



beeld: Millennium Images, HH

Cumulatie van beperkingen vraagt integrale ouderenzorg

Kwetsbaar zegt meer dan oud

Ronald van Nordennen,
specialist ouderengeneeskunde

Mandy Brants,
geriatisch consultant

Vincent Vanneste,
specialist ouderengeneeskunde

(alle drie werkzaam bij Stichting
Groenhuysen, Roosendaal)

Raymond Arnold,
huisarts, Roosendaal

Correspondentieadres:
rvnordennen@groenhuysen.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Het is de opeenstapeling van beperkingen die ouderen kwetsbaar maakt. Hierop inspelen moet het hoofddoel zijn van de eerstelijnsouderenzorg. Het West-Brabantse samenwerkingsproject 'Handen ineen' wil een voorbeeldfunctie vervullen.

Het concept 'kwetsbaarheid' wordt de afgelopen jaren steeds vaker gebruikt in zowel de wetenschap als de hulpverlening. En de titel van de vorig jaar gepresenteerde KNMG-visie op de ouderenzorg luidt niet toevallig 'Sterke medische zorg

voor kwetsbare ouderen'. De mate van kwetsbaarheid van een ouder persoon blijkt namelijk een betere voorspeller van ongewenste gebeurtenissen, zoals opname in een ziekenhuis of verpleeghuis en vroegtijdig overlijden, dan leeftijd. Kwetsbaarheid wordt gedefinieerd als

een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/ of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidssuitkomsten, zoals functiebeperkingen, opname en overlijden.¹ Van de 65-plussers is ongeveer een kwart kwetsbaar. Het aantal kwetsbare personen zal volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) tussen 2010 en 2030 naar verwachting toenemen van bijna 700.000 naar 1 miljoen.²

Kwetsbaarheid verdient dus een plaats in het klinisch denken en handelen. Maar nog te vaak komen kwetsbare ouderen niet of te laat in beeld. Uit voornoemd SCP-onderzoek blijkt dat 40 procent van de kwetsbare ouderen geen ondersteuning heeft. Dit komt onder andere doordat ons zorgstelsel zo is ingericht dat zorg alleen kan worden ingezet op het moment dat ouderen daadwerkelijk iets mankeren en actief met een hulpvraag komen. Terwijl juist voorafgaand aan een hulpvraag een proces plaatsvindt van toenemende kwetsbaarheid. Daarnaast wordt onvoldoende gekeken naar de samenhang tussen problemen. Om te laten zien dat het ook anders kan, startte begin 2010 in Roosendaal het project 'Handen ineen', dat de eerstelijnszorg voor kwetsbare ouderen organiseert door multidisciplinaire samenwerking.

Laagdrempelig verwijzen

'Handen ineen' is een samenwerkingsverband tussen een huisartsenpraktijk in Roosendaal (5500 patiënten, onder wie relatief veel ouderen, met twee huisartsen en één POH) en Stichting Groenhuysen, een instelling voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VV&T) in de regio. De primaire doelstelling van het project is de oudere patiënt zo lang mogelijk thuis te laten wonen, met een zo goed mogelijke kwaliteit van leven.

Uitgangspunt bij de samenwerking is dat de huisarts de 24-uursregie over de medische zorg voor de kwetsbare oudere patiënt houdt. Op verwijzing van de huisarts kunnen professionals van Groenhuysen worden ingeschakeld: specialist ouderengeneeskunde, geriatrich consulent, gz-psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist, logopedist, verpleegkundigen en thuiszorg.

Wij hebben gekozen voor een laagdrempelige verwijsmogelijkheid van de huisarts richting de specialist ouderengeneeskunde, conform de aanbevelingen van Verenso, de NHG en de LHV.³ Dat betekent dat de huisarts vijf dagen per week direct contact kan opnemen om een advies of consult aan te vragen. De huisarts formuleert een consultvraag en sluit de relevante medische gegevens bij. De specialist ouderengeneeskunde voert het consult uit binnen vijf werkdagen (meestal bij de patiënt thuis) en stuurt het consultverslag plus behandelvoorstel binnen een week naar de huisarts. Bij acute problematiek neemt hij direct telefonisch contact op. Zo nodig schakelt de specialist in overleg met de huisarts andere disciplines in. De huisarts blijft eindverantwoordelijk voor de patiënt.

consultvraag	aantallen	percentage
zorgdiagnostiek	35	27
dementie screening	26	20
palliatieve zorg	19	15
stemmingsproblematiek	10	7
polyfarmacie	6	5
probleemgedrag bij bestaande dementie	6	5
begeleiding mantelzorg bij dementie	5	4
valproblematiek	5	4
ernstig gewichtsverlies	5	4
visusproblematiek	3	2
decubitusadvisering	2	1
ernstig delier	2	1
slikproblematiek	1	1
inzet middelen en maatregelen bij dementie	1	1
advisering M. Parkinson	1	1
advisering COPD	2	1
advisering reuma	1	1
totaal	130	100

Soorten consultvragen door de huisarts aan de specialist ouderengeneeskunde tussen maart 2010 en maart 2011, aantallen en percentage.



SAMENVATTING

- In Roosendaal is een project in de eerste lijnszorg gestart voor kwetsbare ouderen, waarbij de huisarts nauw samenwerkt met de specialist ouderengeneeskunde en andere betrokken professionals.
- De samenwerking legt het accent op vroegtijdig signaleren en geïntegreerd aanpakken van meervoudige problematiek.
- Daardoor kunnen ouderen langer thuis blijven wonen en zelfstandig blijven.

