

Kernelementen en resultaten van Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde in Velp

Herma Barnhoorn · Ester Bertholet

Samenvatting

In Velp is ruim een kwart van de inwoners ouder dan 65 jaar en 15% ouder dan 75. Om aan de grote groep ouderen met complexe problemen adequate zorg te kunnen blijven leveren, is MESO-zorg ontwikkeld: Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde. In MESO-zorg worden de kennis en kunde van de specialist ouderengeneeskunde gecombineerd met de kennis en kunde in de eerste, tweede en nulde lijn. Hierdoor kunnen ouderen langer thuis blijven wonen met meer welzijn tegen lagere kosten. In deze bijdrage worden de veertien kernelementen van deze aanpak beschreven. Ook wordt uiteengezet op welke wijze de resultaten van vier jaar MESO-zorg zijn gemonitord en wat dit heeft opgeleverd.

Waarom ouderenzorg vernieuwen?

We leven langer met meer aandoeningen en beperkingen

In de gemeenten Velp en Rozendaal is de bevolkingssamenstelling zoals deze in 2040 in heel Nederland zal zijn. Ruim een kwart is ouder dan 65 jaar en 15% van de inwoners is ouder dan 75.

Volgens de LASA-studie (Longitudinal Aging Study Amsterdam) is gemiddeld 17% van de 65-plussers kwetsbaar, wat voor Velp neerkomt op circa 850 kwetsbare ouderen. Nu de kosten in de zorg onder druk staan, is het zaak te zoeken naar een goede en betaalbare vorm van zorg voor deze mensen.

Drs. E. Bertholet (✉) · Ir. H. Barnhoorn
Velp, Nederland
e-mail: secretariaat@praktijkouderengeneeskunde.nl

In Velp is vier jaar ervaring opgedaan met Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde (MESO-zorg). De ontwikkeling van deze integrale ouderenzorg is mede mogelijk gemaakt door een subsidie van ZonMw en door samen met zorgverzekeraar Menzis aangevraagde innovatiegelden bij het RVVZ-fonds en de NZa. In MESO-zorg worden de kennis en kunde van de specialist ouderengeneeskunde gecombineerd met de kennis en kunde in de eerste, tweede en nulde lijn. Hierdoor kunnen ouderen langer thuis blijven wonen met meer welzijn tegen lagere kosten.

Een persoonlijke geschiedenis

Ester Bertholet heeft gewerkt in de geriatrie, ouderenpsychiatrie, in het verpleeghuis en als huisarts. In elk van deze werkkringen werd kundig gewerkt aan goede ouderenzorg, maar voor de ouderen met complexe problematiek pakte een en ander naar haar beleving toch niet optimaal uit.

Bij geriatrie waren optimale diagnostische en behandel mogelijkheden, maar waren adviezen niet altijd toepasbaar in de thuissituatie van de oudere. Niet in de laatste plaats doordat zij haar patiënten en hun context nauwelijks leerde kennen en er in de tweede lijn meer aandacht was voor ziekten dan voor welzijn. In de verpleeghuizen was de multidisciplinaire samenwerking optimaal, maar moest een oudere afscheid nemen van de eigen vertrouwde leefomgeving en de ingesleten routines. In de huisartsenpraktijk was er te weinig tijd voor brede diagnostiek, noodzakelijk multidisciplinair overleg en coördinatie van de behandeling. En in de psychiatrie was er veel aandacht voor de persoonlijke situatie van de patiënten, maar werd de somatische component van hun problemen onderbelicht.

Hierop besloot zij het beste van deze werelden te combineren: de werkwijze rond ouderen met complexe problematiek uit de verpleeghuizen te combineren met de kennis en kunde van de nulde, eerste en tweede lijn, met als resultaat de eerste Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet in de eerste lijn in Velp.

Wat is Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde?

De werkwijze in het kort

De Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet (verder POGB) ziet ouderen met (hoog)complexe problematiek in de thuissituatie op verwijzing van de huisarts in samenwerking met het lokale zorgnetwerk. Gezamenlijk zorgen zij voor (een nieuw) evenwicht, waardoor de patiënt met meer kwaliteit van leven langer thuis kan wonen tegen lagere kosten.

