



Rivas: SO's en geriatrieverpleegkundigen versterken de eerstelijns

Het Geriatisch Onderzoek en Adviescentrum (GOAC) van Rivas biedt al twintig jaar consultatie in de wijk aan. Een geriatrieverpleegkundige komt samen met de specialist ouderengeneeskunde (SO) op verwijzing van een huisarts bij kwetsbare ouderen thuis. Om de eerstelijns verder te versterken werken SO's en geriatrieverpleegkundigen steeds intensiever samen met huisartsen.

Aanleiding

Twintig jaar geleden zagen ze bij Rivas dat ouderen vaak onnodig in het ziekenhuis werden opgenomen. Ook zouden ouderen langer thuis kunnen wonen als SO's eerder werden betrokken was de gedachte. Het ziekenhuis is belastend voor oudere mensen. Thuis zijn ze beter af als ze daar de nodige zorg krijgen. En de meeste ouderen willen ook liever thuis wonen dan in een zorginstelling. Om die reden is in 2000 het Geriatisch Onderzoek en Advies Centrum (GOAC) opgericht; SO's van Rivas zijn gestart met ouderenconsultatie in het ziekenhuis en in de eerstelijns.

Annemieke van Oostveen, SO: *'Rivas was echt koploper met het GOAC. De laatste jaren zien we dat de behoeftes bij de huisartsen veranderen omdat mensen langer thuis blijven wonen. Huisartsen zien steeds meer kwetsbare ouderen, dus er komt meer op huisartsenzorg aan. Dat vraagt om generalistisch specialistische zorg zou je kunnen zeggen. Dus we willen eigenlijk doorontwikkelen en de eerstelijns meer versterken naast dat we een verwijscentrum zijn.'*

De organisatie van de medische zorg door de huisarts en de SO

De huisarts is hoofdbehandelaar en regievoerder van alle patiënten en kan beslissen om de specialisten van het GOAC in te zetten. Bijvoorbeeld voor een vraag naar diagnostiek als iemand is gevallen of geheugenproblemen heeft. Bij het GOAC neemt een geriatrieverpleegkundige de telefoon aan en zij bekijkt ook de verwijzingen die elektronisch binnenkomen via Zorgdomein. Zij triageert, plant in en beantwoordt spoedvragen. Een geriatrieverpleegkundige kan alleen of samen met een SO op verwijzing van een huisarts bij kwetsbare ouderen thuis komen.

PROFIEL:

Rivas

- biedt ziekenhuiszorg, woonzorg, verpleeghuiszorg, huren met zorg, wijkverpleging en revalidatie
- sinds het jaar 2000 een GOAC
- actief in een regio van 250 vierkante kilometer met 250.000 inwoners
- 8 SO's (ook) werkzaam in de eerstelijns en 18 geriatrieverpleegkundigen
- jaarlijks 600 tot 800 verwijzingen van huisartsen uit 30 huisartsenpraktijken

Huisartsenpraktijk Lindenzoom

- duopraktijk met gescheiden praktijken in Papendrecht
- 2 huisartsen hebben samen 4500 patiënten
- huisartsen werken samen, onder één dak, proberen één protocol te hanteren
- huisartsen maken gezamenlijk gebruik van: praktijkmanager, assistentes, POH-Somatiek, POH-GGZ en POH-Ouderen

Annemieke van Oostveen is een van de acht SO's die extramuraal werkt in het grote werkgebied van Rivas, waar ze te maken hebben met vele huisartsenpraktijken. Zij is de enige die alleen in de eerstelijns werkt, haar collega's hebben ook intramurale taken. Daarnaast zijn er achttien geriatrieverpleegkundigen werkzaam. Om de eerstelijns meer te versterken zijn op verschillende plaatsen SO's en geriatrieverpleegkundigen op verschillende momenten aanwezig in huisartsenpraktijken zodat er meer zichtbaarheid en bekendheid ontstaat.

Annemieke van Oostveen, SO: *'Bekendheid in persoon, maar ook in hoe je werkt. Dat is wederzijds want ook voor de SO is het goed om te zien hoe de hectiek in de huisartsenpraktijk is. Het zijn toch twee verschillende werelden die we in dynamiek en aanbod bij elkaar moeten brengen. Dus door elkaar te vinden in het eerstelijns centrum - zo zou je het kunnen noemen, want die huisartsenpraktijk is vaak al veel groter dan een huisarts alleen - zie je elkaars werkwijze zodat je tot een goed hybride model kan komen. Daar zijn we nu mee bezig. De huisarts, praktijkondersteuner (POH) en assistente kennen bij uitstek het netwerk en de historie van de oudere.'*

Huisarts Klaas den Besten van Huisartsenpraktijk Lindenzoom, zette het GOAC wel al in als verwijscentrum en deed vijf jaar geleden mee met de pilot Ouderenzorg vanuit de zorggroep. Ze zijn toen gestart met het samen (SO, geriatrieverpleegkundige, POH en huisarts) bespreken van patiënten in de huisartsenpraktijk.

