

Systematische zorg voldoet beter aan behoeften ouderen

Marijke Boorsma¹

Bij de toenemende vergrijzing is huisartsenzorg de sleutel tot doelmatige zorgverlening. Maar die ouderenzorg kent belangrijke knelpunten: het is voor de huisarts moeilijk om gezondheidsrisico's van ouderen op te sporen en om proactief te werken. In de ouderenzorg werkt men niet systematisch en daardoor onderkennen hulpverleners de zorgbehoeftes van ouderen onvoldoende: men gaat nog te veel voorbij aan de eigen regie en wensen van de ouderen. De ouderen zelf ervaren vaak te weinig samenhang in de zorg.

Van september 2010 tot 1 november 2012 werkten 35 huisartsenpraktijken mee aan Het Transitieproject, uitgeschreven door het VUmc in opdracht van het Nationaal Programma Ouderen. In dit project vormen huisarts en praktijkondersteuner samen een kernteam in de complexe zorg; de praktijkondersteuner als generalist coördineert. Beoordelings- en observatie-instrument RAIview levert een totaaloverzicht van de lichamelijke, geestelijke en sociale situatie van de oudere. De praktijkondersteuner zet waar nodig specialistische expertise in (casemanager dementie, wijkverpleging) en blijft samen met de huisarts de patiënt volgen.

Inleiding

De enorme stijging van het aantal ouderen en de toenemende levensverwachting betekenen een forse toename van de vraag naar chronische zorg en naar zorg dichtbij en aan huis. Alleen ouderen met zeer complexe zorg worden nog maar toegelaten in verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Tegelijkertijd dreigt een tekort aan arbeidskrachten in de zorg. Dit betekent dat in de toekomst meer zorg moet worden verleend met minder mensen. De medische zorg voor kwetsbare thuiswonende en in verzorgingshuizen wonende ouderen valt onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. Huisartsen stellen ook dat zij deze zorg tot hun taak rekenen, maar dat zij niet goed toegerust zijn om die zorg te leveren.¹

Volgens het Position Paper van de Landelijke Huisartsen Vereniging is huisartsenzorg de sleutel om met doelmatige zorgverlening de stijging van de zorgvraag en de daarmee gepaard gaande stijging van de kosten op een goede manier het hoofd te bieden.¹ Maar in de ouderenzorg blijken knelpunten te zitten waarvoor een oplossing gezocht moet worden. Het is voor de huisarts moeilijk om gezondheidsrisico's van ouderen op te sporen en proactief te werken. De ouderenzorg werkt niet systematisch en daardoor onderkennen de hulpverleners zorgbehoeftes van ouderen onvoldoende: men gaat nog te veel voorbij aan de eigen regie en wensen van de ouderen. De ouderen zelf ervaren vaak te weinig samenhang in de zorg.

Onderzoek

Van september 2010 tot 1 november 2012 werkten 35 huisartsenpraktijken (15 in Amsterdam en 20 in West-Friesland) mee aan Het Transitieproject uitgeschreven door het VUmc in opdracht van het Nationaal Programma Ouderen. Dit onderzoeksproject had als belangrijkste uitgangspunten: de oudere centraal in de zorg, betere samenhang in de zorg, zorg daar waar de oudere zich bevindt, met veel aandacht voor welzijn en de mantelzorger.⁵

Gedurende twee jaar begeleidden een praktijkverpleegkundige en ik huisartsen in West-Friesland. Wij trainden en coachten de huisartsen en hun praktijkondersteuners. In het volgende kun je lezen over de ervaringen die wij met hen hebben opgedaan in dit project.