De huisarts blijft hoofdbehandelaar, de POGB is intensief medebehandelaar. De POGB doet brede diagnostiek op lichamelijk, geestelijk, communicatief, maatschappelijk en ADL-gebied, mede op basis van huisbezoek. Dit levert inzicht op in

de wensen, beperkingen en mogelijkheden van de oudere en diens ondersteuners. Een kort en krachtig zorgplan op één A4 biedt alle betrokkenen een overzicht van de multidisciplinair aan te pakken problematiek en de oplossingsrichtingen. In één multidisciplinair overleg per patiënt met alle betrokken zorgverleners worden doelen en acties geformuleerd en taken verdeeld en afgestemd. De praktijk ouderengeneeskunde fungeert als centraal aanspreekpunt en coördinatiepunt in het diagnostische en behandeltraject, tot de oudere een nieuw evenwicht heeft bereikt met een betere kwaliteit van leven. Na gemiddeld zeven maanden wordt de patiëntenzorg weer volledig overgedragen aan de huisarts.

De invalshoek is het welzijn van de oudere. Niet de optimale behandeling van alle aandoeningen en beperkingen staat centraal, maar het versterken van de mogelijkheden om de kwaliteit van leven te verhogen. Om dit voor de patiënt te kunnen bereiken, blijken veertien kernelementen van de aanpak van de MESO-zorg cruciaal.

Veertien kernelementen van de MESO-zorg onder regie van de Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet

De meerwaarde van de specialist ouderengeneeskunde wordt optimaal benut

De specialist ouderengeneeskunde is sinds zes jaar de naam voor de arts die voorheen ‘verpleeghuisarts’ heette. Een specialist ouderengeneeskunde is een arts die gedurende een driejarige opleiding specialistische kennis heeft opgedaan over veroudering en over het begeleiden van complexe problemen en achteruitgang. De specialist ouderengeneeskunde maakt ook bespreekbaar waar de grens van behandelen ligt en waar acceptatie van ziekten en van de eindigheid van leven begint. Deze specialist beschikt over meer kennis ten opzichte van de eerste lijn onder meer wat betreft dementie, ouderenspsychiatrie en -revalidatie, palliatieve zorg, M. Parkinson, multifactoriële pijn, voeding, (poly)farmacie, mantelzorgbelasting.

Bovendien is de specialist ouderengeneeskunde zeer vaardig in multidisciplinaire samenwerking, die noodzakelijk is om complexe problemen te kunnen aanpakken. Voor de specialist ouderengeneeskunde is de multidisciplinaire samenwerking, wat de scalpel is voor de chirurg. De specialist ouderengeneeskunde heeft een helikopterview over het functioneren van de oudere op de belangrijke levensgebieden.

Door deze kennis en kunde van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn in de breedte in te zetten voor ouderen met complexe problematiek, worden deze ouderen maximaal ondersteund in hun wens zo lang mogelijk thuis te blijven wonen.

Kwaliteit van leven boven optimale behandeling van ziekten

Mensen op oudere leeftijd hebben vaak niet zozeer last van specifieke ziekten, als wel van de beperkingen die de (combinatie van) ziekten opleveren (oplevert). Gezien de hoge leeftijd, de vaak afgenomen energie en de veelheid aan problemen, is het niet mogelijk en wenselijk om alle problemen (tegelijkertijd) aan te pakken. De centrale vraag is dan wat het meest belangrijk en haalbaar is voor deze patiënt. Weer

buiten kunnen wandelen, zelf blijven koken of maximale zelfstandigheid? Kwaliteit van leven is bij onze aanpak belangrijker dan optimale behandeling van ziekten. Aandacht voor (de relatie met) welzijn is daarom vanzelfsprekend.

De huisarts verwijst en blijft hoofdbehandelaar

De specialist ouderengeneeskunde is specialist in de diagnostiek en behandeling van de oudere patiënt. Hij of zij neemt tijdelijk, als medebehandelaar, een (groot) deel van de diagnostiek, behandeling en coördinatie over.

De huisarts is en blijft als hoofdbehandelaar de continue factor in de zorg aan de patiënt en houder van diens dossier. De huisarts is de enige verwijzer naar de specialist ouderengeneeskunde.