Ouderen kunnen langer de regie over hun eigen leven houden



De voetnoten en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Consultvragen

Om inzicht te krijgen in het type consultvragen, hebben we die in de periode van 1 maart 2010 tot 1 maart 2011 op een rij gezet en geanalyseerd. Het ging om 130 consultvragen binnen 110 consulten en het betrof 81 patiënten (zie *tabel*).

Screening

Naast consultatie is het project zich – vanuit de doelstelling de oudere zo lang mogelijk thuis te laten functioneren – gaan richten op screening van kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk. Vanaf begin 2011 werkt de specialist ouderengeneeskunde dan ook intensief samen met een geriatrisch consulent. Deze vorm van taakdelegatie wordt ook binnen de verpleeginstellingen steeds vaker toegepast. De geriatrisch consulent is een HBO-opgeleide verpleegkundige, met veel ervaring in de familie- en ouderenzorg.

De huisarts beoordeelt welke patiënten van 75+ hij kwetsbaar vindt of bij wie hij twijfelt. Hier zijn geen harde criteria voor, het gaat vaak om een niet-pluisgevoel, gebaseerd op kennis over de patiënt. Het kan gaan om bijvoorbeeld gebrek aan ondersteuning, frequentie van huisartsbezoek, multimorbiditeit en/of polyfarmacie. Namens de huisartsen ontvangen de betrokken patiënten een brief om ‘informed consent’ te verkrijgen. Hierna gaat de geriatrisch consulent bij deze patiënt langs en neemt de Tilburg Frailty Index (TFI) af, een gevalideerd instrument voor het opsporen van

kwetsbaarheid.² Zo nodig neemt de geriatrisch consulent nog andere tests af, bijvoorbeeld om ondervoeding uit te sluiten (Mini Nutritional Assessment), eventuele depressie te achterhalen (Geriatric Depression Scale) of aanwijzingen voor dementie op te sporen (Mini Mental State Examination).

De zorgproblematiek wordt aldus systematisch in kaart gebracht en de eventuele mantelzorger wordt betrokken bij het bezoek.

De geriatrisch consulent bespreekt alle bevindingen met de specialist ouderengeneeskunde, die tevens naar de medicatie kijkt die de kwetsbare oudere gebruikt. Aanpassingen in medicatie, zorgveranderingen en inzet van para-/perimedici worden met de huisarts besproken.

In beeld blijven

Elke maand vindt een multidisciplinair overleg plaats. Daar worden patiënten besproken


bij wie meerdere disciplines betrokken zijn, worden nieuwe patiënten ingebracht en wordt gezamenlijk een zorg-behandelplan opgesteld. We evalueren halfjaarlijks en spreken telkens af of de specialist ouderengeneeskunde en/of geriatrisch consulent het consult afsluit of dat hij in medebehandeling blijft. Op deze manier blijven kwetsbare ouderen in beeld en kan snel worden gehandeld als zich nieuwe problemen voordoen.

Financiering van de consulten vindt plaats binnen de AWBZ, onder de noemer extramurale behandeling, waar met het regionale zorgkantoor afspraken over gemaakt zijn. De inzet van de para- en perimedici valt in de meeste gevallen onder de Zorgverzekeringswet. De huisarts kan voor financiering gebruikmaken van de module ouderenzorg zoals door betrokken zorgverzekeraars wordt aangeboden.

Uitbreiding

Tijdens een projectevaluatie in april 2011 is de samenwerking besproken en als succesvol ervaren. We zien dat onze werkwijze voorziet in een grote behoefte. Thuiswonende ouderen zullen steeds vaker kwetsbaar zijn, waarbij multimorbiditeit, polyfarmacie en toenemende zorgzwaarte ons voor uitdagingen stellen. Wij geloven niet in los van de huisarts opgezette consultatiebureaus voor ouderen. Geïntegreerd in de huisartspraktijk, met professionals met geriatrische deskundigheid, moet de samenwerking zich niet alleen richten op actuele problematiek, maar ook op een proactieve benadering.

Het project zal geleidelijk worden uitgebreid naar andere huisartsenpraktijken.

Wel staan er nog de nodige uitdagingen voor de deur. Zo zal voor een dergelijke uitbreiding voldoende formatie van specialisten ouderengeneeskunde beschikbaar moeten zijn. Overigens is het onze ervaring dat innovatieve projecten als deze aantrekkelijk zijn voor specialisten ouderengeneeskunde, omdat ook buiten de muren van het verpleeghuis wordt gewerkt. Verder willen we de komende periode de effecten op de kwaliteit van leven van de kwetsbare oudere en mantelzorger en de mogelijkheden voor structurele financiering in kaart brengen. Maar de extra inspanningen zijn zeker de moeite waard, omdat we ervan overtuigd zijn dat vroegtijdige interventie kan helpen om ouderen langer de regie te laten houden over hun eigen leven. 

Voetnoten

1. Gobbens RJJ, van Assen MALM, Luijckx KG et al. J Am Med Dir assoc 2010; 11: 344-55.
2. Van Campen et al. 2011. Rapport 'Kwetsbare ouderen'. Sociaal en Cultureel Planbureau.
3. Samenwerkingsproject: Ketenzorg specialist ouderengeneeskunde en huisarts door consultatie. NHG, Verenso en LHV, 2009.