Systematische aanpak

Het Transitieproject van Ouderenet VUmc gaat uit van een systematische aanpak van ouderenzorg: systematisch in zowel screening als vervolgzorg. Ik heb zelf als huisarts, maar ook als specialist ouderengeneeskunde, ervaren dat je niet kunt zonder een systematische methodiek. Zonder zo'n systeem is het niet

De kern

- ▶ In de toekomst moeten we meer ouderenzorg verlenen met minder mensen.
- ▶ Volgens de Landelijke Huisartsen Vereniging kan huisartsenzorg bij uitstek de stijgende zorgvraag en de bijbehorende kostenstijging het hoofd te bieden.¹
- ▶ De ouderenzorg werkt niet systematisch. Daardoor onderkennen hulpverleners de zorgbehoeftes van ouderen onvoldoende en gaat men te veel voorbij aan en de eigen regie en wensen van ouderen.
- ▶ Een goed geïnformeerd team in samenspraak met goed geïnformeerde patiënten en hun mantelzorgers levert de patiënt het meest op aan ervaren regie, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven. Dit blijkt uit verschillende onderzoeken.
- ▶ Goede zorg voor kwetsbare ouderen vraagt om proactief in kaart brengen van de zorgbehoefte en wensen van deze ouderen middels een betrouwbaar en gebruiksvriendelijk instrument in handen van de praktijkondersteuner ouderenzorg.

goed mogelijk om bij chronisch zieken en ouderen een overzicht te krijgen van de handicaps die mensen ervaren van hun chronische ziekte, maar ook van de mogelijkheden om zo lang mogelijk zelfredzaam te blijven. Uit veel onderzoeken³ blijkt dat een goed geïnformeerd team in samenspraak met goed geïnformeerde patiënten en hun mantelzorgers de beste uitkomsten opleveren voor de patiënt als het gaat om ervaren regie, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven. Om de zorg voor kwetsbare ouderen goed op te zetten, heeft de huisarts een rechterhand nodig die dicht bij hem staat en zijn werkwijze kent: de praktijkondersteuner ouderenzorg. Voor ouderenzorg heeft de praktijkondersteuner een meer generalistische kijk nodig en kennis over de mogelijkheden om patiënten en hun mantelzorgers te informeren en te activeren.

RAIview

Om de handicaps en mogelijkheden van ouderen goed in kaart te kunnen brengen, heb je als praktijkondersteuner ouderenzorg een betrouwbaar, volledig en gebruiksvriendelijk instrument nodig. Er zijn voor dat doel verschillende instrumenten beschikbaar, zoals TRAZAG en Easycare. RAI (Resident Assessment Instrument) verschilt van deze instrumenten door de uitgebreide beslisondersteuning bij het maken van een zorgplan en de stuurinformatie. RAI kent verschil-

lende versies, zoals thuiszorg, langdurige intramurale zorg, palliatieve zorg, acute zorg. Afhankelijk van de versie berekent RAI 18-25 probleemsignaleringen die gekoppeld zijn aan protocollen die aanwijzingen geven voor mogelijke zorgplanacties. Daarnaast levert het instrument stuurinformatie over de werkelijke zorgbehoefte voor management van zorginstellingen, huisartsen, verzekeraars en bijvoorbeeld in de toekomst gemeenten. Elk kwartaal worden ook nog eens 32 kwaliteitsindicatoren geleverd met de mogelijkheid voor benchmarking.

RAI wordt in meer dan zestig landen gebruikt en al sinds dertig jaar door een internationale groep van wetenschappers, verpleegkundigen en medici gevalideerd en bijgesteld. RAIview is de gebruiksvriendelijke internetapplicatie van RAI. Een recent onderzoek naar verbetering van kwaliteit van zorg na implementatie van RAIview in verzorgingshuizen liet een indrukwekkende verbetering van kwaliteit van zorg zien.⁶

De praktijk

In de literatuur bestaat nog steeds geen eenduidige definitie van kwetsbaarheid. Ook bestaan er vele lijsten die kwetsbaarheid min of meer kunnen vaststellen. Uit een recent onderzoek door VUmc bleek de intuïtie van de huisarts en de PRISMA7 (zie *figuur 1*) het meest betrouwbaar.^{4,5}