Specialist ouderengeneeskunde en huisarts onderhouden het (actuele) medische dossier

Zowel de specialist ouderengeneeskunde als de huisarts moet kunnen beschikken over het actuele en historische medische dossier, inclusief de geneesmiddelenvoorschriften. Dat kan betekenen dat de specialist ouderengeneeskunde toegang heeft tot het HIS van de huisarts.

De specialist ouderengeneeskunde maakt deel uit van een team

De specialist ouderengeneeskunde in deze praktijk kan doelmatig werken wanneer hij of zij deel uitmaakt van een team: de praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet. Daarvan maken in ieder geval deel uit: een secretaresse en ouderenverpleegkundige.

Specialist ouderengeneeskunde en verpleegkundige komen bij de mensen thuis

Het is belangrijk om tijdens een huisbezoek de context van de patiënt te leren kennen (welzijn, sociale omgeving, draagkracht mantelzorger, huisvesting, opleiding, financiële draagkracht). Dit is van belang bij de diagnostiek en voor de behandeladviezen. Ook het functioneren in het dagelijks leven kan het best beoordeeld worden tijdens een huisbezoek.

De praktijk werkt samen met het lokale zorgnetwerk

Samenwerking met het lokale zorgnetwerk is cruciaal. De praktijk heeft geen paramedici, ouderenadviseurs of thuiszorgmedewerkers in dienst, maar werkt samen met de paramedici en andere zorgverleners in het gebied. Deze mensen kennen veel patiënten al lange tijd. Zij hebben hun contacten met de andere hulpverleners en zijn voor iedereen gemakkelijk toegankelijk. Op deze manier kan samenhangende effectieve zorg worden geboden en gedelegeerd naar vertrouwde zorgverleners. Daarbij wordt gebruikgemaakt van in jaren opgebouwde samenwerkingsrelaties. Zo wordt verwezen naar een collega die het beste bij de patiënt past (en niet louter naar de betreffende functie zoals ‘fysiotherapeut’).

Uiteindelijk zullen ook alle zorgverleners in de eerste lijn gedegen kennis van de ouderenzorg moeten ontwikkelen. De medewerkers van de praktijk besteden tot op de dag van vandaag veel tijd aan kennisverspreiding en scholing.

Oudere en mantelzorgers hebben een cruciale rol

De oudere en mantelzorger worden er nauw bij betrokken, zowel ten tijde van de diagnostiek en het in kaart brengen van de problemen als bij het formuleren van de adviezen en acties.

Een zorgplan op één A4 is het uitgangspunt

De praktijk stelt voor elke patiënt met complexe problematiek een zorgplan op. Het zorgplan geeft op één A4 een overzicht van de problemen op de vijf belangrijke levensgebieden, de doelen, de acties en wie voor deze acties verantwoordelijk zijn. Wanneer deze acties uitgevoerd zijn, verdwijnen ze uit het zorgplan, dat hiermee in de loop van de tijd dus steeds korter wordt. De vijf belangrijke levensgebieden betreffen de algemene dagelijks levensverrichtingen (ADL) en het somatisch, maatschappelijk, psychisch en communicatief functioneren.

Multidisciplinair overleg zorgt voor samenhangende zorg

Voor alle verwezen patiënten met complexe problematiek wordt een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd met het zorgplan als uitgangspunt. Voor dit overleg worden met toestemming van de patiënt alle betrokken of te betrekken hulpverleners uitgenodigd. Hulpverleners blijken zonder uitzondering zeer geïnteresseerd om aanwezig te zijn bij een multidisciplinair overleg. De betrokken hulpverleners variëren van paramedici tot het wijkteam en van een dagbehandelingcoördinator tot de geriater (via Skype-verbinding). In het MDO delen zij informatie over de patiënt, vindt afstemming plaats over de behandeldoelen en worden prioriteiten gesteld.

De specialist ouderengeneeskunde blijft betrokken in de behandel fase

De praktijk geeft niet uitsluitend adviezen, maar voert (onderdelen van) de behandeling ook zelf uit. De specialist ouderengeneeskunde start of stopt de medicatie, vraagt aanvullend onderzoek aan (een ecg, beeldvormend onderzoek), verwijst een patiënt naar een paramedicus of regelt thuiszorg. Samen met de verpleegkundige van de praktijk begeleidt hij of zij het behandeltraject. Vooral de verpleegkundigen houden de vinger aan de pols, stemmen af en informeren tot iedere hulpverlener de behandeling en de begeleiding zelf kan uitvoeren. Deze taak is niet te onderschatten en neemt veel tijd van de verpleegkundigen in beslag.

