dan is dat belangrijke informatie voor mij. Je informatie is gewoon completer en meer inhoudelijk.”

Op de vraag of ze dat kunnen illustreren met een duidelijk voorbeeld komt er direct en zonder enige aarzeling het volgende – sprekende – voorbeeld ten tonele. “We hadden onlangs een meneer die al bij meerdere specialisten was geweest vanwege bepaalde klachten en niemand had een duidelijke oorzaak kunnen vinden. Al bij het eerste huisbezoek werd echter duidelijk wat er mogelijk aan de hand zou kunnen zijn. Meneer had enorm veel ‘autobouwpakketjes’ gemaakt en verzameld. Een zorgvuldige blik en de gezamenlijke reflectie van Nynke en haar collega op de huisbezoeken bracht hen op een mogelijk verband tussen de verzameling en de klachten. Zonder huisbezoek hadden we dat nooit op kunnen merken. De familie gaf aan dat de verzameling de deur uit doen een enorme aanslag op de kwaliteit van leven zou doen. We hebben toen een speciale coach in kunnen zetten en die helpt meneer en zijn familie nu.”

In een casus als deze is eerst Nynke als verpleegkundige aan zet, die deelt de informatie met Marlies (SO) en die stelt op basis van aanvullend onderzoek haar diagnose. Samen wegen ze af: wat speelt hier, bij welke (be)handelingen is de oudere het meest gebaat. Na het uitslaggesprek* trekken Nynke en Marlies samen op: stemmen af wie wat wanneer doet en maken samen de waarom-afwegingen. Elke casus is weer net een beetje anders, ook qua rolverdeling. De verantwoordelijkheden zijn niettemin altijd helder.

En dan: wie is Marlies Blom? “In 2012 zocht ik een stage als AIOS. Omdat ik buiten het verpleeghuis wilde kijken, zocht ik Ester Bertholet op. Zij was net met haar MESO-praktijk begonnen. Een collega AIOS uit het verpleeghuis waar ik toen werkte, had hier ook net stage gelopen en die was enthousiast. Nadat ik mijn opleiding tot specialist ouderengeneeskunde had afgerond, ben ik 1 dag per week

*Na een ‘diagnostische traject’ met diverse contacten en onderzoeken vindt binnen MESO-zorg een zogenaamd uitslaggesprek plaats. Daar worden de bevindingen en het voorgestelde plan met de oudere en diens naasten doorgesproken.

in deze praktijk gaan werken. Dat heb ik in periodes op en af gedaan naast verpleeghuiszorg. Rondom mijn zwangerschap heb ik wat minder gewerkt en daarna weer wat meer. Je kunt me met recht een draaideurklant noemen. Uiteindelijk kriebelde in 2019 de nieuwsgierigheid naar het verpleeghuis weer, ik wilde bovendien graag de kaderopleiding PG doen. Maar het verpleeghuis beviel toch minder dan ik had gehoopt. Het contact met de destijds vertrekkende SO heeft ertoe geleid dat ik weer teruggekomen ben en ook ik heb het afgelopen jaar geen moment spijt gehad.”

We vroegen Marlies wat erin de periode tussen 2019 en haar terugkeer in 2022 in de MESO-praktijk veranderd was. “Behalve dat de teamdynamiek veranderd was door wisselingen in het team, was ook de ICT- ondersteuning behoorlijk veranderd. Er is een praktijkmanager aan boord en dat is erg prettig, veel zaken zijn duidelijker geregeld. De werkwijze is niet veranderd, die is in grote lijnen gewoon hetzelfde gebleven.”

MESO opnieuw ontwerpen

We leggen Nynke en Marlies de vraag als ze MESO-zorg opnieuw zouden ontwerpen welke veranderingen ze dan zouden willen doorvoeren. Voor Velp zien ze eigenlijk in de zorg geen directe verbeterpunten. Als ze naar de pilots kijken zien ze wel dat het werken in een klein team je extra kwetsbaar maakt. Het combineren van meerdere werkzaamheden en het werken voor meerdere werkgevers, lijkt hen een complicerende factor. Goede MESO-zorg heeft baat bij een stevig team, met een goede bereikbaarheid, met mensen die er voor elkaar kunnen zijn, die elkaar kunnen vervangen als het nodig is.

We herkennen dit punt, we horen het ook in de pilots en ook zij geven aan liever met een grotere teamomvang te kunnen werken. Toch lijden de resultaten, gelet op de onderzoeksuitkomsten, er niet of nauwelijks onder. “Dat is mooi, maar voor het werkplezier zal het zeker veel uitmaken. Als je twee werkgevers hebt, hoe zit het dan met je loyaliteit. Wie krijgt voorrang als je op beide plekken tegelijkertijd nodig bent.”

Het is duidelijk: MESO-zorg vraagt om een flexibele houding en flexibele mogelijkheden, bijvoorbeeld om het contact met de huisarts of andere zorg/hulpverleners te leggen. Je moet overigens ook goed kunnen plannen, zoveel is duidelijk én met onverwachte zaken om kunnen gaan.

Verschil SO-consult en MESO-zorg

Marlies daarover: “Ik ben gekleurd door de werkwijze hier. Ik zie zeker wel dat erin situaties soms een enkelvoudige vraag speelt, je eenmalig kijkt en een advies opstelt. Maar toch, ook in de ogenschijnlijk minder complexe situaties zie je vaak dat er meer aan de hand is. En dan kun je beter de tijd nemen om echt goed te kijken en met de oudere en zijn omgeving op zoek te gaan naar de best passende zorg. Nynke vult aan: “Als het een duidelijke en gerichte vraag is, voor bv een beoordeling euthanasie of wilsbekwaamheid, dan kan het. Maar bij veel andere vragen wordt het alweer ingewikkelder.”

We brengen in dat we het in het land zien dat de SO-consultfunctie zowel smal als breed wordt ingevuld. In de brede variant ligt het soms dicht tegen MESO-zorg aan. Marlies: “Ik deed eerder ook wel SO-consulten vanuit het verpleeghuis: we maakten een plan en gaven advies, aan de huisarts. Maar heel vaak lag dat dan lange tijd ongebruikt op stapel. Dat is ook een groot verschil. MESO-ontzorgt de huisarts, ik vraag me af hoeveel je ontzorgt als je zo’n smal consult doet. Natuurlijk hangt het ook van de huisarts af: heeft hij/zij de praktijk goed op orde, is er een POH-O of praktijkverpleegkundige die toeziet op de opvolging, die tijdig aanvullende vragen stelt indien nodig enz.”

Onderzoek en behandelfase loskoppelen?

We brengen in dat men in Zoetermeer wel eens met de gedachte speelt om de onderzoek- en de behandelfase van MESO-zorg te scheiden. De MESO-verpleegkundigen zijn tevens praktijkverpleegkundige bij de huisarts. “Zouden zij tijdens de behandelfase de monitoringsrol kunnen vervullen?” Marlies en Nynke laten zich

uitdagen om hierover na te denken. Ze vinden het niet per se een aantrekkelijk idee: het is lastiger om als duo te opereren en daar zit nou juist een deel van meerwaarde van MESO-zorg. En je moet nog flexibeler zijn, je werk goed kunnen organiseren. Ze besluiten om er nog maar eens rustig hun gedachten over te laten gaan.

Cruciale competenties

Beiden geven aan dat de kwalificatie ‘geriatrie verpleegkundige’ belangrijk is, al kun je de competenties natuurlijk ook via een andere weg verwerven. Nynke: “Je kijkt anders, je luistert anders, je bent getraind om op specifieke dingen te letten. Als geriatrie verpleegkundige ben je een bepaald type. In een ziekenhuis heb je chirurgische verpleegkundigen en beschouwende verpleegkundigen. De eerste zijn niet uitermate geschikt voor de geriatrische patiënten. Je moet een zekere kalmte hebben, kennis over de ouderdom hebben, zwakke signalen opvangen. Je hebt een zekere rust en beschouwing nodig. Je hebt bepaalde kennis nodig om te kunnen signaleren en daar conclusies aan te kunnen verbinden.”

Marlies vult aan vanuit SO-perspectief. “Er is al veel over gezegd: kunnen beschouwen; kunnen analyseren; structureren; hoofd- en bijzaken onderscheiden; goed kunnen luisteren en kijken; flexibel zijn en snel kunnen schakelen. De dingen lopen nooit zoals je wilt of denkt dat ze gaan. Je moet creatief zijn; aan kunnen sluiten bij de belevingswereld van de oudere, iedereen is net anders. Mensen denken allemaal verschillend en staan anders in het leven, maar je moet een oplossing bedenken die voor hen passend is.”

“We hebben net een sollicitatieronde voor een nieuwe collega gehad. Je moet een bepaalde liefde voor de oudere patiënt hebben. Dat zie je terug in hoe over patiënten gesproken wordt. Als dat heel zakelijk is, dan weet je dat dat hem niet gaat worden. Je moet nieuwgierig zijn, liefde en interesse voor het leven voelen. Willen weten: “Hoe ging het vroeger. Patiënten voelen snel of je dat wel of niet hebt.”

We komen te spreken over het woord ‘creativiteit’. We meenden bij Marlies een grote mate van creativiteit te zien, niet alleen professioneel, maar ook in het persoonlijke leven. Aanvankelijk lijkt Marlies zichzelf niet zo te typeren, maar uiteindelijk zegt ze: “Maar misschien ben ik het stiekem wel. Ik vind het leuk om puzzels op te lossen en vanuit ruimdenkendheid te kijken en oplossingen te zoeken die niet zo voor de hand liggen.”

Nynke vult aan: “Je hebt het echt nodig, vooral bij patiënten die niets willen. Bij MESO-zorg kun je niet weglopen, het is anders dan in een verpleeghuis waar je weet dat ook anderen zich over de oudere ontfermen. En ook anders dan de huisarts die een kort contact heeft en maar moet afwachten dan de patiënt ermee doet.”

We komen het vaker tegen: woorden/termen die aan kracht inboeten: creativiteit, vanuit de patiënt handelen of de patiënt centraal. We vragen hoe we die laatste twee begrippen opnieuw betekenisvol kunnen ‘laden’. Nynke: “Wij gaan echt naast de patiënt zitten, we komen thuis, we hebben geen witte jas aan, we lopen een tijdje samen op, je probeert eventjes in iemands schoenen te staan m.a.w. je probeert te bedenken wat belangrijk is voor iemand. Dat lukt niet altijd en niet bij iedereen, maar heel vaak ook wel.”

En dan, om dit duo uit te dagen spelen we de advocaat van de duivel. In de vorm van min of meer een rollenspel verplaatsen we ons als interviewers in de schoenen van de verzekeraar. “We hebben jullie verhalen gehoord en denken: “Die verpleegkundige en SO hebben veel te veel tijd om dingen op het spoor te komen, dat leidt alleen maar tot meer zorgvraag en meer kosten. Er zijn in het land veel specialisten ouderengeneeskunde die met consult prima uitkomen, het klinkt allemaal toch wat overdreven.”

Marlies en Nynke reageren rustig, niet als door een wesp gestoken en dat is veelzeggend. Ze weten wat de toegevoegde waarde van hun werk is: voor de patiënt, de mantelzorger, de huisarts, maar ook in termen van kostenbesparing. Marlies: “Je kunt juist besparen, omdat je met de patiënt de juiste stappen bepaalt. En je komt er juist

bijvoorbeeld op uit dat je niet 5 therapeuten inzet, maar dat je nu met 2 begint en kijkt hoe dat gaat. Zo kunnen we veel efficiënter afwegen wat de juiste inzet is voor de persoon. En dat scheelt veel hulpverleners.” En Nynke vult aan: “Het gaat ook om kwaliteit van leven. Ik zeg altijd: bedenk wat je zou doen als het je oma was? Als je de goede zorg en aandacht biedt, scheelt dat ook in de hoeveelheid klachten. Wat blijft is natuurlijk dat met het ouder worden je ook onderworpen wordt aan dingen waar je niets aan kan doen. Je kunt wel proberen de levensvreugde zoveel mogelijk in ere te houden.” Marlies: “Het gaat soms ook om kleine stapjes. Het is ook niet zo dat alle MESO-patiënten juichend het pand verlaten. De eigen autonomie is wel heel belangrijk. Die respecteren we zo veel mogelijk, maar we proberen ook crises te voorkomen. Dat vraagt vertrouwen van de patiënt en dat moet je verwerven. Nynke: “In het ziekenhuis was het zo, dat als de patiënt geen huishoudelijke hulp of fysio wilde, dan gebeurde het niet. Daar ging niemand achteraan. Vaak kwam die patiënt een half jaar later terug op de poli. Dat advies inmasseren, opnieuw bespreken, is wel belangrijk en weten welke hulpverlener past en welke niet.”



**“Voor die mensen
wil je iets betekenen.
En dat begint
met aandacht”**

Matti van Veelen, secretaresse MESO-team Zoetermeer
- 24 oktober 2022

Maandag 24 oktober spreken we Matti van Veelen, secretaresse van het MESO-team in Zoetermeer. Matti is een poos geleden ingestapt in een lopende MESO-praktijk en dat betekende dat veel al ingeregeld was. Dat nam niet weg dat ze al snel zag dat sommige zaken handiger ingericht konden worden.

Overzicht en rust

Matti ziet het als een belangrijke taak om overzicht en structuur in de praktijk aan te brengen en daarmee ook een zekere rust te brengen. Dat is nodig want de dynamiek van alledag is al hoog genoeg. “Je hebt in MESO-zorg nu eenmaal met ouderen te maken en dat betekent dat je er rekening mee moet houden dat er elk moment weer iets kan gebeuren waardoor je moet bijstellen. Je moet flexibel zijn en met teleurstelling om kunnen gaan. Immers, net als je denkt dat je het goed geregeld hebt, moet je weer aanpassen. De oudere moet toch onverwacht naar het ziekenhuis, of er komt iets anders tussendoor en dan is een MESO-afspraken erbij net iets te veel. Twee afspraken in een week is voor veel kwetsbare ouderen al meer dan genoeg. Gelukkig weet ik inmiddels goed hoe de dokters werken en wie wanneer beschikbaar is. Je moet je inleven in de patiënt, maar ook in de artsen en verpleegkundigen. En natuurlijk staat de patiënt daarbij altijd voorop.”

Matti is een oude rot in het vak, in haar vorige baan was ze directie-secretaresse en die ervaring komt goed van pas. Veel werkzaamheden voert ze op basis van jarenlange ervaring zonder veel stress uit. Ze beseft dat dit voor beginnende secretaresses anders zal zijn. Op onze vraag wat een beginnende secretaresse in huis moet hebben, somt ze zonder enige hapering het volgende rijtje op: “secretariële en medische kennis; affiniteit met software; consciëntieus zijn; gestructureerd werken; empathisch zijn; je tempo kunnen aanpassen; hulpvaardig zijn, contactueel vaardig, zowel in het contact met de patiënten, mantelzorgers, collega’s als huisartsen; gevoel voor humor; flexibel en stressbestendig zijn en onder alle omstandigheden kalm blijven.”

“Er komt veel op ons af, je ziet en hoort de verpleegkundigen in het contact met patiënten en mantelzorgers, ze komen veel schrijnende situaties tegen. Voor die mensen wil je iets betekenen. En dat begint met aandacht. In MESO-zorg is er tijd om de patiënt en de situatie waarin hij of zij zich bevindt echt te zien en te doorgronden. En juist de combinatie van de arts en de verpleegkundige maakt het verschil. En om dan als secretaresse bij te kunnen dragen om een passende patiëntenreis te kunnen bieden is mooi. Het is fijn als er weer overzicht komt, soms is het veranderen van medicatie al een verbetering, of aanpassingen in huis met hulp van een ergotherapeut die mee-gekeken heeft. Soms draagt zoiets eenvoudig als regelen dat de buurman zorgt dat de boodschappen gedaan worden, al een heleboel bij.

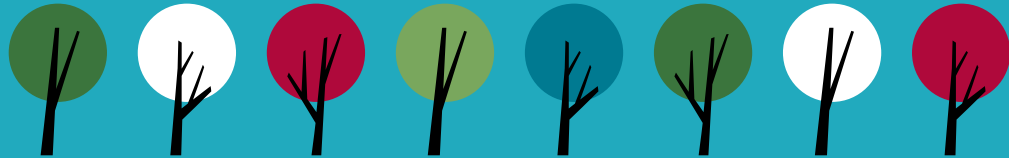
‘We doen het samen’

Op onze vraag hoe ze de samenwerking in de driehoek ‘arts-verpleegkundige-secretaresse’ ervaart geeft ze het veelzeggende antwoord: “Er is geen hiërarchie, we doen het samen. Het is fijn te merken dat het team mijn bijdrage zo enorm waardeert. Gelukkig zien mijn collega’s dat ik sommige dingen veel beter kan – en tegen minder kosten – dan de arts of de verpleegkundige. Net zoals zij andere dingen weer beter kunnen. Laten we de boel zo efficiënt mogelijk regelen.”

Een hulpmiddel binnen MESO-zorg is de patiëntenreis. Matti hierover: “Ik ontdekte al snel dat die reis weliswaar een houvast is, maar dat je in de praktijk niet moet denken dat je via de snelweg van A naar B kunt gaan, daar moet je soepel mee omgaan. Het is meer een trein die regelmatig stopt bij onverwachte stationnetjes en soms ontspoord-ie gewoon. Het team is zich daarvan bewust. En dan is het de kunst om de zaak weer op de rit te krijgen. Nieuwe afspraken maken en dan weer door.” En inderdaad, laat dat maar aan Matti over.



“Ik heb in MESO
echt de waarde
van een MDO ervaren,
iedereen heeft dan zijn
inbreng. Met elkaar
neem je betere besluiten.
Dat komt de oudere
ten goede”



Johanneke van der Plaats, verpleegkundige MESO-
team Rotterdam - 27 januari 2023

Johanneke van der Plaats werkt inmiddels ruim een half jaar binnen het MESO-team in Rotterdam. Zij omschrijft zichzelf als een echte netwerker/verbinder en voelt een grote betrokkenheid bij de medemens.

Als Johanneke over haar manier van werken en contacten leggen vertelt, is duidelijk dat ze niet bang is om erop af te gaan. Naar eigen zeggen, heeft zij dat ten volle geleerd in een project met de naam ‘Zichtbare schakels’ (2010-2017). Johanneke: “Ik heb in die tijd veel netwerkbijeenkomsten bezocht, veel mensen gesproken en daar was altijd bereidheid om elkaar verder te helpen. Dat project werd door iedereen gedragen: door de overheid, de gemeente, de thuiszorg, door iedereen. Toen heb ik gemerkt wat het betekent als je samen een aanpak draagt en elkaar daarin steunt. Zover is MESO Rotterdam nog niet en dat zou wel wenselijk zijn, zodat MESO meer wordt gedragen in het Rotterdamse. Te denken valt aan bekend zijn, belang van MESO weten/kennen bij problematische thuissituaties, aantrekkelijk zijn om voor te werken, zodat verpleegkundigen en specialisten ouderengeneeskunde interesse krijgen in het werk en MESO op meerdere plekken opgezet kan worden.”

“Toen ik hier kwam, kende ik nog maar net de functie van Specialist Ouderengeneeskunde. Ik was blij dat ik daarmee kon gaan samenwerken, want ik liep met de huisarts soms vast in casuïstiek. Bovendien kan ik van de SO veel leren, samen moeilijke situaties in gaan, kijken of we wat kunnen betekenen. Wat me aansprak, was dat het in Velp, waar ze MESO-zorg zijn begonnen, lukt om langer thuis blijven wonen mogelijk te maken. Ik begreep dat uit onderzoek is gebleken dat verpleeghuisopname gemiddeld met acht maanden kan worden uitgesteld. Dat vond ik geweldig, want dat willen mensen vaak zelf. De verpleeghuizen hebben lange wachtlijsten. Steeds vaker van een jaar of langer.”

Samen aan de slag

Haar enthousiasme over MESO-zorg en haar ervaring wat brede betrokkenheid op een innovatie kan betekenen, brengen het denkproces op gang wat er in het Rotterdamse opgepakt zou kunnen worden om de bekendheid van en betrokkenheid op MESO-zorg te vergroten.

“Het begint ermee dat je er met anderen over spreekt en dat doe ik. Ik vertel over wat ik doe, ik verwijs ze naar meer informatie, bv de website. We doen onderzoek en de resultaten moeten we uitdragen. We moeten met cijfers laten zien dat MESO-zorg bestaansrecht heeft, dat het een meerwaarde heeft voor Nederland. We moeten zorgen dat zaken op elkaar afgesteld worden. Nu zie je dat er naast elkaar op elkaar lijkende initiatieven gestart worden, ook in Rotterdam en dat is niet altijd handig. Er kan meer, de gemeente er meer bij betrekken bijvoorbeeld.”

Johanneke is een echte doener, meteen erop af, bij een goed idee: meteen oppakken binnen de aanwezige mogelijkheden. “Als wijkverpleegkundige op een team was ik gewend om door te pakken, de indicatie te stellen en de zorginzet te regelen.” We stellen haar de vraag of er binnen MESO-zorg ook een keerzijde aan deze werkwijze kleeft. MESO-zorg is immers samenwerkingszorg en dan moet je ruimte en tijd nemen voor afstemming en overleg. Johanneke herkent de valkuil om te snel te willen. Doordat zij die valkuil herkent, is zij daar alert op en stapt er niet in. Zij probeert actief de samenwerking te zoeken. Het MDO bij MESO ziet Johanneke als een goede methode om de samenwerking tussen professionals onderling te verbeteren. “De professionals hebben dan de kans om op elkaar te reageren en dat kan tot verrassende nieuwe ideeën leiden. Die zouden er zonder dit overleg dan waarschijnlijk niet gekomen zijn.”

Wekelijkse afstemming

Binnen MESO werken Johanneke en collega's als team samen de agenda voor het wekelijks teamoverleg af waarin zij zaken bespreken die zij als team belangrijk vinden. Tijdens het teamoverleg is er aan-

dacht voor elkaar als teamleden. Zij doen aan casuïstiekbespreking om de zorg te kunnen verbeteren. “In de praktijk werken we nog best solistisch. Ik mis daardoor nog het echte teamgevoel. Ons jonge team kan als team zeker nog groeien. Daar wil ik graag een bijdrage aan leveren. Met elkaar een teamgevoel krijgen heeft tijd nodig.”

Overigens blijkt die noodzaak tot een rustiger tempo niet alleen voor wat betreft de samenwerking en teamontwikkeling, maar ook in relatie tot de ouderen. “Om deze mensen goed te kunnen begeleiden, moet er eerst een goed beeld van de gehele patiënt(situatie) zijn. Bovendien hebben oudere mensen, zeker als de situatie complex is, tijd nodig. Ik zie dat ook in mijn eigen omgeving. Er is tijd en ruimte voor acceptatie nodig om vervolgens te kijken wat de juiste zorg is.

In de wijk waar ik als wijkverpleegkundige werkte, hadden wij niet veel mensen in zorg die cognitief achteruitgingen. De casemanagers begeleidden deze mensen totdat zorg nodig was. Pas als zorg nodig was, kwam ik als wijkverpleegkundige om de indicatie te stellen. De casemanager kon de tijd nemen die nodig is. Binnen MESO kan ik net als de casemanager de tijd voor de mensen nemen.”

Investeren aan de voorkant

We leggen Johanneke het volgende voor. Je inbreng klinkt: “Als je aan het begin focust op de behoefte van de patiënt – en daar heb je geduld voor nodig - dat kost tijd, dat lijkt inefficiënt maar in the end is het efficiënt omdat je niet van alles gaat regelen waar de patiënt uiteindelijk toch niet toe gemotiveerd is (te krijgen). Voor de patiënt is dat fijner, is de zorg beter afgestemd en al met al is de zorg dan minder duur”. Johanneke beaamt dat: “In MESO spreek ik meer met de mantelzorger/kinderen dan ik als wijkverpleegkundige kon doen en dat geeft een veel beter beeld, naast natuurlijk het onderzoek van de SO. Ik heb de regie op het afstemmen van alle zorg, zo ontstaat er minder ruis. Ik heb in MESO echt de waarde van een MDO ervaren, iedereen heeft dan zijn inbreng, draagt bij aan passende oplossingen en die komen lang niet allemaal naar boven in één op één contacten.

Met elkaar neem je betere besluiten. Dat komt de oudere ten goede. Als alle betrokkenen dezelfde berichtgeving doen, dan weten mensen waar ze aan toe zijn en dat is juist zo belangrijk bij cognitieve achteruitgang. In de wijkverpleging zag ik dat ouderen van slag raken door alle verschillende boodschappen, ook al lijken die misschien relatief klein. Bijvoorbeeld bij het aantrekken van steunkousen. De een wil dat de oudere aantrekhandschoenen aanschaft, de ander wil met een aantrekzak werken, de ander neemt er zelf één mee en weer een ander heeft geen hulpmiddel nodig. Ik zie nu wat onderlinge afstemming kan doen.”

Johanneke ziet zeker groeimogelijkheden voor het team, om nog beter samen te werken en nieuwe routines te leren. In MESO is een gelijkwaardige samenwerking tussen de verpleegkundige en de SO een belangrijk kenmerk. Je hebt beiden andere kennis en kunde. Het komt erop aan die goed samen te voegen. Dan moet je soms ‘met elkaar sparren’, dan moet je niet vanuit een onder- of bovenpositie reageren, dan is het onderlinge gesprek nodig. “Dat vind ik de ene keer makkelijker dan de andere keer, een echt teamgevoel helpt dan de goede richting in te ontwikkelen. Je moet tijd voor elkaar hebben en elkaar beter leren kennen.”

Johanneke maakt de beweging van ‘snelheid in handelen’(doen) naar ‘rust inbouwen om goed te kijken, te horen en te voelen’ (waarnemen) om vervolgens de actie(s) af te wegen. Dat gaat niet altijd vanzelf, hoe meer ervaring, hoe beter dat gaat. “De verhouding patiëntcontact versus aandacht voor afstemming en coördinatie ligt binnen MESO-zorg anders dan binnen de werkzaamheden als wijkverpleegkundige. Dat ontdek je als je binnen MESO-zorg aan de slag gaat. Die nieuwe inzichten neem je weer mee, ook in het reguliere werk als wijkverpleegkundige.”



“Ik laat zien hoe belangrijk het is dat je goed weet wie het systeem om de oudere heen is”

Gemma van der Voorst, specialist ouderengeneeskunde
MESO-team Zoetermeer - 6 april 2023

Op de vraag wie Gemma is, is het antwoord klip en klaar: “Een SO-sociaal geriater, met hart en ziel. Daarnaast ben ik WZD-functionaris en PG-kaderarts. Dat is belangrijk om te benadrukken, op het gebied van PG ben ik, al zeg ik het zelf, meer dan gemiddeld deskundig. Ik heb al jarenlang ervaring, in de GGZ, in het verpleeghuis, altijd heb ik psychogeriatricie gedaan. Ik ben bescheiden van aard dus ik zeg dit met enige terughoudendheid.”

