

SO's van de Posten bieden ondersteuning aan huisartsen

Huisartsen in Enschede maken steeds meer gebruik van de mogelijkheid een patiënt door te verwijzen naar een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) van zorgorganisatie de Posten. Soms zijn er vragen over geheugenverlies, is er sprake van probleemgedrag of zijn er vragen over polyfarmacie. De SO's verrichten dan een geriatrisch assessment en brengen daarmee de patiënt helemaal in kaart, stellen zo mogelijk een diagnose, bespreken wensen over het behandelbeleid en geven een advies. Veel huisartsenpraktijken hebben daarnaast een Praktijkondersteuner Ouderen (POH-O) in de praktijk. Deze zorgt voor verbinding tussen huisartsenzorg, het overige veld van de ouderenzorg en het sociaal domein. Hiermee ontlast de POH-O de huisarts, probeert escalatie te voorkomen en draagt bij aan de juiste zorg op de juiste plek en ondersteuning van het mantelzorgsysteem.

Aanleiding

Ouderen in Nederland wonen zo lang als mogelijk thuis. Zorg aan de meest kwetsbare groepen vraagt om multidisciplinair samenwerken met persoonsgerichte zorg als uitgangspunt. Zorg in de eerstelijns is vaak reactief en ziektegericht, terwijl geriatrische syndromen en morbiditeit vragen om een bredere blik. Lang geleden al werd binnen de Posten nagedacht over de ontwikkeling van de behandeling in de toekomst waarin de zorg zich meer gaat verplaatsen naar de wijk. In 2014 zijn ze begonnen met hervormen, door de zorg steeds meer naar de mensen toe te brengen en te werken volgens het concept 'behandelaren aan huis', bedoeld om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen.

Desire Jansen, SO: *'Wij willen als organisatie ook een rol vervullen in de wijk. Dus niet alleen werken in het gebouw van de Posten, maar echt een verbindende factor in de wijk zijn. Een soort netwerk weven om het gebouw heen waarbij wij kwetsbare ouderen kunnen opvangen, eerder kunnen signaleren en in kaart hebben zodat er op tijd actie kan worden ondernomen.'*

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

Vanuit de wijk worden door de huisarts steeds meer patiënten verwezen naar

PROFIEL:

De Posten

- 2 verpleeghuislocaties voor wonen met zorg in Enschede Zuid
- diverse appartementen voor zelfstandig wonen
- geriatrische revalidatiezorg, eerstelijnsverblijf, thuiszorg, verpleging en behandeling, verzorging
- medische vakgroep: 5 SO's, 3 Verpleegkundig Specialisten (VS-en)

THOON

- staat voor 'Twentse Huisartsen Onderneming Oost Nederland'
- een organisatie ván en vóór huisartsen in Twente en directe omgeving
- biedt diensten op concrete onderdelen van praktijkvoering en door deel te nemen aan zorgprogramma's
- 63 medewerkers ondersteunen 190 huisartsen.
- 6 POH-O's van THOON werken bij huisartsen
- 1 coördinator zorgprogramma ouderen in dienst

de SO's. Met een geriatrisch assessment brengen de SO's de patiënt volgens een gestandaardiseerde methode op een aantal gebieden (somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch, communicatie en voeding) helemaal in kaart en komen op basis daarvan tot een conclusie en advies voor de huisarts. Vanuit de Posten doet Desire Jansen dit samen met haar collega Marieke van Schoot. Samen hebben zij vier en een halve dag per week beschikbaar voor de eerstelijns. Intramuraal bij de Posten zijn zij alleen nog actief voor de waarneming en in de dienstenpool.