De behandeling is gericht op versterking van mogelijkheden van de oudere en het steunsysteem

De praktijk kijkt niet alleen naar alle complexe problemen, maar probeert ook de kracht en de passies van de patiënt te vinden en deze aan te spreken voor (het herstel van) zijn of haar welbevinden.

De praktijk heeft daarbij ook aandacht voor het al bestaande of te vormen netwerk rondom een patiënt. De kinderen of andere familieleden kunnen worden uitgenodigd, maar ook een betrokken buurvrouw kan (met toestemming) van informatie worden voorzien, zodat eenieder de patiënt beter kan begrijpen en ondersteunen. Zorg voor de mantelzorger is vaak cruciaal voor de oudere om thuis te kunnen blijven wonen.

De specialist ouderengeneeskunde is geworteld in de eerste lijn

Vanaf de ontwikkeling van het eerste idee over deze praktijk heeft de specialist ouderengeneeskunde samenwerking gezocht met alle eerstelijnsverleners, van huisartsen tot thuiszorg. Op die manier kon de praktijk aansluiten bij de kennis en kunde die al aanwezig waren en problemen aanpakken waarbij hij of zij de grootste toegevoegde waarde heeft.

De praktijkvorm van de specialist ouderengeneeskunde moet daarom passen bij de cultuur van het samenwerkingsverband. In een samenwerkingsverband van zelfstandige praktijkhouders kan de specialist ouderengeneeskunde bijvoorbeeld beter een eigen praktijk starten; in een loondienstcentrum kan hij of zij beter in loondienst werken.

Frequente contactmogelijkheden, toegankelijkheid en continuïteit in de bereikbaarheid van de praktijk zijn belangrijk. Regelmatige (dagelijkse) aanwezigheid in de huisartsenpraktijk is daarvoor een belangrijke voorwaarde.

De inzet van de Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet eindigt bij nieuw evenwicht

Wanneer de acties uit het zorgplan zijn uitgevoerd, een patiënt en diens mantelzorger goed zijn geïnformeerd, de hulpverleners hun werkzaamheden kunnen uitvoeren en de patiënt zo stabiel mogelijk is, kan de huisarts de zorg weer volledig overnemen. Dit blijkt in de meeste gevallen goed mogelijk. Indien op enige termijn een nieuw incident het evenwicht verstoort, kan de praktijk met vaak een eenvoudig advies snel inspringen, zonder dat een nieuwe verwijzing nodig is.

De eerste resultaten van de MESO-zorg

Kenmerken van de patiëntenpopulatie

In de periode oktober 2011 tot januari 2015 zijn 320 patiënten door de huisartsen in Velp verwezen naar de Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet voor MESO-zorg. Van deze patiënten komt 92,5% ook daadwerkelijk in behandeling bij de praktijk ouderengeneeskunde. Voor acht patiënten bleken een of meer consulten van de specialist ouderengeneeskunde aan de huisarts voldoende en zestien patiënten zijn opgenomen of overleden, voordat de behandeling goed op gang kwam. In de loop van de tijd zijn per jaar steeds meer patiënten behandeld: in het eerst jaar 70 patiënten, het tweede jaar 91 en in de periode oktober 2013 tot januari 2015 gemiddeld 108 ouderen per jaar. De gemiddelde leeftijd van alle behandelde patiënten bedraagt ruim 83 jaar met een range van 61 tot 104 jaar oud. Van de verwezen ouderen is 60% vrouw en 40% man.

Alle patiënten hebben een zekere mate van multimorbiditeit. We maken een onderscheid naar ouderen met complexe problematiek en ouderen met hoogcomplexe problematiek, met elk een eigen DBC. Patiënten die de POGB in behandeling krijgt, zijn per definitie complex (voor kwetsbare mensen volstaat consultatie). Het onderscheid complex versus hoogcomplex is gebaseerd op criteria die wij hebben op-

gesteld naar aanleiding van terugkerende kenmerken van onze patiëntengroep met hoogcomplexe problematiek. Deze criteria zullen de komende onderzoeksperiode getoetst worden op bruikbaarheid voor collega's in den lande. De DBC voor hoog-complexe ouderen bevat meer zorguren dan die van de groep ouderen met complexe problematiek. De problematiek van ruim driekwart van de behandelde ouderen was hoogcomplex en een kwart complex.