We vragen Gemma of bescheidenheid goed van pas komt in haar werk. “Ik vind het belangrijk goed te luisteren, naar de patiënt, de familie. Op tijd de goede vragen stellen. Bescheidenheid is belangrijk, maar je moet ook goed weten wat je wilt. In de loop van de jaren neemt je ervaring toe. Als beginnende arts was ik onzekerder, dat ben ik nu minder. Je hoeft jezelf niet op een podium te hijsen, maar het is wel heel belangrijk om de patiënt jouw deskundigheid aan te bieden. Ze willen jouw visie horen en advies krijgen. Toch wil ik dat altijd omdraaien: jij, de oudere, bent het belangrijkste. Wat heb jij nodig? Wat moeten we regelen? Zo ontstaat behandeling op maat, persoonsgericht.”

SO met hart en ziel

Je geeft aan: “Ik ben SO met hart en ziel, wat betekent dat voor jou?” “Ik bedoel precies dit: met hart en ziel werk ik in de eerste lijn. Dat moet ik nog toevoegen. Ons werk is heel erg leuk. Je komt bij de mensen thuis, je observeert hoe mensen thuis wonen. Je luistert naar hun verhalen, hun levensloop. Ik heb een veel beter beeld van de persoon zelf dan de collega’s intramuraal. Je ziet mensen thuis, je ziet hoe ze leven. Intramuraal moeten mensen zich aanpassen. Ik zie de mensen zelf, met hun systeem, de burens, hun familie, in de maatschappij. Dat maakt dat ik mijn vak als SO in de eerste lijn heel erg leuk vind en heel erg boeiend. Bij mensen thuis zijn, goed kunnen luisteren en kijken wat nodig is. Ik krijg nu de verwijzing van de huisarts met een hulpvraag. Maar je kijkt of het verhaal van de oudere klopt met de vraag van de huisarts. Is dat het probleem of zijn er andere hulpvragen?”

Combineren intra- en extramuraal werken

Gemma heeft veel ervaring met het combineren van intramuraal- en extramuraal werk. Een combinatie die niet altijd makkelijk is. “Vóór MESO werkte ik zowel intramuraal, op PG-afdeling, als in de wijk, in de eerste lijn dus. Die verhouding moest half-half zijn, maar vaak was het meer intramuraal en minder in de wijk. Ik moest altijd rekening houden met intramurale spoedzorg, intramuraal ging altijd voor en dus ten koste van consulten in de wijk. Vaak moest ik consulten verzetten, omdat intramuraal iets speelde.”

SO-consult versus MESO-zorg

Deze vraag stelden we al aan verschillende andere SO’s, de beschrijvingen laten veel overeenkomsten zien. Gemma omschrijft het als volgt: “Het stukje diagnostische fase is misschien hetzelfde, de behandelfase binnen MESO is erg belangrijk. Die mis ik soms bij de consultatievorm. Plus het kunnen vervolgen. De band die je met de patiënt opbouwt. De korte lijnen met de huisarts en het multidisciplinair samenwerken met de andere collega’s: fysio, ergo, diëtiste. Die multidisciplinaire samenwerking is erg belangrijk.”

Zie je beide functionaliteiten naast elkaar bestaan, of moet het allemaal MESO zijn? “Een paar jaar geleden werd al vaak geconstateerd ‘dit is eigenlijk geen korte consultvraag’. De afgelopen jaren is de complexiteit van thuiswonende ouderen toegenomen. Er zijn veel meer ouderen met een hoog-complexe zorgvraag. Ik zie dat er nog wel eens wordt gedacht dat alleen diagnostiek voldoende is, bijvoorbeeld voor een diagnose dementie. En als ik dan diagnosticeer dan speelt er geregeld toch nog iets anders op een ander domein. Het is best ingewikkeld om dan eenmalig iets te doen en het verder terug te geven aan de huisarts. Dat wordt in de toekomst alleen nog maar lastiger denk ik. Daarom moeten we de lijnen met de huisartsen warm en kort kunt houden, om te checken of het goed loopt. Als je samen preventief en proactief werkt, dan kun je steeds beter afwegen wanneer een consult voldoende is en wanneer MESO. Nu is MESO in Zoetermeer volop nodig.”

Ontwikkeling van MESO-zorg

We leggen Gemma de vraag voor of ze nog aspecten aan MESO-zorg zou willen verbeteren, los van alle mogelijke belemmeringen?

“Ja, bijvoorbeeld het MDO in het begin na de diagnostische fase zou ik na 2-3 maanden nog wel een keer willen herhalen. Ik mis de samenkomst soms om te kunnen kijken wat we bereikt hebben en om ervan te leren. We doen het vaak informeel, via de Siilo-app. Dat helpt ook goed om in contact te blijven met collega’s, paramedici. We bekijken dat nu per casus, maar ik denk eigenlijk dat we het standaard zouden moeten doen. Dan kun je kijken of en wat er is bereikt. Soms gebeurt erin een casus heel veel. Mensen verouderen, er is constant beweging, soms moet je je zorgplan bijstellen. Misschien is dan de hulpvraag wel veranderd. Soms moet je gewoon iets bijstellen. Dan is het belangrijk bij elkaar te kunnen zitten. Ook met de huisarts. In het begin schrijven we de HA wisselend aan voor het MDO. Maar ik zou willen pleiten voor 1 MDO waar de huisarts altijd bij zit. De kracht van de groep, de informatie die je dan krijgt van een andere consulente of fysio of ergo, is van meerwaarde. Ook in het maatschappelijke domein. Dat kan de huisartsen ook meer helpen. Dat het sociale domein meer kan helpen. Die lijntjes kunnen dan ook korter worden, nu zie ik nog te veel afstand.”

We staan stil bij de rol van de huisarts en hoe die in de loop der tijd veranderd is. We vragen Gemma hoe zij daarnaar kijkt. Haar antwoord start wat cryptisch: “Ah, de paarse krokodil”, maar al snel wordt duidelijk wat ze bedoelt. “Een goede vriendin van me is huisarts in Den Haag. Die zegt: “Ik weet het niet meer. Ik ben alleen maar bezig met Wlz-aanvragen en met dit en met dat. Is dat nou wat van mij verwacht wordt als huisarts?” Ik denk het niet. De huisarts is een soort trechter geworden. Daar komt alles binnen. Ze moeten van alles maar kunnen oppakken. Dat gaat gewoonweg niet.

We moeten als burgers van onze generatie zelf ook naar de toekomst kijken. We kunnen - en willen ook vaak - meer zelf regelen. Daar moeten we mee aan de slag, uiteindelijk gaan we het anders niet redden. De verpleeghuizen met huisarts en/of verpleeghuisarts om

de hoek zijn er niet meer, we leven langer thuis en de complexiteit neemt toe. Daar moet je iets mee.”

Cultuur-sensitieve zorg

Gemma, die zelf een andere taal- en cultuurachtergrond kent, is van mening dat erin het algemeen in de zorg nog te weinig cultuur-specifieke kennis beschikbaar is. “In de praktijk pas je je op basis van ervaringen wel aan: als je op huisbezoek gaat of in het gebruik van een diagnostisch instrument (RUDAZ i.p.v. MOCA).” We vragen haar wat er binnen MESO-zorg op dit punt zou moeten gebeuren?

Gemma pleit voor meer scholing over specifieke culturele kenmerken én voor meer contact met het sociale domein. “Zij kunnen veel bieden maar de lijnen zijn nog te lang. Het is belangrijk te weten wat de culturele gewoontes in de betreffende situatie zijn. Denk aan diepe schaamte bij dementie. Of dat het binnen de familie wel wordt opgelost tot het echt niet meer kan. Vergeet niet de gevolgen van het feit dat een moeder of vader die een belangrijke rol binnen het gezin had die rol vanwege dementie niet meer kan vervullen. Dat kan binnen een gezin veel onrust geven. Dan ben je naast met de patiënt ook heel veel met het systeem bezig. Dat is heel belangrijk. Als MESO-team moet je je verdiepen in de cultuur. Bijvoorbeeld je schoenen uitdoen bij een huisbezoek. Als je niet weet dat het belangrijk is, sta je al 1-0 achter. Dat soort details. En met je collega’s werken die een andere culturele achtergrond hebben. Je moet zorgen dat je, als er sprake is van een taalbarrière, goed blijft luisteren en waarnemen. Non-verbale communicatie biedt belangrijke informatie. Bijvoorbeeld als er een (klein)dochter of zoon in het spel komt, moet je alert zijn op de betrouwbaarheid van de informatie. Is er een bias, heb ik zo alle informatie die ik nodig heb? Hoewel ik na ruim 20 jaar misschien wel te veel ingeburgerd ben, heb ik wel profijt van mijn persoonlijke ervaring. Ik kan me wellicht beter verplaatsen in de ander. Mijn Spaanstalige achtergrond helpt zeker in het contact met veel Zuid-Amerikaanse patiënten die ik zie.”

Het verpleeghuis als thuis

We staan stil bij het feit dat veel verpleeghuizen erop gericht zijn om de bewoners een thuisgevoel te geven. Gemma: “Afgelopen dinsdag was ik met collega’s bij Woon Zorg Haaglanden. Daar is een mooi project waar de ergo samen met de verzorgende 2 tot 3 weken voordat de oudere wordt opgenomen op huisbezoek gaat. Ze vragen naar gewoontes, naar hobby’s. bv. een doekje wat thuis over de rollator ligt, dat je dat meeneemt als je gaat verhuizen. Dat is belangrijk. Bij een opnamegesprek ben je misschien veel meer met praktische dingen bezig en heb je te weinig oog voor de gewoontes van thuis. Dat zijn mooie ontwikkelingen waar ik in mijn rol ook zeker aandacht voor vraag. Ik wil dat mijn informatie van extramuraal wel warm overgedragen wordt naar intramuraal. Ook in het kader van WZD denk ik vaak: “Dat kan toch niet”. Daar ben ik veel mee bezig. Ik laat zien hoe belangrijk het is dat je goed weet wie het systeem om de oudere heen is. En dat dat ook overgedragen wordt. Deze zoon of deze dochter heeft deze rol, financiën of welzijn. Ook voor de familie is dat belangrijk. Die moeten het verhaal vaak herhaaldelijk vertellen. Goed om dat door te kunnen geven. Ook praktische dingen, de medicatie, de voorgeschiedenis. De overdracht van eerste lijn naar intramuraal kan beter. De huisarts kan daar meer betrokken worden.”

Eén van de succesfactoren van MESO-zorg is de gelijkwaardige relatie tussen de arts en de verpleegkundige en de onderkenning dat je allebei een belangrijke rol vervult. Je werkt rondom de patiënt in een vast duo. We vragen ons gedrieën af of je in de intramurale setting hiervan zou kunnen leren? Een interessante vraag die in het contact met VVT-organisaties nog eens besproken zou kunnen worden.

Tot slot

Tot slot een hartenkreet van Gemma: “We moeten buiten de schotten kijken. Een kwetsbaar iemand, die heeft hulp nodig, dan moet die er komen, los van financiële schotten. MESO is voor iedereen die het nodig heeft.”



“Samen kijk je
verder dan alleen,
een brede blik
door medische
kennis van de SO
én verpleegkundige
kennis”

Inga Melsert, specialist ouderengeneeskunde
MESO-team Tiel

Tessa van den Berg, verpleegkundige
MESO-team Tiel - 19 januari 2023

Tessa en Inga spreken we aansluitend aan een digitale uitwisselsessie tussen alle MESO-teams in het land. Elke maand spreken de teams elkaar digitaal, op donderdagochtend tussen 9.00 en 10.00 uur. specialisten ouderengeneeskunde of de verpleegkundigen brengen casuïstiek in e/o we kiezen een thematische invulling. Deze ochtend stond de vraag centraal welk instrumentarium de teams in de diagnostische fase inzetten om een zo goed mogelijk beeld van de oudere, de zorgvraag en de zorgsituatie te krijgen. Deze sessies zijn waardevol, er is even een moment van rust, reflectie en uitwisseling. Een belangrijke conclusie van deze ochtend was bijvoorbeeld dat je niet gedachteloos, omdat het er nu eenmaal is, een instrument gebruikt. Altijd ligt de vraag voor: “Waarom zet ik het in, wat roept het op, wat ga ik ermee doen?”

We starten het gesprek meteen maar lekker praktisch, zoals dat bij Inga past. Ze geeft aan dat erin het onderzoeksformulier in het patiëntendossier standaard een zeker instrument staat ingevuld. “Dat suggereert toch dat je dat moet gebruiken. Ik kies vaker voor een ander en dat moet ik dan handmatig aanpassen. Ik vind dat je er of geen instrument standaard inzet of allemaal.”

Hier zien we Inga ten voeten uit: zorg dat je helder en consistent bent en maak het alsjeblieft niet te ingewikkeld. Deze insteek zullen we vaker in het gesprek zien terugkomen.

Dan toch maar eerst de kennismaking. “Tessa, hoe lang ben je nu betrokken bij MESO en wat spreekt je tot nu toe het meeste aan in deze vorm van zorg?”

Tessa: “Ik werk nu bijna een jaar voor MESO en de manier van samenwerken met de huisarts vind ik fijn. Dat zij signaleren en verwijzen als het voor hen te complex is, zodat wij diepgaander kunnen kijken. Maar het waardevolst vind ik toch de combi met de SO. Samen kijk je verder dan alleen, een brede blik door medische kennis van de SO en verpleegkundige kennis. Er wordt o.a. gekeken naar de voorgeschiedenis, de leefwijze, de cognitie en het netwerk van

de patiënt. Op basis van dit totaalplaatje kunnen er betere afwegingen gemaakt worden. Er kan zo beter ingespeeld worden op wat voor de patiënt belangrijk is.”

Samenwerking SO en verpleegkundige

Tessa geeft aan wat voor haar de meerwaarde in de samenwerking met de SO is. “Je leert van elkaar, hoe kijkt en denkt de ander, welke kennis heeft de ander, je overlegt en ik krijg meer medische informatie. Samen kunnen we verklaringen vinden en kijken hoe de kwaliteit van leven voor de oudere verbeterd kan worden. Patiënten vertellen of weten zelf niet altijd alles. Zo zagen we laatst in het dossier dat erbij een patiënt sprake was van uitgezaaide kanker, hij had dat zelf niet verteld, dat lees je dan in het dossier en door contact met de ziekenhuisspecialist te zoeken. Soms is de informatieverstrekking niet helemaal volledig, zeker bij informatie van lang geleden of die op het eerste oog niet relevant lijkt.”

Terugkijkend merkte Tessa dat het in kaart brengen van de sociale kaart veel tijd kostte, mede doordat zij de regio nog niet goed kende. Ook ziet ze een verschil in de mate van contact met de patiënt. Als wijkverpleegkundige zie je de patiënt wekelijks, dat is binnen MESO niet het geval. Je moet meer je best doen om alle contacten te onderhouden, met de oudere, de familie, maar ook de betrokken zorg/hulpverleners. Je hebt minder patiëntcontact, meer netwerkcontact en veel regelwerk.

Inga vraagt aan haar collega of ze dat leuk vindt, waarop Tessa antwoordt: “Ik vind het vooral heel leuk om van anderen te kunnen leren, niet alleen van de SO maar ook van de ergotherapeut en de diëtiste. Ik word steeds warmer voor de ouderen thuis en dat komt zeker ook door de opleiding Geriatrie verpleegkundige. Ik combineer dit werk nu nog met een rol als wijkverpleegkundige, dat is een leuke combi.”

Wij genieten ondertussen van de leergierigheid en de openheid van Tessa. We zien het haar helemaal doen: samenwerken, naar anderen

kijken, het netwerk onderhouden, coördineren, overzicht houden en mensen verbinden.

Inga is inmiddels als SO alweer ruim anderhalf jaar aan MESO-zorg verbonden. Toen er een vrijgekomen plek in het MESO-team opgevuld moest worden, heeft ze haar vinger opgestoken. Het leek haar interessant om in het laatste stukje van haar loopbaan - Inga is enkele jaren verwijderd van haar pensioen - deze vorm van zorg op te pakken. De start was best een klus: nieuwe ICT-systemen, actief en proactief samenwerken met huisartsen, we hebben de worsteling gezien. “Inmiddels heb ik de systemen wat beter in de vingers, dat zie ik nu er een nieuwe collega in het team begonnen is. Ik kan haar enigszins geruststellen: het wordt op den duur allemaal gemakkelijker. Ook in het contact met de huisartsen ben ik losser geworden, het gaat me inmiddels gemakkelijker af.”

We vragen aan Inga hoe belangrijk Tessa voor haar is in de samenwerking. Dat is niet zonder reden, in teamoverleggen hebben we kunnen waarnemen dat de relatie niet zonder spanningen is. Beiden hebben een stevig, volhardend karakter en behoorlijk sterke overtuigingen. “De samenwerking tussen SO en verpleegkundige is belangrijk, je moet veel overleggen en samen beslissen. Met de een gaat dat soms makkelijker dan met de ander. Tessa en ik botsen nog wel eens en dat hebben we bespreekbaar gemaakt. We begrijpen elkaar beter en dat is mooi. We moeten leren om gaandeweg steeds beter de samenwerking te vinden. Dat kost tijd. Natuurlijk is ze belangrijk, het is fijn dat Tessa in de behandelfase daar veel in doet”

De spanning maar ook de wil aan beide kanten om dit pad met elkaar te lopen is voelbaar. We kunnen er alleen maar bewondering voor hebben: elkaars verschillen accepteren, elkaar ruimte bieden, elkaar leren waarderen, een compromis zoeken: altijd in het belang van de patiënt.

De juiste ondersteuning

We wisselen van gedachten over de toekomst van MESO-zorg in de regio Tiel. Voor de huisartsen is het een belangrijke aanvulling op de SO-consultatie. Inga ziet de behoefte in de regio om met de SO te kunnen sparren groeien. Haar werkgever, SZR, zet dan ook volop in op het werken in de 1^e lijn. Via het bieden van SO-consultatie en via MESO-zorg. Dat er zorgen zijn hoe te voorzien in alle zorgvragen die er zijn en komen is evident. MESO-zorg kan eraan bijdragen.

Op onze vraag welke vraag we niet stelden, maar wel hadden moeten doen, brengt Tessa in: “We zijn heel blij met ECT, dat we hier Martijn en Tim hebben, die ons heel erg steunen. We worden hier altijd warm ontvangen, dat we dicht bij de huisartsen kunnen zitten. En vooral ook dat Lineke, de secretaresse, er altijd is en continu met de agenda bezig is. We hebben met een kwetsbare groep te maken en dan verandert de situatie geregeld. Zij vangt dat allemaal op.”



“Dat wat tijdig op tafel komt, voorkomt crisis, voorkomt onnodige zorg. Dat weten SO’s. Het gaat erom de juiste zorg in te zetten. Dan moet je de oudere kennen”



Sharita Ramautar-Parbhoë, specialist ouderengeneeskunde
MESO-team Zoetermeer - 16 februari 2023

Op donderdag zestien februari 2023 spreken we Sharita Ramautar, specialist ouderengeneeskunde (SO) en lid van het MESO-zorgteam in Zoetermeer. Sharita is tevens werkzaam als SO in de geriatrische revalidatie (GRZ). Deze combinatie van werkzaamheden en de inzichten die daaruit voortkomen, komen – zo zal blijken – vaker in dit gesprek aan de orde.

Een kwetsbare doelgroep

Sharita omschrijft zichzelf als een echte teamspeler die veel waarde hecht aan samenwerking in een team ten behoeve van de patiënten-zorg. “Ieder heeft daarin zijn toegevoegde waarde en het is essentieel dat elk teamlid haar eigen aandeel daarin legt. Je kijkt naar alle domeinen en dat doe je samen.”

Sharita geeft aan dat ze zich zorgen maakt over onze doelgroep. “Ik merk binnen MESO zo vaak dat ik er eerder bij had willen zijn, bij die patiënt thuis. En natuurlijk zie ik ook in de GRZ veel mensen bij wie het thuis is misgegaan. We hadden veel eerder moeten nadenken over de inrichting van de zorg nu mensen langer blijven thuis wonen. In de eerste lijn moet je veel eerder juiste diagnostiek kunnen doen. Nu loopt het vast. De verhalen die ik van de ouderen en de mantelzorgers hoor, die emoties doen wat met je. Hoe lang mensen moeten wachten op zorg. Soms kunnen ze zelf geen signaal afgeven en vaak is er niemand die opmerkt dat het misgaat. Dat vind ik best ingewikkeld. Je bent een mens en je werkt met mensen.”

Vorig jaar vierde Sharita haar 10-jarig jubileum als SO en deelt het moment waarop ze daarbij stil stond: “Toen keek ik terug. Op mijn rol binnen de revalidatie en ook binnen MESO. De schrijnende gevallen die ik tegenkom, het worden er steeds meer. Ik zie zo vaak dat iemand ergens in zorg komt en dat de mantelzorger je vastgrijpt “fijn dat iemand zich om ons bekommert”. Dat signaal is er steeds vaker en het wordt sterker. Ook zie ik de vermoeidheid van collega’s, ook in de 2^e lijn. Die zijn soms minder begripvol, minder rustig, soms veel defensiever naar de oudere patiënt. En die oudere patiënt die zoekt, die zwalkt. We moeten een stevige verbinding maken, tussen de 1^e en de 2^e lijn.”

Voor MESO ziet ze juist daar een belangrijke rol, de verbinding leggen met iedereen die iets kan betekenen zodat de oudere niet tussen wal en schip valt. “Is MESO niet eigenlijk 1,5e lijns zorg?”

We grijpen terug op het beeld van een mantelzorger die zich vastklampt en vragen of er nog een verschil is tussen de verpleegkundige en de SO. Sharita ervaart daarin geen verschil. Voor de mantelzorger is het belangrijk dat je er bent, ongeacht je functie. Het feit dat je in huis komt, je om hen bekommert, dat is belangrijk. “Verskil is er wel in het vervolgtraject. Soms komt een boodschap hard binnen bij de patiënt. Na een uitslaggesprek, dat we geregeld samen doen, laat ik de patiënt vaak los, de verpleegkundige houdt vast. Zij is de regievoerder in de behandelfase, gaat nog een langs, zoekt uit waar de pijn zit en hoe betrokkenen daar kunnen ondersteunen.”

Een nieuwsgierige blik

We vragen Sharita wat ze als één van de belangrijke kenmerken van haar vakmanschap vindt. Ze hoeft daar niet lang over na te denken: “Nieuwsgierig zijn, breed en onbevangen kijken en jezelf vragen blijven stellen. Wat is hier aan de hand en wat is hier nodig? Ik kom nog wel eens tegen dat er wel hulp is ingezet maar, niet op basis van een goede diagnose. Soms wordt er te snel gedacht: “Het zal wel bij de leeftijd horen” en wordt er te veel of juist te weinig zorg ingezet.”

Kleurrijk is het verhaal waarin Sharita haar nieuwsgierige onbevangen manier van kijken toelicht aan de hand van een paar voorbeelden.

“Ik had vorig jaar een patiënt, een hindoestaanse man, met vasculaire dementie. Die zie ik op een goed moment met z’n scootmobiel en z’n handen vol in het drukke verkeer rondrijden. Ik vervolg mijn weg en kijk even om. Die meneer blijkt in dat drukke verkeer een u-bocht gemaakt te hebben. Dat is zo’n situatie, dat ik denk, wat gebeurt hier precies? Als ik een oudere op straat zie lopen en die doet iets dan vraag ik me af waarom het gebeurt.” Dat niet iedere zorgverlener zo expliciet die waarom vraag blijft stellen illustreert Sharita: “Als er een HAIO start bij de HA, dan loopt die als het kan bij MESO mee, zoals

laatst. Samen met een HAIO die een dagje meeloopt, zijn we bij een mevrouw op huisbezoek. Zij pakt een boek en ik vraag of dat boek leuk is en als zij bevestigend antwoordt vraag ik door waar het boek over gaat. Mevrouw gaat vervolgens de achterkant bestuderen. Voor mij is dat belangrijke informatie. Het was namelijk op bepaalde vlakken een superslimme vrouw, maar op andere vlakken liet het brein haar in de steek. Dat vraagt een andere manier van kijken, om dat te zien en snappen. Die HAIO vroeg later waarom ik dat nou zo interessant vond om daarnaar te vragen. Hij was niet gewend op die manier informatie te verzamelen. Dat zijn we überhaupt niet zo gewend. De maatschappij holt mee in ‘ouderen doen bijzondere dingen’ en vraagt zich af: “Waarom doet die dat eigenlijk?”

Bruggen slaan!

We vragen Sharita een gedachtenexperiment te doen en zich voor te stellen dat ze het ideale zorglandschap mag ontwerpen. Ze komt daarbij uit op een zeer stevige samenwerking met de huisarts, maar ook met het ziekenhuis. “Misschien wel samen met de HA in één praktijk en samen bruggen slaan tussen 1^e, 1,5^e en 2^e lijn, onderling kennis delen. Veel specialisten hebben te weinig kennis van ouderdomsklachten, het samengaan van meerdere ziektes tegelijkertijd en het maken van samenhangende afwegingen en stellen van prioriteiten. Dan is het belangrijk dat je elkaar kent, afwegingen kunt voorleggen zoals bijv. deze: “Is het zinvol om bloeddrukverlagers bij nierfalen voor te (blijven) schrijven bij een 86-jarige oudere met dementie die als gevolg daarvan erg wiebelig wordt?” Dat is belangrijk, omdat de meeste van onze patiënten heel braaf doen wat een dokter zegt. Die wijken daar niet zomaar vanaf, maar het zijn niet altijd de beste keuzes. De internist doet het goed betreft de nieren, maar die kijkt niet vanzelfsprekend naar de rest. Ook met de 2^e lijn wil je de afwegingen zoals je die met de huisarts maakt, kunnen maken.”

Sharita ziet dat nu de urgentie enorm is toegenomen het concurrentiegevoel dat eerder tussen huisarts (HA) en SO wel eens speelde, sterk is afgenomen. Meer en meer is duidelijk dat je elkaar

nodig hebt. Een groeiende groep specialisten ouderengeneeskunde wil in de 1^e lijn werken, een groeiende groep huisartsen loopt het inmiddels over de schoenen. Sharita: “We moeten verder pionieren op inhoud én organisatie. Voor een klein team zoals we dat nu zijn, is dat wat veel misschien.”

Zoals vaker staan we ook in dit gesprek stil bij het verschil tussen intramuraal en extramuraal. Sharita daarover: “Extramuraal is het veel uitdagender om de regie te houden. Intramuraal zitten alle behandelaren in dezelfde gang, daar kun je makkelijk langslopen en overleggen. Intramuraal heb je een paar collega’s, extramuraal is het speelveld heel groot. Je communicatie moet je op meerdere niveaus op orde hebben. Het is nu eenmaal anders communiceren met de huisarts dan met de thuiszorg, met de specialist in het ziekenhuis dan met de fysio. Ook moet je flexibel kunnen zijn. Als je iemand vandaag niet te pakken krijgt, moet je er morgen weer achteraan. Je moet je investering daarin bewaken, maar ook denken ‘ik probeer het morgen wel’. Binnen MESO zien we de patiënten een paar keer gedurende de gehele reis. Het vraagt dan heel veel van je klinische blik, in die paar momenten moet je scherp zijn. Op de GRZ kan ik ‘s ochtends zijn geweest en als het dan niet wil, dan kan ik ‘s middags terug. Dat is soms een stuk makkelijker.

