

Het is niet al [G]OUD wat er blinkt

In de regio Maastricht heeft de pilot [G]OUD plaatsgevonden om invulling te geven aan innovatie voor kwetsbare ouderen. Tegelijkertijd is er een promotieonderzoek uitgevoerd naar de effecten van [G]OUD op kwaliteit van leven, zelfredzaamheid en patiënttevredenheid. De ogenschijnlijk tegenvallende uitkomsten wakkeren de discussie aan op welke terreinen en op welk termijn er voor de eerste lijn winst valt te behalen bij de zorg voor kwetsbare ouderen.

De afgelopen jaren is er veel geëxperimenteerd in de zorg voor oudere patiënten in een kwetsbare positie. Het door ZonMw geïnitieerde Nationaal Programma Ouderen (NPO) heeft een prikkelende werking gehad om verschillende zorginnovaties van de grond te tillen. Ook de ontwikkeling van de zorggroepen en de manier waarop zij chronische zorg in ketenverband organiseren, heeft gestimuleerd om ouderenzorg (regionaal) op te pakken.

In TP1, de eerste toegekende transitietranche van NPO, is in de regio Maastricht, Heuvelland en Parkstad invulling gegeven aan innovatie voor ouderen in een kwetsbare positie via het zogenaamde [G]OUD-project (Gezond Oud). Dit betrof een gezamenlijk initiatief van het Huis voor de Zorg, GGD Zuid-Limburg, gemeente Maastricht en zorggroepen HOZL en ZIO.

Na afloop van de pilotfase heeft ZIO met behulp van VGZ deze zorgvorm regiobreed kunnen implementeren. In de regio Parkstad was er geen steun vanuit de financier en heeft [G]OUD geen gefinancierde voortzetting gekregen.

In dezelfde periode is, in het kader van NPO, door drs. Mandy Stijnen (promovendus Universiteit Maastricht) een studie uitgevoerd naar de effecten van [G]OUD in termen van kwaliteit van leven, zelfredzaamheid en patiënttevredenheid. De uitkomsten van deze promotiestudie, de ervaringen uit de pilot en de ervaring in de huidige implemen-

tatie roepen vragen op. Werkt gestructureerde ouderenzorg geëntameerd vanuit de huisartsenpraktijk? Werkt het op deze manier? Op welke domeinen kan er wel of geen winst worden geboekt? Deze ervaringen en conclusies zijn wellicht bruikbaar voor beleidsmakers, financiers of andere zorgverleners in de opzet van gestructureerde zorg voor oudere patiënten in een kwetsbare positie.

Kanttekeningen bij uitkomsten

Het ligt voor de hand de wetenschappelijke uitkomsten als leidraad te nemen om de successen of het ontbreken hiervan te onderbouwen. En juist hier wringt de schoen. De wetenschappelijke uitkomsten van [G]OUD zijn niet positief; op vrijwel elke maat die genomen is, toont de interventiegroep (de patiënten die via [G]OUD in kaart zijn gebracht) versus de patiënten die ge-

Wat houdt project [G]OUD in

De huisarts selecteert patiënten op basis van een "niet-pluis"-gevoel. Door middel van het [G]OUD-instrument wordt het lichamelijke, geestelijke en maatschappelijk functioneren van de patiënten in kaart gebracht. Dit instrument is gebaseerd op TRAZAG, dat oorspronkelijk in de regio werd ontwikkeld. Na deze eerste fase van in kaart brengen, besluiten huisarts en praktijkondersteuner in hoeverre de bevindingen aanleiding geven om een multidisciplinair behandelplan vorm te geven en multidisciplinaire zorg en case-management in te zetten, of in hoeverre de patiënt alleen maar gevolgd hoeft te worden. Kwetsbaarheid is niet altijd een reden om tot interventie te komen.

De huisarts kan in deze tweede fase gebruikmaken van een geriatrieteam dat desgewenst adviseert over de diagnose, het behandelplan, et cetera. Dit team bestaat uit een geriatr, specialist ouderengeneeskunde en gespecialiseerde verpleegkundige. In de uitvoering van het behandelplan hebben de praktijkondersteuner en de wijkverpleegkundige, naast de apotheker en de huisarts een centrale plaats.



bruikelijke zorg ontvingen, nauwelijks tot geen verschil. Deze bevindingen komen overeen met een eerdere studie naar het project “Zorg uit voorzorg” in de Westelijke Mijnstreek. Ook uit andere NPO-evaluaties komen soortgelijke bevindingen voort.

Vanuit een kritische blik bezien zou men kunnen concluderen dat deze manier van ouderenzorg dus niet lijkt te werken. Er zijn verzekeraars die deze conclusie al hebben getrokken en zorg voor ouderen in een kwetsbare positie niet in ketenverband vergoeden en alleen de inspanning van de huisarts hierin financieren.

Toch is het de vraag of deze wetenschappelijke uitkomsten op deze manier moeten worden geïnterpreteerd. Er is een aantal kanttekeningen te maken bij de wetenschappelijke evaluatie. Deze willen we in drie invalshoeken benoemen, namelijk de gekozen maten (meetinstrumenten), de tijdsduur van de meting, en het moment van meten.