De wijze waarop we de resultaten hebben gemonitord

Het eerste jaar hebben we gezocht welke prestatie-indicatoren de resultaten van de MESO-zorg het beste konden weergeven. Door deze zoektocht is de registratie van veel gegevens in deze periode onvoldoende om een beeld te geven. Deze eerste 72 verwezen patiënten noemen we startgroep S.

In het tweede jaar hebben we de prestatie-indicatoren zo eenduidig mogelijk geregistreerd. Ook hebben we gezocht naar bestaande instrumenten om effecten van de MESO-zorg te kunnen volgen. We zijn begonnen met de TOS (Tweetraps Ouderen Screening, een instrument om kwetsbaarheid bij ouderen te screenen), maar deze bleek niet geschikt voor ouderen met de (hoog)complexe problematiek uit onze populatie. Daarna zijn we uitgekomen bij de 'Intermed/GFI/welbevindenvragenlijst', die ontwikkeld is door de Rijksuniversiteit Groningen [1]. De Intermed/GFI/welbevindenvragenlijst (verder: Intermed) bevat zeer relevante vragen voor de oudere met betrekking tot kwetsbaarheid, problemen, complexiteit van de (zorg) situatie, zorgbehoeften en welbevinden. Door de hoge prevalentie van de (matig ernstige) geheugenproblemen in onze populatie, zijn de antwoorden van de ouderen echter vaak slechts een weergave van het moment van het interview. Met medeweten en goedkeuring van de ontwerper van deze vragenlijst, Joris Slaets, is de Intermed voor onze groep patiënten ingevuld door de hulpverleners, waarbij de arts en verpleegkundige beiden een inschatting maakten van het meest passende antwoord. De volgende onderzoeksperiode zullen we de Intermed niet meer gebruiken, omdat we de vragen niet voldoende helder gesteld vonden en ook niet alle antwoorden in de verwerking goed konden interpreteren. Wij zijn op dit moment een zelfontwikkelde vragenlijst kwetsbaarheid/complexiteit aan het testen.

Een van de doelen van MESO-zorg is te zorgen dat ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Dat kan wanneer je intervenueert op factoren die zonder actie tot intramurale opname zouden leiden. Daarom is de risicoscorelijst ontwikkeld, die de urgentie van factoren voor intramurale opname in kaart brengt. De risicoscorelijst wordt verderop in deze bijdrage toegelicht.

Voor de mantelzorgers is een vragenlijst ontwikkeld naar de zorgbelasting voor en na de interventies.

In de groep van 90 patiënten die MESO-zorg hebben gekregen tussen 1 oktober 2012 en 1 oktober 2013 zijn zo veel mogelijk deze drie vragenlijsten tweemaal ingevuld of afgenomen: bij intake (= To) en na behandeling (= Tn). Deze groep patiënten noemen we de onderzoeksgroep O.

Ten slotte hebben vrijwilligers bij de ouderen uit groep O, die dat wilden en daartoe in staat waren, een vragenlijst afgenomen over de ontvangen zorg. Dit betrof 42 patiënten.

Van de patiënten die tussen 1 oktober 2013 en 1 januari 2015 zijn geïncludeerd zijn weer uitsluitend prestatie-indicatoren bijgehouden: de recente groep R. Wanneer we gegevens hebben over de onderzoeks- én de recente groep, noemen we dit de Grote onderzoeksgroep G. Wanneer de gegevens alle behandelde patiënten betreffen, noemen we dit de totale groep T.

Zorgverleners geven meer prioriteit aan het daadwerkelijk bieden van patiëntenzorg dan aan het registreren van die zorg. Dit houdt in dat de hierna genoemde resultaten door onvolledige registratie een onderschatting geven van de werkelijke resultaten van MESO-zorg. De aantallen patiënten over wie gegevens beschikbaar zijn, varieert daardoor.