De MDO’s in de 1^e lijn zijn dan ook zo belangrijk en kostbaar. Het liefst heb je iedereen aan tafel. In Covidtijd hielden we veel MDO’s digitaal, nu zijn ze hybride. Dat vraagt iets extra’s. Een hulpmiddel zoals de Siilo-app (veilig telefonisch berichtenverkeer voor medici) is heel fijn en toch als je elkaar gezien hebt, houd je de lijnen beter en makkelijker vast.”

Met andere woorden: extramuraal zijn er meer variabelen Er is minder zekerheid c.q. vanzelfsprekendheid en dat geldt ook voor de eigen rol. Een MESO-team is dus ook bezig zijn met vraagstukken van positionering: wie doet wat, pakt/krijgt welke rol. En het vraagt ook een intense vorm van concentratie in het contact.

Dat vraagt om zekere competenties. “Ja, je moet proberen zoveel mogelijk relevante informatie op te halen als je de oudere voor je hebt, je hebt niet de keuze tussen ‘s ochtends of ‘s middags, je moet dealen met wat je hebt”. We leggen de vraag voor of het ook belangrijk is te beschikken over een positief zelfbewustzijn, opdat je anderen ook meekrijgt in jouw beleid. Omdat je zo moet kunnen schakelen en tot zoveel samenwerking- en regieafspraken moet komen. Sharita geeft aan zich daar wel in te kunnen vinden. Ze vindt dat je goed moet weten wat je kunt, maar ook wat je grenzen zijn. Dus ja, zelfkennis en een reëel positief zelfbeeld.

Ervaring versus zelfbewustzijn

Via dit lijntje komen we bij de vraag uit of je als beginnend SO ook een MESO-arts kunt zijn. Ervaring lijkt zeker een pré te zijn, maar bepalender is of je zelfbewust kunt spelen met de materie die zich voordoet, dat je spart met je collega’s, dat je twijfels deelt en je maar nieuwsgierig blijft ontwikkelen. Stilstaan bij vragen zoals: “Waar kom ik vandaan (biografie), wie ben ik (persoonlijkheid), wat zijn mijn drijfveren en ervaringen en hoe ontwikkel ik mijn vak (vakmanschap).” Binnen het MESO-project zien we dat het waardevol is in groot verband met MESO-teamleden bij dergelijke vragen stil te staan. Het ontwikkelen van reflectieve vaardigheden en houdingsaspecten is waardevol voor de kwaliteit van zorg.

We geven Sharita aan dat we haar een paar indringende vragen voor willen leggen, als een soort advocaat van de duivel.

“Sharita, je begon het gesprek met het feit dat je je zorgen maakt over de doelgroep en dat je schrijvende gevallen ziet. Ben je, als je er zo in staat, niet veel te emotioneel betrokken, dat je moeilijk afstand neemt en alles wat maar mogelijk is voor die oudere wilt doen?”

Sharita laat zich, zo blijkt, niet zomaar uit het veld slaan en legt deze advocaten van de duivel haarfijn uit hoe het volgens haar zit. “Emotionele betrokkenheid is nodig om dicht bij de patiënt te komen. Als je dat weglaat, krijg je een heel klinisch verhaal en doe je geen

recht aan wat de patiënt echt wil. Met het risico dat over de patiënt wordt besloten. Emotionele connectie is een vorm van contact waarmee je kunt bespreken wat nog echt van meerwaarde is. Het kan ook zijn dat de patiënt al aan het sterven is. Als je emotie uitsluit, hoe maak je dan contact, praten over doodgaan vraagt om emotionele verbinding. Dat moeilijke gesprek is nodig om te weten waar de werkelijke behoeftes, angsten, belangen liggen. En dat is belangrijk, omdat je er als behandelaar bent voor die patiënt. En als je niet goed in contact bent, als je de angst niet bespreekbaar maakt, doodgaan niet bespreekbaar maakt, dat zijn gemiste kansen in een bepaald medisch beleid. En die patiënt heeft daarin ook een hulpvraag waar je dan aan voorbijgaat. Het bijzondere van onze patiënten is dat zij - wat in vakjargon een ACP-gesprek heet - daarna zo vaak opgelucht zijn, dat het besproken mocht worden. Die patiënt weet 9/10 heel goed wat hij nodig heeft en dat is vaak niet een nierdialyse op 90-jarige leeftijd.”

We doen er nog een schepje bovenop. “Maar toch, allemaal heel mooi, maar als je niet alles weet, hoef je ook minder zorg in te zetten.”

Een warm pleidooi voor vroegdiagnostiek

Sharita: “Dat is kortzichtig, dat wat tijdig op tafel komt, voorkomt crisis, voorkomt onnodige zorg. Dat weten specialisten ouderengeneeskunde. Het gaat erom de juiste zorg in te zetten. Dan moet je de oudere kennen. Onlangs hield professor Blauw een warm pleidooi voor vroegdiagnostiek. Ik deel die visie. Dan kun je veel humaner én kostenbesparend bezig zijn. De oudere hoort vaak niet op SEH of in het ZH. Die zijn eerder niet gezien. Die vallen, er gebeurt iets, en dan gaat er een put open. Dat had je 3-4 jaar eerder willen weten. Kijken levert misschien wel meer zorgproblemen ook, maar ook meer mogelijkheden voor relatief simpele interventies dan in een later stadium de complexe zorgbehandelingen. Ik zie het ook op de revalidatie. Het is nooit meer alleen een ‘electieve heup’ waarmee je binnen zes weken klaar bent. Er is vaak veel verwaarloosd en dat moeten wij dan allemaal in de revalidatie oppakken. Op de GRZ zien we dat mensen soms zo moeilijk revalideerbaar zijn, dat ze naar een

verpleeghuis moeten. Zonde dan, zo’n val door bloeddruk-medicatie. Als ik een jaar eerder had gekeken, had ik misschien iets aan die medicatie gedaan, hadden we dit, deze val en verpleeghuisopname, kunnen voorkomen. Later kijken geeft nog meer grote zorgvragen.”

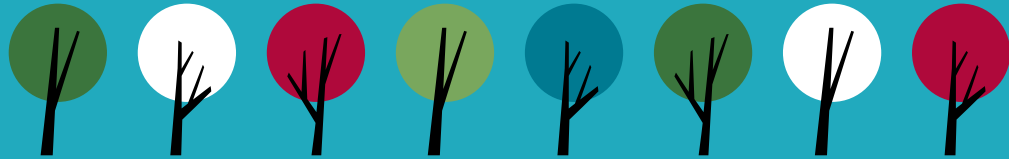
En: “We hebben ons onvoldoende voorbereid op wat langer leven en ouder worden betekent. Dat het heel vaak gepaard gaat met meer gezondheidsproblemen. We kunnen ouder worden, maar dat betekent niet dat dat zonder gezondheidsproblemen is.”

Tenslotte staan we stil bij de vraag hoe Sharita naar de toekomst van MESO kijkt en naar die van haarzelf. “Ik hoop dat MESO een toekomst mag hebben, dat we deze plek en deze rol die we gekregen hebben, zowel fysiek als professioneel, nog heel lang mogen behouden. Dat er ruimte en tijd blijft om door te ontwikkelen, dat we als team robuuster mogen worden.”

“Als dat zou lukken, wat zou jij dan doen?” Sharita: “Intra en extra is the best of both worlds. Maar het antwoord van veel problemen ligt in de eerste lijn. Ik loop op GRZ te vaak rond met ‘te laat, te ingewikkeld’. Als we winst willen halen, moet het naar 1^e lijn.”

Vanessa Boon is verpleegkundig specialist en sinds kort onderdeel van het MESO-team in Zoetermeer:

“Met MESO zorg kunnen we een positieve bijdrage leveren aan het leven van kwetsbare ouderen met multimorbiditeit waardoor zij langer plezierig thuis kunnen blijven wonen”



Ik heb altijd gezegd:
“Jij hebt goud in handen,
dat moet je kopiëren
in het land.
Het is fantastisch
dat het nu gelukt is”

Jolanda Konings, secretaresse MESO-team Velp/
Arnhem - 3 april 2023

Jolanda Konings is de eerste MESO-secretaresse en werkt al lange tijd met Ester Bertholet en haar POGB-collega's samen. Jolanda is ambitieus en precies in haar vak. Ze heeft een lange loopbaan in de ouderenzorg en in uiteenlopende contexten secretariële werkzaamheden gedaan, zowel op operationeel, tactisch als strategisch niveau. De overstap van een grote, gevestigde organisatie naar een kleine, pionierende praktijk was een passende uitdaging. Jolanda is moeder van twee jongvolwassen zoons.

Op de vraag waarom zij geknipt is voor haar vak, geeft ze aan: “Ik denk dat ik accuraat ben, veelzijdig en ik heb een hoog verantwoordelijkheidsgevoel. Ik heb interesse in veel dingen en wil steeds weer andere facetten kunnen zien.” We kennen Jolanda als iemand die graag de dingen goed regelt en overal een oogje in het zeil houdt. Om een ander facet toe te voegen, vragen we hoe Jolanda denkt dat haar zoons haar kernachtig zouden omschrijven en dat is een onverwachtse vraag. “Oei, hardwerkend denk ik wel. Pietje precies, denk ik ook wel. Als ik ergens voor ga, ga ik er ook voor.” Ook volhardend? “Ja, nou ik kan ook wel flexibel zijn, maar inderdaad: als ik ergens voor ga, kan ik me er wel in vast bijten. Dat is het denk ik wel. Ik hoop dat ik hun laat zien hoe je niet bij de pakken neer gaat zitten, het er niet bij laat zitten. Dat heb ik in mijn huidige situatie zelf nu ook echt nodig. Ik heb ze opgevoed vanuit het idee: als je ergens aan begint, maak je het ook af. Ik kan wel streng zijn, maar ben niet altijd consequent, ik kan ook wel eens door mijn knieën gaan.”

We kennen Jolanda inderdaad als iemand die vasthoudend is, die graag wil dat de dingen gaan zoals zij wil dat ze gaan. Die eigenschap komt haar in haar werk binnen MESO-zorg goed van pas. Maar zoals zij zelf aangeeft: “Je moet ook flexibel kunnen zijn, je moet goed kunnen luisteren en als er goede argumenten zijn om het anders te doen, om zaken te verbeteren, dan moet je dat ook zeker doen. Ik probeer altijd vanuit die houding te werken. Natuurlijk weet ik door de ervaring van 10 jaar wat wel en niet goed werkt in deze praktijk.

Maar ik had het nooit volgehouden als ik niet had geluisterd naar anderen. Dat kan niet. Je moet altijd in ontwikkeling blijven en dan moet je ook naar anderen luisteren en flexibel zijn.”

MESO in Velp door de jaren heen

We vragen welke inzichten zij in de loop der tijd heeft verworven en op welke punten ze haar reserves tegen veranderingen heeft overwonnen? Jolanda: “In het begin was er geen EPD, was er niets digitaal. We hadden blauwe mappen in een kast. Gaandeweg is dat allemaal gedigitaliseerd. Zijlings was ik betrokken bij de ontwikkeling en invoer van Curasoft (EPD). We hebben daar wel veel tijd mee gewonnen. Als je kijkt hoe dat vroeger ging, in Word. Handmatig dingen bijhouden in een fysiek dossier in een hangkast. Dat ging compleet anders.”

Jolanda kijkt terug op de weg die ze samen met Ester heeft afgelegd: “We begonnen met één verpleegkundige, Ester als SO, nog één SO, een maatschappelijk werker en ik. Als ik zie waar we nu staan, dat is geweldig, een pluim op ons werk. Met het hele team hebben we vele ontwikkelingen doorgemaakt. Hoe Ester aan de weg timmert, het Raadhuis heeft opgebouwd, het Behandelpaspoort heeft ontwikkeld en nu het boek. Zo mooi te zien wat we allemaal voor de ouderen kunnen doen. Echt fantastisch vind ik.”

We genieten van zoveel trots en voldoening en ook al gaan de voorbeelden verder dan alleen MESO-zorg, het is mooi te zien met hoeveel passie en betrokkenheid ook Jolanda deelgenoot is van deze ontwikkelingen.

Terug naar MESO-zorg, welke recente ontwikkelingen ziet Jolanda?

“Dat we nu werken met een geriater en een internist ouderengeneeskunde in het team, dat is echt een verrijking, dat je nog meer mensen uit ziekenhuis kunt houden. We zien dat natuurlijk ook in het onderzoek terug. Ik vind de onderzoeksuitkomsten überhaupt geweldig om te zien.”

Ambitie als belangrijke drijfveer

Jolanda vervolgt haar enthousiasme: “Ik wilde altijd al groter en zei tegen Ester: “Laten we dit kunstje uitbreiden.” Ik heb altijd gezegd: “Jij hebt goud in handen, dat moet je kopiëren in het land. Het is fantastisch dat het nu gelukt is. Ik ben ervan overtuigd dat we verder kunnen. MESO in het land, maar ook hier in Velp kunnen we uitbreiden. Dat is mijn mening, gevoel en mijn hoop. Ik denk dat heel veel ouderen hier heel gelukkig van kunnen worden. Ik wilde me ooit graag aan deze praktijk verbinden, in een kleinere organisatie werken waar nog veel was uit te pluizen en waar nog veel te ontwikkelen zou zijn: dingen uitzoeken, sparren met mensen, in projecten werken, pionieren, oplossingen verzinnen. Dat is wat ik graag doe. Ik laat het er nooit bij zitten. Ik zoek altijd een oplossing.”

Meer MESO-zorg in Nederland

Met Jolanda kijken we naar een toekomst waarin er meer MESO-teams in het land zijn en staan stil bij de rol die zij voor haarzelf in zo’n toekomst ziet. We kennen haar droom op dit punt vanuit de start van het MESO-project, maar het is goed om die nu, na zo’n kleine drie jaar, opnieuw te bevragen.

“Graag! Mijn droom... Dat ik centraal zit en overal langs rijd, om te checken hoe het bij iedereen gaat en welke ondersteuning nodig is. Ik zou het heerlijk vinden om secretaresses in nieuwe MESO-praktijken te ondersteunen, om te zorgen dat ze zich die functie eigen maken. Deels is dat gewoon secretariaeel werk, deels zitten er MESO-specifieke aspecten aan. Ik zie nu, als we met zes secretaresses op een rij zitten, dat we geen van allen hetzelfde zijn. We kunnen er ieder een eigen invulling aan geven, als je maar hetzelfde doel hebt. De manier waarop je het doet hoeft niet hetzelfde te zijn als de uitkomst maar hetzelfde is. Dat je iedereen goed kunt ondersteunen. Je collega’s, maar zeker ook onze patiënten: duidelijkheid verschaffen, een luisterend oor bieden, de agenda’s op orde hebben, empathisch zijn, zowel naar collega’s als naar patiënten. Ik werk graag met een checklist, dat vind ik fijn, maar je kunt het ook anders doen. Als je maar

respectvol bent, want dat is binnen MESO-zorg waar het om draait. Ik vind dat heel normaal: beleefd zijn, invoelend zijn, je excuses maken als er onbedoeld iets fout ging. Dan krijg je ook waardering terug.”

Kernelementen van MESO-zorg

Op de vraag wat volgens Jolanda belangrijke aspecten van MESO-zorg zijn, is er geen enkele aarzeling: “Het doel om met zo goed mogelijke kwaliteit van zorg thuis te kunnen blijven wonen. Dat je als praktijk zorgt dat iemand weer verder kan. Niet alleen een pilletje meer of minder, maar ook handvatten om erop uit te gaan, naar Ons Raadhuis bijvoorbeeld. Dat ze weer zin in het leven krijgen. Soms leven mensen als kluisenaar en willen ze niets meer. Patiënten die weer helemaal opbloeien zodra een casemanager zich er weer om bekommert. Dat een ergotherapeut de kledjes weghaalt waar iemand over struikelt. Dat je dat als MESO in gang zet, is fijn. Je luistert naar de patiënt zelf. Ik hoor heel vaak: “Wat fijn dat jullie thuishouden. Dat is ook het verschil met de geriater in het ziekenhuis. Hoe vaak we niet mensen zien met verzameldrang of een vervuild huis. Dat is dus wel een van de mooiste dingen. Dat we mensen thuis zien. En we zetten de patiënt centraal. We doen wat zij willen, niet wat wij willen.

We nemen de tijd en luisteren en kijken niet op de klok en we zeggen niet ‘we hebben maar 10 minuten’. Ja, de samenleving wordt alleen maar grijs. We willen als samenleving dat mensen goed verzorgd worden en toch zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Als je wilt dat mensen thuis blijven wonen, moet je ze daar goede ondersteuning in geven. Wij zien dat het kan. Thuis zijn de mensen het gelukkigst.”

MESO-zorg zonder secretariële ondersteuning?

Als er binnen MESO-zorg geen secretariaat beschikbaar is, verdwijnt het overzicht. Dan zijn artsen en verpleegkundigen druk met dingen waar ze niet druk mee moeten zijn. Dan gaat er veel tijd in administratie en agendabeheer zitten. Dan moeten ze alles zelf gaan doen en dat is zonde van de zorg die zij kunnen leveren.

Meso-zorg zonder verpleegkundigen?

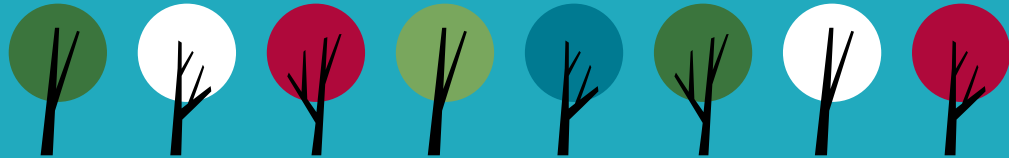
Dan wordt de SO wel heel erg druk. Hier speelt hetzelfde verhaal. De verpleegkundige neemt veel werk uit handen van de SO door als eerste op huisbezoek te gaan en is echt van toegevoegde waarde. Zij pakken het vervolg na de diagnostische fase op, het inzetten van een aantal paramedici. Als de arts dat er allemaal bij moet doen, dan wordt de zorg ook duurder denk ik.

Opschaling

We eindigen het gesprek door nog even stil te staan bij hoe je MESO-zorg op grotere schaal zou kunnen vormgeven. De MESO-pilotteams zijn nog wat klein van omvang en dat komt de bereikbaarheid niet altijd ten goede. Kun je werken met een centraal secretariaat dat meerdere SO/Verpleegkundige duo's, die dicht bij de huisartspraktijk werken, ondersteunt? Hoe belangrijk is het onderlinge contact? “Je moet elkaar kennen en zorgen dat er voldoende digitaal en bij tijd en wijle ook fysiek contact is. Dat kun je organiseren. Ik denk er graag over mee!”



“MESO-zorg is een concept met ruimte voor het maken van professionele keuzes. Je ziet mensen in een unieke situatie gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor een patiëntenreis nemen, dat is nieuw”



Mirjam Biemans, Tim van Tuil, Rob van Staveren,
projectleiders MESO-pilotteams - 6 februari 2023

Elke twee weken op maandagochtend ontmoeten we elkaar in een MESO Lerend Netwerk, digitaal en maximaal één uur. Na zo'n kleine drie jaar weten we dat het niet alleen goed is elkaar in deze regelmaat te treffen, maar bovendien gezellig. Drie projectleiders die MESO-zorg een warm hart toedragen, die opgetogen de weerbaarheid van alle dag tegemoet weten te treden en die van wanten weten. Drie heel verschillende leiders, drie heel verschillende persoonlijkheden zoals dat ook uit het geprek dat we met hen voerden zal blijken. Voor ons als overkoepelende projectleiders is het een cadeautje – in het kader van het verzamelen van leerinzichten in het MESO-project – omdat we kunnen zien wat de effecten van een verschillende aanpak in zo'n pilot zijn.

Onze eerste vraag: 'Wat is het belangrijkste inzicht in het MESO-project en jullie rol als projectleider tot nu toe?', wordt door Tim meteen met een vrolijke kwinkslag opgepakt. "Als dit het niveau van interviewen is, wordt het nogal zwaar." We herkennen Tims manier om tijd te kopen, tijd om even op zo'n vraag te kunnen kauwen. En die tijd krijgt hij.

Een investering

Rob: "Ik zal aftrappen. Ik zag wel aankomen dat we dit gesprek vandaag zouden voeren. Ik heb zitten filosoferen. Als ik kijk hoe we begonnen en de ideeën die ik had, dan heeft het wel anders uitgepakt. Immers, 75 tot 80% van de tijd die ik aan MESO heb besteed, ben ik bezig geweest met financiën en personeel en relatief weinig met de inhoud. M.a.w. puur projectleiderschap. Mensen vinden, behouden, zorgen dat ze de juiste dingen kunnen doen, dat de onderlinge samenwerking op gang komt, aandacht voor teambuilding. Ik had niet verwacht dat dat zo veel tijd zou vragen. Ik dacht dat het 50/50 zou zijn. De MESO-teamleden gaan aan de slag met iets wat de meesten niet gewend zijn, namelijk in duo's (SO-verpleegkundige) werken, afstemmen met het secretariaat. MESO vraagt daar wel wat in. Normaal kan ik sneller een vinkje bij zaken zetten, je belt iemand, dan heb je er geen omkijken naar. MESO is iets nieuws, wat wezenlijk

afwijkt van hoe mensen gewend waren te werken. En in al hun enthousiasme daar wel flink mee aan de slag gaan. Dat vergt wel wat. Als we dit hadden kunnen voorzien, hadden we denk ik een andere projectleider gekozen, iemand die er dicht op zou kunnen zitten. Ik ben niet zo'n invoelend, warm type. Ik leg iets drie keer uit en ik verwacht dan dat je het oppikt. Als ik kijk wat ik van Mirjam zie, dan zitten wij er hemelsbreed verschillend in. Hoe we met het project omgaan. Dat heeft deels met de lokale setting te maken, maar ook met het type projectleider en het type mens.”

Het heeft Rob de nodige inspanning gekost om de zaak op de rit te krijgen, maar het was het zeker waard. Rob: “Als ik kijk naar de respons die we krijgen en de onrust die ontstaat (bij huisartsen) als we suggereren dat we moeten kijken of en hoe we MESO-zorg voort kunnen zetten, is het zeker de moeite waard. Je moet als beginnende MESO-zorgverlener rekening houden met een aanloopfase en je moet kunnen investeren in een nieuwe manier van werken en van samenwerken. Hoelang die aanloopfase, onder redelijk normale omstandigheden, duurt kan ik niet goed zeggen. Wij waren erg gehandicapt met teamwisselingen. Dat maakt een aanloopfase altijd lastig. Als je het normale (start)programma, zoals jullie dat opgesteld hebben, kunt volgen, dan is dat om te beginnen voldoende. De echte kwesties kom je tegen in de praktijk.”

Empathische versus afstandelijk(er)e ondersteuning

Mirjam neemt het stokje over en geeft aan dat ze veel herkent. Ook haar aanloopfase bestond uit meerdere teamwisselingen, uit niet voorziene ontwikkelingen en geeft aan dat ook voor haar geldt dat het meer van haar tijd en energie gevegd heeft dan vooraf ingeschat. Op de vraag van Mirjam aan Rob om iets meer toelichting te geven bij zijn waarneming dat zij de dingen anders aanpakt dan zij, antwoordt Rob als volgt. “Ik ben veel minder inhoudelijk betrokken, zowel bij het inhoudelijke zorgproces als bij individuele patiënten. En ik ben minder de empathische figuur zoals ik jou inschat. Dat is voor veel dingen heel

prettig, als er bijvoorbeeld gereorganiseerd en omgebogen moet worden maar veel lastiger in een team wat om elkaar draait, als er veel wisselingen zijn en er een nieuwe manier van werken ontdekt moet worden.”

Mirjam herkent haarzelf wel in het beeld zoals Rob dat schetst en wij ook. Mirjam: “Ja, mijn praktijkverpleegkundigen en geriatrie verpleegkundigen zeggen: Wij hebben nog nooit zo'n empathische leidinggevende gehad. Maar vergeet niet, dat heeft ook de keerzijde, soms maak ik het mezelf daar ook lastig mee. Soms is het heel goed om zakelijk knopen door te hakken. Maar goed, het zit in het beestje. Maar los daarvan, we hebben met z'n allen last gehad van de kwetsbaarheid van kleine teams, te kleine. Dat zouden we nooit meer moeten doen, als we zo'n pilot beginnen.” Om vervolgens in te gaan op de Zoetermeerse resultaten. “Ik ben heel trots op de waarde die het MESO-team heeft gekregen in Zoetermeer.”

Ook Tim kijkt naar zijn rol als projectleider. “Ik ben op een rijdende trein gestapt, ik was de 2^e projectleider en ben ook geconfronteerd met wisselingen in het personeel. Ook ik heb moeten kneden in echt samenwerken. Terwijl je denkt: “Dit zijn partijen die veel samenwerken, maar als je ze bijeen zet en ze daadwerkelijk de klus samen moeten klaren, is het klaarblijkelijk toch anders.” Wat ik ook ervaar: MESO-zorg is een concept met ruimte voor het maken van professionele keuzes. Dat vinden mensen best lastig en een hulpmiddel als de patiëntenreis ervaart men dan als een zekere mate van starheid waaraan men wil ontsnappen. Er is behoefte dat een praktijkmanager die ruimte geeft en die dan dekt dat die ruimte genomen wordt. Ik kom zelf uit het veld en heb daardoor andere gesprekken met het team. Ik zeg dan niet wat ze moeten doen, maar stel ze vragen om ze te laten nadenken. Dat kost veel tijd. Ook al is men professional, toch is er bij tijd en wijle de behoefte aan het handje genomen te worden. MESO-zorg is daar overigens niet uniek in. Ik zie dat ook bij andere projecten waar ik ook met HBO+ geschoold personeel samenwerk. Qua persoonlijkheid fladder ik tussen Rob en Mirjam in, tussen het empathische en het afstandelijke.”

Een Lerend Netwerk

We genieten ondertussen van deze reflecties. We herkennen hetgeen wordt ingebracht en voelen vooral ook de waarde van deze onderlinge uitwisseling. Gedurende inmiddels al bijna drie jaar hebben we deze tweewekelijkse sessies. Iedereen probeert er altijd bij te zijn, meestal starten we zonder agenda, hooguit hebben we voorafgaand aan het overleg een vraag op de mail gezet. Soms heeft één van de projectleiders een vraag, maar in veel gevallen neemt het gesprek ook zonder een aandachtspuntenlijstje een betekenisvolle wending. Er wordt van en aan elkaar geleerd, we dagen elkaar uit, delen inzichten, bouwen bespiegelingen op. Het is een kort moment van rust en reflectie waarin gebouwd wordt aan onderling vertrouwen. Iedereen kan vrijuit spreken over successen, hobbels of missers. Er wordt gezocht naar verbeteringen en oplossingen. Er wordt gekeken naar hoe men elkaar kan ondersteunen en versterken.