Desire Jansen, SO: *'Een schriftelijke aanvraag voor een consult komt binnen via ons secretariaat, vaak na een telefoontje van de huisarts of POH-O. Wij bespreken dat in ons wekelijks multidisciplinair overleg met de psycholoog. We bekijken dan wat we zullen doen. Vaak doen we een geriatrisch assessment bij iemand thuis, zodat we een goed beeld krijgen van hoe het gaat. Meestal zijn we 45-60 minuten met iemand bezig om echt een breed beeld te krijgen. Samen met andere gegevens zoals voorgeschiedenis en medicatie van de huisarts, bespreken we dit assessment dan weer in ons multidisciplinair overleg. Zo nodig vragen we nog nader onderzoek van het laboratorium of van de psycholoog. We sturen uiteindelijk een afsluitende brief naar de huisarts met onze onderzoeksresultaten, conclusie en advies.'*

In eerste instantie waren het vooral de huisartsenpraktijken rondom de Posten, in Enschede-Zuid, die gebruik maakten van de SO's in de wijk, maar inmiddels weten ook andere huisartsen ze te vinden voor consultatie. Bij drie huisartsenpraktijken hebben de SO's van de Posten multidisciplinair overleg (MDO) samen met de praktijkondersteuner en de huisarts zelf. Dan wordt er casuïstiek besproken of komen algemene meer organisatorische zaken aan de orde. De SO kan ter plekke een advies geven of er kan gezamenlijk gebrainstormd worden. Maar het kan ook tot een consultaanvraag leiden.

Jolande Huizinga is acht en een half jaar werkzaam als Coördinator zorgprogramma ouderen bij THOON. Daarnaast is ze als verpleegkundige POH-O werkzaam voor meerdere huisartsenpraktijken in Enschede Zuid.

Jolande Huizinga: *'We hadden vier keer per jaar MDO, maar dit hebben we na evaluatie teruggebracht naar twee keer per jaar MDO in de huisartsenpraktijk met een vast geriatrisch team. De ervaring leert dat we elkaar ook tussendoor regelmatig zien en spreken en we communiceren digitaal. Dat was de reden om het overleg naar twee keer per jaar terug te brengen.'*

Desire Jansen, SO: *'We hebben ook afspraken met een paar kleinschalige woonvormen waar wij de consultants voor de huisarts zijn. Maar ook medewerkers van het zorgteam kunnen aan ons vragen om mee te denken. Zo kunnen ze bijvoorbeeld een consult vragen aan mij als SO als iemand gedragsproblemen heeft. Zo nodig kan de psycholoog meekijken als er een specifieke benaderingswijze moet worden opgesteld. Met elke woonvorm zijn maatwerkafspraken gemaakt.'*

Liesbeth Godeke heeft na twaalf en een half jaar wijkverpleging de overstap gemaakt naar de functie van POH-O. Zij is in dienst van THOON en werkt voor vijf verschillende huisartsenpraktijken in Enschede-Zuid. Per huisartsenpraktijk heeft zij gemiddeld vijf uur per week beschikbaar.

Liesbeth Godeke: *'Toen ik als wijkverpleegkundige werkte had ik niet echt een beeld van wat de SO precies deed, maar ik vind het heel fijn. Wanneer ik nu ergens op huisbezoek kom en denk dat er meer aan de hand is, terwijl er nog geen officiële diagnose is, dan hoeven we iemand niet gelijk door te sturen naar bijvoorbeeld de geheugenpoli. Dan maakt de huisarts een verwijzing voor de SO en die komt gewoon aan huis. Het is voor de mensen natuurlijk veel prettiger, want naar het ziekenhuis is toch echt wel wat anders dan een huisbezoek. Wat ook heel prettig is: De huisarts krijgt een duidelijke en uitgebreide terugkoppeling van de SO in een brief en daar kunnen we dan echt mee verder.'*

De samenwerking tussen de huisarts en de SO

Eerder was er vooral contact tussen huisarts en SO als het ging om een crisisopname bijvoorbeeld. De SO's zijn gestart met het uitbouwen van de bestaande contacten met de huisartsen. Ze hebben hiervoor onder andere een presentatie gehouden op een symposium over de samenwerking met de eerstelijns. Ook hebben ze contact gezocht met de POH-O's. Tijdens nascholingen of een bijeenkomst met POH-O's stelden ze zich voor en vertelden ze wat ze zouden kunnen bijdragen en hoe ze zouden kunnen samenwerken.