De praktijkondersteuner bezoekt de kwetsbare oudere en neemt offline de thuiszorgversie van RAIview af. Ze doet dit samen met de oudere en/of mantelzorgers op de laptop of tabletcomputer. De praktijkondersteuner bespreekt de door RAIview gegenereerde probleemsignaleringen met de huisarts om na te gaan welke probleemsignaleringen reeds bekend zijn en welke in de ogen van de huisarts aandacht behoeven. Vervolgens stelt de praktijkondersteuner samen met de oudere een zorgactieplan op volgens de wensen van die oudere. De praktijkondersteuner initieert en vervolgt de afgesproken zorgplanpunten en na een halfjaar geeft RAIview automatisch een seintje dat de oudere weer bezocht moet worden voor een nieuwe RAI-afname. Bij complexe situaties kan de praktijkondersteuner een multidisciplinair overleg organiseren met alle betrokken hulpverleners en met de eventuele mantelzorgers.

Iedereen is op de hoogte van de te bespreken probleemsignaleringen door het inzien van RAIview. Daardoor verloopt het multidisciplinaire overleg systematisch, waardoor er efficiënt afspraken gemaakt kunnen worden. Bij zo'n overleg is standaard de apotheker aanwezig voor een medicatiereview, wat vrijwel altijd zinvolle wijzigingen in de medicatie oplevert.

Figuur 1 PRISMA7: vragenlijst om ouderen met een matig of ernstig verlies van autonomie op te sporen

1. Bent u ouder dan 85 jaar?	Ja*	Nee
2. Bent u man?	Ja*	Nee
3. Hebt u gezondheidsproblemen die u beperken in uw activiteiten?	Ja*	Nee
4. Hebt u regelmatig hulp van anderen nodig?	Ja*	Nee
5. Hebt u in het algemeen gezondheidsproblemen waarvoor u thuis moet blijven?	Ja*	Nee
6. <i>In geval van nood, kunt u dan rekenen op iemand dicht bij u?</i>	Ja	Nee*
7. Gebruikt u regelmatig een stok, rollator of rolstoel om u te verplaatsen?	Ja*	Nee
Totaal risico's :		
(tel de antwoorden met * op, vraag 6 is gespiegeld)		

Bij 3 of meer positieve scores is een persoon kwetsbaar en is diepgaander assessment aanbevolen. Dit correspondeert met 28% van de personen van 65 jaar of ouder. Test-hertest betrouwbaarheid was goed op item- en op schaalniveau. Validiteit was goed (AUC 0,83 in vergelijking met multidisciplinair paneloordeel). Deze vragenlijst is bedoeld voor ouderen die niet over een casemanager beschikken.

Casus

De praktijkondersteuner bezoekt meneer De Bruin, 86 jaar, die met zijn echtgenote nog zelfstandig woont. Meneer De Bruin lijdt aan nierinsufficiëntie, boezemfibrilleren, hartfalen en niet-insulineafhankelijke diabetes, maar komt niet of nauwelijks op het spreekuur.

Bij de eerste RAI-afname blijkt dat meneer De Bruin scoort op cognitieve beperking en gedragsverandering (snel geïrriteerd en toenemende passiviteit) en dat de mantelzorg (echtgenote) daardoor overbelast is. De reden dat het echtpaar niet aan de beltrekt, is dat mevrouw De Bruin artsen wantrouwt. Zij is bang dat meneer opgenomen zal worden in een verpleeghuis en dat het echtpaar dan de regie over hun leven kwijt is. Haar wens is om zo lang mogelijk bij elkaar te blijven, en haar geloof speelt daarin een grote rol.

De praktijkondersteuner heeft door haar uitgebreide aandacht voor het echtpaar bij het afnemen van RAIview het vertrouwen gewonnen en kon daardoor een casemanager dementie inschakelen. Deze hield een familiegesprek waardoor mevrouw De Bruin beter kan omgaan met het gedrag van haar echtgenoot. Ook de kinderen doen nu veel meer voor het echtpaar, omdat ze de situatie beter begrijpen.