Terug naar het gesprek. We staan stil bij het MESO-concept. Er worden ervaringen gedeeld: wat maakt MESO-zorg anders dan andere vormen van zorg; welk effect heeft de toegenomen complexiteit van de populatie thuiswonende ouderen; het feit dat deze vorm van zorg niet elke professional past; dat men het concept als te ruim maar ook als te strak kan ervaren of met te veel of juist te weinig autonomie. En natuurlijk spelen er ook financiële kwesties. Lukt het om onder de huidige condities deze vorm van zorg kostendekkend vorm te geven?

De pilots komen nu eigenlijk allemaal in de fase om stil te staan bij hoe verder te gaan met deze vragen. Zou men inhoudelijk en/of organisatorisch willen kunnen bijstellen en hoe ziet de financiële toekomst eruit?

De complexiteit neemt toe, alleen een consultfunctie is onvoldoende

Mirjam: “Wat mij bezighoudt: Ester is destijds begonnen om mensen langer uit de intramurale setting te houden en minder verwijzingen

naar de 2e lijn te realiseren. Ik constateer dat de patiënten die wij nu, anno 2023, verwezen krijgen, patiënten zijn die destijds al lang ‘verpleeghuispatiënt’ zouden zijn geweest. En dan moet je naar de inrichting van de zorg in de 1^e lijn kijken. Intramuraal is de SO fulltime ter beschikking. In de eerste lijn wordt veelal gewerkt met een Stepped Care Model. Je moet je afvragen of, daar waar de verantwoordelijkheid voor de oudere volledig bij de huisartsenpraktijk ligt, enkel een SO-consultfunctie überhaupt voldoende gaat zijn. Dat is ook een interessante, belangrijke vraag voor bijvoorbeeld het Zorgkantoor. Als er niet meer intramurale plekken gaan komen - en men zegt ‘die komen er niet’ - dan kun je niet weglopen voor de complexiteit waarmee we in de thuissituatie te maken krijgen. Mijn stelling is: alleen de consultfunctie is onvoldoende. MESO-zorg is een noodzakelijke vervolgstap. De financiering moet oké zijn. Alle partners met wie wij samenwerken lopen financieel leeg op GZSP, dan moeten ze zich beperken in wat ze bieden.”

Is het MESO-concept (te) star?

Bij de start van een MESO-pilotpraktijk worden afspraken gemaakt; de teams worden opgeleid en begeleid in het MESO-concept en de organisatie creëert de juiste, passende randvoorwaarden om daadwerkelijk de gewenste kwaliteit van zorg te kunnen realiseren. Het zorginhoudelijke concept is gebaseerd op beschrijving van 14 kernelementen en een patiëntenreis. De kernelementen weerspiegelen het gedachtengoed van Ester Bertholet, de grondlegger van MESO-zorg. De patiëntenreis is ontwikkeld om MESO-teams houvast te geven in hoe de zorg in de concrete praktijk op te bouwen. Hij is niet bedoeld om als een strak keurslijf te volgen, integendeel. De situatie en behoefte van de oudere aan wie MESO-zorg geboden wordt, bepalen het ritme. De reis past bij de uitgangspunten, maar kent niet één vaste vorm.

We praten over de ervaringen zoals die in de praktijk van de pilots, maar evenzogoed in Velp/Arnhem, spelen.

We brengen in: “De patiëntenreis is ontwikkeld om tegemoet te komen aan een zekere mate van professionele verlegenheid om zelf – mede op basis van de 14 kernelementen – keuzes te maken. In de opleiding tot MESO-team is daar aandacht voor geweest. Het is een handreiking, zet hem naar eigen inzicht in. Wat zien jullie in de praktijk?”

Tim: “We hebben daar volgens mij als project een ontwikkeling in gemaakt. Je ziet dat personeel permanent een bepaalde vrijheid wil. En als je gewend bent heel autonoom te handelen, word je hier geconfronteerd met dat je moet samenwerken en toch een soort van keurslijf hebt. En tegelijkertijd: men vindt het heel spannend om autonoom te zijn. Ik zie zowel professionele verlegenheid als angst om het niet goed te doen. “

Rob vervolgt: “Je zet mensen in een unieke situatie. Je vormt een team van 2 professionals, een SO en een verpleegkundige, die van oudsher getraind en gevormd zijn om vanuit hun eigen expertise te werken binnen een hiërarchisch model. En als je dan zegt, nee je doet het nu samen en gelijkwaardig, dan gaat dat niet vanzelf. Sommigen gaan dat vanzelf wel doen, anderen zeggen ‘vertel me hoe’. Aan de ene kant wil men die autonomie en aan de andere kant stelt men de vraag ‘maar vertel me wat ik moet doen’. Je ziet combinaties die er fluitend mee omgaan en geen woord aan vuil maken. En combinaties die er maar mee bezig blijven. Men leert het in de opleiding natuurlijk ook niet. Je leert wel samenwerken maar gezamenlijk de verantwoordelijk voor een patiëntenreis nemen, dat is nieuw.” Tim vult aan: “Ja en in een heel klein verband. In het ziekenhuis kom je in team met 40 verpleegkundigen, hier moet je het zelf in je duo zien te roeien.”

Mirjam brengt het voorbeeld in dat er onlangs een situatie was waarin twee professionals – SO en huisarts - er samen niet goed uitkwamen. “Het valt me op dat ze het dan prettig vinden dat ik bij een evaluatief gesprek aansluit om dat gesprek in goede banen te leiden.”

Tim herkent dit wel: “Er zit bijvoorbeeld een drempel bij SO’s om

zich een positie te geven naast de huisarts. Die scrupules zie je. En hier zie je de verschillen tussen ons, ik had het de professionals samen laten uitzoeken.”

We spreken over de traditionele hiërarchie binnen de zorg en waarom het belangrijk is om die te doorbreken. Binnen MESO-zorg is een gelijkwaardige samenwerking tussen de teamleden belangrijk.

Tim zegt daarover het volgende: “Als de SO niet naar de verpleegkundige luistert, blijft een belangrijk deel van de patiënt onderbelicht. Breder kijken is minder medicalisering, daar heeft de BV Nederland baat bij.” Rob: “Een deel van de problematiek heeft een niet-medische component en moet dus ook niet medisch opgelost worden.

We bevestigen dat we in de teams zien dat juist die gelijkwaardige samenwerking zo gewaardeerd wordt. Zowel artsen als verpleegkundigen brengen de waarde daarvan in. De projectleiders geven aan dat ze ervaren dat het – meer dan verwacht – begeleiding nodig heeft om dat punt te bereiken. En die aandacht is niet alleen nodig voor de samenwerking binnen het team, maar ook als het gaat om de samenwerking met bijvoorbeeld de huisarts en de apotheker. Je moet daar oog voor hebben en niet aannemen dat dit allemaal maar vanzelf gaat.

Dit brengt ons op het belang van competentieontwikkeling. Als meerdere disciplines moeten samenwerken, wat moeten professionals dan kennen en kunnen om dat goed te laten samengaan? Genoemd worden: professionele autonomie en interdisciplinair samenwerken (niet luisteren naar, maar zelf denken en zelf rol nemen); aanvaarden dat niet ‘gelijk hebben’ het doel is maar ‘in gezamenlijke afweging tot een besluit komen mét handhaving van je professionele deskundigheid/standaard’; kunnen omgaan met het gegeven dat het hoogst haalbare niet altijd mogelijk is en dat second best ook goed en voldoende is; voorbij je eigen trots kunnen handelen; de ander écht als gelijkwaardig kunnen (en willen) zien; in gesprek blijven, ook als het moeilijk is.

MESO-zorg in de regio borgen

We staan stil bij de toekomst van MESO-zorg. “Wat moet erin de regio voor elkaar zijn om MESO te implementeren?”

Mirjam: “In Zoetermeer is het grote voordeel dat er nauwe contacten zijn tussen de huisartsen en de organisaties die SO-capaciteit leveren en praktijkverpleegkundigen die de opleiding post HBO-V geriatric hebben/volgen. We hebben een goede bedding om MESO gedragen vorm te geven. De wijze van samenwerking in Zoetermeer zie ik als een belangrijke steunpilaar.”

Rob geeft aan dat hij het Rotterdamse veld als complexer ervaart. Hij onderkent het belang van brede steun onder de huisartsen. “Huisartsen die de MESO-ervaring nog niet hebben, staan er soms anders in. Die hobbel moet je dan ook nemen. Je zult de infrastructuur van specialisten ouderengeneeskunde en verpleegkundigen met hun eigen netwerken goed op orde moeten hebben om MESO in de breedte tot een succes te maken. En die ruimte moet ons gegund worden.”

Tim: “Wij zijn minder stedelijk dan Zoetermeer en Rotterdam. Wij krijgen bij een uitrol met heel veel huisartsen te maken. Dat los je op als je regionaal bestuurlijk en inhoudelijk commitment hebt. Dat is belangrijk. Als onze grote partijen niet in de kruiwagen zitten, wordt de uitrol een moeilijk exercitie. Onze samenwerkingspartner SZR geeft extra geld uit om de SO-bezetting op sterkte te houden. Dat is een fijne houding. En dat geeft bestuurlijke push voor een uitrol.” Zie je de plattelandsregio qua schaal als een uitdaging?”

Tim: “Zeker, praktijken aan de randen voelen zich meer belast dan ontlast door de regio-bewegingen. Daar gaan we wel tegenaanlopen op enig moment. Het is heel erg belangrijk dat MESO tijd gaat opleveren voor de huisarts. Je moet in de relaties investeren, op zoek naar het gezamenlijke belang.”

Rob: “Dat is een bekend fenomeen, dat pilots erin geloven, die hebben de infrastructuur al, maar de partijen die mee moeten in de

opschaling die hebben dat nog allemaal niet, daar moet je tijd in kunnen stoppen. Om hen de inzichten te bieden om echt de afweging te maken. Op de schaal van Rotterdam kunnen we keuzes maken: waar is de urgentie, de behoefte, de ambitie het grootst. Daar steek je als eerste op in.”

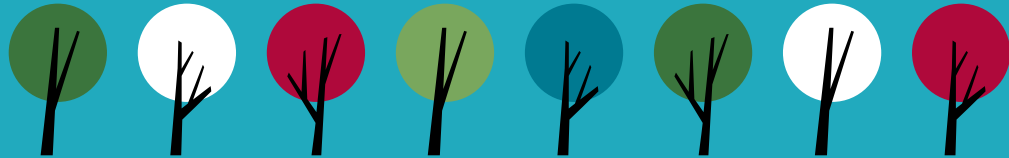
Mirjam: “Ik herken dat wel. De huisartsen in Zoetermeer vonden de komst van praktijkverpleegkundigen maar ook van de SO niet nodig. En nu zouden ze in rep en roer zijn als zij niet meer voor hen beschikbaar zouden zijn. Het bekende fenomeen ‘onbekend maakt onbemind.’”

Dat leidt tot de bespiegeling of meer aanbod altijd verstandig is. Allen zijn van mening dat je daar altijd goed over moet nadenken. Dat er een aanbod moet zijn voor zelfstandig wonende ouderen met een (hoog)complexe zorgvraag en de consultfunctie niet volstaat, is niettemin voor allen evident.

Na een uur ronden we het gesprek af met een laatste vraag. “We hebben veel initiatiefnemers gesproken die graag MESO-zorg verlenen. Denken jullie dat het verstandig is het aantal pilots uit te breiden bij verlenging van het MESO-project?” De projectleiders begrijpen die behoefte en brengen overwegingen in die zinvol zijn om nog even op te herkauwen zoals: “Zorg dat je de geleerde lessen meeneemt; start niet met te kleine teams; denk na over de structuur waarin je dat doet; zorg dat er voldoende financiering is.”



“We faciliteren
zodat dokters en
verpleegkundigen
zich op de zorg
kunnen richten.
Laat dat maar aan
ons over, dat scheelt
een hoop dure tijd”



Lineke de Bruin, secretaresse MESO-team Tiel
17 oktober 2022

Spreken met Lineke de Bruin, secretaresse van het MESO-team in Tiel, is spreken in volle rust. Lineke is overduidelijk een faciliteerder die zich, om het maar eens populair te zeggen ‘de kop niet gek laat maken’. Een secretaresse zoals je ze in de hectiek die (ouderen)zorg graag in je nabijheid hebt: om te zorgen dat er overzicht is en blijft.

Haar ervaringen gedurende haar loopbaan tot nu toe, in verschillende rollen en functies, o.a. in de zorg, haar persoonlijke eigenschappen én haar competenties vormen een mooie mix voor het uitoefenen van deze rol. Een rol die ze in deze pilotfase voor twee dagen per week vervult en dat is – nu de werkwijze met alle toebehoren staat – eigenlijk wat te weinig gelet op haar ambities. “Ik mis soms wat diepgang en als het om doorontwikkeling gaat, ben ik beperkt door de geringe omvang van de functie gedurende de pilotfase”, aldus Lineke.

De spil van de praktijk

In de opschaling van MESO-zorg in Nederland m.b.v. experimentele financiering werken we in drie kleinschalige pilots. In elke pilot zien we dat het tijd en aandacht vraagt om deze innovatieve vorm van zorg op te starten. De teamleden, zowel de SO als de verpleegkundige als de secretaresse, moeten worden opgeleid; een team vormen; ervaring opdoen met een andere manier van werken; ondernemend aan de slag om huisartsen en andere hulpverleners kennis te laten maken met MESO-zorg; kennis delen met de andere (pilot)praktijken in het land en in dit geval ook nog eens van meet af aan onderzoek doen. Onderzoek zowel onder patiënten, mantelzorgers als huisartsen. De secretaresse vervult in al deze processen een spilfunctie. Een goed draaiende MESO-praktijk kan niet zonder een goed secretariaat en dat begint bij het leggen van een goede basis én dat ook vasthouden. En dat is wat Lineke deed en doet. Nu de zorg en het team staan, is er ruimte voor door ontwikkeling. Lineke voelt goed aan dat hier - onbedoeld - de rem op staat. Dat is inherent aan werken in een pilot met onzekerheid over een vervolg. En dat is waar we in het MESO-project ook aandacht voor vragen: “Zorg dat deze waardevolle manier van werken geborgd kan worden.”

Persoonlijke aandacht verdient zichzelf terug

En dus de vraag wat Lineke zo aanspreekt in de MESO-zorg. Ze geeft aan dat ze het een vorm van zorg vindt die echt nodig is, die ze ouderen gunt, omdat het zo'n persoonlijke aandacht is. Zodat er zorg geboden kan worden die echt zinvol is. Als we vervolgens aangeven dat verzekeraars de neiging hebben te denken dat het dure zorg is, of dat er personeelstekorten zijn waardoor het niet haalbaar is om deze vorm van zorg overal te kunnen bieden, is Lineke duidelijk.

“De investeringen verdien je vanzelf terug, omdat je erger voorkomt, er op tijd bij kunt zijn, het ouderen helpt bij de acceptatie, ook als er sprake is van een wachtlijst. MESO kan niet alle leed wegnemen, wel verzachten, inzicht en overzicht en daarmee rust brengen. Ik ken veel schrijnende verhalen, ook in mijn omgeving, waar MESO veel zou kunnen betekenen.”

Terug naar haar specifieke rol, die van secretaresse van het MESO-team. Daarover zegt ze het volgende: “MESO-zorg vraagt om een goede agendaplanning. Die moet gesmeerd lopen, ook als er tussentijdse veranderingen zijn, en die zijn er. Alle teamleden hebben in deze pilotvorm van MESO-zorg ook andere taken, ja dat is iets om rekening mee te houden. Je probeert desondanks alles zo efficiënt mogelijk te plannen. Ik weet als geen ander waar we allemaal rekening mee moeten houden. Ik probeer eenheid van werken te creëren, zorg dat we in goed overleg met elkaar plannen, en zoek naar een handige taakverdeling (wie werkt in welk duo met welke patiënt samen). Het draait allemaal om communicatie en elkaar aanspreken als de dingen anders of beter moeten. Ik heb inmiddels een handige checklist, die volg ik en ondertussen blijf ik nadenken over verbeteringen.”

Een laagdrempelige vraagbaak, ondersteuning en signalering

We staan stil bij de vraag hoe haar rol er nu uitziet t.o.v. de startfase van de pilot. “In het begin moet er natuurlijk veel geregeld worden. Het team moet elkaar leren kennen en op elkaar ingespeeld raken, de systemen moeten op orde komen, iedereen moet de patiëntenreis

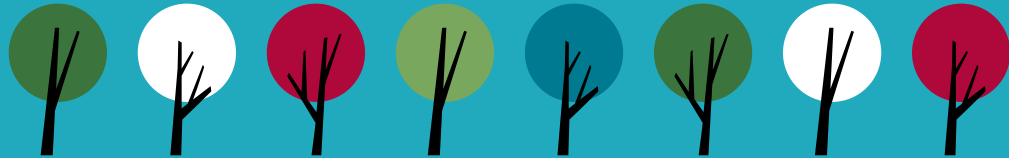
goed kennen (ook om te weten wanneer en waarom je er vanaf kunt wijken), de verwijzers moeten je weten te vinden, je moet weten hoe je rekening kunt houden met ieders eigenheid enz. enz. Als eenmaal de systemen staan, iedereen zich de zorgsoort heeft eigen gemaakt, de lijntjes zijn gelegd, dan gaat het meer en meer vanzelf. Dan ontstaat er tijd om na te denken over verbeteringen en ontwikkelingen. Als secretaresse zie ik veel, maar sla ik natuurlijk niet onmiddellijk op de trom. Je wilt faciliteren, maar niet overnemen. Als secretaresse ben je een laagdrempelige vraagbaak, houd je alles en iedereen een beetje in de gaten en kijk je hoe je kunt ondersteunen of helpen. Als er dingen blijven liggen, pak je het op of zorg je dat een ander dat doet. Je moet er voor mekaar kunnen en willen zijn.”

We vragen aan Lineke hoe zij de rust bewaart en we krijgen geheel in lijn met die rust het volgende lijstje voorgeschoteld, eentje om je vingers bij af te likken. Lineke: “Nou, je weet gewoon wat belangrijk is en wat niet; wat urgent is en wat minder; je zorgt dat je voorbereid bent op wat komen gaat; je weet wie je waarvoor kunt benaderen; je zorgt dat je fysiek aanwezig bent; en je denkt na over hoe je de zaak het beste aan kunt pakken. Je moet zorgen dat je feeling met het soort patiënten en zorgverleners hebt, je hoeft de inhoud van de casus niet te kennen om je werk goed te kunnen doen.”

We leggen Lineke voor dat secretariële ondersteuning in veel vormen van bekostiging niet expliciet is benoemd, maar onderdeel uitmaakt van een tarief voor bijvoorbeeld de dokter of de verpleegkundige. Lineke daarover: “Het belang van goede secretariële ondersteuning zou beter benoemd kunnen worden. Ons vak speelt zich vaak meer op de achtergrond af, we leggen vaak bescheidenheid aan de dag maar zijn zo cruciaal voor goede zorg. We faciliteren zodat dokters en verpleegkundigen zich op de zorg kunnen richten en zij geen dingen hoeven te doen waar ze eigenlijk ook niet voor toegerust zijn. Laat dat maar aan ons over, dat scheelt een hoop dure tijd.”



“Voor een deel
van de ouderen
in een kwetsbare
situatie is het
geven van
een consult aan
de huisarts als
een druppel op
de gloeiende plaat”



Anne Uijtewaal, specialist ouderengeneeskunde
MESO-team Rotterdam - 26 september 2022

Onlangs spraken we uitgebreid met Anne Uijtewaal, een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) met ruime ervaring en verbonden aan het MESO-team in Rotterdam. Anne begon niet blanco aan MESO-zorg, ze kende het verhaal van Ester Bertholet, grondlegger van MESO-zorg, goed. En had in haar rol als opleider in Nijmegen veel specialisten in opleiding geschoold, ook in het belang van werken als SO in de eerste lijn.

Multidisciplinair werken in de eerste lijn vraagt investeren

Toen in Rotterdam na een onbedoeld langere aanloopperiode MESO-zorg dan eindelijk van start kon, twijfelde Anne geen moment. Haar jarenlange ervaring met het vervullen van een SO-consult-functie in de eerste lijn wilde ze maar al te graag kunnen uitbouwen met het kunnen bieden van tijdelijke, multidisciplinaire mede-behandeling op verwijzing van de huisarts.

Anne zegt daarover het volgende: “Voor een deel van de ouderen in een kwetsbare situatie is het geven van een consult aan de huisarts als een druppel op de gloeiende plaat. Als je substantieel wil bijdragen is het nodig om als multidisciplinair team samen te werken. De SO kan dat bij uitstek bewerkstelligen, die brengt die (regie)rol mee uit het verpleeghuis en is daartoe opgeleid.”

Op onze vraag hoe ze terugkijkt op een klein jaar MESO-zorg in Rotterdam, geeft ze aan dat er veel voor nodig is om tot een goed geoliede MESO-praktijk te komen. ‘Je hebt je netwerksamenwerking niet in een handomdraai voor mekaar, zeker niet als je zoals wij met een betrekkelijk klein team – en dus beperkte beschikbaarheid specifiek voor MESO- en vanaf nul moet gaan beginnen.

Je moet als team goed op elkaar ingespeeld raken, je moet de juiste partners in je netwerk vinden en aan je weten te verbinden, met de huisartsen je samenwerking en rolverdeling herijken (ten opzichte van de samenwerking rondom consultatie). Je hebt veel onderling contact

nodig. Multidisciplinair samenwerken is ook een logistiek proces en dat valt verdraaid nog niet mee.’

Anne: “Gelukkig vonden we snel een hele goede psycholoog, dat was een gouden greep. In de buurt hebben we nog niet alle gewenste partijen met de juiste expertise gevonden. De belangrijke disciplines zijn er wel, maar we zijn nog niet echt goed op elkaar, als multidisciplinair team, ingespeeld. Dat moet groeien.”

We horen het vaker in de zorg: “Multidisciplinair werken is belangrijk, dat sorteert het grootste effect”. De praktijk is weerbarstiger, in veel disciplines is monodisciplinair werken (nog) dominant en de huidige condities, denk aan financiering van overleg, afstemming en coördinatie, werken niet bevorderend. Gelukkig wordt dit inmiddels door de overheid gezien en zoekt men naar een oplossing hiervoor. De ervaringen in de MESO-praktijken laten zien dat ook als die condities gunstiger zijn, het tijd kost om als partners in een multidisciplinaire samenwerking rondom de patiënt goed op elkaar ingespeeld te raken. In Velp heeft de opstart van MESO-zorg destijds veel tijd en aandacht gevraagd. De geleerde lessen daaruit hebben we meegenomen in de scholing van de pilotteams. De pilots hebben daar hun voordeel mee kunnen doen, maar we zien ook dat het in elke pilot tijd nodig heeft om de verandering van mono- naar multidisciplinair werken, en alles wat daarvoor nodig is, zelf aan den lijve te onderkennen. Het vraagt ander gedrag en dat blijft een proces leren en reflecteren.

Anne hierover: “Het kost tijd, om als MESO-team goed op sterkte te komen, om met je partners op elkaar ingespeeld te raken. Je kunt niet alles van tevoren goed inschatten. Je ontdekt al werkenderwijs pas of je je weg als SO in de eerste lijn kunt vinden, of het lukt om steeds als SO- en verpleegkundig duo de goede match te vinden en je echt gelijkwaardig aan elkaar te voelen, of je met elkaar wel de goede, noodzakelijke competenties te pakken hebt. Als SO moet je met de dynamiek van de eerste lijn om kunnen gaan, je regierol op een

andere manier weten in te vullen, als verpleegkundige moet je in de behandel fase echt je coördinatierol willen en kunnen pakken. Als je pech hebt met personeelwisselingen, dan moet je weer opnieuw beginnen. Je moet zelf ervaring opdoen om te weten wat er echt nodig is.”

MESO-zorg versus SO-consultatie

In onze gesprekken met beleidsmakers en verzekeraars wordt vaak de vraag gesteld of MESO-zorg nou echt wel nodig is, er is immers de mogelijkheid om via de functionaliteit ‘SO-consultatie’ de huisarts bij te staan. Anne heeft als SO met beide vormen van ouderenzorg inmiddels ervaring. We vragen haar hoe zij de toegevoegde waarde van MESO-zorg - in een Stepped Care model - ziet.

Anne: “Natuurlijk is de SO-consultfunctie in een heleboel situaties voldoende, zeker als de huisartsenpraktijk goed functioneert op het gebied van de problematiek van de ouder wordende mens. Als de huisarts voldoende kennis en feeling heeft, als er een POHO- of praktijkverpleegkundige ouderen aan de praktijk verbonden is, dan kom je vaak een heel eind. Dan kun je, bij een enkelvoudige vraag, prima een consult doen en de opvolging bij de POHO-er leggen. Bij de MESO-populatie is dat onvoldoende, op meerdere domeinen doen zich problemen voor en hoe meer domeinen of hoe complexer het probleem hoe belangrijker het is om er een multidisciplinair team op te zetten.

Bijvoorbeeld wanneer iemand is gevallen, een nachtje in het ziekenhuis verbleef en zonder breuk weer thuis is, dan kun je prima uit de voeten met een eenmalig consult: ‘ergo en fysio inzetten en de POHO-er aangeven dat als het over vier weken niet zo en zo loopt, trek dan aan de bel’. Maar zodra daar meerdere problemen liggen, dan is de MESO-aanpak echt van toegevoegde waarde. Zeker voor de oudere: dat je eerst goed kijkt wat er allemaal speelt, wat al gedaan is en dan met oudere kijken naar wat belangrijk is. Vervolgens moet je aan de slag kunnen met het netwerk, dat de juiste mensen betrokken zijn en het multidisciplinair samenwerken te pakken krijgen. Dat alles

samen levert écht kwaliteit van leven op. Of dat ook in álle gevallen kan bijdragen aan ‘langer thuis wonen’, weet ik niet. Thuis wonen kent zo veel factoren, dat is echt moeilijker te zeggen”.

De rails leggen voor medebehandeling in de eerste lijn

Toch nog even terug naar de vraag wat je redelijkerwijs aan aanloop-tijd nodig hebt om als SO je rol in de eerste lijn goed vorm te geven. Anne: “MESO-zorg, tijdelijke multidisciplinaire medebehandeling in de eerste lijn, is een nieuwe manier van werken. Als je mij in een verpleeghuis aan het werk zet, dan liggen de structuren en de rails er. Ik werk als ZZP-er en voeg in elke situatie geruisloos in. Hier is nog niets, er liggen geen rails, er zijn geen gebaande paden. Het is pionieren en dat kost nu eenmaal meer tijd. Je moet zoeken: trial en error. Soms is er iemand die logischerwijs in aanmerking komt voor de samenwerking, maar dan blijkt: het past niet of het lukt toch niet. Dan zoek je iemand anders. Omdat het geen gelopen race is, kost het meer tijd. Het heeft Ester Bertholet ook vast de nodige tijd gekost.”

