



Hulpvraaggestuurde 1,5 lijns GGZ-zorg voor ouderen

Hilde Heijnen, Stefan van der Eerden (beiden links), Judith Steuns en Nadine Bouts (beiden rechts) tijdens hun wekelijkse afsluiting van het spreekuur.

“De Ouderenzorg die wij vanuit onze praktijk bieden, is écht laagdrempelig, patiëntgericht en hulpvraaggestuurd. Zorg zoals wij die gewend zijn te leveren vanuit de huisartsenpraktijk, ook voor ouderen met psychische of cognitieve problemen”, aldus huisarts Stefan van der Eerden van Medisch Centrum Putstraat in Landgraaf. Anderhalf jaar geleden startten hij en zijn collega-huisartsen, samen met een andere praktijk in Kerkrade, met deze innovatieve vorm van 1,5 lijns Ouderenzorg.

Beide praktijken werkten al samen met Lionarons GGZ en intensiveerden deze samenwerking met het inrichten van een wekelijkse spreekuur van een specialist ouderengeneeskunde, speciaal voor de doelgroep kwetsbare ouderen. Stefan daarover: “Binnen de ketenzorg Kwetsbare Ouderen hadden we al enige tijd een POH-Somatiek Ouderenzorg in onze praktijk. Alle 75-plussers worden gescreend en indien van toepassing, geïncludeerd binnen de eerstelijns module Kwetsbare Ouderen. Wat we echter hebben ervaren, was dat een geriatrisch onderzoek, een bezoek aan de geheugenpoli in het ziekenhuis (of in het verlengde daarvan het 1,5 lijns PlusPunt) of een behandeling binnen de GGZ zeer belastend zijn voor ouderen. Ze zien er erg tegenop, maken zich er heel erg druk over, moeten een mantelzorger organiseren om mee te gaan of zien er zó tegenop, dat ze zelfs zorg mijden. Dat wilden we graag anders. We sloegen de handen ineen met onze collega-praktijk Medisch Centrum West Kerkrade en zorgverzekeraar CZ was gelijk ook enthousiast.”

Praktijkvoorbeeld 1,5 lijns Ouderenzorg:

Dhr. M. is nog relatief jong maar functioneert biologisch als een 80-jarige. Hij woont nog zelfstandig en er is 1 mantelzorger. Er is sprake van cognitieve achteruitgang door risicovol leefgedrag in het verleden. Op een gegeven moment trekken de patiënt en zijn mantelzorger aan de bel. Het gaat niet goed thuis. Meneer is toenemend passief, mijdt zorg, de mantelzorger is overbelast. Hoewel meneer zelf naar de praktijk komt en aangeeft "met een psychiater te willen praten" wil hij niet naar de geheugenpoli. De huisarts en POH-GGZ OZ schatten in dat meneer ook niet naar de geheugenpoli zal gaan als hij toch zou worden verwezen. In de huisartsenpraktijk verricht Hilde Heijnen al dossierstudie en bespreekt de casus voor met Nadine Bouts. Uit het dossier blijkt dat de cognitieve problemen al langer bestaan, maar dat het opeens niet meer lijkt te gaan. Samen gaan ze bij meneer M. op huisbezoek. In de problemen van meneer is in feite niets veranderd. Door zijn eigen toenemende leeftijd, raakt de mantelzorger echter steeds meer overbelast. Met een aantal praktische handvatten en verbeteringen in de thuissituatie kunnen patiënt en diens systeem weer verder. De POH-GGZ OZ zal een vinger aan de pols blijven houden samen met de huisarts.

samen met
lionarons
geestelijke gezondheidszorg

Hilde Heijnen, Specialist Ouderengeneeskunde (SOG) bij Lionarons GGZ, houdt wekelijks spreekuur bij MC Putstraat. Voor het merendeel van de oudere patiënten betekent dat overigens dat zij, samen met POH-GGZ Nadine Bouts, bij hen op huisbezoek gaat. "Dat heeft als voordeel dat het minder belastend is voor de oudere en diens systeem en vaak krijgen we dan ook gelijk een kijkje achter de voordeur. Red de oudere het nog zelf, is er voldoende mantelzorg, zijn er gevaarlijke situaties in huis? Niet zelden gaat het ook om zorgmijders, dus we moeten niet verwachten dat zij naar de praktijk komen".

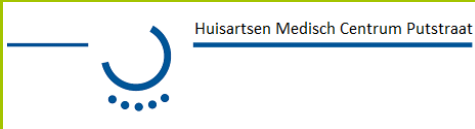
Meestal heeft Nadine Bouts al voorwerk gedaan. Zij weet waar problemen of hulpvragen spelen: "Soms komt een familielid of een mantelzorger naar de praktijk om zijn zorgen te uiten. De assistentes of POH-Somatiek signaleren regelmatig hun bezorgdheid, een enkele keer komt de patiënt zelf, maar er zijn ook heel wat hoogbejaarde ouderen die we nooit of maar heel zelden in de praktijk zien. Daar stappen we dan pro-actief op af. We bieden laagdrempelige zorg, op geleide van de hulpvraag van de patiënt. Er zijn natuurlijk ook heel wat oudjes die zich prima redden, ook op hoge leeftijd, maar we houden wel een vinger aan de pols."

