

Geriatric Cirkel Haarlemmermeer.

Goede zorg voor kwetsbare ouderen: samenwerken loont

Inleiding

Recent zijn twee belangrijke rapporten verschenen die gaan over ouderenzorg en kwetsbare ouderen. Het KNMG-standpunt 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' is recent uitgebracht, evenals het rapport van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV): 'Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis. Handreiking, samenhangende zorg in de eerste lijn'. Eerder, in 2007, publiceerde het NHG het standpunt 'Huisartsgeneeskunde voor ouderen', met als ondertitel 'Er komt steeds meer bij...'

De uitgangspunten van genoemde rapporten worden in de praktijk gebracht in de Geriatric Cirkel Haarlemmermeer: een cirkel van huisarts, praktijkverpleegkundige, specialist ouderenzorg en geriater rond ouderen.

In het standpunt van de LHV wordt gesteld dat de regie voor de zorg voor kwetsbare ouderen ligt bij de huisarts. Om goede zorg te kunnen leveren voor deze groep patiënten moeten afspraken worden gemaakt tussen eerste en tweede lijn over toegankelijkheid, inhoud van zorg, samenwerking en communicatie. Samen zijn de partners verantwoordelijk voor samenhangende zorg en daartoe is samenwerken in een multidisciplinair team nodig.

Mw. J. van der Dussen is kaderhuisarts Rijsenhout; mw. A.M. Lagaay werkt als internist-geriater in het SZ; mw. M. Veldhuijzen van Zanten en mw. M. Heems werken bieden als specialist ouderengeneeskunde in verpleeghuis Bornholm te Hoofddorp. Contact via e-mail: alagaay@spaarneziekenhuis.nl.



Het KNMG-rapport bevat aanbevelingen ter verbetering van de zorg voor ouderen, opgesplitst naar de thuissituatie en het verzorgingshuis (eerste lijn) en de medische zorg in het ziekenhuis (tweede lijn).

Eerste lijn

Voor de behandeling van kwetsbare ouderen verdient een proactieve houding de voorkeur boven de, in de huisartsenzorg meestal gehanteerde, vraaggerichte werkwijze. De in het KNMG-rapport voorgestelde proactieve werkwijze bestaat voor de huisarts uit:

- *casefinding* op kwetsbaarheid;
- maken van een multidomein-probleemanalyse;
- periodieke screening op polyfarmacie;
- zo nodig opstellen van een zorgbehandelplan;
- zo nodig instellen van professionele trajectbegeleiding.

Het rapport beveelt ook aan dat de specialist ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts) op veel grotere schaal bij de aanpak wordt betrokken, als consulent van de huisarts in de thuis-situatie en in het verzorgingshuis, als medebehandelaar of als hoofdbehandelaar. Patiënten die in een verzorgingshuis wonen, wordt gevraagd eenmalig van huisarts te wisselen om zo het aantal betrokken huisartsen per verzorgingshuis te beperken.

In het ziekenhuis

In het ziekenhuis levert versnippering van de medisch-specialistische zorg voor kwetsbare ouderen, die immers per definitie klachten hebben op meer dan één gebied, problemen op. Het is belangrijk dat coördinatie tussen eerste en tweede lijn, maar ook tussen de verschillende specialismen binnen het ziekenhuis wordt ontwikkeld, en een domein-overstijgende manier van werken. De werkwijze van de diverse specialismen was tot nu toe vooral aandoeninggericht. Voor kwetsbare ouderen is het ingewikkeld om voor iedere aandoening aparte specialisten te bezoeken die ieder hun eigen behandeling en adviezen verschaffen. Het gaat voor deze ouderen vooral om het behoud van zelfstandig functioneren. Ook hier is multidisciplinaire samenwerking geboden.

De aanbevelingen van het KNMG-rapport voor het ziekenhuis zijn:

- Het medisch beleid in het ziekenhuis afstemmen op het bestaande beleid in de eerste lijn.
- Integrale diagnostiek en behandeling voor kwetsbare ouderen.

- Alle ouderen vanaf 65 jaar bij opname screenen op kwetsbaarheid.
- Na de acute fase, behandeling door een specialist met geriatische competenties die (be)handelt vanuit een integrale visie op gezondheid en behoud van functie.
- Instellen van een geriatisch team.
- Realiseren van een 'senior friendly hospital'.
- Het ontslag goed plannen, zorg dragen voor goede aansluiting met de eerste lijn en voorzetten van het beleid na ontslag.
- Zo nodig zorgen voor geriatische revalidatie na ontslag.