En dat laatste is zeker zo, ook Ester heeft veel tijd en aandacht geïnvesteerd en dat heeft zich terugbetaald: in korte lijnen, in een uitgebreid in te schakelen netwerk van zorg- en (vrijwillige) hulpverleners, in een hoger kennisniveau in de wijk, in een hogere kwaliteit van leven, in een grotere mate van tevredenheid onder mantelzorgers en zorg/hulpverleners en minder zorgkosten als gevolg van een afname van crises (preventie), minder ‘ziekenhuiszorg en een uitstel van verpleeghuisopname. En de praktijk laat zien: je moet in die samenwerkingen kunnen blijven investeren. Het landschap verandert continu, en een nieuwe manier van werken is niet zo maar ingebed. Dat investeren houd je niet vol alleen op basis van liefdewerk oud papier, zeker niet als de capaciteit, zoals nu, beperkt is, de werkdruk hoog is en de autonomie van de professional groter zou moeten kunnen zijn.

Helpende factoren zijn: een vast moment in de week voor MDO-overleg in de lokale samenwerking te vinden; in een MDO de rust en tijd te vinden om van en aan elkaar te leren, elkaar te waarderen, elkaar te stimuleren tot het nemen van initiatief; te onderkennen dat multidisciplinair werken niet het vanzelfsprekende habitat is en te zorgen dat er iemand, het MESO-team in dit geval, een voortrekkersrol oppakt en de regie kan nemen.

Hoe ziet de voortrekkersrol er in Ommoord (Rotterdam) uit? Anne: “Er is in Ommoord een levensgroot samenwerkingsverband, maar dat is (nog) vooral gericht op welzijn. In dat samenwerkingsverband is behoefte om laagdrempelig met een dokter te kunnen samenwerken. Dat kunnen we uitbouwen en wie weet kan de ‘Handreiking kwetsbare ouderen thuis’ daar wel behulpzaam bij zijn. De huisartsen onderschrijven een ‘Stepped Care model’, het werkt in de praktijk. Huisartsen zien dat het loont om een POHO/praktijkverpleegkundige aan te nemen als je in je praktijk veel ouderen hebt. SO-consultatie en MESO-zorg zijn in hun ogen goede, belangrijke opvolgers. De POH-O en de huisarts wegen af of er een SO ingeschakeld moet worden, de SO beoordeelt of een consult voldoende is of dat MESO-zorg beter past. Bijvoorbeeld: we zien vaak wat we noemen ‘somatisatie’ optreden. De patiënt doet veelvuldig appèl op familie en/of de huisarts. De huisarts kijkt steeds opnieuw en maakt zich zorgen of er toch niet iets over het hoofd gezien wordt. Problemen doen zich op verschillende domeinen voor en als MESO-arts doorspitten we het dossier, zetten samen met de MESO-verpleegkundige alles een keer goed op een rij. We zien dan een patroon, iets waar men soms al het hele leven lang omheen loopt. Dat is niet één, twee, drie oplosbaar maar het inzicht kan wel bijdragen aan begrip en rust brengen. Soms leidt dat daadwerkelijk nog tot aanpassing van gedrag en kwaliteit van leven, maar zeker niet altijd. Inzicht en overzicht brengen dan rust, bij de huisarts, bij de naasten. Zij krijgen handvatten mee hoe hier mee om te (kunnen) gaan en dat levert veel op. Indirect profiteert de patiënt ook van de rust die er in het systeem komt. Soms lukt het niet,

bijvoorbeeld als de mantelzorger de somatisatie niet herkent, dan wordt het nog een tandje ingewikkelder.”

EEN VOORBEELD UIT ANNE'S PRAKTIJK

Een mevrouw, 88 jaar, kwam geregeld bij de huisarts met rugklachten. De huisarts vroeg in zijn verwijsvraag: “ Herhaaldelijk rugklachten, komt niets uit (herhaaldelijk) onderzoek, en blijft maar terugkomen”. De mevrouw wil snappen hoe het kan dat zij rugklachten heeft terwijl er niets gevonden wordt. Het betreft hier een fitte, welsprekende dame. Ze doet haar hele verhaal en ik luister. Ik had haar dossier al doorgenomen en stelde mij de hamvraag: “Wat is hier gaande?” We hadden een goed gesprek en bij de volgende afspraak vraag ik wat specifiek naar haar levensgeschiedenis. Ik zag dat ze voortdurend aan het bewegen was, ze oogde voortdurend gespannen en ik benoemde dat. Dat had ze zo niet eerder meegemaakt. In het uitslaggesprek heb ik het beeld ALK* uitgelegd en informatie meegegeven hoe dat werkt. En ze zegt ‘Dat dacht ik al wel, na ons vorige gesprek waren de klachten even veel minder.’. Ik heb haar uit kunnen leggen dat gesprekken, een gesprek zoals wij hadden, kunnen helpen. Dat daar therapeuten voor zijn. Mevrouw heeft aangegeven ermee aan de slag te willen. Het is zo fijn om dit soort resultaten te kunnen behalen.

Lange adem

Anne geeft aan dat ze ziet dat niet alleen zij, maar ook wij in onze rol als projectleiders een lange adem nodig hebben. “Het voelt alsof we ieder in onze rol, tegen de stroom in moeten roeien. Toch moeten we volhouden en zorgen dat er structurele financiering voor deze vorm van zorg voor de meest kwetsbare ouderen komt. En ondertussen moeten we elkaar continu blijven scholen, zoals we dat binnen het MESO-project nu regelmatig kunnen doen. Daar moeten ook middelen voor blijven.”

*ALK: Aanhoudende lichamelijke klachten



“Het is belangrijk te weten
wat er eerder al geprobeerd is.
Je wilt geen werk dubbel doen
en je wilt weten waar dingen
eerder al op zijn stukgelopen”

Ilse Ouwkerk, verpleegkundige MESO-team
Velp/Arnhem - 14 november 2022

Maandag 14 november 2022 spreken we Ilse Ouwerkerk, geriatrie verpleegkundige in de Praktijk Ouderengeneeskunde in Velp/Arnhem. Ilse maakt deel uit van een team bestaande uit twee specialisten ouderengeneeskunde, een internist-ouderengeneeskunde, twee collega verpleegkundige en drie secretaresses. MESO-zorg vindt haar oorsprong in Velp, de praktijk breidde uit naar Arnhem en inmiddels zijn er sinds de oprichting in 2011 al ruim 1700 ouderen en hun naasten door het MESO-team geholpen.

Om een goed beeld te krijgen van de benodigde competenties van – in dit geval – de verpleegkundigen in het MESO-team spreken we verschillende verpleegkundigen, zowel uit de drie pilotteams als uit Velp/Arnhem.

Ilse geeft aan dat ze een belangrijke rol vervult in het verkrijgen van een zo volledig mogelijk beeld van de oudere en zijn/haar netwerk. In de gesprekken met de ouderen blijkt vaak, dat artsen, zeker in het ziekenhuis, weinig tot niet met elkaar overleggen, met nadelige gevolgen voor de ouderen. En ja dan gaat het wel eens fout. “Het is belangrijk te weten wat er eerder al geprobeerd is. Je wilt geen werk dubbel doen en je wilt weten waar dingen eerder al op zijn stukgelopen.”

De juiste kennis en kunde

We stellen Ilse de vraag wat in haar ogen de noodzakelijke c.q. de gewenste competenties voor een MESO-verpleegkundige zijn. Ilse vertelt dat ze in de praktijk ziet, dat je met verschillende vooropleidingen een goede MESO-verpleegkundige kunt zijn. Op dit moment zijn er in de praktijk drie verpleegkundigen die van origine hun carrière als een MBO-verpleegkundige zijn gestart en via werkervaring en aanvullende opleiding zoals de opleiding geriatrie verpleegkundige nu een goede MESO-verpleegkundige zijn. Ilse: “Affiniteit met ouderen is een must, buiten de lijntjes durven kleuren en creatieve oplossingen zoeken idem dito. Je moet bereid zijn de patiënt te volgen. Bijvoorbeeld als een patiënt niet gelijk openstaat

voor betrokkenheid van een casemanager dat je zelf wat vaker langs gaat. Dat je je taalgebruik aanpast, dat je een woord als dementie niet gebruikt als het de patiënt teveel verwart of verontrust en dat je je best doet om de patiënt op een andere manier inzicht te geven.”

We horen en zien dat vaker in de MESO-praktijken. Je volledig verplaatsen in de patiënt, een benaderingswijze kiezen waarbij je complexe medische problemen voor de patiënt en mantelzorger op een begrijpelijke – en te verdragen – wijze in kaart brengt, is niet iets dat je meteen volledig beheerst. Door ‘af te kijken’ bij collega’s ontwikkel je daar zelf meer en meer handigheid in.

Ilse: “Je moet soms echt zorgen voor een zachte landing, je wilt graag in verbinding blijven. Een diagnose ‘dementie’ kan zo hard binnenkomen dat de patiënt zich afwendt en dan ben je vaak verder van huis.“

Ilse legt uit dat wat ze in het contact precies doet, niet altijd goed te omschrijven is. Ze doet ook wel veel op gevoel. Haar ervaring met ouderen in de verpleeghuiszorg vormt een goede basis. Maar zegt ze: “Je moet ook stil kunnen zijn, goed kijken en niet meteen een oplossing of oordeel hebben. Ja, ik loop echt wel eens uit in een huisbezoek. Het is van waarde om mensen hun verhaal te kunnen laten doen, er zitten soms hele belangrijke dingen in die verhalen. Daar heb je ook een zekere innerlijke rust voor nodig.”

We spreken ook over het belang van teamwork: écht samenwerken en er voor elkaar zijn. Je komt in het werk geregeld schrijnende situaties tegen en dat moet je met elkaar op kunnen vangen. “Er zijn situaties die je meer dan gemiddeld kunnen raken en soms kom je daar pas achter als het eenmaal gebeurt. Dat mag er zijn, maar dan is het belangrijk dat je met je gevoelens ergens terecht kunt. Dat bespreekbaar (kunnen) maken is heel belangrijk. Je moet goed kunnen reflecteren en stilstaan bij vragen als: was dit te voorkomen geweest, hadden wij meer of anders kunnen doen?”

We staan stil bij het verschil tussen het werk van een verpleegkundige in het verpleeghuis en binnen MESO-zorg in de 1^e lijn. Ilse daarover: “De functie is heel anders. In het verpleeghuis kon ik 24/7 op de hoogte zijn als ik dat wilde. Je kunt dan altijd in het dossier kijken, ook vanuit huis. Hier zijn daar beperkingen in. Ik kan niet in Medicom (het huisartsdossier), dan ben je afhankelijk van de MESO-SO. Ook vraag je anderen in het netwerk om dingen te doen, dan kun je niet even in het dossier kijken wat er gebeurt, dus je moet ook loslaten. In het verpleeghuis had ik minder de regie, dat lag meer bij de SO. Als ik in MESO-zorg anderen vraag een bijdrage te leveren, dan weet ik dat ze aan de slag gaan en breder kijken. Ze starten met een huisbezoek en kijken goed wat wel/niet kan. Dat moet ook wel. In het verpleeghuis zijn de zaken geregeld zoals ze geregeld zijn en daar gaat iedereen vaak in mee. Er is minder aandacht voor de mantelzorger en ook dat kan bij thuiswonende ouderen niet. Ik moet veel meer durven en kunnen loslaten. Gelukkig bouw je wel een band op met partners in het netwerk. Dat zie je in de MDO’s. Men gaat ook vaker tussendoor terugkoppelen hoe de behandeling loopt en zo doe je het steeds meer en beter samen. En dat moet ook want nu zie ik niet elke dag de patiënt met bijvoorbeeld z’n zere billen terwijl je wel moet zorgen dat het niet uit de hand loopt. Dat betekent wel dat je de zaak goed moet coördineren, dat je duidelijk moet zijn. Je mag het niet op zijn beloop laten, je mag niet zomaar te veel van de andere kant verwachten en jij moet het initiatief nemen om de kennis te krijgen die jij wilt. Je moet het overzicht hebben en houden. Als je chaotisch van aard bent lijkt me dat heel lastig.”

Gelijkwaardige samenwerking

Een ander verschil dat Ilse inbrengt, is de wijze waarop je als verpleegkundige en SO samenwerkt. Het grote verschil binnen MESO t.o.v. andere settingen vindt zij de gelijkwaardigheid van werken tussen de arts en de verpleegkundige. “Je werkt natuurlijk onder verantwoordelijkheid van de SO, maar de manier van samenwerken heeft geen hiërarchisch karakter. Je overlegt, brengt allebei je vakkennis in en kijkt samen wat de beste aanpak kan zijn, niet alleen

vanuit puur medisch oogpunt maar ook sociaal. Ook kijk je wie wat het beste kan doen bijvoorbeeld in het contact, met bijv. de huisartsenpraktijk. Ik ben allergisch voor hiërarchie, dan werk ik onder spanning en ben ik eerder bang om gekke dingen te zeggen of fouten te maken. Nu kan ik mijn eigen vakkennis inbrengen, voel ik me vrij, kan ik vragen stellen en nemen we samen - denk ik - ook een beter besluit. Je moet gewoon goed weten waar je goed in bent, waar je competenties liggen. Door de samenwerking leer je van elkaar en kun je ook samen afwegen of er dingen zijn die je op kunt pakken. Bijvoorbeeld: ik kan prima medicatie evalueren, maar dan vraag ik ook altijd waar ik op moet doorvragen. We sparren nu wel eens over de MOCA-test. We vinden dat de eerste MOCA door de SO moet gebeuren. Maar misschien kunnen we wel een hertest gaan doen. Dan moeten we kijken of dat kan.”

Een aspect van MESO-zorg dat we nu maar ook in andere gesprekken terughoren is het belang van het kunnen toepassen van een op maat van de patiënt gesneden gesprekstechniek. Elementen die daar in terugkomen hebben betrekking op het taalgebruik en de woordkeus: eerlijk zijn maar als het nodig is wel verzachtende woorden kiezen; herhalen wat er gezegd is en dezelfde boodschap op een andere manier brengen als het begrip er (nog) niet is; meebewegen en toch de informatie verstrekken; kunnen samenvatten; na een onderbreking de draad weer op kunnen pakken. Het gaat hier om een vorm van ‘situationeel kunnen communiceren’. En ook daarin kunnen de SO, de verpleegkundige en het secretariaat veel van elkaar leren.

Het belang van kennis van het lokale netwerk is belangrijk. Het gaat dan niet om een technisch overzicht van de sociale kaart, maar het gaat om echte relaties, mensen die je kent, zowel voor wat ze vakmatig maar ook qua persoonlijkheid voor ouderen kunnen betekenen. Zodat je een zo goed mogelijke match kunt maken. Je moet een echte netwerker zijn. Je moet erop af durven en kunnen gaan. Dat is niet voor iedereen vanzelfsprekend weggelegd, maar je kunt het zeker leren.

Op de vraag aan Ilse of ze een netwerker is, geeft ze aan: “Ik kan daar nog wel in groeien. Ik ben niet zo erg extravert, ik stap niet op Jan en allemaal af. Dan is het fijn om samen te doen. Maar het is wel belangrijk en ik moet er tijd voor maken. Van Ester (Bertholet) kregen we allemaal een cadeaubon om mensen uit ons netwerk uit te nodigen om een kop koffie te drinken. Ik wil dat in de wijk Malburgen inzetten, die ken ik nog minder goed. In Velp loopt het al wel, dan is het ook een valkuil om daar je aandacht op te laten verslappen.” Een mooi voornemen!

Jantien Altena (geriater, Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet Velp/Arnhem) koos ervoor om als geriater in de 1^e lijn te gaan werken en MESO-zorg te bieden:

“Ik gun iedere kwetsbare oudere MESO-zorg. Het geeft duidelijkheid en rust. En vaak is er nog zoveel winst te behalen, ook als ze 87 zijn...”



“MESO heeft een kop en een staart dat als je knap genoeg bent om aan de kop te beginnen, moet je ook knap genoeg zijn om te kunnen stoppen”

Wanda Roumimper, verpleegkundige MESO-team
Zoetermeer - 9 november 2022

Wanda Roumimper is als we haar spreken ruim een jaar betrokken bij het MESO-team Seghwaert in Zoetermeer, daarnaast is zij als praktijkverpleegkundige ouderenzorg verbonden aan één van huisartsenpraktijken elders in Zoetermeer.

Voor Wanda zijn dit twee functies die in elkaars verlengde liggen, anders van karakter zijn en elkaar op positieve wijze beïnvloeden. Wanda is een ervaren geriatrie verpleegkundige en heeft haar hart aan ouderen verpand. Ze is graag voor hen van betekenis en geniet ervan als ze haar ondersteunende rol waar kan maken. En dat kan ze, zoveel is zeker.

Wanda is duidelijk in haar uitlatingen, ze windt er geen doekjes om, heeft goed voor ogen wat belangrijk is en wat de dingen zijn die verbeterd zouden kunnen worden. Kortom, goed om met haar in gesprek te zijn over de alledaagse praktijk van een MESO-verpleegkundige.

Afstemming en coördinatie

In deze pilotfase is Wanda voor 12 uur per week werkzaam in het MESO-team en dat doet ze met plezier. Op de vraag wat het werk van een MESO verpleegkundige onderscheidt van haar eerdere ervaringen als verpleegkundige, bijvoorbeeld op de spoedeisende hulp of in haar andere rol als praktijkverpleegkundige, zegt Wanda het volgende: "Een belangrijk deel van mijn tijd gaat zitten in het leggen van contact met alle betrokkenen die een rol spelen in de uitvoering van het zorgbehandelplan. Dat is belangrijk werk om te doen, omdat juist in die afstemming en coördinatie van zorg de kwaliteit van de zorg tot stand komt. Het liefst heb je alle betrokken zorgverleners tegelijkertijd in een MDO om tafel, maar dat lukt helaas niet altijd even goed. Veel collega-zorgverleners hebben te maken met agenda's die steeds sneller volraken, of hebben te maken met uitval van collega's waardoor er erg geschoven moet worden met afspraken. En dat betekent: veel nabellen en veel extra bilateraal overleg om toch te zorgen dat iedereen juist die bijdrage levert die belangrijk is. De secretaresse vervult een belangrijke ondersteunende rol in het

plannen van het MDO, maar mijn kennis van de patiënt en de mantelzorger is cruciaal om het belang van dit overleg ook voor het voetlicht te brengen."

Wanda geeft aan dat haar blik erg somatisch gericht was en nog steeds is overigens. Het sociaal maatschappelijk domein in de vingers krijgen heeft ze erbij moeten leren toen ze vanuit de 2^e naar de 1^e lijn kwam. Ze is blij met haar geriatrische kennis en kunde, de toevoeging van het sociaal/ maatschappelijke is een verrijking. "Kennis van de cascade breakdowns en geriatrische reuzen helpt me enorm in de 1^e lijn. Daar komt ook nog eens bij dat ik in de samenwerking met de SO enorm veel bijleer. Mijn klinische blik is belangrijk. Het geeft mij vertrouwen zodat ik voldoende ruimte voel om al mijn zintuigen hun werk te laten doen bijvoorbeeld tijdens een eerste huisbezoek. Wat zie ik, wat hoor ik, wat ruik ik, wat voel ik, wat proef ik. Als ik de oudere echt zie in de omgeving waar hij of zij zich thuis voelt, dan kan ik me een voorstelling maken van welke (verborgen) hulpvragen er zijn.

Vervolgens ga ik aan de slag om samen met de SO een goed passend zorgplan te maken en (na goedkeuring van de oudere) bij dit zorgplan de hulpverleners te zoeken die het meest passend zijn voor de oudere. Een verrijking is het om met al deze hulpverleners in een multidisciplinair overleg te zitten waar men elkaar aanvult en iedereen zijn bijdrage levert, zijn vragen stelt, elkaar leert kennen en met elkaar ook na dit MDO laagdrempelig contact kan hebben. En dat alles met de doelstellingen van de patiënt als uitgangspunt. Maar dan is het wel van belang dat men daadwerkelijk aanwezig is bij het MDO, digitaal of live."

En juist daar zit een vervelende angel in haar werk. Wanda is in alles een 'doener', ze wil regelen, oplossen, aan de slag. Wachten en geduldig zijn zit niet zo in haar aard en dan is het, zoals ze zelf zegt: "Best lastig als je op de ander moet wachten of de ander op jou moet wachten, want mijn beschikbaarheid voor MESO is twaalf uur per week. Het is frustrerend als organisatorische zaken veel tijd vergen."

Dat het plannen, organiseren en afstemmen zoveel tijd vergt, valt haar tegen. Aan de andere kant staan er veel positieve dingen tegenover. Dat je echt passende zorg kunt bieden. Van en met elkaar kunt leren. Er samen voor staat.

“MESO vind ik een mooi concept, ik ben in de trein gestapt en ik vind het heerlijk om met oudere mensen bezig te zijn.”

Tijdige inzet, op maat

Wanda heeft eerder ook op de Spoed Eisende Hulp (SEH) gewerkt. We vragen naar haar oordeel over MESO-zorg in het voorkomen van acute problemen, van crises en een toeloop naar de SEH.

“MESO draagt daar zeker aan bij, door het uitgebreide onderzoek wat we doen bij de patiënt (dossieronderzoek, lichamelijk onderzoek, medicatiereview, anamnese) hebben we de patiënt goed in kaart waardoor we tijdig kunnen schakelen als er iets mis dreigt te gaan. De korte lijnen die we hebben met de betrokken zorgverleners maken dat de juiste zorg snel op de juiste plek kan zijn. Van belang is wel dat de zorgverleners dan ook beschikbaar zijn. Binnen Zoetermeer zijn er ongeveer 43 thuiszorgorganisaties dus als de een geen plek heeft kan het bij de ander soms wel. Echter, bij MESO willen we graag “op maat” inschakelen. Pas dan spreken we van goede MESO-zorg leveren. En dat lukt niet altijd even goed, omdat er veel verloop is in de zorg.”

Deze frustratie horen we vaker, te veel organisaties op de vierkante kilometer, te veel wisselingen, te weinig vaste gezichten. Het werk niet efficiënt, de kwaliteit van zorg is lager en de patiënt staat niet centraal. “Natuurlijk kun je versimpelen, als je met een vaste groep in een wijk kunt werken. Dan ken je elkaar, dan zijn en blijven de lijnen kort, dan kom je samen een vast moment in de week voor MDO-overleg overeen, dan kun je samenwerken. Het MESO-team zou meer body moeten krijgen, de arbeidsomvang is in deze pilotfase eigenlijk te gering.”

Terug naar het MESO-zorgconcept. Wanda geeft aan dat het contact met en het ontlasten van de mantelzorg een belangrijk aspect van de zorg is. “Het is belangrijk dat ze snappen wat er aan de hand is en hoe het ziekteproces zich kan gaan ontwikkelen. Veel mantelzorgers zijn overbelast en dat drukt extra zwaar bij het ontbreken van onvoldoende casemanagement in de regio. Heel vaak moeten we de diagnose dementie stellen en dan is het o zo belangrijk dat de mantelzorg overeind blijft. Als die snapt wat er aan de hand is, als die de juiste, passende begeleiding krijgt dan helpt dat de patiënt ook enorm. Als iedereen weet wat hem te doen staat, de fysio die focust op spierversterking en valpreventie, de diëtist die het voorkomen van ondervoeding ondersteunt, de ergo die even meedenkt in het vergemakkelijken van het gebruik van allerlei praktische zaken. Je moet juist die groep bij elkaar houden, die moet weten wat er speelt. Dat voorkomt dat de mantelzorg gaat shoppen of naar alternatieven gaat zoeken, bijv. in het geval dat de zorg op zich laat wachten. Dat is begrijpelijk, maar dan is het alleen maar moeilijker alle neuzen dezelfde kant op te krijgen en te houden.”

Optimale rolverdeling en samenwerking

We spreken over de vraag hoe de MESO-geriatrieverpleegkundige, de praktijkverpleegkundige en de casemanager in hun rol en taken verschillen. Wanda is van mening dat er deels overlap in de rollen en taken zit. De geriatrieverpleegkundige heeft wellicht meer specifieke medische kennis en is sterk in klinisch redeneren. Zij vervult zelf twee van de drie rollen, maar het is denkbaar dat andere praktijkverpleegkundigen over andere specifieke kennis en kunde beschikken. Datzelfde kan ook zijn in het geval van de casemanager. In het proces doet MESO veel en grondig voorwerk zodat de casemanager de regie over kan nemen op het moment dat MESO uitstapt.

Wanda: “We zijn nu gestart met een casemanager die specifiek met het MESO-team zal gaan samenwerken. Dat is heel erg fijn. We zijn al heel lang bezig met een echtpaar waarin de één dementie heeft en beiden moeite hebben met al het regelwerk. Er moeten wijzigingen

plaatsvinden in alle zorgvergoedingen en de begeleiding van dat (financiële) proces en tegelijk de begeleiding van het echtpaar komt nu in handen van de casemanager. Het is fijn dat iemand daar nu ruimte voor heeft en wij dat goed kunnen overdragen.”

Als sommige rollen dicht bij elkaar liggen, zou je het dan ook anders in kunnen vullen?

“Ja, de diagnostische fase van MESO-zorg is ontzettend belangrijk en aanvullend aan de reguliere zorg. Het hele behandelproces van MESO daaropvolgend zou de praktijkverpleegkundige hier in de praktijk ook prima kunnen doen met de begeleiding van de SO op de achtergrond. Je kunt dan als praktijkverpleegkundige de patiënt af en toe checken en op tijd zaken gladstrijken, bijvoorbeeld na personeelwisselingen.”

Wanda vervult beide rollen, die van MESO-verpleegkundige in samenwerking met de SO en als praktijkverpleegkundige in samenwerking met de huisarts. We vragen haar naar eventuele verschillen en overeenkomsten. Wanda: “Ja, er is zeker een verschil. In de Huisartsenpraktijk moet ik meer leiderschap tonen, de huisarts leunt vaak op mij en dat geeft vertrouwen. In de samenwerking met de SO sparren we veel meer, de SO kijkt soms echt anders naar de dingen dan de huisarts, tegelijk worden mijn inzichten meegewogen net als bij de huisarts. In het contact met de SO leer ik veel en gelukkig is dat andersom ook voor de SO. Dat mijn kennisniveau toeneemt heeft een positief effect op de samenwerking met de huisarts. Dat samenwerken met een SO vraagt overigens wel geduld, vanwege onze beperkte arbeidsomvang zien we elkaar niet zo vaak. Je moet ook over een zekere mate van overredingskracht beschikken. Samenwerken en sparren is geven en nemen maar soms moet ik van goeden huize komen om de SO te kunnen overtuigen.”

Een kop en een staart

Op de vraag of ze een voorbeeldsituatie kan noemen waar haar overredingskracht nodig was, komen we op een interessant thema

terecht. Namelijk: “Hoe bepaal je het moment van afronden van MESO-zorg?”

Wanda geeft het volgende voorbeeld. “We hadden een patiënt al bijna één jaar in beeld. Het was een zeer ingewikkelde casus. De betrokken SO wilde door blijven gaan. Ik was van mening dat je op een gegeven moment ook moet kunnen zeggen dat het voor MESO klaar is. Als je maximaal medicatie hebt ingesteld, dan kun je wel weer wat proberen maar dan schiet MESO haar doel voorbij. Iedereen binnen deze casus was op de juiste weg. De patiënt was goed in beeld bij de neuroloog, de Verpleegkundig Specialist was betrokken en dan moet je ook loslaten en erop vertrouwen dat zij het ook oké oppakken. Zoiets is ook het leerproces met elkaar: wanneer is het goed, wanneer is het voldoende. Als praktijkverpleegkundige heb ik patiënten die ik al 3 jaar volg, dat stopt gewoon niet. Die zullen blijven. Met MESO-zorg start je, maar die bouw je op enig moment, als de zaak goed op de rit staat, ook weer af.

