

In gesprek met ouderen en mantel

Op verschillende plaatsen in het land slaan partijen de handen ineen om samen te komen tot goede zorg en begeleiding voor kwetsbare ouderen. In deze samenwerkingsverbanden speelt de huisartsenpraktijk doorgaans een grote rol, daarnaast zijn andere eerstelijnszorgaanbieders, gemeenten én kwetsbare ouderen zelf betrokken. In *De Eerstelijns* nummer 2 schetsten we de ontwikkelingen en deelden al twee regio's hun ervaringen. Deze maand aandacht voor projecten in Oost-Groningen en Zuid-Holland.



Anita Tijmsa

Integraal ouderenzorgproject SamenOud, Anita Tijmsa (directeur Zorggroep Meander, onderdeel Espria) en Jenine Bijker (projectleider)

“De oudere brengt zelf in kaart hoe hij ervoor staat en wat zijn wensen in het leven zijn”

“Oost-Groningen, waarin wij actief zijn, is een gebied dat vergrijsd en ontgroent en waar verhoudingsgewijs veel mensen met een lage sociaal-economische status en met leefstijlgerelateerde aandoeningen wonen. Bijna tien jaar geleden hebben we een consultatiebureau voor ouderen opgezet om een actieve rol te spelen in preventie. Het was succesvol en er was ook onderzoek aan gekoppeld, maar het was aanbodgestuurd en trok vooral leefstijlbewuste ouderen. Samen met de huisartsenpraktijken hebben we daarom gezocht naar verbetering door te werken op basis van casefinding. Dit is opgezet met gebruikmaking van de kennis van de huisarts, wijkverpleegkundige en specialist ouderengeneeskunde en ook samen met UMC Groningen en zorgverzekeraar Menzis, vanwege de gewenste koppeling met onderzoek en gerichte interventies. De kern was: verhoging van kwaliteit van leven en kostenreductie, het leefplezier staat voorop en het medische is een afgeleide. De proef was succesvol in die zin dat de betrokken patiënten een betere kwaliteit van leven kregen, maar casefinding bleek problematisch. We kwamen te laat bij heel kwetsbare ouderen, dus zochten voor het vervolg naar een model waarin we meer preventief en proactief konden werken.”

Robuust, kwetsbaar of complex

“De aanvankelijk betrokken huisarts was enthousiast en wilde een lans breken om de andere huisartsen in de regio te betrekken. Dat lukte en in samenwerking zijn we tot het integraal ouderenzorgconcept SamenOud gekomen. De basis hiervoor is het vermoeden van kwetsbaarheid vanuit de huisartsenpraktijk. De oudere brengt zelf in kaart hoe hij ervoor staat en wat zijn wensen in het leven zijn. De uitgangspunten zijn kwetsbaarheid, zorgintensiteit en de aspecten van welbevinden die de oudere zelf belangrijk vindt. Op basis hiervan komen we tot drie groepen: robuuste, kwetsbare en complexe ouderen. De eerste groep krijgt een zelfmanagementprogramma aangeboden, de tweede en derde krijgen een casemanager – een ouderenadviseur of wijkverpleegkundige – toegewezen. We zijn primair gericht op de vraag wat bijdraagt om de prettige dingen in het leven mogelijk te maken. Vanuit een concept zorgplan met aandacht voor historie, complexiteit en geneesmiddelengebruik, bekijken we welke doelen reëel zijn. Het gaat erom dat de oudere zelf vindt dat het doel gerealiseerd wordt en dat de ervaren gezondheid verbetert. Desgewenst kunnen ouderen valpreventie krijgen en als hun kwetsbaarheid toeneemt kunnen ze

zorgers



Zowel in Groningen als in Zuid-Holland staan leefplezier en dagelijks functioneren centraal.

contact houden met hun casemanager. Het gaat minder om de vraag wat medisch aan de hand is dan om wat nog belangrijk is voor mensen. Dat leidt tot andere interventies. Meer gericht op dagbesteding en leefplezier dan op het met zorg of behandeling oplossen van het probleem.”

Onderzoek

“Het onderzoek past in het Nationaal Programma Ouderenzorg. Met als uitgangspunten levenskwaliteit en kostenreductie lopen nu twee promotieonderzoeken op basis van longitudinaal onderzoek. De data van het eerste jaar wijzen op een toegenomen ervaren levenskwaliteit bij gelijkblijvende kosten,

inclusief de kosten voor interventies. Inmiddels is de werkwijze opgepakt in Drenthe, waar sneller stappen worden gezet dan in de pioniersfase in de Groningse regio mogelijk was. De Groningse groep en het UMC Groningen zijn hierbij betrokken. Er is gezorgd voor kennisontwikkeling onder alle betrokken professionals, zodat ze op basis van dezelfde methodiek werken en de promotieonderzoeken kunnen voeden met relevante data. Het enthousiasme van de huisartsen voor de gekozen aanpak is groot. Het besef is er dat de groep kwetsbare ouderen groeit en dat het dus noodzakelijk is om als zorgaanbieders gezamenlijk een oplossing te bieden.”