Klaas den Besten, huisarts: *'Voor die tijd schakelden we het GOAC ook wel in, maar was het eigenlijk een negatieve keuze: zo van als mijn patiënt niet naar de geriater kan, dan vragen we het GOAC, want zij bezoeken iemand thuis. Nu heb ik ervaren dat juist bij psychosociale problematiek de zorg die een SO in de eerstelijns kan bieden heel fijn is. Het is meer gericht op de patiënt in de thuissituatie, waardoor ook de diagnostiek anders verloopt. Mensen laten thuis toch meer normaal gedrag zien dan bij de geriater.'*

In verschillende huisartsenpraktijken is een aantal uur of een dagdeel per week een geriatrieverpleegkundige namens het GOAC aanwezig. Zij doet het geriatrisch assessment, bespreekt casuïstiek met de huisarts en POH Ouderen (POH-O), kan vragen beantwoorden en kan bepalen of een zaak zelf met de huisarts afgehandeld kan worden, of dat het nodig is om de SO te consulteren. Een huisartsenpraktijk werkt samen met een vaste SO en geriatrieverpleegkundige.

Annemieke van Oostveen, SO: *'Je ziet dat niet meer voor allerlei vragen verwezen wordt, maar dat we ook steeds meer gezamenlijk gaan doen. Ik ga bijvoorbeeld samen met de POH-O naar een patiënt, of een keer samen met de huisarts. Je ziet daar ook een enorm lerend effect van optreden. Ik werk samen met meerdere geriatrieverpleegkundigen die mij heel efficiënt inzetten, want ik zou als SO nooit in al die huisartsenpraktijken aanwezig kunnen zijn.'*

Klaas den Besten, huisarts: *'Als ik een patiënt heb, waarvan ik denk hier moet echt iemand met expertise naar kijken, dan gaat meestal binnen een paar weken de verpleegkundige of zelfs de SO bij de patiënt thuis kijken. Ik krijg dan een snelle terugkoppeling. En dat je dan via de telefoon of in de chat daar even op kan reageren is toch anders dan een brief van de geriater via de polikliniek. Het ene is meer een bericht van de ene dokter naar de ander. Met de mensen van het GOAC is het meer het uitwisselen van informatie, meer echt multidisciplinair samenwerken. Ik ben als huisarts hoofdbehandelaar, maar zeker als de geriatrie verpleegkundige betrokken is, zie je dat je eigenlijk met z'n tweeën of met z'n drieën, ook met de SO, samen het zorgplan maakt. Nu we wat langer samenwerken en elkaar beter kennen is ook de kennisoverdracht tussen artsen een groot pluspunt.'*

Voor de zorg tijdens avonden, nachten en weekenden (ANW) geldt dat huisartsenposten een dienstdoende SO kunnen consulteren. Alle SO's kunnen in het dossier kijken en antwoord geven.

De samenwerking tussen de huisarts en de SO

Klaas den Besten, huisarts: *'Een heleboel dingen kan ik zelf, maar soms heb je wel eens het gevoel van wat moet ik hier nu mee, heb ik het wel juist? Dan is het fijn wanneer je bevestigd krijgt waar je zelf al aan dacht. Maar soms word ik door de expertise van de SO en geriatrieverpleegkundige ook echt een richting op geholpen waar ik zelf niet aan had gedacht. Ik leer heel veel, ook omdat we het samen doen.'*

Annemieke van Oostveen, SO: *'Een huisarts denkt vaak ziektebeeld gericht, kan bijvoorbeeld bij iemand met geheugenproblemen de diagnose dementie stellen. Dan heb je een ziektebeeld benoemd, maar daarmee heb je de oplossing niet. Wij stellen een diagnose maar kijken vooral hoe iemand functioneert en waar het mis zou kunnen gaan. Heeft de patiënt een zwak netwerk, een partner die heel erg moe is of niet meer voldoende kan ondersteunen? Of heeft de patiënt een stevig netwerk? Dat maakt alles uit. Dan is de*

diagnose haast secundair. Die manier van denken, dat je er niet bent met de diagnose alleen, is iets wat we graag overdragen aan de huisartsen en POH's.'