Ik merk wel dat je altijd vanuit je eigen visie denkt, zoals een “moeder die het beste weet wat haar kinderen nodig hebben”. Als verpleegkundige heb je die neiging ook, dat juist jij degene bent die het beste de zorg voor haar rekening kan nemen. Je patiënten worden ook een beetje eigen. En dan dreigt het gevaar dat jij denkt het best te weten. Het is een fijn gevoel als die patiënt dat ook waardeert en zegt ‘fijn dat je er bent’. Ik vind het goed om te beseffen dat MESO gewoon zorg is die we leveren, net zoals andere mensen die zorg leveren. Maar MESO heeft een kop en een staart. En ik vind dat als je knap genoeg bent om aan de kop te beginnen, moet je ook knap genoeg zijn om aan de staart te beginnen. En dan moet je dus kunnen stoppen.”

Tenslotte stippen we het belang van preventie aan. Wat Wanda betreft gaat het erom dat je de ouderen in beeld hebt. “Heb je als huisartsenpraktijk contact met je patiënten, zeker als ze boven de 75 jaar zijn? Ken je de patiënt, bouw je een vertrouwensband op zodat ze je tijdig

inschakelen? Zorg dat je als praktijkverpleegkundige thuis mag komen, dat kan een kort bezoekje zijn maar je ziet zoveel. Je gebruikt je ogen, je oren, je neus en je tastzin. Alles geeft je zoveel informatie. Dan krijg je een onderbuikgevoel: ‘er is iets, maar ik weet het niet goed’, dan probeer je nog eens terug te mogen komen. Mensen hebben eigen regie, maar sommige weten niet goed hoe ze die kunnen pakken en wat er nodig is. Als je mensen in beeld hebt, kun je kijken naar qua wat preventie kan/nodig is.”

Op de afsluitende vraag hoe Wanda’s toekomst in de zorg eruitziet, laat ze de haar kenmerkende lach zien. “Het enige dat ik daarover weet, is dat ik mijn hart aan de ouderenzorg verpand heb. MESO-zorg is mooie zorg, het heeft veel toegevoegde waarde. Dat de specialistische kennis in de eerste lijn aanwezig is, is belangrijk.” De ouderenzorg is volop in ontwikkeling en Wanda laat zich graag verrassen.



“Het is zo mooi,
dat je bij de mensen
thuiskomt en de
mensen ondersteunt
om zo lang mogelijk
thuis te kunnen wonen”

Rosemijn Ravesloot, specialist ouderengeneeskunde
MESO-team Velp/Arnhem
Jeanette de Bats, verpleegkundige MESO-team
Velp/Arnhem - 23 juni 2022

Op 23 juni 2023 spreken we met Jeanette de Bats, geriatrie verpleegkundige en Rosemijn Ravesloot, specialist ouderengeneeskunde, beiden werkzaam in de praktijk van Ester Bertholet in Velp en Arnhem.

Een heerlijk gesprek waarin beiden niet kunnen wachten om de toegevoegde waarde van MESO-zorg voor het voetlicht te brengen: met humor en energie.

Rosemijn: “Ik las een bericht in Medisch Contact met daarin de oproep onderzoek te doen naar de gevolgen van het ‘Langer thuis’-beleid. Ik kan ze vertellen: MESO-zorg heeft toegevoegde waarde om langer thuis te wonen. Ik heb gewerkt in het verpleeghuis en weet je, daar is het gezellig, maar als puntje bij paaltje komt wil je liever thuis wonen.”

Om dan maar meteen door te pakken stellen we de vraag hoe zij naar het vraagstuk van schaarste kijkt. Rosemijn: “Ja, dat is best ingewikkeld. Er zijn uiteindelijk natuurlijk mensen die gewoon naar het verpleeghuis gaan en daar moet je dan ook genoeg poppetjes hebben, genoeg mankracht. Dus dat moet je wel goed verdelen. Jammer dat de ouderenzorg niet als sexy wordt gezien. Er wordt ook wel steeds nadruk op gelegd door te zeggen ‘ouderenzorg is niet saai’, dat moet je dus niet zo zeggen. Voor mij klinkt dat niet uitnodigend. Ik zou ook niet naar een feestje willen, waarbij ze zeggen dat het er niet ongezellig is.”

Mensen met een verhaal

Dat brengt ons bij de vraag waarom Rosemijn voor de ouderenzorg koos. Ze lacht: “In mijn coschappen zag ik collega’s smelten als er een kind gezien moest worden. Mijn hart ging sneller kloppen als een oudere met een rollator de spreekkamer in kwam. Ik herinner me dat ik door zwangerschapshormonen volschoot van een oudere man bij de Dodenherdenking. Die man stond met moeite op om zijn respect te tonen voor alle omgekomen mensen, en ik vond dat zo mooi om

te zien. Iemand met een verhaal. Velen denken dat je bij ouderen niet veel kunt bereiken. Maar juist bij ouderen met een heel leven achter zich, in het laatste stukje, dat je daar kwaliteit van leven kunt organiseren, zonder al te veel behandeling, dat is waar het om gaat en wat het vak mooi maakt.

Jeanette, verpleegkundige vult aan: “Het is zo mooi, dat je bij de mensen thuiskomt en de mensen ondersteunt om zo lang mogelijk thuis te kunnen wonen. Ik zag in ziekenhuis zo vaak mensen die helemaal niet naar ziekenhuis wilden, maar er toch terecht kwamen. MESO springt daarop in en helpt dat te voorkomen. Ik herinner me nog een 99-jarige dame die wakker werd op de geriatrie na een CVA en die zei: “Wat doe ik hier, ze hadden me thuis moeten laten gaan”. En die ligt er dan toch nog een week en overlijdt uiteindelijk in het ziekenhuis. Het laatste wat ze had gewild.”

Op de vraag of men daar onderling in het ziekenhuis met elkaar over sprak, geeft Jeanette aan dat er dan al gauw naar de huisarts werd gewezen, dat die het niet goed in beeld had, of naar de familie. Vaak wil één van twee toch nog kijken of er iets te doen valt. Maar initiatief en tijd om zulke opnames te voorkomen ontbrak.

Jeanette: “Binnen MESO maak ik het met de oudere bespreekbaar, niet altijd direct, maar gedurende het traject. Ik vraag: “Als er wat gebeurt wat zou u willen?”. Ze vragen vaak waarom ik dat vraag. Dan deel ik mijn ervaringen vanuit het ziekenhuis, dat veel mensen zeggen dat ze er niet hadden willen zijn. Dat zijn mooie maar soms ook wel spannende gesprekken. Ze zijn belangrijk in de bewustwording voor de ouderen. Je moet dat wel kunnen: het op een goede manier bespreekbaar maken, passend bij de oudere. Je moet goed waarnemen: hoe open is de oudere, hoe terughoudend, wat is een

goede timing, wanneer wel en wanneer niet? Geregeld komt het ter sprake in het uitslaggesprek* samen met de SO, maar het kan ook op een ander moment.”

De juiste woorden

We staan stil bij de vraag of ze altijd samen het uitslaggesprek doen en waarom. Dat gebeurt momenteel vaak wel, maar niet altijd.

De meerwaarde van het samen doen zit voor hen in het feit dat de één vertelt en de ander goed let op de reactie van de oudere. En dat je zo samen precies de juiste woorden weet te vinden. Dat je als verpleegkundige goed weet wat er besproken is en er later bij de oudere op terug kunt komen. Rosemijn: “De verpleegkundige kan dan op een later moment veel beter de extra uitleg geven over de dingen die besproken zijn, dat geeft rust.”

We staan stil bij de vraag of MESO de goede naam is voor deze zorg als de samenwerking tussen de SO en de verpleegkundige – en ook de huisarts – zo cruciaal is. En nu naast de SO ook een internist-ouderengeneeskunde en sinds kort ook een geriater aan het team zijn toegevoegd. Rosemijn: “Misschien moeten we er MEO – multidisciplinaire eerstelijnszorg ouderengeneeskunde – van maken.” Waarop Jeanette reageert: “Rosemijn, creatief met woorden als altijd.”

Dat brengt ons op het belang van woordgebruik, van communicatie. Daar moet je binnen MESO goed in zijn. Je moet de vertaling van je werk naar patiëntniveau goed kunnen maken, je moet kunnen schakelen tussen patiënt en omgeving. Je moet aanvoelen wat je wanneer zegt, ook rekening houden met de familie eromheen. M.a.w. inspelen op de achtergrond, het aanwezige kennisniveau, het culturele aspect meewegen enz.

* Na een ‘diagnostische traject’ met diverse contacten en onderzoeken vindt binnen MESO-zorg een zogenaamd uitslaggesprek plaats. Daar worden de bevindingen en het voorgestelde plan met de oudere en diens naasten doorgesproken.

Rosemijn: “Communicatie is voor een arts zeker een belangrijke competentie, maar als specialist ouderengeneeskunde moet je net dat beetje meer hebben. Bij een kwetsbare oudere komen veel meer zaken kijken die de communicatie beïnvloeden, zoals zicht, gehoor, cognitie, noem maar op. Daarnaast zijn de onderwerpen vaak ook zwaarder en ingewikkeld. Je moet soms een lastig of beladen onderwerp bespreken op een aangepaste manier. Dat gesprek moet je kunnen voeren.”

Ook andere competenties zijn belangrijk: out of the box kunnen denken, keuzes maken, beslissingen nemen. Energiek zijn, denken in oplossingen in plaats van problemen, risico durven nemen, altijd goed afgewogen natuurlijk. Jeanette: “Je voelt het in een sollicitatiegesprek vaak meteen: je hebt wel eens mensen die zuigen je helemaal leeg, dan voel je geen energie, geen enthousiasme en dan kost het te veel energie om te blijven luisteren. Dat weet je: dit wordt ‘m niet. Men kan dan de ouderen misschien wel begrijpen, maar zo iemand komt niet daadkrachtig over, je straalt het niet uit en dat is wel nodig.” Rosemijn vult aan: “Je hebt te maken met kwetsbare ouderen die geen structuur meer vasthouden, die geen overzicht hebben. Als je daar iemand tegenover zet die qua gespreksvoering weinig geeft, dan kan die oudere daar weinig mee. Je moet iemand hebben die de regie neemt.”

We staan stil bij de vraag of het vak van specialist ouderengeneeskunde zich ontwikkelt. Rosemijn: “Vroeger werden we nog wel eens als kneusjes gezien, dat is gelukkig niet meer zo. Veel jonge specialisten kiezen bewust voor dit vak vanuit passie. Niet omdat de rest niet lukte maar omdat het betekenisvol en mooi werk is. Ik zie ook dat de SO-consultfunctie zich meer en meer richting MESO ontwikkelt. Ik heb zelf vanuit het verpleeghuis ook vaak consulten gedaan. Ik vond dat niet altijd prettig, je gaf een advies en moest het dan weer loslaten. Ik zag dat de huisartsen de adviezen vaak niet op konden volgen (door tijdgebrek of andere expertise), soms was zo’n consult dan voor niks geweest of maar voor de helft effectief. Als mede-behandelaar in MESO kan ik oog houden op het vervolg met een veel

beter resultaat. Natuurlijk zijn er ook situaties waarbij een enkelvoudig consult voldoende is; bv. als er een duidelijk gekaderde vraag is: een RM-beoordeling, of beoordelen van de wilsbekwaamheid bij een euthanasieverzoek.”

MESO-zorg vraagt om inbedding in het lokale netwerk, het is belangrijk om dat goed te kennen en te onderhouden. Het verandert steeds en relatieonderhoud vraagt tijd en aandacht, vooral van de verpleegkundige. Jeanette; “Ik heb regelmatig contact met de POH’s, ergo, fysio. Af en toe even een berichtje, even bellen: “Moeten we nog zaken bespreken?” In het team hebben we de taken (i.h.k.v. netwerkonderhoud) verdeeld, we proberen ook maandelijks iemand uit te nodigen om iets te vertellen wat ze doen en wat we kunnen betekenen.”

Van waarde zijn

We wisselen voorbeelden uit van casussen die Rosemijn en Jeanette in de praktijk zoal tegenkomen. “Soms zijn er situaties die je niet gauw meer vergeet: een huis binnen lopen en aan de vloer blijven plakken; een bank waar je niet op wilt gaan zitten; urine die de broek verbleekt heeft. Kortom: chaos en heel triest. Soms zijn er zelfs meerdere hulpverleners betrokken en is het toch niet gelukt om dat te voorkomen. Dan wordt er te lang getwijfeld en ontbreekt de regie. Om zulke situaties op te pakken en de betrokkene weer op de rit te krijgen is het contact met de huisarts en het lokale netwerk van groot belang.” Rosemijn en Jeanette geven aan dat ze merken dat het in situaties waarin dementie en alcoholproblematiek speelt, steeds moeilijker wordt om goede zorg te verlenen. Voor de verslavingszorg speelt het probleem vaak al te lang om nog tot verbetering te komen en het verpleeghuis haalt deze problematiek ook liever niet in huis. Jeanette: “Vaak is eenzaamheid een reden om te drinken, met structuur wordt het vaak ook echt wel beter.”

Om nog wat beter zicht te krijgen op de toegevoegde waarde, vragen we Jeanette mee te gaan in een gedachtenexperiment. “Stel MESO-

zorg kan niet meer geboden worden en je gaat terug naar het ziekenhuis, wat neem je als belangrijke bagage mee?” Terug naar het ziekenhuis vond Jeanette geen goed idee, maar in het gedachtenexperiment wilde ze wel even meegaan. Jeanette: “Ik zou de patiënten die ik op de afdeling of de poli zie ook thuis willen kunnen bezoeken. Aandacht aan de behandelwensen geven en deze vast laten leggen. En als men zegt dat hier geen tijd of geld voor is, zal ik ze proberen te laten zien hoe het zit en als het dan nog niet kan, dan kom ik simpelweg niet terug. We kunnen het echt beter organiseren en zorgen dat ziekenhuisbezoeken en -opnames voorkomen worden.” Op de vraag aan Rosemijn wat ze mee zou nemen bij een terugkeer naar het verpleeghuis geeft ze aan: werk maken van inzet in de eerste lijn, de SO in medebehandeling en een verpleegkundige erbij. Zorgen voor goede contacten, lokaal en in de regio, met de huisartsen. Die kunnen wellicht als je de samenwerking goed regelt ook een rol in het verpleeghuis vervullen.

Tot slot: hoe zit het met hun werkplezier? Daar zit het meer dan goed mee: er is volop ruimte voor humor en lichtvoetigheid, een mooie combinatie met het soms zware en heftige dagelijkse werk.



“Empathie is
een belangrijke
eigenschap, en
zoeken naar een
(creatieve) oplossing.
Maar je moet
het ook weer los
kunnen laten”



Margreet Dellemann, secretaresse MESO-team
Velp/Arnhem - 24 oktober 2022

Margreet Dellemann, secretaresse in de MESO-praktijk van Ester Bertholet te Velp/Arnhem, is een zeer ervaren secretaresse die geniet van het contact met collega's, zorg- en hulpverleners patiënten en mantelzorgers in haar werk.

Margreet is iemand die ook onder moeilijke, spanningsvolle momenten, de rust bewaart en blijft kiezen voor een respectvolle benadering van de ander. In het belang van die ander, maar ook in het belang van haarzelf. “Hoe rustiger je blijft, hoe beter de aandacht, hoe beter het begrip en hoe beter je kunt doen wat er nodig is”, aldus Margreet.

“Er komt van alles op je af, het is zaak om goed te luisteren en te blijven luisteren. Wat zegt iemand nu echt, goed doorvragen, net zolang totdat je weet welke actie er ondernomen moet worden. Dat doe je vriendelijk en begripvol, ook al vraagt het veel tijd. Soms moet je wel grenzen stellen, als de ander, ook al is het uit onvermogen, te veel tekeer gaat, dan geef je aan: “We ronden het gesprek nu af en ik bel over een uurtje nog even terug” en weet je, dan weet de ander ook wel dat ze het beter anders kunnen aanpakken.”

In de uitwisselingen die we organiseren tussen de verschillende MESO-praktijken merken we dat de MESO-medewerkers met veel emoties te maken krijgen. Bij henzelf, de ouderen, hun naasten en de andere betrokkenen. Afname van zelfredzaamheid en kwaliteit van leven maakt vaak verdrietig, onmachtig en boos. En als hulp organiseren en ontvangen niet verloopt zoals je hoopt, komen frustratie en teleurstelling daar nog eens bij. Margreet heeft, net als de andere MESO-secretaresses, geen zorgende of behandelende rol naar de oudere, maar tijdens haar ondersteuning van het proces en het team krijgt ze ook te maken met al deze emoties. “Empathie is dan een belangrijke eigenschap, en zoeken naar een (creatieve) oplossing. Maar je moet het ook weer los kunnen laten.”

Op de vraag of het belangrijk is om voldoende ervaring te hebben om dit werk te kunnen doen, is er voor Margreet geen duidelijk ja- of nee-

antwoord. “Ook als je jonger bent kun je empathisch zijn, je dienstbaar op willen stellen, flexibel zijn, communicatief goed vaardig zijn, geduldig zijn. Natuurlijk, als je al wat langer meeloopt, heb je meer meegemaakt, maar als je goed wordt ingewerkt, kun je ook als beginnend professional dit werk goed doen.”

We merken op dat we zien dat Margreet respectvol communiceert maar ook ad rem is en humor aan de dag legt. Dat hoort bij haar als persoon, maar ze zet het op gepaste wijze en gepaste momenten ook bewust in. Als de lucht even geklaard moet worden, als iedereen even op een ander been gezet moet worden. En dat werkt. En dat zorgt voor lol op de werkvloer, voor Margreet heel belangrijk.

Ondersteuning aan team, werken in team

Vraag aan (relatieve) buitenstaanders naar beelden die ze over de cultuur en rolverdeling binnen de zorg hebben, dan hoor je steevast de opmerking dat er sprake is van een stevige hiërarchie. Dat medische specialisten meer aanzien hebben dan generalistische specialisten, dat dokters boven verpleegkundigen staan en dat de secretaresses de hekken sluiten.

Pratend met Margreet merk je daar weinig van. Ze is zelfbewust en weet heel goed hoe belangrijk haar werkzaamheden en haar rol binnen het MESO-team zijn. Sowieso werken de SO en de verpleegkundige rondom de patiënt binnen MESO altijd in een duo, als een tandem, samen. Dit werk kun je niet goed doen als je het traditionele hiërarchische beeld in stand houdt, je moet wel als gelijkwaardige samenwerken. En dat geldt zeker ook voor de secretaresse, die maakt het team compleet. Alleen in goede samenwerking kun je aansluiten op wat voor die ene patiënt cruciaal is als het gaat om kwaliteit van leven.

Als we vragen welke vraag nog niet gesteld is, geeft Margreet aan dat ze verwachtte dat we een rijtje competenties/vaardigheden van haar wilden horen waaraan een MESO secretaresse zou moeten voldoen.

En dat wilden we natuurlijk graag. Zonder haperingen kregen we de volgende opsomming:

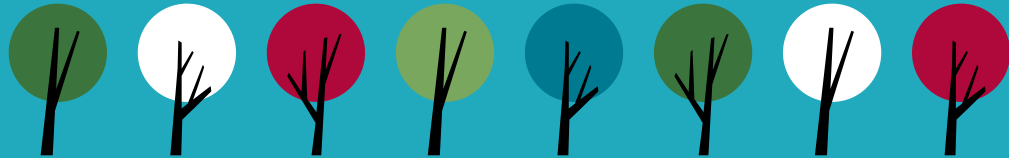
- Goede communicatie in woord en geschrift;
- Goed kunnen luisteren;
- Stressbestendig zijn;
- Overzicht aanbrengen en vasthouden;
- Prioriteiten kunnen stellen;
- Betrokkenheid voelen bij ouderen;
- Accuraat zijn;
- Kunnen notuleren;
- Kennis van word, excel en outlook;
- Oplossingsgericht zijn;
- Ondersteunend en dienstverlenend zijn.

En tot slot geeft Margreet aan: “Het allerbelangrijkste is: eerlijk zijn, er voor elkaar willen zijn, de ander geen kunstje flikken”. Hoe kernachtig kun je ‘waarden gedreven zorg’ verwoorden.

We roemen de rust en het respect van Margreet. Ter afsluiting zegt zij: “Natuurlijk staat mijn kuif ook wel eens omhoog, dan moet ik kunnen afblazen maar wel op het juiste moment, op de juiste plek en juiste plaats.”



“Zo’n ambassadeursrol
in het hele netwerk
is ook iets wat
eigenlijk heel erg
bij MESO hoort”



Laurien van der Cammen, verpleegkundige
MESO-team Rotterdam

Wilma van Bergen, specialist ouderengeneeskunde
MESO-team Rotterdam - 13 april 2023

Rotterdam kon als laatste in 2021 met de MESO-pilot van start. De opstartfase in Rotterdam duurde langer dan gemiddeld. Het had veel voeten in aarde om groen licht te krijgen voor de start van de pilot en vervolgens waren er verschillende personele en technische perikelen die al met al veel tijd en energie van de professionals vroegen. Gelukkig liet men zich hierdoor niet ontmoedigen om ondanks alles met de Rotterdamse hands-on mentaliteit uiteindelijk uit de startblokken te komen.

Nu, twee jaar verder, kijken we terug op waar men nu in het Rotterdamse met MESO-zorg staat. We kijken hiernaar door de bril van Laurien van der Cammen, verpleegkundige in het MESO-team en Wilma van Bergen, Specialist Ouderengeneeskunde.

Theorie en praktijk: MESO-zorg moet je ondervinden

Laurien: “De theorie heb ik geleerd in de praktijk te brengen. In het begin vond ik het erg theoretisch. Nu besef ik meer en meer dat we een proces uitvoeren. Waar ik op voorhand dacht dat ik alle stappen precies zo moest uitvoeren, zie ik nu dat er flexibiliteit mogelijk is. Ik heb geleerd, ik heb meer medische kennis gekregen. Het bila (bilateraal overleg) zei me niet veel. Nu snap ik het effect en het nut. Bij de uitleg denk je ‘ja je gaat gewoon overleggen’. Als je het doet, landt het pas. In de praktijk merk je waar je staat, dat is prettig. Zo kun je naar een doel toe werken.

Ik praat veel met Wilma, ik lees veel verslagen van de huisarts en van Wilma, ik zoek dingen op. Over psychiatrie bijvoorbeeld en over samenwerking, hoe doe je dat goed, hoe coördineer je zodat ik Wilma ook goed op de hoogte kan brengen, ook zonder zelf helemaal diep in de casus te zitten. Dat is voor mij wel het belangrijkste wat ik geleerd heb.”

We hebben het in alle pilots gezien en zien het nog steeds bij nieuwe professionals die instappen. Je neemt ze mee in het MESO-concept, staat stil bij de kernelementen, de mogelijke patiëntenreis en de

verschillende onderdelen daarin, maar het eigen maken van het concept gebeurt in de praktijk. We blikken terug op de eerste trainingsdag en refereren aan de inbreng van Laurien op dat moment: “Wat hier verteld wordt over MESO-zorg dat doen we in de praktijk toch al, wat is er zoveel anders?”

Laurien: “Het is echt wel anders. Het grootste verschil is de samenwerking met de SO. En dat je veel meer op de achtergrond beweegt als alle verwijzingen zijn gedaan. Dan hoeft ik niet zelf de kar te trekken. We spreken dingen met anderen af, dan houd ik een vinger aan de pols. Als wijkverpleegkundige doe ik zelf ook dingen, nu laat ik het bij de mensen naar wie we verwijzen. De ene keer vind ik het lekker te coördineren, de andere keer zou ik het zelf willen oppakken, dan gaat het ook sneller. Ik ben liever zelf actief, uiteindelijk. Naar aanleiding van de ervaring dat het soms te traag gaat, heb ik met Wilma overlegd dat als dingen eerder nodig zijn, we dat ook doen en niet wachten op het uitslaggesprek.”

Hoge verwachtingen dempen

In onze eerste kennismaking met Wilma merkten we een zekere terughoudendheid. Ook aan Wilma de vraag: “Hoe kijk jij terug en waar sta jij nu? Wilma: “Ik ben publiekelijk misschien niet de grootste ambassadeur van MESO, maar ik vind dat we een mooi proces doorlopen. Eerlijk is eerlijk, het heeft me ook wel energie gekost. Mijn aanvankelijke weerstand had vooral te maken met het feit dat er hoge verwachtingen waren gewekt. Althans, dat was mijn indruk. Ook naar huisartsen: “Nu komt MESO en dan... “. Enfin, ik committeer me daar dan niet meteen aan. Eerst zien dan geloven, dat past meer bij mij. Die hoge verwachtingen die hadden de huisartsen zeker wel. De aanloopproblemen, de wisselingen in het secretariaat: het frustrerende gigantisch. MESO voelde aanvankelijk als te krap, als een keurslijf. Toch wilde ik er wel mijn best voor doen, het te doen zoals het zou moeten. Maar door die frustraties, konden we niet waarmaken wat we beloofden. Dat merk je dan ook in de reactie van huisartsen: “De waarnemer wordt nog steeds gebeld door die cliënt, jullie zouden

toch ontzorgen?” Waar in Velp het secretariaat de hele week aanwezig is, is dat hier anders. Kortom, het heeft even tijd nodig gehad om het keurslijf los te laten en de vrijheid te voelen het op onze eigen manier te doen, binnen de mogelijkheden die er zijn. Ik merkte ook in het contact met Laurien dat we allemaal een eigen idee hadden bij de verschillende onderdelen, en dan had je ook nog het Velpse idee. Het kostte best tijd om onze eigen, Rotterdamse, manier te vinden. Gelukkig hebben we die gevonden en krijgen we nu ook wel de erkenning van de huisartsen. We weten elkaar steeds beter te vinden voor als het nodig is.”

Een nieuwe fase breekt aan

Voor Rotterdam breekt een nieuwe fase aan. Anne Uijtewaai, ervaren SO in de 1^e lijn, gaat met sabbatical en Emma stapt binnenkort in. Wilma geeft aan dat ook de samenwerking met Laurien zich heeft ontwikkeld. Wilma durft beter los te laten, haar controlebehoefte neemt af.

We staan stil bij de vraag hoe MESO zich in de volgende fase zal ontwikkelen. Wilma: “Ik denk dat MESO-zorg zeker een plek in het zorgaanbod verdient. Ik zie het als een glijdende schaal. Je hebt consulten, je hebt MESO, ik denk dat er nog meer VPT (volledig pakket thuis) komt, die laatste categorie die zweeft nog. Dat merk ik bij huisartsen ook, de mensen in woonvormen met Wlz. Daar is het zoeken of MESO nog een rol heeft, of juist de verpleeghuis zorgaanbieders. In het middenstuk is zeker wel een plek voor MESO. Echter, zoals het nu is en je er maar twee dagen bent, dan kun je niet de zorg en coördinatie waarmaken als ware het alsof je er altijd bent. Daar moeten we denk ik wel vanaf, dat moeten we ook duidelijk maken aan de huisartsen. Het is niet de oplossing voor alles.”