De transfer van het ziekenhuis naar de thuissituatie vergt goede communicatie en afstemming. Bij de geriatische revalidatie na ontslag uit het ziekenhuis is een belangrijke rol weggelegd voor de specialist ouderengeneeskunde.

Project 'ouderenzorg nieuwe stijl' Nieuw Vennep/Rijsenhout.

In de huisartspraktijk in Rijsenhout heeft kaderhuisarts ouderengeneeskunde Jacobine van der Dussen een project opgezet om de kwetsbare ouderen in haar praktijk op te sporen. Zij noemt dit 'regie over de ouderenzorg door 'verlengde-arm-constructie'. Zij anticipeert hiermee op de toename van het aantal ouderen in de praktijk. Zo nam van 2004 tot 2007 het aantal 65-plussers in de praktijk toe van 560 naar 634. De praktijk heeft 4200 patiënten en wordt bemand door twee huisartsen. Ook wil zij inspelen op de toegenomen complexiteit van zorg in de groep kwetsbare ouderen. Een speciaal opgeleide praktijkverpleegkundige signaleert problematiek met behulp van een geprotocolleerde vragenlijst, de GFI, de *Groningen Frailty Indicator*. De praktijkverpleegkundige bezocht alle ouderen van 75 jaar en ouder en nam deze screeningslijst af. Deze populatie werd aangevuld met alle ouderen tussen 65 en 75 jaar die bij de huisarts reeds bekend waren met multimorbiditeit.

In totaal leverde de screening 197 mensen op met de volgende problemen:

Op dit moment zijn er ongeveer 1 miljoen ouderen met multimorbiditeit. De Gezondheidsraad verwacht dat dit aantal in 2020 stijgt tot 1,5 miljoen. Van de personen boven de 65 jaar voldoet gemiddeld 14,5% van de mannen en 20,7% van de vrouwen aan de criteria van kwetsbaarheid of frailty. Zowel voor de huisarts en zijn team als voor de ziekenhuiszorg betekent dit dat beleid nodig is om de zorg voor deze mensen goed aan te kunnen pakken. Samenwerking, communicatie en onderling vertrouwen zijn hierbij sleutelbegrippen. In de Haarlemmermeer is een project gestart, de 'Geriatricie Cirkel Haarlemmermeer', dat zorg voor ouderen wil optimaliseren met deze begrippen als uitgangspunt.

De huisarts kan zich door dit systeem concentreren op de medische zaken, terwijl een aantal tijdrovende medische en coördinerende taken wordt gedelegeerd aan de praktijkverpleegkundige. Bij 73 van de 197 patiënten nam de praktijkverpleegkundige de zorgcoördinatie, het regelen van voorzieningen, controles van hypertensie en diabetes, medicijnbewaking en wondverzorging over van de huisarts (zie tabel 2). Bij 64 ouderen nam zij een deel van de zorg over, terwijl de huisarts de complexere medische problemen voor zijn rekening nam, bijvoorbeeld het beleid bij hartfalen, angina pectoris of COPD. Bij 44 mensen werd afgesproken dat de verpleegkundige de patiënten één tot vier maal per jaar zou bezoeken om een vinger aan de pols te houden. Het delegeren van taken geeft de huisarts lucht om de ouderenzorg op een kwalitatief hoger niveau te brengen.

Dreigende tekort aan zorg	30 (15%)
Verkeerd gebruik medicijnen	28 (14%)
Cognitieve achteruitgang	27 (14%)
Eenzaamheid/depressie	26 (13%)
Obstipatie	23 (12%)
Vallen	8 (4%)
Relatieproblemen (4 stellen)	8 (4%)
Urine-incontinentie	6 (3%)
Seksuele problemen	4 (2%)
verhoogde bloeddruk (nieuw)	4 (2%)
Doofheid	2 (1%)
GFI van 6 of hoger	7 (4%)

Tabel 1. Door praktijkverpleegkundige gevonden problemen n (%)

Een groot voordeel van dit systeem is dat de huisarts grip krijgt op de ouderenzorg. Problemen die nog niet bekend waren, komen aan het licht en kunnen tijdig en zorgvuldig worden aangepakt. Tijdrovende acute zorgproblemen kunnen hierdoor grotendeels voorkomen worden.