Klaas den Besten, huisarts: *'De geriatrie verpleegkundige houdt vaak vinger aan de pols bij de kwetsbare ouderen, stelt een diagnose of doet dementietesten. Ze gaan een keer per drie maanden bij een patiënt langs en dan krijg ik een terugkoppeling. Het idee dat je met meerderen toch wel een beetje voeling hebt rond die patiënt is heel prettig. Zeker ook omdat je kunt afstemmen: Grijpen we wel of niet in, moet er nog iets met de medicatie, moet er iets met psychologie, moet er iets met bijvoorbeeld dagbesteding?'*

Annemieke van Oostveen, SO: *'Over het algemeen word ik betrokken bij diagnostiekvragen bij geheugenstoornissen, bij vallen, algehele achteruitgang, bij medicatiereviews en allerlei somatische vragen zoals advies over medicatie. De geriatrieverpleegkundige heeft bij de somatische en medicatievragen vaak een beperktere rol, behalve als er meer zorg ingezet moet worden of als er naar de functie gekeken moet worden.'*

Klaas den Besten, huisarts: *'De mensen van het GOAC hebben de sociale kaart veel beter op orde. Maar ook over machtigingen bij gedwongen opnames, over de nieuwe Wet zorg en dwang (Wzd), weten zij veel meer dan ik. Zij kennen de route en ze pakken het ook vaak gedeeltelijk voor je op, dat is heerlijk. Ook voor familie is het een voordeel te weten dat we als zorgverleners; SO, geriatrieverpleegkundige, POH-O en huisarts, gezamenlijk een aanbod hebben wat geborgd is. Dat geeft rust en daardoor ook minder vragen. Het heeft echt meerwaarde om mensen te zien in de thuissituatie en vooral ook hoe medicijnen worden gebruikt. Maar de grootste winst is dat we het met z'n allen doen en dat we ook borging krijgen van elkaar.'*

Annemieke van Oostveen, SO: *'Ik zie huisartsen waar we intensief mee samenwerken steeds vaker zelf de diagnose dementie stellen, maar het oppakken van dat functionele denken, verwacht ik meer bij de POH-O omdat dit van een huisarts te veel tijd vraagt. Ik vind het al winst dat er geen angst meer is om de diagnose dementie te stellen en dat huisartsen zich realiseren dat er meer nodig is dan alleen de diagnose stellen.'*

Informatie-uitwisseling

Annemieke van Oostveen, SO: *'We maken gebruik van cBoards van Caresharing: een ketenzorgdossier. De huisarts of POH kan mij daarvoor uitnodigen. Als ik dan inlog zie ik wat zij openstelt aan gegevens zoals voorgeschiedenis, medicatie, laboratoriumuitslagen*

en onderzoek dat al gedaan is. Ook kan de huisarts of POH daar een verwijsvraag in zetten. En ik kan er bevindingen in zetten, die dan weer automatisch overgenomen kunnen worden in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). Ook de geriatrieverpleegkundige kan uitgenodigd worden, net als de wijkverpleegkundige en bijvoorbeeld de mantelzorger. Per persoon kan zij aangeven wat ze wel en niet wil laten zien in dat dossier. Dit systeem bevat goed als de huisarts gegevens in het dossier up to date heeft, dat is niet altijd het geval, maar in het algemeen ben ik er heel blij mee.'

Klaas den Besten, huisarts: *'Via Caresharing kunnen we elkaar een bericht sturen, een chat, dat kan één op één of in een groepschat. Afstemmen doen we vaak via Caresharing of per telefoon. Dan heb je ook het intermenselijk contact en kunnen we even sparren. De officiële correspondentie gaat vaak digitaal of met de post. Afstemmen is laagdrempelig omdat het team klein en het contact persoonlijk is. We kennen elkaar en zitten één keer per maand bij elkaar voor een multidisciplinair overleg (MDO). Van tevoren sturen we via Caresharing over wie het gaat en wat de vraagstelling is. En we maken een gedeelte van het dossier inzichtelijk. Dat werkt efficiënt. In een MDO bespreken we ongeveer drie of vier patiënten. Vaak zijn er meerdere contacten over eenzelfde patiënt, omdat er sprake is van continue zorg. Tussendoor hebben we via Caresharing vaak nog contact, bijvoorbeeld wanneer iemand bij de patiënt langs is geweest.'*