Dat brengt ons bij de vraag hoe je tot een optimalisatie kunt komen. MESO-zorg is niet bedoeld voor alle zorgvragen van ouderen, je hebt het over een beperkte omvang van de populatie. In de volgende fase wordt dit een belangrijke vraag: opschaling en borging. Hoe behoud

je de voordelen van de nabijheid van de huisarts en hoe houd je het betaalbaar? Mooie vragen voor de nabije toekomst.

Rotterdam versus Velp

We proberen een scherper beeld te krijgen van de verschillen tussen Rotterdam en Velp. De omvang van het team is een verschil en daarmee ook de mate van beschikbaarheid. Velp is inmiddels een gevestigde praktijk, dat stadium is in Rotterdam nog niet bereikt. Rotterdam lijkt een wat pragmatischer insteek te kiezen. De aanname is dat het netwerk er in het Rotterdamse anders uitziet. Laurien daarover: “Ik denk dat ons netwerk rijker is en zich op een klein oppervlak bevindt. We kunnen altijd goed iemand vinden om in te zetten. Qua model verschilt het denk ik niet zo, behalve dat we minder bereikbaar zijn. Ik heb wel de indruk dat de verwijzingen in Velp in vergelijking met Rotterdam somatischer zijn waar wij veel psychiatrievragen krijgen in combinatie met veel sociale problematiek. En de complexiteit van problemen die daaruit voortkomen. Maar dat kan ook samenhangen met de specifieke expertise van Wilma.”

Die sociale problematiek kenmerkt zich door het hebben van een klein (of geen) netwerk. Niet weten waar je moet zijn voor welke hulpvraag, terwijl er zo veel is. Zorgmijdend gedrag, veel persoonlijkheidsproblematiek, systeemproblematiek, wat eerder door GGZ gedaan werd. “Nu met wat somatiek erbij zegt de huisarts dat is een typische MESO-patiënt.”

Wilma: “De huisartsen doen al heel veel zelf. Ze hebben een vergrijsde buurt en hebben zich daarop aangepast. Ze verwijzen vroeg naar alle ziekenhuisspecialisten (vooral geriater en neuroloog), hebben veel soorten POH's en ze verwijzen nu naar MESO voor de echt complexe problemen.”

Belangrijke competenties

Op de vraag of je specifieke competenties of persoonlijkheidskenmerken voor MESO-zorg nodig hebt, hoeft Laurien niet lang na te denken. Laurien: “Leiderschap tonen, dat is belangrijk. Het hoeft

niet heel sterk te zijn, maar je kunt het niet niet-hebben. Je moet leiding kunnen nemen in een proces, niet bang zijn vragen te stellen, assertief zijn. Dat moet je sowieso als verpleegkundige, maar binnen MESO-zorg is het wel echt belangrijk.” Wilma: “Ik zie dat in hoe je andere wijkverpleegkundigen benadert, dat dat best een ding is.”

Dat Laurien juist die competenties beheerst, hebben we vanaf dag één in de training al gezien. Omdat Laurien aangeeft het soms heel prettig te vinden om MESO-zorg te kunnen bieden maar soms ook minder, stellen we de vraag hoe MESO-zorg verpleegkundigen met die sterke eigenschappen ook op de langere termijn werkplezier blijft brengen? Laurien: “Misschien als je meer wordt meegenomen in het profileren van MESO in de wijk. Ik vind dat heel leuk, maar ik heb een sparringspartner nodig. En waar haal ik de tijd vandaan? Die is er vaak niet en dan ben ik geneigd meer bij het proces te blijven en uitvoerende taken te doen, dan dat ik bezig ga met MESO te verbinden met anderen. Terwijl ik dat leuk zou vinden. Zo'n ambassadeursrol in het hele netwerk is ook iets wat eigenlijk heel erg bij MESO hoort. Dat je die verbindingen legt en zoekt welk contact in het netwerk voor de oudere van betekenis zou kunnen zijn. Het helpt als je met anderen in het netwerk kunt sparren, ideeën kunt uitwisselen. Ik wil dat vast zien te houden en uit te bouwen.”

Zijn er nog andere dingen die je zou willen doen als je aan de knoppen van MESO mag zitten. Laurien: “Tussentijdse evaluatie: doe ik het goed. De SO weet dat niet allemaal. We werken ook los van elkaar. Fijn om bevraagd te worden. Dan heb je ook over kwaliteitsbewaking.” Wilma vult aan: “We zijn door opstart ook wel in overlevingsstand gekomen, denk ik. Dan doe je gewoon patiëntenzorg. Dan verdwijnt de aandacht voor het overstijgende. We hebben nu een bijeenkomst gehad met ieder naar wie we verwezen. Dat hadden we veel eerder moeten doen. Die hadden zo veel goede feedback. Je had eerder die reflectie willen doen met elkaar.”

De vraag aan Wilma wat haar een goede specialist ouderengeneeskunde is, beantwoordt zij als volgt: “Ik krijg vrij snel overzicht bij een lastige casus en kan dat goed communiceren naar vooral moeilijke mensen. Daarmee sluit ik dicht aan bij de barre werkelijkheid van die patiënten in hun kwetsbaarheid. Dan ben ik empathisch en deskundig. En daarmee kan ik goed ontdekken wat wel kan en wat niet kan, en dat communiceren. Ik kan goed mijn weg vinden in de eerste lijn. Dat is wel echt anders dan VVT.

Ik ben nieuwsgierig en zorgzaam voor kwetsbare mensen. En voor mensen die af en toe eens moeilijk doen. En misschien herken ik ook dingen van mezelf in hen. Het is belangrijk dat het er mag zijn en de acceptatie van het feit dat we het hiermee moeten doen. Het gaat niet om de eindeloze mogelijkheden. Ik schik me naar wat de patiënt wil en zoek naar de juiste haakjes om bij iemand aan te sluiten. Ik wil die persoon respecteren in wie die is.”

Nog even terug naar Laurien aan wie we diezelfde vraag stellen:

“Wat maakt jou een goede MESO-verpleegkundige. Laurien: “Mijn openheid, mensen het vertrouwen geven dat ze alles kunnen zeggen, dat ik niks gek vind. Ook schaamtelijke dingen kunnen gezegd worden, zo voorkom ik dat ik dingen niet zie waar we iets mee zouden kunnen. Dat straalt ik uit. Zo geef ik veiligheid en nodig hen uit zelf mee te denken. Ik kom niet iets opleggen. Dus niet: “We gaan u douchen want u bevuilt zich”. Ik ga echt uit van wat iemand wil. Ik wil dus goed horen wat iemand wel wil en dan op de beste manier inspelen op de hulp die er is.” Waarop Wilma aanvult: “Die openheid vind ik echt bij jou passen, mooi dat je dat noemt. Ik vul misschien eerder dingen in, en dat doe jij niet. Dat is mooi.”

Zo zien we weer mooi deze twee in hun duo-schap elkaar aanvullen.

Een MESO-team opstarten

We zien dat elke pilot een aanloopfase nodig heeft, die in Rotterdam was lang en moeizaam. Desondanks zijn er mooie resultaten geboekt. Er is veel informatie beschikbaar over wat MESO-zorg beoogt, hoe je MESO-zorg het beste kunt bieden, wie daarin wat doet en hoe je samenwerkt met de huisarts, hoe je het dossier opbouwt en hoe je communiceert met de huisartsenpraktijk en andere betrokkenen. Laurien: “Er is zoveel materiaal. Maar eigenlijk te veel. En je wilt niet om hulp vragen voordat je zelf gekeken hebt. In ons geval duurde het te lang voordat we Curasoft snapten. Toen we dat eenmaal snapten, ging het veel sneller. De hulp vanuit het project was beschikbaar, maar de dagelijkse frustraties op de werkvloer vang je op afstand niet op. “Wilma: “Een goed toegerust secretariaat dat je kan ondersteunen is belangrijk. In ons geval viel die weg en dan kom je in de verkeerde rollen terecht: dat wij dan de secretaresse moeten voeden i.p.v. dat zij ondersteunen. Dat heeft veel energie gekost.”

Tot slot

We sluiten het gesprek met een mooie reflectie van Wilma. Ze geeft aan dat alles wat ze van tevoren bedacht had wel zo ongeveer aan bod gekomen is. Wat haar verrast heeft, is het feit dat we oprecht geïnteresseerd waren in de Rotterdamse MESO-variant. “Ik dacht gaandeweg het gesprek dat het wel prettig is dat jullie ook kritisch meedenken en terugkijken. MESO voelde een beetje als een geloof waar je niet vanaf zou mogen wijken. Het is prettig ervaren te hebben dat het met dat geloof wel meevalt.”



“Ik kom nu bij
veel meer mensen
thuis en ik ben verbaasd
wat er allemaal gebeurt
achter de voordeur”

Anke den Dulk, verpleegkundige MESO-team
Zoetermeer - 30 januari 2023

Anke combineert haar werkzaamheden voor MESO, waar ze nog maar betrekkelijk kort aan verbonden is, met een rol als praktijkverpleegkundige voor drie huisartsenpraktijken in Seghwaert. “Daarvoor was ik werkzaam als wijkverpleegkundige. Sinds 2016 ben ik in de wijk actief als verpleegkundige in de eerste lijn, op allerlei vlakken.” Anke is getrouwd, heeft drie volwassen kinderen en sinds kort een kleinzoon, die nu 7 maanden oud is. Ze is actief in scouting en vormt een senioren groep met vrienden die elkaar kennen vanaf dat ze 7 jaar zijn. M.a.w. Anke is iemand die heel trouw is, maar zoals zal blijken gedurende het gesprek dat we met haar voeren ook heel betrouwbaar. En wat is er fijner voor patiënten, collega’s en samenwerkingspartners dan dat.

Trouw en betrouwbaar

Anke vult meteen maar aan: “Ja, ik ben trouw én betrouwbaar, maar wel tot op zekere hoogte. Als je uiteindelijk toch een grens bij me over gaat dan is het klaar. En als het klaar is, is het klaar. Ik kan de grens best lang oprekken, maar als je eroverheen gaat is het over. Ik span me in om de relatie goed te houden, dat is heel belangrijk in mijn werk. Met een goede relatie kom je overal, kun je de meest ongemakkelijke vragen stellen en moeilijke informatie doorgeven. En niet te vergeten, je krijgt daar veel voor terug. Mensen werken graag met je samen en dat is fijn.”

Op de vraag hoe ze dat doet, een goede relatie bouwen. Anke: “Je moet zorgen dat je in contact komt met mensen, het contact aangaan. Soms moet je eerst iets geven, jezelf wat kwetsbaar opstellen. Ik weet het niet goed. Het is een soort natuur ook.” Er komt ook ter sprake dat Anke op donderdag haar oppasdag heeft. Ze vertelt dat ze soms met kleinkind op schoot tijdens het teamoverleg aansluit, niet ideaal maar wel een oplossing om het contact te houden.

Op de vraag wat, nu ze de stap naar MESO-zorg heeft gemaakt, haar eerste ervaringen zijn, geeft ze aan: “Ik ben in oktober gestart en nu pas begint het een beetje eigen te worden. Ada (SO) en ik zijn samen

gestart. Wij hebben samen de cursusdag bij Petra (inhoudelijk projectleider MESO) gevolgd en dat was allemaal heel duidelijk. Totdat je in de praktijk aan de slag gaat en dan is het toch 'maar hoe zit het nu echt'. En nu merk je dat je inmiddels veel makkelijker denkt in zorgplannen, in hoe gaan we verder. De patiëntenreis was na die cursusdag helemaal helder. In de praktijk is het lastig, waar zitten we, wat is de volgende stap. En het softwaresysteem is even wennen. Met Sharita hebben we aan de hand van een casus de patiëntenreis nogmaals doorgenomen en ook dat was heel helpend. De uitdaging was vooral ook dat Ada en ik allebei nieuw waren. Ik was wel bekend in het netwerk, maar we waren wel samen nieuw in MESO, anders neem je elkaar mee. Nu was het samen zoeken. Het is gewoon zo ontstaan, het was geen ramp, maar heeft wel meegespeeld dat we meer aan het zoeken waren.”

Breed én vooruit kijken

Anke heeft lang als wijkverpleegkundige gewerkt en we vragen haar naar de verschillen en overeenkomsten. Anke: “Als wijkverpleegkundige kom je bij mensen thuis waar hele concrete hulpvragen liggen en daar ga je mee aan de slag. Natuurlijk kijk je verder dan je neus lang is, dat wordt ook van je verwacht. Je kijkt ook wel vooruit, bijvoorbeeld 'hoe voorkom ik in de toekomst een nieuwe wond'. Maar dan is het klaar. Je kijkt lang niet zo breed als nu.

Bij MESO ga je gewoon naar iemand toe. Er is vaak geen concrete zorgvraag. Vanaf het begin is het een kwestie van observeren en klinisch redeneren. Want je weet niet altijd waar je naar op zoek bent. Soms natuurlijk wel, de huisarts stelt wel een vraag, maar je wilt toch eerst een zo compleet mogelijk beeld vormen. Dat is echt wel heel anders.

Ik kom nu bij veel meer mensen thuis en ik ben verbaasd wat er allemaal gebeurt achter de voordeur. Het idee is dat je als praktijkverpleegkundige van de huisarts preventief huisbezoeken doet, daar kom ik niet aan toe. Ik ga op verzoek van de HA en POH naar ouderen, en dan zit mijn agenda vol. Ik kom nauwelijks toe aan de preventieve bezoeken. Binnen MESO zie ik wel het enorme belang

daarvan. Als ik als praktijkverpleegkundige al veel eerder contact had gehad, dan had ik al kleine tips of adviesjes kunnen rondstrooien of in de week leggen. Immers, als ze je kennen en iets niet helemaal lekker loopt, weten ze je makkelijker te vinden. Dat gaat wel schelen als dat gaat lukken.”

Anke geeft aan dat naar haar idee corona voor deze doelgroep veel nadelig effect heeft gehad.

“Het lijkt wel of al deze mensen nu door de mand vallen of zo. Mensen hebben 2 jaar thuis gezeten. Alle clubjes gingen niet meer door. Koffiedrinken bij de AH ging niet meer door. Kinderen kwamen niet meer. De mensen zijn ingezakt. Alle geriatrische reuzen zijn ondertussen ontstaan in deze groep, en mensen komen niet meer terug op hun oude niveau. Generaliserend dit hé. Maar je ziet een groep die achteruit is gegaan in corona en die niet meer terugkomt. We doen zo veel mogelijk. Ik heb nog nooit zo veel MMSE's (geheugenonderzoek) gedaan als de afgelopen periode. Met allemaal slechte uitslagen. Dus we doen heel veel. Maar daarachter loopt het ook vast. Casemanagers Dementie (CM) hebben 80 mensen op de wachtlijst voor de ene helft stad en 50 voor andere helft stad. Dat betekent dat je zelf een aantal CM-taken blijft houden om de oudere en zijn systeem op de rit te houden.”

Anke bevestigt dat dit moeilijk is om te zien. Je wilt graag anders maar moet zien te roeien met de riemen die je hebt.

We staan stil bij hoe Anke de samenwerking in het team ervaart. Ze geeft aan veel te leren van de SO. “De post HBO-opleiding (Geriatric en Gerontologie) was waardevol, maar dit is wel een extra tandje erbij. Die kennis komt niet alleen binnen MESO goed van pas, maar neem ik ook weer mee in de huisartsenpraktijk. Huisartsen zijn echt generalisten, als er iets met een oudere is dat wat verder gaat dan het medische deel, dan komen ze in mijn agenda. Dat is heel fijn, dat ze me weten te vinden en dat ik mijn kennis en kunde kan inzetten. De samenwerking met de SO is net een slag anders, dan ga je echt samen

op pad. Met de huisarts spreek ik natuurlijk ook de casussen door, dat doe je ook samen. Met de SO kijk je anders. Zowel de kennis als ook de focus is anders. De SO kijkt integraal, inclusief, het hele systeem eromheen. Vanuit het totaalbeeld kijk je of en wat er aan zorg nodig is, je pakt de verantwoordelijkheid voor het hele pakketje.”

Een van de moeilijkste dingen vindt Anke het feit dat het soms zo moeilijk is de juiste plek voor iemand te vinden. Als men in het veld niet meedenkt, meewerkt of het over de schutting blijft kieperen. “Ik ben heel creatief en vind meestal wel een oplossing, maar niet altijd. Dan weet je dat er iemand thuis in de ellende zit, dat het eigenlijk niet kan, niet verantwoord is en dat je niks kunt doen.”

We bespreken een reeks concrete voorbeelden die illustratief zijn voor bovenstaande. Over zaken die tot verwondering leiden. Een organisatie die in sommige situaties via samenwerkingsafspraken wel tot een oplossing weet te komen en in andere (ogenschijnlijk vergelijkbare) situaties niet; zorgverleners die niet signaleren of tijdig handelen waardoor de situatie uit de hand loopt en er in plaats van vrijwillige opname een opname via dwang tot stand moet komen. Of er bleek een prima oplossing te zijn, maar die kon niet doorgaan omdat de verzekeraar geen contract met de desbetreffende aanbieder had. Of een plek in een zorgpension kon niet geregeld worden door de ‘hokjes’ structuur die ontstaan is in veel gewoontes en systemen. De voorbeelden geven het gevoel dat het anders moet kunnen.

Samen puzzelen

Anke geeft aan dat ze binnen MESO vooral de eerste fase, de diagnostische fase, het leukst en interessants vindt. De samenwerking met de SO, het uitzoekwerk, het leggen van de puzzel, het gesprek voeren en tot een plan komen. “Als het plan er eenmaal is, komt er veel regelwerk bij kijken. Maar ik ben nog te vers om daar al een heel afgewogen idee over te hebben. Nu heb ik een deel van de patiënten overgedragen gekregen van mijn voorganger, dan is je band ook iets anders. Met eigen patiënten bouw ik een band op, met Ada samen

ontdekken we al werkenderwijs wat passende zorg is en wanneer we onze betrokkenheid kunnen afbouwen.”

We spreken over start- en stopcriteria voor MESO-zorg. Anke daarover: “Als ik op verschillende domeinen iets zie en ik kan m’n vinger er niet op leggen. Dan ga je er in MESO met z’n tweeën rap doorheen: veel informatie verzamelen en bij elkaar leggen. En dan kun je snel aan de slag. Of als er sprake is van die vage klachtjes, een beetje dit en een beetje dat. Dan vragen mensen ‘ben ik dement aan het worden’. En ik denk dan: misschien ligt het wel aan voeding. Als je mensen spreekt en er ligt een concrete vraag en je hebt het gevoel dat je het wel in beeld hebt, dat alles wel op de rit blijft, dan gaat het prima zonder MESO.”

Zoetermeer heeft te maken met een groot aantal zorgaanbieders en er is zeker een grote variatie aan kwaliteit, aan kennis en kunde ook. “Soms, als ik een casus bespreek met betrokken zorgverleners, kan me wel eens het gevoel bekruipen dat we het over een andere patiënt hebben. Dat ik denk: we moeten nu handelen om een crisis te voorkomen en de thuiszorg die zegt: Nee hoor, het gaat wel goed. Ik heb zeker wel m’n voorkeuren. Ik heb een rijtje organisaties die ik bel. En een rijtje dat ik bij voorkeur niet bel. Dat houden we wel bij en wisselen we als praktijkverpleegkundigen ook wel uit.”

MESO-zorg heeft belang bij goede samenwerkingspartners en vragen Anke om een aantal kenmerken op te noemen: “Overleggen op een prettige manier; tijdig signaleren; terugkoppelen; kunnen sparren, meedenken; deelnemen aan MDO; afspraken nakomen; betrouwbaar zijn in hun observaties en signaleren; kwaliteit leveren. We hebben een top vijf samenwerkingspartners en als je die te pakken krijgt ben je blij.” Anke schat in dat ze van de 50 aanbieders er 25 sowieso nooit ziet. “En SGZ doet veel, om samenwerking te zoeken en kwaliteitsslagen te maken.”

Efficiëntie?

Alvorens we het gesprek afronden staan we nog stil bij één vraag: “Zou je iets anders willen doen in diagnostische fase? Anke: “Ik zou efficiënter willen kunnen werken, de informatie uit het gesprek in het EPD handig verwerken. Maar ik wil niet bij de oudere met de laptop op schoot zitten. “Terwijl ze dit zegt ontstaat ook het volgende inzicht: “En soms helpt de huidige manier van werken ook in het ordenen van je gedachten, om daar even voor te gaan zitten. Dus nog even zoeken.”

Een mooie reflectie en een waardevol inzicht. Dat wat efficiënt lijkt, is vaak niet wat het is!

De kernachtige inbreng van Ester Barenbrug, secretaresse in Velp/Arnhem:

“Mijn opa en oma woonden bij ons in huis toen ik jong was. Toen oma dement en erg zorgbehoefstig werd, kwam de fysio aan huis om te oefenen en de thuiszorg om haar te wassen. Eigenlijk heb ik toen dus al geleefd in een MESO-project.”



“Zo maken we samen de kwaliteit hoger, de patiënt krijgt meer passende zorg en zo wordt niet alleen het ziekenhuis maar ook de huisarts ontlast”

Joëlle Suijkerbuijk, internist-ouderengeneeskunde
MESO-team Velp/Arnhem - 27 oktober 2022

Als we Joëlle Suijkerbuijk, internist ouderengeneeskunde en verbonden aan POGB Velp/Arnhem, in aanwezigheid van co-assistente Tessa van Kesteren spreken, zit ze in het prachtige licht dat door de ramen van de Gulden Hart-kerk in Arnhem schijnt. De kerk vervult momenteel een functie als centrum voor Mens en Gezondheid en dan kan de MESO-praktijk van Ester Bertholet en haar team natuurlijk niet ontbreken.

Van het ziekenhuis naar de eerste lijn

Joëlle heeft een bijzondere loopbaan doorlopen alvorens nu ruim een jaar geleden als internist ouderengeneeskunde in de 1^e lijn, in een MESO-team van Specialisten Ouderengeneeskunde, geriatrie verpleegkundigen en secretaresses te belanden. Een stap van het ziekenhuis naar de eerste lijn is een stap waar Joëlle allerminst spijt van heeft. Integendeel, ze voelt zich hier als een vis in het water en dat heeft veel te maken met de toegevoegde waarde die ze levert, niet alleen voor de ouderen en mantelzorgers, maar zeker ook voor haar collega's en samenwerkingspartners. Over die toegevoegde waarde en over wat ze op haar pad allemaal tegenkomt, raakt Joëlle niet uitgepraat. Voor ons is het genieten om iemand met zoveel passie, compassie en energie over haar werk én haar vakmanschap te horen spreken. Een enkele vraag is voldoende om meegenomen te worden in een waterval van woorden waar de energie van afspat. Tot zover de sfeertekening van dit gesprek.

We zeiden het al: een bijzondere loopbaan bracht Joëlle naar de eerste lijn. Na het afronden van de opleiding tot basisarts volgde de stap naar interne geneeskunde om tenslotte nefroloog te worden. De rode draad in dit proces was steeds de behoefte om, binnen het domein van specialisaties, toch de gehele mens te kunnen blijven zien. En hoewel alle type patiënten interessant zijn was er van jongs af aan een bijzondere belangstelling voor de ouder wordende mens. Het feit dat haar moeder manager was van een verpleeghuis heeft daar zeker een rol ingespeeld. Ook haar eerste bijbaantje was in een verpleeghuis. “Dat neem je dan toch de rest van je leven mee.”

Passende zorg door een compleet beeld

Op de vraag hoe ze naar haar werk in de 1^e lijn kijkt is Joëlle uitermate helder in haar beschrijving: “Ik heb nu een veel completer beeld van de oudere, ik heb kennis van de leefsituatie en dat maakt het mogelijk om veel nauwkeurig te kijken welke zorg passend is gelet op de gestelde diagnose. Vervolgens is het allerbelangrijkste dat ik het beleid dat we samen met de verpleegkundige uitzetten kan volgen en indien nodig tijdig kan bijstellen. In het ziekenhuis probeer je natuurlijk ook een zo compleet mogelijk beeld te vormen, maar je kunt veel moeilijker beoordelen of jouw interventies en adviezen ook daadwerkelijk opvolging zullen krijgen. Je gaat al snel weer naar de volgende patiënt en staat er verder minder bij stil. Het is van ongelofelijke waarde om die opvolging juist wel te kunnen doen.” Op de vraag of Joëlle zich in het ziekenhuis bewust was van hetgeen ze feitelijk miste geeft ze aan: “Ik ben me er zelf minder bewust van geweest, dat er zo weinig gebeurt met je adviezen. Ik had gehoopt dat er meer gebeurde, dat het dan goed gaat. Maar tussen wat je zou willen en wat er gebeurt zit echt een wereld van verschil.”

We introduceren het begrip ‘functiefamilie’ (in navolging van Jan Hendriks) en stellen Joëlle de vraag in welke mate de drie disciplines ‘specialist ouderengeneeskunde, geriatrie en internist ouderengeneeskunde’ verwantschap vertonen. Joëlle hierover: “Er is zeker verwantschap, we kijken allemaal holistisch, we kijken allemaal zowel naar somatische, psychische en sociale aspecten, maar er zijn duidelijk accentverschillen maar ook verschillen in kennisniveau.”

Joëlle is als internist-ouderengeneeskunde m.n. op het somatische aspect sterk onderlegd, gezien haar opleiding en ervaring binnen de interne geneeskunde. En daarin ligt, zo blijkt uit de praktijk, een belangrijke extra toegevoegde waarde van Joëlle voor de ouderen, de POGB en de samenwerkingspartners. Joëlle: “Als ik zie wat ik tegenhoud aan aanvullende onderzoeken en verwijzingen en wat overleg met collega-SO's over lab-uitslagen, aanvullend onderzoek, beeldvormend onderzoek, wel of niet iemand verwijzen, nierfunctiestoornissen, medicatiereviews, MRI-scans lezen, oplevert, dan durf ik

te stellen dat op dit punt mijn toegevoegde waarde hoog is. En dat voelt goed, zo maken we samen de kwaliteit hoger, de patiënt krijgt meer passende zorg en zo wordt niet alleen het ziekenhuis maar ook de huisarts ontlast.”

Dat de huisarts daar blij van wordt, is na zoveel jaren MESO-zorg wel meer dan duidelijk, maar: “Is het ziekenhuis hier wel zo blij mee?”, is de vraag die we Joëlle voorleggen. We raken een spannend punt, want inderdaad kan de verplaatsing van kennis en expertise naar de 1^e lijn zoals in het geval van Joëlle wel een spannende zijn voor de collega’s in het ziekenhuis. Andere voorbeelden in het land lijken dat te bevestigen. De samenwerking met het reguliere ziekenhuis verloopt daar veel moeizamer dan met het universitair medisch centrum. De laatste wil zich echt focussen op de (zeer)hoog complexe problematiek wat meer ruimte laat voor initiatieven die reguliere ziekenhuiszorg in de eerste lijn brengen. Natuurlijk spelen gevestigde belangen een rol, dat is ook logisch. Toch is het goed te weten wat de verplaatsing kan opleveren en of en hoe je het goed georganiseerd krijgt. De ervaringen binnen POGB laten zien dat het kan en laten ook zien wat het oplevert. De komende maanden brengt POGB o.a. in kaart welke afname van ziekenhuiszorg, nieuwe verwijzingen en lopende zorg, naar aard en aantal, het MESO-team kan bewerkstelligen.