De huisartsen hebben ook hun kennis verbeterd door extra scholing, onder andere de kaderopleiding, en door regelmatige casusbesprekingen met de internist-geriater.

Het project is gestimuleerd en financieel ondersteund: de zorgverzekeraar heeft de kosten van de praktijkverpleegkundige vergoed.

Effect van proactief huisbezoek, taakdelegatie en transmurale samenwerking

Dagelijks worden kwetsbare oudere patiënten die zijn 'vastgelopen' in de thuissituatie via de SEH in het ziekenhuis opgenomen. Dit is op zich niet verba-

'Vinger aan de pols'-visites	44 (22%)
Diabetescontrôle	32 (16%)
Zorgcoördinatie	30 (15%)
Hypertensiecontrôle	29 (15%)
Afnemen MMSE*)	28 (14%)
Regelen van voorzieningen	27 (14%)
Starten wekelijkse medicatiebaxter	24 (12%)
Wondverzorging	11 (6%)
Gesprekken bij depressie	10 (5%)
Advisering incontinentieprobleem	7 (4%)
Rouwbegeleiding	8 (4%)

Tabel 2. Taken van praktijkverpleegkundige

*) MMSE=Mini-Mental State Examination

De 'vrijdagmiddagpatient'

Het is vrijdagmiddag. De dienstpieper gaat en een huisarts stuurt de 80-jarige meneer De Jong in voor opname op de afdeling interne geneeskunde. De huisarts verdenkt de patiënt van dehydratie en een delier. De man is verward en zo ziek dat hij bedlegerig is geraakt. Meneer De Jong is alleenstaand en woont zelfstandig en de burens die altijd een oogje in het zeil houden, hebben aan de bel getrokken. Hij heeft de huisarts eigenlijk nooit nodig, behalve voor een recept voor zijn COPD- en bloed-drukmedicijnen en voor de jaarlijkse grieprik.

Op de SEH blijkt hij inderdaad delirant en ernstig gedehydrateerd en hij heeft een urosepsis bij een blaasretentie. Hij maakt een verwaarloosde indruk en in de loop van de opname blijken er al langer plasklachten te bestaan. Patiënt heeft niet goed voor zichzelf kunnen zorgen en heeft multipale vitaminedeficiënties. Als het delier is opgeklaard, blijkt hij ook cognitieve stoornissen te hebben (MMSE 20/30). De burens en een verre neef verklaren desgevraagd dat zij al dachten dat hij erg vergeetachtig werd.

zingwekkend. Immers, het beleid van de overheid is erop gericht ouderen lang in de eigen thuissituatie te laten blijven. Dat er dan een moment aanbreekt waarop 'het niet meer gaat' is hiervan een logisch gevolg. Vaak is de aanleiding voor de opname wel een somatisch probleem, bijvoorbeeld een delier bij pneumonie. Eenmaal in het ziekenhuis blijkt pas dat er thuis van alles aan schort, bijvoorbeeld een zorgprobleem door verminderde zelfredzaamheid. Ook komt het geregeld voor dat mensen al langer cognitief achteruitgegaan zijn zonder dat dit is opgemerkt. Soms is het wel opgemerkt maar is er niets mee gedaan. De huisarts hanteert immers het adagium: 'als de patiënt geen hulpvraag heeft dan kunnen wij niets doen'.

Maar al te vaak blijkt dat de patiënt na herstel van het somatische probleem niet meer naar de thuissituatie kan terugkeren. De familie kan het niet meer aan of de zorg is niet toereikend. Dit leidt helaas geregeld tot een langdurige opname als 'verkeerdebedpatiënt'.

Het is moeilijk gebleken met wetenschappelijk onderzoek aan te tonen dat huisbezoek van kwetsbare ouderen effectief is in die zin, dat de overleving verbetert of dat ziekenhuisopnames worden voorkomen. Wel blijken de bezoeken door de deelnemende ouderen erg te worden gewaardeerd en menen de verpleegkundigen die het huisbezoek afleggen gevoelsmatig dat zij nuttig werk doen.