Voorwaarden

Annemieke van Oostveen, SO: *'Wat denk ik erg geholpen heeft, is dat wij ons als SO en geriatrieverpleegkundige zichtbaar gemaakt hebben in de huisartsenpraktijk. Huisartsen zijn daardoor echt de meerwaarde gaan inzien van de samenwerking. Ook helpt het dat de zorggroep van de huisartsen hier volledig achter staat en dat het een van hun speerpunten is om ouderenzorg duurzaam neer te zetten in de regio. Daar heb je elkaar echt voor nodig met die complexe zorgvragen. Verder heb je natuurlijk voldoende mensen nodig en een goed dossier zodat je goed informatie kan krijgen en met elkaar kunt uitwisselen.'*

Klaas den Besten, huisarts: *'Een voorwaarde is dat je elkaar aardig vindt. Dat is de manier om het te kunnen laten blijven werken. Want je kan wel toezeggen dat je iets gaat doen maar je moet daar wel tijd voor vrijmaken. Je moet er lol in hebben en affiniteit met ouderen en je moet ook accepteren dat je elkaar aanvult.'*

Wensen

Annemieke van Oostveen, SO: *'Voor de SO's in de eerstelijns is financiering nu*

geregeld, maar voor de geriatrieverpleegkundigen is het nog steeds zoeken hoe zij goed gefinancierd kunnen worden. Voor de diagnostiek gaat het goed, maar als de inzet meer op het begeleidingsaspect zit, dan moet echt bedacht worden hoe de verpleegkundigen kunnen declareren. Dat doet afbreuk aan de waarde die ze vertegenwoordigen.'

Klaas den Besten, huisarts: *'We proberen bij ons in de huisartsenpraktijk fysiek ruimte te regelen zodat bijvoorbeeld één van de geriatrieverpleegkundigen één keer in de zoveel tijd bij ons een paar uur een werkplek heeft en dan als aanspreekpunt voor problematiek aanwezig is.'*

Aanbevelingen

Annemieke van Oostveen, SO: *'Mijn aanbeveling voor andere regio 's: denk aan het model met een geriatrieverpleegkundige. Ik zie SO's heel goede consulten doen, maar het is absoluut een meerwaarde om samen te werken met een geriatrieverpleegkundige. Denk vooral in netwerken en niet in verwijsmodellen. Hoe is het plaatselijk geregeld? Hoe kun je aansluiten en wie moet dan voorop? Wat heeft deze patiënt nodig? Wat is al heel goed geregeld? Kunnen we ergens een stapje terugdoen en waar moeten we juist meer inzetten? Laat dat keten denken toch wat los.'*

Klaas den Besten, huisarts: *'Probeer niet te groot te beginnen. Begin gewoon, ga eens bij elkaar zitten en bespreek met elkaar wat je kunt leveren, want dat verandert ook iedere anderhalf, twee jaar. Bespreek wat winst oplevert in zorg en tijd. Het hangt ook zeker van de inzet van betrokkenen af. Als een SO het niet ziet zitten, moet je het ook niet willen en voor de huisartsen geldt dat net zo; want we moeten al zo veel. Samenwerken in de eerstelijns is dus voor mensen die het echt willen. En als dan blijkt dat het werkt, komt de rest wel mee.'*

In de huisartsenpraktijk hebben we nu ook een POH-O. Die samenwerking moet zich nog verder uitkristalliseren. Zij functioneert als een soort verlengde arm van de huisarts, verzorgt de kleine patiëntcontacten evenals delen van de somatische Diagnose Behandelcombinaties (DBC's). Dit is complementair aan de taak van de geriatrieverpleegkundige die een meer sturende diagnostiserende en adviserende taak heeft onder verantwoordelijkheid van de SO in plaats van de huisarts. Dit lijkt in onze situatie de kwaliteit van zorg te verhogen en kan waarschijnlijk de druk op de schaarse psychogeriatric-verpleegkundigen verlagen.'

Resultaten

- Vele huisartsenpraktijken in een groot werkgebied kunnen de expertise van het GOAC inschakelen.
- Geriatrieverpleegkundigen vervullen een belangrijke rol vanuit het GOAC en maken een efficiënte inzet van de beperkt beschikbare SO's mogelijk.
- SO's en geriatrieverpleegkundigen werken steeds meer in de huisartsenpraktijk.
- Huisartsen, maar ook patiënten en mantelzorgers voelen zich meer ondersteund.
- Steeds meer eenvoudige ongecompliceerde dementiediagnostiek vindt plaats in de eerstelijns.
- Huisartsen die intensief samenwerken met het GOAC leren dat er meer nodig is dan alleen een diagnose stellen.
- Door meer proactieve zorg en ondersteuning in te zetten in de eerstelijns, lukt het om mensen langer en met meer kwaliteit thuis te laten wonen.