In de praktijk ervaren wat werkt

De spanning zit overigens niet alleen in de relatie met het ziekenhuis, die spanning ervoer Joëlle aanvankelijk ook in het contact met huisartsen en nog steeds soms wel in het contact met SO’s en apothekers buiten de MESO-praktijk. Gelukkig leert de tijd dat die spanning vermindert of zelfs oplost als de waarde in de samenwerking wordt ervaren. POGB kiest ervoor opnieuw vernieuwend in haar dienstverlening te zijn, binnenkort zal ook een geriater zich aan de praktijk verbinden. Steeds kiezen Ester en haar team ervoor om in de praktijk te ervaren wat wel en niet werkt. Vanuit deze ervaringen is het ook interessant om stil te staan bij de competenties die nodig zijn in

een MESO-praktijk. In het kader van het beschrijven van kwaliteitsaspecten van MESO-zorg stonden we al stil bij de vraag of het beroepsprofiel zoals eerder opgesteld door Verenso ook helder maakt wat nodig is voor het verlenen van MESO-zorg. Dat heeft geleid tot een aantal aanvullende beschrijvingen en dat heeft vooral ook te maken met aspecten als ondernemend en initiatiefrijk zijn, eropaf durven stappen, met teleurstellingen omgaan, volhardend zijn. Ien, de enige niet-medicus in dit gesprek, legt de vraag op tafel: “Zie jij verschillen in de aanpak van SO’s en bijvoorbeeld jouzelf als internist ouderengeneeskunde in het contact met de 2^e lijns specialisten? Dit keer is het niet Joëlle die het antwoord formuleert maar steekt Petra van wal: “Specialisten Ouderengeneeskunde presenteren zich gemiddeld genomen ‘zacht, genuanceerd en veelal met veel woorden voor alle overwegingen die een rol spelen’, Joëlle is in haar presentatie en uitlatingen veel ‘harder, duidelijker en directer’, zoals de communicatie in het ziekenhuis ook vaak verloopt. De artsen daar willen een heldere, afgebakende vraag zodat ze een duidelijk antwoord kunnen geven. Ik zie dat de toegevoegde waarde van Joëlle ook kan zijn dat ze hierin een voorbeeld voor anderen kan zijn. De SO kan zich veel beter laten zien dan ze nu doet. Je hoeft je identiteit en kracht niet te verliezen als je tegelijkertijd duidelijk bent. Als je zelfbewust bent over de waarde van je vak.”

Tenslotte staan we stil bij de vraag of het in alle situaties mogelijk en verantwoord is om de ziekenhuiszorg af te bouwen én ouderen (langer) thuis te laten wonen. Ook op dit punt is Joëlle duidelijk: “Dat kan heel lang verantwoord zijn mits het steunsysteem op orde is. En daar begint het te wringen. Als er voldoende casemanagers beschikbaar zijn, als de wijkteams over voldoende verpleegkundigen beschikken, als er in de keten/het netwerk écht wordt samengewerkt, zo ver zijn we in Nederland nog niet. MESO is een prachtige toevoeging, met anderen samen is het nog mooier.”

Tenslotte staan we stil bij een heel persoonlijke zorg van Joëlle als het om haar toekomst gaat. Al geruime tijd wacht ze op een positief

antwoord op haar herregistratie als internist ouderengeneeskunde. Al het bewijsmateriaal is ingeleverd, onder de leden van de vereniging van internisten zijn veel collega's die bezweren dat dit niet mis kan en mag gaan, de stap die Joëlle zet past in alle maatschappelijke ontwikkelingen en de inzet van haar vakmanschap in de 1^e lijn doet zeker niet onder voor die in de 2^e lijn. Wij zijn het hardgrondig met haar eens. Dit mag niet misgaan, die herregistratie moet er komen!



“Samenwerking met een verpleegkundige is een essentieel en uitstekend onderdeel van MESO. Moeten we er écht in houden. Juist in die samenwerking en bredere scope naar de patiënt ligt de waarde van MESO-zorg”

Jos van de Water, specialist ouderengeneeskunde
MESO-team Tiel - 14 september 2022

Op 14 september 2022 spraken we uitgebreid met Jos van de Water, Specialist Ouderengeneeskunde (SO) in Tiel. Jos is inmiddels één jaar lid van het MESO-team in Tiel en we wilden graag met hem in gesprek over zijn 'kijk op de zaak'. Jos is een aimabele man, rustig in zijn doen en laten, overwogen in zijn uitingen. Iemand aan wie je graag het vertrouwen geeft als het om de zorg voor ouderen gaat.

Wat ons opviel was dat Jos in digitale uitwisselsessies tussen de MESO-praktijken, die binnen het MESO-project driewekelijks plaatsvinden, geregeld aangaf zich ook na een jaar nog steeds een beginnend MESO-arts te voelen. Reden voor ons om dat beter te willen begrijpen, zeker omdat Jos binnenkort – helaas – met pensioen gaat. Gaandeweg het gesprek wordt steeds duidelijker waarom Jos zo'n uitspraak doet en ook waarom het zo'n waardevolle uitspraak is.

De stap van de 2^e naar de 1^e lijn: een waardevolle stap

Jos begon zijn loopbaan als huisarts om vervolgens verpleeghuisarts te worden, een rol die sinds de jaren 90 wordt aangeduid als Specialist Ouderengeneeskunde. Al eerder vervulde Jos een consulterende rol bij diverse huisartsen, waar hij adviseerde en meedacht. Nu zo'n jaar geleden kreeg Jos de gelegenheid om zijn werkzaamheden in het verpleeghuis te combineren met een rol als MESO-dokter in Tiel. Concreet betekende dat opnieuw een stap naar buiten, naar de 1^e lijn. Een stap die vraagt om je eigen routines aan te passen, die vraagt om nieuwe vaardigheden in te zetten, die je bewuster maakt van de routines in het verpleeghuis en wat die betekenen voor patiënten, hun naasten maar ook voor jezelf. M.a.w. een stap die verandering teweeg brengt, zowel in de 1^e als in de 2^e lijn.

Spreken met Jos, is spreken in nuances in een cadans van wikken en wegen, van reflectie en zelfreflectie. Een manier van doen die grote waarde heeft voor het bieden van MESO-zorg. Zorg waarin de behoefte van de patiënt voorop staat. Waarin diens kwaliteit van leven voorrang krijgt boven behandeling van ziekten, protocollen

en systemen. De patiënt zien en daarbij de passende medische en sociale afwegingen maken is geen sinecure. Daar heb je tijd en aandacht voor nodig, dan moet je veel aspecten afwegen en dan moet je ook goed je eigen aannames en je eigen handelen willen onderzoeken.

Oude routines loslaten

We vragen Jos wat er dan zo anders is in het Verpleeghuis en in zijn werk in de 1^e lijn. Jos geeft aan dat hij door zijn werkzaamheden in de 1^e lijn zich realiseert dat in het verpleeghuis de routines vaster liggen. Dat patiënten, naasten en collega's meer geneigd zijn het beleid van de dokter te volgen, dat besluiten sneller tot stand komen en dat iedereen daarin eerder meegaat.

In MESO-zorg ziet Jos de patiënten en hun naaste(n) in de eigen vertrouwde thuisomgeving, die ze bovendien koesteren en niet graag los willen laten, zelfs als dat eigenlijk niet meer gaat. Afwegingsprocessen verlopen anders, vragen meer tijd, meer zorgvuldigheid en een beter 'afgestemd zijn op de patiënt en naaste(n)'.

In het verpleeghuis ga je sneller en neem je minder de échte behoefte van de patiënt waar. Je zoekt de oplossingen binnen de context van het verpleeghuis. Die routine is er niet in de 1^e lijn. Je moet niet alleen nieuwe dingen leren, je moet ook de oude routines en vanzelfsprekendheden loslaten. En dat confronteert je ook met jezelf.

Jos daarover: "Hoe doe ik dit, ben ik niet te sturend? Terwijl de familie of de patiënt niet zo ver is. Laatst adviseerde ik de familie: "Oriënteer je op het aanvragen van een Wlz-indicatie en op mogelijke verblijf-instellingen." Ik deed dat vanuit zorgzaamheid, om te voorkomen dat mensen op een plek terechtkomen waar ze niet kunnen aarden, zich niet fijn voelen. Ik zie namelijk de andere kant, hoe ongemakkelijk en moeizaam dat gaat, en welke levenskwaliteit ze dan inleveren. Ik had het gezegd en merkte meteen de terugtrekkende reactie bij de familie en dan denk ik: "Had ik dat maar niet gezegd, had even gewacht." De oudere in kwestie wilde thuis blijven, was net ziek geweest. Thuiszorg had aangegeven dat het allemaal maar moeizaam was

gegaan, maar het was gelukt thuis te blijven. Dat dreigde nu verstoord te worden en dan ben je de verbinding kwijt. Dit soort dingen zie je in het verpleeghuis niet op die manier. Als ik op zo'n casus terugkijk dan zie ik dat ik altijd compleet wil zijn. Ook in het verpleeghuis ben ik altijd wel bezig om ook andere behandelaren op te porren, actief te maken, te zoeken naar de samenhang. Die houding heb ik nog steeds, als dokter ben ik gewend dat de oplossing van mij moet komen, dat je zelf de oplossing zoekt. MESO-zorg vraagt iets anders van mij.”

Jos brengt nog een ander voorbeeld in dat illustreert hoe je werkend in de buitenwereld ook geconfronteerd wordt met de binnenwereld. “Een echtpaar werd aangemeld voor MESO-zorg. De man werd echter opgenomen in het ziekenhuis i.v.m. een val, de vrouw raakte thuis in paniek en werd ook tijdelijk opgenomen. Na thuiskomst is MESO-zorg weer opgepakt. Mevrouw vertelt haar beleving: zij heeft nauwelijks een arts of behandelaar gezien en behoudens wat oefenen met douchen en aan- en uitkleden en wat wandelen over de gangen is er weinig aandacht aan haar besteed. Verder moest zij dingen doen die volgens haar niet bijgedragen hebben aan een terugkeer naar huis. De afdelingsarts vertelt natuurlijk een ander verhaal. Echter de patiënt heeft blijkbaar niet geuit dat zij zich niet voorbereid voelde voor thuiskomst. Thuis uit zij wel haar grieven naar mij. We denken als artsen dat we het goed doen, maar we hebben toch te weinig zicht op het effect en resultaat, op de wensen en verwachtingen van de patiënt en diens omgeving. Je vult snel in dat het wel oké is.”

Werken in een duo met de verpleegkundige: een verrijking

Jos geeft meermaals aan het heel plezierig te vinden in een duo samen met een verpleegkundige te kunnen werken. Maar dat niet alleen, hij ervaart dagelijks de grote toegevoegde waarde daarvan.

Jos: “Samenwerking met een verpleegkundige is een essentieel en uitstekend onderdeel van MESO. Moeten we er écht in houden. Juist in die samenwerking en bredere scoop naar de patiënt ligt de waarde

van MESO-zorg. De verpleegkundige gaat iets makkelijker naast de patiënt staan om mee te denken. Dat vinden ze ook leuk. Zoals onlangs de verpleegkundige in een gezamenlijk contact met de patiënt opmerkte: “Ik merk dat u het lastig vindt dat het zo met u besproken is. Zal ik dat later een keer met u bespreken? Of zal ik het op een andere manier uitleggen?”. Op dat moment biedt zij dat extra beetje veiligheid. Het is waardevol dat je er als arts en verpleegkundige voor elkaar kunt zijn, soms heb je niet de juiste klik met een patiënt, dat heb je zelf niet altijd direct door. In de samenwerking neem je dat bij elkaar waar en vul je elkaar aan. Dat is een aspect, het andere is de bekendheid met het netwerk en de personen in dat netwerk. Denk aan: de thuiszorg, het sociaal domein of zoiets als de Zorgcentrale waar de verpleegkundige ook een deel van haar werkzaamheden doet. Door die kennis en contacten kun je beter aansluiten op de behoefte van de patiënt, processen die om snelheid vragen kun je dan beter en sneller afwikkelen. Ik vind het makkelijk, dat ik me daar minder sterk mee bezig hoeft te houden en dat over kan laten aan iemand die daar veel beter en verder in is, hoewel het me niet ontslaat van mijn verantwoordelijkheid om me ook daar actief in op te stellen. Zodat ik ook goede sparringpartner blijf voor hen. Maar dat vraagt tijd en aandacht, dus ook in die zin ben je niet zomaar een volleerd MESO-dokter.”

Zorgvuldig je inzet kunnen afwegen

In het MESO-project wordt in drie pilots, in Tiel, Zoetermeer en Rotterdam, onderzocht of MESO onder andere regionale omstandigheden, uitgevoerd door nieuwe MESO-teams vergelijkbare, mooie uitkomsten laat zien als in Velp in 2015 werd gemeten. Het team in Velp heeft natuurlijk in haar ontwikkeling nadien niet stilgestaan en in het project wisselen we op uiteenlopende manier kennis, ervaringen en inzichten tussen alle MESO-praktijken uit. Dat verrijkt naar alle kanten.

Jos zegt daarover het volgende: “Ik zie dat de artsen in Velp met veel zelfvertrouwen de nuances in hun aanpak kunnen verwoorden en het

is fijn daarvan te kunnen leren. We volgen in Tiel in principe de MESO-patiëntenreis, maar het is fijn te weten dat ook in Velp daarvan afgeweken wordt als je in aansluiting op de patiënt je doel beter via een andere weg kunt bereiken. Afwijken doe je natuurlijk afgewogen en in overleg met je collega.”

Jos geeft ook aan dat hij graag de ruimte zou willen hebben om niet alleen binnen het MESO-concept de afweging voor de meest adequate inzet te maken, maar dat veel meer in een continuüm zou willen kunnen doen. Jos: “Je zou naar een model kunnen waarin een geriatrie verpleegkundige (of SO?) een eerste inschatting maakt: enkelvoudig consult, bredere analyse, en kort en/of lang vervolg? Dat je niet met harde grenzen tussen de ene zorgdienst en de andere moet werken, maar je professionaliteit in kunt zetten om op maat passende zorg te bieden. De vraag is wel of dit past bij een sterk economisch gedreven model zoals de zorg dat nu is.”

De waarde van een MDO: gezamenlijk afwegen, verantwoordelijkheid delen

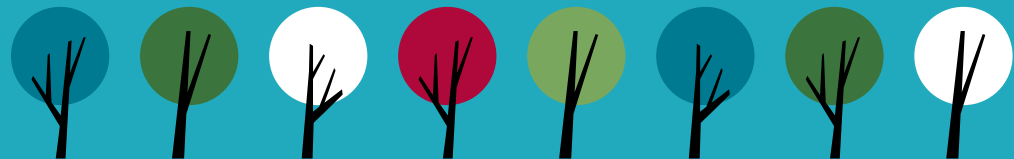
Een MESO-traject kent een gemiddelde duur van zo’n zes maanden. Het MESO-team werkt toe naar een nieuw evenwicht waarin alle betrokkenen op basis van inzicht, overzicht en enige mate van rust in de situatie, goed met elkaar verder kunnen. De huisarts kan zijn rol als hoofdbehandelaar ook weer goed invullen. Vroeg in het traject vindt er een MDO plaats waar iedereen die een rol vervult in de realisatie van het zorgbehandelplan aanschuift.

Jos zegt daarover het volgende: “In een goed MDO maak je echt samen de afspraken over wie wat wanneer doet. In de opstartfase moet je met elkaar leren dat anders te doen dan je gewend bent: een dokter die de regie pakt, die stuurt op inhoud en waarbij de anderen in een meer afwachterende rol zitten. Dat is niet des MESO’s. Bij MESO heb je iedereen nodig. Dat is niet makkelijk, de verandering bij jezelf en de anderen. Maar wel zinvol. Een voorbeeld: We hadden contact met een oudere heer. Hij was al een aantal keer gevallen en

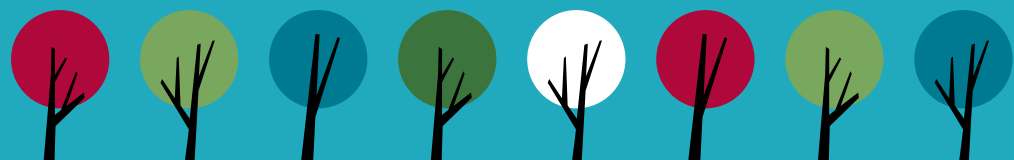
had de neiging inactief de dag in huis door te brengen. De mantelzorg (tevens cliëntvertegenwoordiger) was ook bij het MDO aanwezig. Samen met de thuiszorg en de ergotherapeut konden we de mantelzorg uitleggen waarom we bepaalde keuzes maakten (in ons advies en de aanpak van de thuiszorg en ergotherapeut) en de mantelzorg van dat belang overtuigen. De fysiotherapeut ontbrak jammer genoeg en dan merk je meteen dat dingen blijven liggen. Dat wil je niet.

Aanwezigheid van meerdere partijen maakt dat je makkelijker kunt afstemmen en makkelijker tot gemeenschappelijk doelen kunt komen. Dat je samen de energie voelt: ‘dit gaan we regelen’, je bouwt een teamgevoel. Juist dat draagt bij aan je werkplezier.”

Tenslotte staan we stil bij de waarde van het kunnen aansluiten van een paramedicus, die niet behandelt maar wel zijn/haar expertise in kan brengen in het MDO. Soms kan behandelen te veel zijn voor de patiënt, denk aan én fysio én ergo én een diëtiste. Zij kunnen niettemin wel een belangrijke rol in het maken van goede afwegingen inbrengen. Jos: “Eens, maar dat geldt overigens ook voor een psycholoog. We kijken vaak uit naar (schaarse) casemanagers, maar niet altijd ligt dementie aan het gedrag ten grondslag. Dan zou betrokkenheid zonder behandelrelatie echt toevoegen, om bijvoorbeeld benaderingsadvies te geven aan thuiszorg bij bijvoorbeeld een oudere met autistische persoonlijkheidstrekken.”



De interviewers geportretteerd



Ien van Doormalen en Petra Nas, landelijk
projectleiders Stichting MESO - 26 april 2023

De gesprekken met alle MESO-mensen in deze bundel zijn gevoerd door Petra Nas, specialist ouderengeneeskunde en als inhoudelijk projectleider betrokken bij het MESO-project en Ien van Doormalen, strategisch veranderkundige en als algemeen projectleider aan het project verbonden.

Zoals de SO en de verpleegkundige in MESO-zorg een duo vormen, zo zijn Petra en Ien dat ook. In het samenbrengen van hun specifieke kennis en kunde, ervaringen en persoonlijkheden, zo is dat ook hier het geval.

In dit portret kijken ze kort samen terug op deze samenwerking en schetsen zij elk een beeld van de ander.

Petra en Ien: “In achterliggende drie jaar hebben we intensief samengewerkt. Een mooi moment om stil te staan wat de werkzame elementen in onze samenwerking en ons beider invulling van het projectleiderschap. Hoe kijken we terug op de samenwerking, wat vinden we mooie, eigenaardige, lastige of bijzondere kanten van de ander.

We kregen vaak ongevraagd feedback op onze samenwerking: “Jullie zijn een mooi koppel” en eerlijk gezegd vinden we dat zelf ook. Beiden zijn we ervan overtuigd dat de projectresultaten niet door ieder van ons afzonderlijk behaald hadden kunnen worden. We hadden elkaar nodig, konden van elkaar leren, inspireerden elkaar en zaten elkaar bij tijd en wijle ook lekker in de weg. Graag maken we jullie deelgenoot van onze gedachten en inzichten.”

Wie is Petra Nas in de ogen van Ien

Petra Nas, midden 30, opgeleid tot Specialist Ouderengeneeskunde en in MESO-tijd moeder geworden van een mooi, levenslustig ventje. Petra is in mijn ogen in een aantal opzichten bijzonder begaafd: slim en snel in denken en doen, ziet zowel de hoofdlijnen als de details van een vraagstuk, is perfectionistisch en geeft niet gauw op. Ze heeft als geneeskunde student en arts in opleiding in voorgaande jaren veel praktijkervaring opgedaan. Ze koos in 2020 om definitief de switch te gaan maken naar ‘organisatie en beleid van zorg’ en staat in die zin aan een relatief begin van dit werkdomein. Het MESO-project heeft haar in korte tijd doen kennismaken met alle facetten van projectmatig werken met opgaven zowel op strategisch, tactisch als uitvoerend niveau in een complex krachtenveld. Kortom een geweldige ervaring en een mooie stap in haar loopbaan.

Ik vermoed dat Petra zal aangeven dat ze beter ziet wat haar sterke kanten zijn en waar haar valkuilen liggen. Ik denk ook dat ze beter zicht gekregen heeft op de inhoud van een baan op het terrein van ‘organisatie en beleid’ en dat ze beter weet welke aspecten ze daar leuk aan vindt en welke minder.

Haar relativeringsvermogen is toegenomen, ze is enerzijds de betrekkelijkheid gaan zien van afvinklijstjes en anderzijds is zij bevestigd in de waarde daarvan. Ook heeft zij ervaren dat ogenschijnlijke inefficiëntie soms bijzonder efficiënt en vooral ook effectief kan zijn.

Petra zoekt hoe dan ook naar concrete antwoorden op complexe vragen en wordt ongeduldig als die te lang uitblijven.

Wie is Ien in de ogen van Petra

“Ien van Doormalen, strategisch veranderkundige met een eigen organisatie adviesbureau. Hiervoor 10 jaar bestuurder in het sociaal domein, en mijn carrière begonnen in het tweede kans onderwijs. Ik kende de zorg als samenwerkingspartner vanuit het sociaal domein, maar niet van binnen uit.” Zo stelde Ien zich lange tijd voor aan gesprekspartners in het MESO-project. Dat laatste kan ze inmiddels echt weglaten, vind ik. Razendsnel vond ze haar weg in deze tak, door te doen waar ze goed in is. Luisteren, de juiste vragen stellen, niet bang zijn om uitspraken te doen, altijd open voor feedback en op zoek naar de juiste – gezamenlijke – route. Het MESO-concept sprak haar aan, toen ze gevraagd werd projectleider te worden. Het belang van samenwerking, zeker ook over de domeinen heen, zag ze ook in haar eerdere werkgebieden. Dit doen vanuit gelijkwaardigheid, oprechte interesse en verbinding, met als doel het kunnen bieden van passende zorg aan kwetsbaarste oudere ligt haar na aan het hart. Ik zie dat Ien haar leven zelf ook bewust, duurzaam, vanuit sterke overtuiging, en met het oog op een toekomst leeft.

Volzinnen die zo’n 3 regels beslaan, vol van tussenzinnen en leestekens, zijn Ien niet vreemd. Het begin, het eind, de doelen en beoogde resultaten, de samenhang der dingen, alles komt op papier. Hoewel ‘e.e.a. concretiseren’ niet haar sterkste kant is, is Ien messcherp in het vatten van de kern. Zowel op papier als in gesprek. Daarmee geeft ze haar gesprekspartners vaak een interessante spiegel om in te kijken, en helpt ze hen reflecteren en groeien.



Dank!

Niet iedereen die in de periode 2020-2023 bij MESO-zorg betrokken was, is in deze bundel geportretteerd. Graag wilden we vooral de uitvoerende professionals aan het woord laten. Natuurlijk danken we ook alle anderen voor hun bijdrage aan het MESO-project.

Esther Barenbrug	Jantien Altena	Linda Versteeg
Wendy Janssen	Ada Klijs	Vanessa Boon
Emma Popa	Pieter van Winkelen	Nikola Metzger
Paul van der Lee	Jos van Berkel	Iris van der Ven
Rita Kiggen	Joke Wold	Wil Oosterom
Agda van Dijk	Rosalien Arkesteijn	Harma Murman
Ellen Niessing	René Baljon	Anneke Wisse
Freya Angenent	Wilma Doove	Laura Dammeijer
Herma Barnhoorn	Ward Mariman	Harry van den Hoeven
André Groot Bluemink	Stefan van Luik	Piet van Meijeren
Aline Pikaar	Janet Reuvekamp	Diana Groot Zwaaftink
Lieke de Gelder-Heinemans		

Colofon

Teksten & redactie
Ien van Doormalen & Petra Nas

Grafisch ontwerp
Coert de Boe

Drukwerk
Drukwerkdeal



Nawoord Ester Bertholet

De oprichting van stichting MESO was voor mij een verademing na vele jaren alleen met mijn collega's uit Velp te hebben gebuffeld voor de borging van de POGB-werkwijze. Het voelde op de eerste plaats erg fijn dat een grote groep collega's deze werkwijze wilde omarmen om daarmee ouderen zo goed mogelijk te ondersteunen thuis. En het was heel helpend dat jullie steeds weer bereid waren om kritisch te kijken naar alle onderdelen van MESO-zorg. Wat nemen we mee en wat is toch minder belangrijk?

Daarnaast was het heel prettig om samen te werken met uitstekende bestuursleden en de kanjers van projectleiders Ien en Petra. Wat een boel kennis en kunde om te kunnen inzetten!

Een van de grote klussen die we te doen hadden, was natuurlijk het onderzoek. Het was voor mij persoonlijk behoorlijk spannend om het onderzoek uit 2013-2015 te herhalen. In die eerste tijd hadden Herma Barnhoorn en ik alles zelf gedaan; van het opstellen van de vragenlijsten, het tellen van de antwoorden tot het schrijven van het artikel in Bijblijven. Zouden we geen steken in het onderzoek hebben laten vallen indertijd en vooral; zou het echt mogelijk zijn om op andere plekken dan in Velp zulke mooie resultaten te laten zien?

Jullie weten het antwoord al; het onderzoek bleek inderdaad herhaalbaar met meer dan fantastische resultaten! Natuurlijk hebben Significant, Ien en Petra hier een geweldige klus in geklaard. Maar zonder alle dataverzameling van de teams zelf, waren er nooit resultaten geweest. Ik ben jullie allemaal erg dankbaar dat jullie naast alle opstartperikelen en naast de altijd drukke patiëntenzorg deze extra inspanning hebben willen doen!

En weer zijn we een stapje dichterbij de structurele borging van MESO-zorg, zoals de werkwijze van de POGB is gaan heten. We zijn supergoed bezig en ik heb er alle vertrouwen in dat het gaat lukken om deze zorg een vaste plek in het zorglandschap te geven binnen 'niet al te lange' tijd. Herma en ik roeiden samen jarenlang in vaak woeste zee, maar onvermoeibaar en koppig richting de horizon, stichting MESO heeft nu eindelijk land in zicht!

Ester Bertholet
Grondlegger MESO-zorg