Het huisartsproject in Rijsenhout laat zien dat proactief opsporen van kwetsbare ouderen en het tijdig aanpakken van hun problemen grote voordelen heeft. Het werk van de huisarts wordt er minder zwaar en minder tijdrovend door. Natuurlijk komen ziekenhuisopnames van patiënten met een pneumonie of een delier nog wel voor. Maar door het project zijn cognitieve stoornissen of een thuissituatie die dreigt vast te lopen onderkend en er is reeds actie ondernomen. Het is een elegante aanpak waarbij de huisarts de regiefunctie voor de groeiende groep oudere patiënten in eigen hand neemt.

Het project laat ook zien dat taakdelegatie, reeds bekend van de diabetesprojecten, en hier toegepast in de geriatrie, effectief en doelmatig is. Bovendien leidt de transmurale samenwerking tussen huisarts, gespecialiseerd praktijkverpleegkundige, internist-geriater

en specialist ouderengeneeskunde tot wederzijdse deskundigheidsbevordering en tot onderling vertrouwen. Dit komt de samenwerking ten goede.

Geriatric Cirkel Haarlemmermeer

Een aantal artsen met speciale belangstelling en ervaring in de ouderenzorg hebben besloten hun expertise, enthousiasme, netwerken en hun energie te innoveren en aan elkaar te verbinden over de grenzen van de beroepsgroepen heen. Ieder van ons is op haar eigen manier betrokken bij ouderengeneeskunde en streeft naar optimale zorg voor kwetsbare ouderen. Bijna dagelijks ervaren wij de gevolgen van de tekortschietende medische zorg aan ouderen. We merken dat het nodig is te investeren in de communicatie en in de samenwerking en om moeite te doen elkaars golfengte te bereiken. Al te gauw verstoren beeldvorming, belangen, financiële schotten, misverstanden en gewoon onbekendheid de onderlinge verstandhoudingen. Elkaar en elkaars standpunt leren kennen en in de eigen visie op ouderenzorg te betrekken is blijkaar niet vanzelfsprekend. Juist die samenwerking is het missende element in alle mooie toekomstplannen voor aansluitende ouderenzorg.

De eerste geriatric cirkel is in 2009 gestart en bestaat uit Jacobine van der Dussen (kaderhuisarts), Gooke Lagaay (internist-geriater), Marlies Veldhuijzen van Zanten en Mirjam Heems (specialisten ouderengeneeskunde). Wij grepen allerlei mogelijkheden aan om op één golfengte te komen. Wij bezochten elkaars praktijk en liepen een dag met elkaar mee. We dachten samen na over

Geriatric Cirkel Haarlemmermeer: goede zorg voor kwetsbare ouderen, samenwerken loont

Een cirkel van huisarts, praktijkverpleegkundige, specialist ouderenzorg en internist-geriater rond ouderen

geriatische onderwerpen en praatten over beleid, *gingen* samen naar scholing en *gaven* samen scholing en voorlichting. Belangrijk was ook dat er steeds ruimte was voor de invalshoek die een ieder na aan het hart ligt. Ieder van ons is namelijk bezig de eigen mogelijkheden te vernieuwen. Jacobine van der Dussen startte het boven beschreven project in de huisartspraktijk op. Gooke Lagaay streeft er naar het Spaarneziekenhuis *senior friendly* te maken door geriatische expertise te bevorderen en kwetsbare ouderdom specifieke aandacht te geven. Marlies Veldhuijzen van Zanten en Mirjam Heems brengen ouderengeneeskunde bij de mensen thuis. Met hun expertise rond complexe medische problematiek, het zorgen voor behoud of herstel van functie, het analyseren van zorgzwaarte en het geven van advies over zorgproblemen kunnen ze eraan bijdragen dat mensen langer thuis kunnen blijven.

De gedachtewisselingen leverden nieuwe invalshoeken op en scherpten de gedachten. We spraken af elkaars projecten onderling te ondersteunen. Daarin sparren wij met elkaar, verwijzen naar elkaar, roepen elkaar in consult en we dienen als wederzijdse ambassadeur. Na een jaar kwamen we tot de conclusie dat er een merkbaar effect was en dat er een bijzonder vertrouwen groeide. We wilden uitbreiden naar een volgende groep en zo ontstond recent de *tweede geriatrie cirkel* die bestaat uit door ons uitgenodigde collega's, huisartsen en een apotheker, die allen een speciale bijdrage kunnen leveren aan deze samenwerking.