"Zeker bij ouderen met cognitieve problemen, weten we in feite dat ze niet meer 'beter' worden. Bij de geriater of de geheugenpoli worden ze uitgebreid onderzocht en wordt er een diagnose gesteld. Prima natuurlijk als dat noodzakelijk is, maar in de meeste gevallen is de patiënt en het systeem vooral geholpen met een inschatting met daaraan gekoppeld praktisch advies in de thuissituatie. Natuurlijk weten we dan niet met 100% zekerheid of het gaat om dementie, maar wat levert een dergelijke waterdichte diagnose de patiënt op?", aldus Stefan. "Na de inschatting van Hilde gaan we hier vanuit de praktijk praktisch aan de slag; welke discipline pakt welke zorg op, moet er fysio- of ergotherapie of dagbesteding geregeld worden, etc. Dat is ook een voordeel van deze manier van werken. We rapporteren allemaal in hetzelfde HIS, dus alle relevante informatie over patiënten is bij ons in de praktijk voorhanden. De meeste patiënten kennen wij al vele jaren. Dus wij kunnen ook goed beoordelen, waarom de toestand van een oudere (opeens) zorgwekkend is."

Hilde vult aan: "Vaak zie ik de patiënten maar één of twee keer. Binnen een uur doe ik de dossierstudie, rijd ik er met Nadine naartoe, leg contact en maak een inschatting. Daarna adviseer ik de POH-GGZ en de huisartsen over de vervolgstappen, die zij dan vanuit de praktijk oppakken. Het systeem wordt daar waar mogelijk, nauw bij betrokken. Zij weten wanneer er alarmbellen moeten gaan

Praktijkvoorbeeld 1,5 lijns Ouderenzorg:

Dhr. V. is in feite een jonge oudere. Hij bereikt bijna de pensioengerechtigde leeftijd, maar is nog aan het werk. Hij heeft recent burn-outklachten ontwikkeld. Patiënt wordt door de huisarts naar het spreekuur van Hilde verwezen, omdat deze zich zorgen maakt om zijn geheugenproblemen en bang is dat hij aan het dementeren is. Deze vrees heeft een negatieve invloed op de sombere stemming van meneer. In het consult stelt Hilde vast dat er geen sprake is van beginnende dementie, maar dat de geheugenklachten horen bij de burn-out van meneer. Hij is zichtbaar 'opgelucht' met deze bevinding. Een eenmalig consult blijkt dus afdoende. De POH-GGZ is beschikbaar voor eventuele vervolgspraken.



rinkelen in hun zorg om de oudere en kunnen dan contact opnemen met de praktijk.”

Stefan, maar ook Nadine en praktijkmanager Judith Steuns zijn enthousiast over de samenwerking: “Aan het einde van het spreekuur komen we even bij elkaar en bespreken de patiënten van die dag. De lijnen zijn kort. Centraal staat: wat wil de patiënt? En laten we eerlijk zijn: iedere oudere blijft liefst zo lang mogelijk thuis wonen. Met hulp van de verschillende eerstelijns disciplines lukt dat meestal wel en indien nodig schalen we op. Naast alle voordelen voor de patiënt, werkt deze samenwerking natuurlijk ook zeer kostenbesparend. We hebben 270 ouderen gescreend, waarvan er 77 binnen de module Kwetsbare Ouderen vallen. Al deze patiënten hebben we in beeld, er is een behandelplan en indien nodig gaan Hilde en/of Nadine op huisbezoek. We hebben de GGZ verplaatst naar de huisartsgeneeskunde en daar zijn we allemaal heel tevreden over.”

Door de aanwezigheid van Hilde in de praktijk treedt er natuurlijk ook een leereffect op. Stefan daarover: “Hilde adviseert mij met name over medicatie. Zeker als het gaat om ouderen met polyfarmacie of somatische klachten. In veel gevallen wordt dit farmacotherapeutisch advies van Hilde dan door mij zelf opgevolgd. Indien nodig, weet ik Hilde te vinden.”

Bij Lionarons GGZ zijn de voordelen ook zichtbaar, legt Hilde uit: “We hebben het aantal verwijzingen naar Lionarons GGZ (maar ook naar andere GGZ-instellingen en het ziekenhuis) in het afgelopen jaar gereduceerd van 90 naar bijna 0. De meeste psychogeriatrische diagnostiek doen we nu hier in de praktijk. Alleen voor behandeling worden patiënten soms nog verwezen naar Lionarons GGZ of andere zorgverleners. Dat heeft ook een gunstig effect gehad op de wachtlijsten van ons team Ouderenzorg.”

Deze vorm van 1,5 lijns zorg wordt gefinancierd door CZ vanuit de innovatiegelden van de tariefbeschikking Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg. Ook HOZL is nauw betrokken aangezien zij de financiering ontvangen in het kader van MijnZorg. De spreekuren van de SOG worden door Lionarons GGZ gefactureerd aan HOZL.

Natuurlijk hebben Stefan, Hilde, Nadine en Judith nog wel wat verbeterpunten en -wensen. Stefan stelt: “De zorg voor ouderen in de huisartsenpraktijk wordt steeds complexer, mensen worden ouder, blijven langer thuis wonen, de zorgkosten rijzen de pan uit. Mooi dat er op een dergelijke manier in zorginnovatie kan worden geïnvesteerd. Substitutie heeft voor alle partijen veel voordelen, maar vraagt van de huisartspraktijk ook om investering, zoals het faciliteren van ruimtes en apparatuur. Daar worden we helaas nog te weinig voor gecompenseerd.”