Desire Jansen, SO: *'Zo gingen we ook naar huisartsen toe om aan te geven wat wij zouden kunnen bijdragen. De huisarts heeft vaak minder tijd, zeker als het om complexe casuïstiek gaat. En de huisarts is vaak reactief. Iemand heeft een klacht, als huisarts doe je daar iets mee en dan houdt het op. Wij hebben meer tijd om iemand breder in kaart te brengen, bij de patiënt thuis, met het geriatrisch assessment. Dat kan dan leiden tot een advies over zorginzet of nader onderzoek, zoals een neuropsychologisch onderzoek eventueel. Dat blijkt toch wel een bepaalde behoefte te vervullen voor de huisarts. Aanvankelijk werd het vooral gebruikt voor mensen die al bijna als crisis*

opgenomen werden, maar op een gegeven moment zag je het toch verschuiven naar wat meer proactieve acties of voor mensen voor wie het de bedoeling is dat ze langer thuisblijven. Dus nu is de diagnostiek van belang en wat we aan zorg gaan inzetten of verdere opvang. En daar kunnen we een rol in spelen.'

Jolande Huizinga, POH-O: *'In de twee huisartsenpraktijken waar ik nog werk, heb ik de afgelopen acht jaar gezien hoe de SO stap voor stap een vaste samenwerkingspartner van de huisarts/POH-O en het geriatrisch netwerk is geworden. De samenwerking is multidisciplinair waarbij huisarts, SO, relevante paramedici, casemanager dementie en wijkverpleging betrokken kunnen zijn.'*

Liesbeth Godeke, POH-O: *'Vooral bij een patiënt met geheugenproblemen schakelen we een SO in om een goede diagnostisering te krijgen en om daarna een casemanager in te kunnen zetten. We hebben dan duidelijk op papier staan hoe we verder kunnen en welk soort dementie het is. Er is dan een verwachting van hoe het verder zou kunnen verlopen en zij adviseren soms ook over medicatie, soort dagbesteding of over een mantelzorger die overbelast is en meer aandacht moet hebben.'*

'Waar ik zelf nog geen ervaring mee heb, maar waarvoor we ook terecht kunnen bij een SO is bijvoorbeeld voor polyfarmacie of vage klachten, zoals buikpijn. Dan hoef je niet direct naar het ziekenhuis, maar dan kan de SO ook eerst van alles uitvragen en proberen te achterhalen waar het vandaan komt.'

Desire Jansen, SO: *'Wat het voor mij leuk maakt is dat je een bijdrage probeert te leveren aan het leven in de wijk waardoor je iemand ook zo lang als kan, thuis kan laten wonen met voldoende ondersteuning. Ik denk dat wij daar ook echt als SO iets aan kunnen toevoegen, ook als het om medicatie gaat of gewoon om die diagnostiek.'*

Informatie-uitwisseling

Huisartsen en SO's maken gebruik van Zorgmail, een beveiligde mailverbinding om onder meer medische informatie versleuteld te verzenden. De SO's werken met systeem ONS van Nedap, een digitaal ECD. De huisarts kan daar niet in kijken. En de SO's kunnen niet in het huisartsendossier. Via het KOS (Keten Ondersteunend Systeem) van VHS (het vaste huisartsensysteem), kunnen huisartsen en SO's digitaal gegevens uitwisselen. Ook de POH-O kan gebruik maken van het KOS. Zo wordt tijdens het multidisciplinair overleg (MDO) het individuele zorgplan in KOS als leidraad voor de multidisciplinaire afstemming gebruikt. Een consultaanvraag kan zowel via Zorgmail of via het KOS binnenkomen.

Desire Jansen, SO: *'Het KOS is gekoppeld aan het huisartsendossier, maar niet aan ons ECD dus dat is een nadeel. Voor de huisarts is het makkelijk. Maar wij moeten in het KOS apart inloggen om te kijken of er berichten zijn, dus voor ons is het helemaal niet zo handig. Dat is nog vatbaar voor verbetering. Ook gebruikt niet elke huisarts het KOS voor de communicatie met de SO dus we krijgen ook nog via die mail huisartsenvragen binnen.'*

Voorwaarden

Desire Jansen, SO: *'Belangrijke voorwaarden zijn ondersteuning van management en bestuur en de raad van toezicht, ruimte in de formatie en financiering. Waarbij je als organisatie de keuze moet maken te willen investeren. Verder is persoonlijk enthousiasme een absolute vereiste. En je moet het als SO leuk vinden om samen met huisartsen op te trekken.'*