Met de tweede cirkel willen wij dus een stimulans geven aan:

- Samenwerken en elkaar persoonlijk leren kennen en waarderen om zo beroepsoverstijgend te kunnen denken.
- Kennis, ervaring, enthousiasme en netwerken delen.
- Een gemeenschappelijke, beroeps-overstijgende visie ontwikkelen op

sterke zorg voor kwetsbare ouderen binnen een referentiekader dat ook kansen biedt voor actieve bijdragen.

- Uitdragen van de bereidheid en de noodzaak om boven de stof uit te stijgen en om multidisciplinair en innovatief samen te werken en 'uit de box' te denken.
- Herkennen en selecteren van kwetsbare ouderen in de huisartspraktijk, met als voorbeeld het project van Jacobine van der Dussen in de praktijk in Rijsenhout.
- Vooropstellen van kwaliteit van leven en behoud van functie en niet doorslaan in te veel onderzoek en behandelingen. Anders gezegd: de kern van het probleem herkennen en niet lukraak het hele medische arsenaal opentrekken.
- Scholing voor huisartsen op het gebied van sociale voorzieningen, sociale kaart, welke voorzieningen zijn er en hoe zijn deze te gebruiken?
- Zicht krijgen op het hele ziekteproces en de multidisciplinaire zorg.
- Projecten over polyfarmacie en hoe daarin samen te werken. Het gaat daarbij om ouderen in de thuissituatie met multimorbiditeit en polyfarmacie waar het overzicht van de medicatie zoekraakt, gevolgd door iatrogene schade en zelfs ziekenhuisopnames. Binnen een jaar implementatie van het 'HARM wrestling-rapport' van VWS, betreffende medicatieveiligheid, bij de deelnemende huisartsen.
- Niet betuttelen en de mensen geen zorg opdringen.
- Liefst moet het verbeteren van de kwaliteit van zorg geen verzwarende van taken geven maar juist structuur en overzicht en voorkomen dat er acute (zorg-)problemen ontstaan waar niet op geanticipeerd is.
- Voorkomen dat kwetsbare ouderen die met een zorgprobleem en een kortdurend medisch probleem langdurig in het ziekenhuis opgenomen zijn als 'verkeerdebedpatiënt'. Via de

cirkel kunnen wij echelonoverstijgend tegemoetkomen aan de zorgvraag van mensen, ongeacht hun verblijfplaats, dus ook thuis.

- Verzorgingshuisbewoners die voor hun complexe problematiek een beoordeling van de specialist ouderengeneeskunde nodig hebben, maar die dit door onbekendheid van deze mogelijkheid wordt onthouden en die zo 'doortobben', kunnen thuis bezocht worden.
- Karakteristiek aan het gedrag van ziek wordende kwetsbare ouderen is hun ontkenning en de daarmee gepaard gaande overbelasting van het thuiszorgsysteem. Een laagdrempelige consultmogelijkheid door de specialist ouderengeneeskunde kan daarin een belangrijk verschil maken.

Deze aanpak zal in 2011 en 2012 stapsgewijs in een groter verband worden uitgedragen, waarbij aansluiting wordt gezocht bij de reguliere structuren voor bij- en nascholing van huisartsen en apothekers. Elk halfjaar worden de doelstellingen en de werkwijze geëvalueerd en zo nodig aangepast.

Na de opstartfase moet het initiatief geborgd zijn in de reguliere patiëntgebonden vergoedingen. Uiteindelijk zal een regiovisie groeien die beklijft, juist omdat ze *bottom-up* en door de professionals zelf is ontwikkeld. Het proces van ontwikkelen van een gemeenschappelijke visie leidt zodoende tot een netwerk van professionals die elkaar in de dagelijks praktijk ook beter verstaan en beter weten te bereiken.

De gemeente Haarlemmermeer is vanaf het begin betrokken geweest bij het project en is gemotiveerd om de zorg voor ouderen te verbeteren.

Een ieder die dit artikel leest en geïnteresseerd is nodigen wij van harte uit om zich aan te melden voor de Geriatrie Cirkel Haarlemmermeer.