1 Gekozen maten

Maten als kwaliteit van leven, mate van zelfredzaamheid zijn gegevens die niet makkelijk te meten zijn. Het is de vraag hoe gevoelig deze maten zijn voor verandering. Maar het belangrijkste is of deze de effecten van de zorginterventie voldoende in kaart kunnen brengen.

2 Tijdsduur

Een promotiestudie heeft altijd een beperkte periode voor metingen. In de praktijk is een meetperiode van anderhalf jaar de feitelijke tijdspanne en het is de vraag of bij deze complexe groep patiënten deze periode lang genoeg is



Zorg voor ouderen in een kwetsbare positie voert verder dan huisartsenzorg. Hiervoor is een volledig netwerk nodig. (Foto: Thinkstock)

om een verschil te kunnen meten.

In het nog te publiceren artikel van drs. Mandy Stijnen wordt uitgebreid stilgestaan bij deze en andere methodologische kanttekeningen en het gevolg hiervan voor de gevonden resultaten.

3 Het moment van meten

Het moment van meten is naar onze mening een zeer wezenlijk punt van debat. Op het moment dat een praktijk start met gestructureerde ouderenzorg, moet een aantal zaken worden geregeld. In het voorbeeld van het ZIO moet er formatie praktijkondersteuner zijn om deze taak op te kunnen pakken. Vaak betekent dit een uitbreiding van de formatie of zelfs nieuwe werving. Het is noodzakelijk om de praktijkondersteuner te scholen op inhoud en ICT. Er moet een samenwerking met de wijkverpleging worden opgepakt of

worden geïntensiveerd. Het is nodig om de polyfarmacie met de apotheker vorm te geven. De bekendheid van het geriatrieteam moet landen in de praktijkvoering. Daarnaast is het van belang dat de ICT gereed wordt gemaakt.

Kortom, een hoop zaken om te regelen. Door onze ervaring met andere zorgketens weten we dat hier flink wat tijd overheen gaat voordat een praktijk dit vloeiend heeft lopen. In het geval van ouderenzorg is dit nog complexer, omdat het nodig is om een regionaal en lokaal netwerk te vormen met allerlei andere zorgverleners. Dit netwerk kost nog meer tijd. Een veelgehoorde uiting van huisartsen rondom de ervaringen met ouderenzorg en [G]JOUR was dat zij de somatische en ggz-inzichten op waarde schatten, maar het moeilijk vonden een zorgbehandelplan op te stellen en interventies te starten indien bijvoor-



beeld eenzaamheid werd gesignaleerd. Immers, wat kan je als huisarts hier aan doen?

Nou, heel veel, als je een goed netwerk met gemeentelijke instanties, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werk, mantelzorgers enzovoort hebt opgebouwd. En dat vergt tijd.

Wij hebben de stellige indruk dat de metingen in het eerste jaar dat een praktijk [G]OUD toepaste, daarom ook niet zo afwijkt van *care as usual*.

De medische kant inzichtelijk krijgen lukt een huisarts ook zo wel, maar juist de problemen die kwaliteit van leven van ouderen zo enorm beïnvloeden, zoals eenzaamheid en andere sociale problematiek, waren nu juist zaken die een startende praktijk nog onvoldoende kon aanpakken, omdat het wijknetwerk nog moest worden opgebouwd. Met als gevolg geen meetbare verschillen.

Conclusies

Als we de resultaten zien van de [G]OUD-metingen bij deze populatie, dan zien we een overweldigende problematiek. Bijna twintig procent depressie, vijftig procent polyfarmacie, 25 procent eenzaamheid, meer dan dertig procent valrisico. Een populatie die alle aanleiding geeft om gestructureerde zorg te leveren en op zoek te gaan naar slimme interventies. De rol van de huisarts is daarin van onschatbare waarde omdat de huisarts op een betrouwbare manier een veilige toegang tot deze doelgroep kan bieden.

Het gaat om een aanpak die veel verder voert dan de zorg van de huisarts. Zorg die in een team, een netwerk, tot stand moet komen. De huidige gemeentelijke decentralisaties, aandacht voor het sociale netwerk van mensen, de vorming

maakt de vorming van dit noodzakelijke netwerk zeer lastig. Ook het uitblijven van positieve evaluaties, gemeten in de startfase, leveren dus geen incentive om op de ingeslagen weg door te blijven gaan. Netwerkvorming vergt veel tijd. Wellicht begint met de gemeentelijke vorming van wijkteams nu pas de tijd rijp te worden voor de echte implementatie van ouderenzorg.

Wij hopen van harte dat financiers deze ontwikkeling ook een kans geven. De oudere patiënt verdient deze kans in elk geval zeker. <<

Dr. G.J.C. Schulp, medisch directeur ZIO

Dr. A.M.P.M. Bovens, directeur Publieke

Gezondheid GGD Zuid Limburg

Dr. J. Maes, directeur Huis voor de Zorg Limburg

Wat kan een huisarts aan eenzaamheid doen?

Heel veel, als deze de tijd heeft gehad om een goed netwerk op te bouwen

van wijkteams, het zijn in deze zeer wenselijke ontwikkelingen. Deze netwerkvorming vergt samenwerking op persoonsniveau (huisarts, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker, specialist ouderengeneeskunde, enzovoort), maar óók samenwerking op instellingsniveau (huisartsen, gemeente, thuiszorg, enzovoort). Financiering op praktijkniveau, en niet op netwerkniveau,