Jenine Bijker

“In het adviesconsult bekijkt de specialist ouderengeneeskunde met welke vragen huisarts en oudere kampen”

“ZEL werkt met de geriatrienetwerken Nieuwe Waterweg Noord en Delft Westland Oostland samen aan de ontwikkeling van persoonsgerichte zorg voor kwetsbare ouderen. In de handreiking ‘Persoonsgerichte zorg voor kwetsbare ouderen in DWO en NWN’ is de samenwerking tussen huisartsenzorg, specialistische zorg, wijkverpleging en partners in het sociale domein beschreven. ZEL heeft met middelen vanuit het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) en zorgverzekeraar DSW een implementatietraject kunnen inrichten voor samenwerkingsverbanden die de zorg voor thuiswonende, kwetsbare ouderen willen verbeteren. In dit kader is het eerstelijnsadviesconsult ouderengeneeskunde voor de regio Nieuwe Waterweg Noord verder uitgewerkt in concrete samenwerkingsafspraken met de VVT-instellingen Frankelandgoep, Zonnehuisgroep Vlaardingen, Argos Zorggroep en ZEL.”

Het gesprek aangaan

“We zien dat de complexiteit van de zorgvragen van ouderen in de thuissituatie toeneemt en dat de huisartsen hierop onvoldoende ingespeeld zijn. Ze hebben nog te weinig ervaring met deze specifieke doelgroep. Gelukkig bestonden er al contacten met de specialisten ouderengeneeskunde in de regio en ook elders in het land werd ervaring opgedaan met meekijkconsulten. De specialist ouderengeneeskunde heeft specifieke ervaring met complexe zorgvragen en met gedragsproblemen binnen het domein van de psychogeriatric. Kennis die de eerste-

lijnszorgprofessionals goed van pas komt nu deze mensen langer in de thuissituatie blijven en we vaker zien dat mantelzorgers en verzorgenden tegen problemen aanlopen. De huisarts is erg gericht op diagnosestellen en handelen, maar bij deze groep mensen gaat het er juist om meer te kijken naar het dagelijks functioneren en wat daarvoor nodig is. Dus moet je het gesprek aan met de oudere en diens mantelzorger over wat nodig is om gewenste doelen te bereiken. Dat zijn gesprekken die een andere manier van kijken vragen én die tijd vergen.”

Rol specialist ouderengeneeskunde

“In het adviesconsult bekijkt de specialist ouderengeneeskunde met welke vragen de huisarts en de oudere kampen. Vaak is het advies telefonisch, maar als meer inventarisatie nodig is gaat de specialist ouderengeneeskunde in gesprek met de oudere en de mantelzorger. Op basis daarvan vindt terugkoppeling naar de huisarts plaats. Als sprake is van polyfarmacie, kan naast de openbaar apotheker ook de specialist ouderengeneeskunde betrokken worden bij de medicatiebewaking. De meerwaarde hiervan is dat hij de geneesmiddelenconsumptie van ouderen niet alleen vanuit de farmacotherapie belicht, maar ook vanuit de kwaliteit van leven. Verder kan hij worden ingezet om een bijdrage te leveren aan multidisciplinair overleg, bijvoorbeeld als het in de thuissituatie dreigt vast te lopen. Dan komen alle partijen aan tafel: het team van de huisartsenpraktijk, de thuiszorg, de

mantelzorgers, de wijkverpleegkundige en de specialist ouderengeneeskunde. Dat is de meest effectieve manier om een crisis te voorkomen en de thuissituatie zo snel mogelijk te optimaliseren. De aanwezigheid van de wijkverpleegkundige hierbij is essentieel, want die weet precies hoe de oudere in de thuissituatie functioneert en heeft vaak ook een goede relatie met de mantelzorgers. De specialist ouderengeneeskunde vormt in dit overleg een goede aanvulling, omdat deze niet alleen gefocust is op zorg in het dagelijks functioneren maar ook op gedrags- en gezondheidsproblemen in relatie tot complexe zorgvragen, multimorbiditeit en algehele achteruitgang. Deze aanpak werkt goed, iedereen ziet de meerwaarde ervan in.”

Financiering

“Voor de financiering van de inzet van de specialist ouderengeneeskunde is door de Nederlandse Zorgautoriteit wel een tarief in het leven geroepen, maar we merken helaas dat financiering van het adviesconsult toch nog een knelpunt is. Dat is frustrerend, want het is een sprekend voorbeeld van versterking van de eerste lijn in overeenstemming met het kabinetsbeleid. In onze situatie hebben de verpleeghuizen het consult het afgelopen jaar zelf gefinancierd. Op lokaal niveau lukte het in 2015 nog niet om dit op te lossen met de zorgverzekeraars. Momenteel zijn zorgverzekeraars, VWS en beroepsorganisaties in gesprek over financieringsafspraken. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft tarieven vastgesteld, maar vooralsnog ontbreekt een betaaltitel voor het eerstelijnsadviesconsult SO. Mochten deze financieringsafspraken niet rondkomen, dan moeten we op het moment dat de thuissituatie dreigt vast te lopen mensen doorverwijzen naar het ziekenhuis, terwijl alles wat we in de eerste lijn kunnen oplossen in ieders voordeel is.” <<

Tekst: Frank van Wijck

Grote foto: Thinkstock

Foto Anita Tijsma: Marcel de Jong

Foto Else van Krieken: Debra Brouwn



Else van Krieken