De praktijkondersteuner heeft met de wijkverpleging afgesproken dat zij regelmatig langsgaan om het vertrouwen te winnen en mevrouw De Bruin de door haar gewenste ondersteuning te bieden. Verder signaleerde RAIview dat meneer De Bruin chronische pijn heeft door coxartrose die niet goed onder controle is en dat zijn gezichtsvermogen achteruit gaat. De huisarts neemt de pijnstilling op en er is een afspraak gemaakt voor oogcontrole.

Omdat mevrouw De Bruin moeite heeft om alle medicatie voor haar echtgenoot te overzien, zal de praktijkondersteuner nog de mogelijkheid van een Baxterrol voorstellen en uitleggen.

Door de inzet van de praktijkondersteuner wantrouwt het echtpaar de huisarts niet meer en kan deze ook weer af en toe het echtpaar bezoeken.

Kernteam

Huisarts en praktijkondersteuner vormen samen een kernteam in de complexe zorg. De casus laat zien hoe de praktijkondersteuner als generalist de coördinatie oppakt bij een patiënt, daar waar nodig specialistische expertise inzet (casemanager dementie, wijkverpleging) en samen met de huisarts het geheel blijft volgen.

De in dit artikel beschreven werkwijze is gedurende 2 jaar gevolgd in 35 huisartsenpraktijken in Amsterdam en West-Friesland. Dit gebeurde in het kader van het Nationaal Programma Ouderen. Dit project wordt wetenschappelijk geëvalueerd aan de VU in Amsterdam.⁶

In dit project ervoeren we ook dat er nog veel bereikt kan worden met inschakeling van vrijwilligers en eigen familie en ook dat ouderen met een kleine wijziging of ondersteuning zelf weer heel wat kunnen oppakken. Problemen als incontinentie durft men met de praktijkondersteuner wel te bespreken, omdat die er systematisch naar vraagt. Gezamenlijk kan men een oplossing zoeken voor dit probleem, waaraan meer dan de helft van de ouderen blijkt te lijden. Of neem een groot probleem als chronische pijn (ruim 55%): dit wordt nu ook systematisch opgepakt, evenals het tekort aan lichaamsbeweging (ruim 35%). Op deze manier blijven kwetsbare ouderen langer zelfredzaam.

Literatuur

- 1 Gercama AJ, Van der Horst HE, Stalman W. Van spil tot regisseur. Med Contact 2007;62:1603-5.
- 2 LHV. Huisartsenzorg 2010-2014 Landelijke Huisartsen Vereniging [position paper]. Utrecht: LHV, 2010.
- 3 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, Part 2. JAMA 2002;288:1909-14.
- 4 Raiche M, Hebert R, Dubois MF. PRISMA-7: A case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. Arch Gerontol Geriatr 2008;47:9-18.
- 5 Hoogendijk EO, Van der Horst HE, Deeg DJ, Frijters DH, Prins BA, Jansen AP, et al. The identification of frail older adults in primary care: Comparing the accuracy of five simple instruments. Age Ageing 2012 Oct 28. [Epub ahead of print].
- 6 Boorsma M, Frijters DHM, Knol DL, Ribbe ME, Nijpels G, Van Hout HPJ. Multidisciplinair zorgmodel in verzorgingshuizen. Huisarts Wet 2012;55:160-5.
- 7 www.ouderennet-vumc.nl
- 8 <http://www.youtube.com/watch?v=TQepEjcydc8&feature=youtu.be> [Zoekwoorden: RAI, RAIview]

Auteursgegevens

VUmc, EMGO afdeling huisartsgeneeskunde, De Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam: dr. Marijke Boorsma, arts-onderzoeker (voorheen huisarts en specialist ouderengeneeskunde).
Correspondentie: m.boorsma@vumc.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld. Het project liep tot 1 november 2012 en had een ZonMw-subsidie.