Liesbeth Godeke, POH-O: *'Bereikbaarheid: weten waar je terecht kan en dat je elkaar ook makkelijk kan bereiken als het nodig is. Elkaar vertrouwen en van elkaar weten wat je kan.'*

Jolande Huizinga, POH-O: *'Elkaar kennen en vinden, goede (werk)afspraken maken, weten van welk zorgaanbod je van de SO gebruik kan maken. Korte lijnen huisarts/POH-O en SO.'*

Wensen

Desire Jansen, SO: *'Wat je als SO in de eerstelijns nu kunt declareren valt nog steeds onder een subsidieregeling. We proberen ons als beroepsgroep hard te maken voor een Diagnose Behandelcombinatie (DBC) in de eerstelijns. Als het alleen blijft bij een consult om een indicatie te krijgen, dan is dat natuurlijk heel beperkt. Het kan bijvoorbeeld zijn dat je graag iemand wilt volgen of dat je misschien nog een andere therapie wil inzetten of dat je toch, en dat is dan meer toekomstmuziek, meer MDO's in de wijk doet. Dat doen we nu bij een paar huisartsen, maar dat zouden we nog verder kunnen en willen uitbreiden.'*

Aanbevelingen

Desire Jansen, SO: *'Ik zou collega's willen motiveren om zich ook meer naar buiten te keren. Het is voor jezelf leuk en verrijkend om juist ook in de wijk te komen, of juist ook wat meer in een eerder stadium betrokken te zijn. Het is heel erg belangrijk om een netwerk te creëren en dat kost gewoon tijd. Daar moet je ook tijd voor kunnen en willen nemen, maar ik denk dat het wel bij ons vak past en dat wij onze meerwaarde kunnen'*

laten zien in de wijk. Want de geriater zit in het ziekenhuis. En als er meer oudere en complexe mensen in de wijk blijven wonen, dan zie ik daar wel een SO naast een huisarts. Ik kan het echt aanbevelen, het is leuk om ook ambulante bezig te zijn, dat je ook echt bij mensen thuis komt en dat geeft je ook een beter beeld van iemand.'

'De ontwikkeling naar meer alternatieve woonvormen ondersteun ik, maar ook daar moet je zorgen dat er voldoende deskundigheid is. Dat is natuurlijk ook het hele idee van de behandeling: meer naar de wijk brengen. Deskundigheid die wij intramuraal in ons behandelteam hebben gestoken, gedurende al die jaren, dat we die dus ook in de wijk kunnen gebruiken.'

Jolande Huizinga, POH-O: *Tijd en verschillende financieringen zijn ingewikkeld. Cure, care en het sociaal domein: ieder spreekt zijn eigen taal en bekijkt het uit eigen perspectief. Het is belangrijk om echt samen de verantwoordelijkheid te voelen, proactief te zijn en lef te hebben om out of de box te denken. Om als een lerend netwerk continu de samenwerking te borgen, te evalueren en bij te stellen. Het is een kwestie van een lange adem met een belangrijke rol voor sleutelfiguren en kartrekkers. Sluit aan bij wat ouderen belangrijk vinden en kijk ook naar landelijke en regionale initiatieven.'*

Liesbeth Godeke, POH-O: *'Ik denk dat de stap om iemand door te verwijzen naar een SO veel kleiner is dan om iemand door te verwijzen naar het ziekenhuis. Je hebt veel sneller duidelijkheid en een leidraad hoe je verder kan gaan. En omdat de SO aan huis komt is het veel vertrouwder voor een patiënt. Ik denk dat dat heel veel meerwaarde heeft.'*

Resultaten

- Huisartsen kunnen een consult van de SO aanvragen in de thuissituatie van een patiënt. Diagnostiek, geriatrisch assessment en advies.
- SO is beschikbaar voor huisarts als medebehandelaar en voor intercollegiaal overleg.
- Overgang van thuis naar opname gaat makkelijker omdat iemand al in beeld is.
- Minder crisisopnames doordat SO ook proactief wordt ingezet in de wijk.
- Mensen kunnen langer en met meer kwaliteit van leven thuis blijven wonen.