Kenmerken en kwaliteit van de geleverde zorg

Multidisciplinair overleg voor ruim 80% van de ouderen door gemiddeld vijf tot zes disciplines

In groep G, verwezen in de periode oktober 2012 tot januari 2015, heeft voor 185 van de 225 behandelde patiënten (82%) een MDO plaatsgevonden, waarin het zorgplan is besproken. Gemiddeld namen vijf tot zes disciplines deel aan het MDO. Deze disciplines betroffen hulpverleners uit de eerste lijn (paramedici, thuiszorg) maar ook uit de nulde lijn (Wmo-medewerkers, conciërge van een serviceflat). De voornaamste reden om geen MDO te organiseren was dat de noodzaak daartoe ontbrak, omdat alles prima te regelen was in bilateraal overleg. Dit betrof vooral de complexe patiënten. In de groep patiënten met hoogcomplexe problematiek was de voornaamste reden om geen MDO te organiseren, intramuraal opname (meestal een verpleeghuisopname) of overlijden van de patiënt.

Zorg voor de mantelzorg bij 95% van de verwezen ouderen

In dezelfde groep G is bij 213 van de 225 patiënten zorg besteed aan de mantelzorg (94,7%). De gemiddeld ervaren belasting door de mantelzorg is daardoor verschoven van gemiddeld 5,0 vóór de MESO-zorg naar gemiddeld 4,3 ná de MESO-zorg op een schaal van 0 (niet belastend) tot 10 (veel te zwaar). Desgevraagd gaven de mantelzorgers vooraf aan 4,5 taken als belastend te ervaren en 3,8 na de MESO-zorg. Het vaakst werd de 'zorg voor de toekomst' als belastend genoemd: 71% van de mantelzorgers noemde dat als een belastende taak vóór de interventies en 50% maakt zich hier nog zorgen over ná de MESO-zorg. Deze verschuivingen zijn consistent en opmerkelijk, gezien het feit dat het hier om ouderen met (hoog)complexe problematiek gaat, die achteruitgaan en afhankelijker worden van de mantelzorg. Het is bijzonder dat de MESO-zorg hierin desondanks enige verlichting heeft kunnen brengen.

Toename van 55 % van de ouderen bij wie adequate zorg is ingezet

Kenmerk van de praktijk ouderengeneeskunde is het actief betrekken van andere disciplines bij de zorg, die een bijdrage kunnen leveren aan het vergroten van het welzijn en de eigen draagkracht of die noodzakelijke ondersteuning bieden aan de oudere. Bij 157 van de in totaal 295 behandelde patiënten hebben medewerkers van de POGB geregistreerd welke nieuwe zorgverleners zij bij de behandeling hebben betrokken. Dat betrof gemiddeld 2,2 nieuwe discipline met een range van 1 tot 11. De hulpverleners die er het vaakst bij betrokken werden waren de fysio- of oefentherapeut (76 maal), de ouderenadviseur of casemanager dementie (56), de ergotherapeut (38), de thuiszorg (31) en de diëtist (24). Deze zorgverleners worden dus nieuw bij de patiënt betrokken buiten de zorgverleners die op het moment van verwijzen al zorg verleenden aan de oudere.

In de Intermed-vragenlijst is de vraag opgenomen of voldoende en de juiste zorg wordt ingezet. Vóór de MESO-zorg was bij slechts 11,5% van de ouderen adequate zorg ingezet, ná de MESO-zorg was dat 66,7%.

Specialist ouderengeneeskunde stelt bij bijna de helft van de verwezen ouderen de diagnose dementie

De specialist ouderengeneeskunde is gespecialiseerd in diagnostiek bij ouderen. Bij 207 van de 295 ouderen waren op het moment van analyseren de nieuw gestelde diagnoses geregistreerd in het databestand ten behoeve van monitoring van de resultaten. Dit waren er gemiddeld 5,7 per patiënt. Honderdmaal is de nieuwe diagnose dementie gesteld, waarvan 57 maal gevorderde dementie, naast nog eens 64 maal de diagnose ‘mild cognitive impairment’. Deze cijfers onderschrijven de meerwaarde van de specialist ouderengeneeskunde in de diagnostiek van cognitieve stoornissen. Verder wordt vaak vitamine D-tekort gediagnosticeerd (79 maal), en problemen met/van de mantelzorg (78 maal), (te) beperkt sociaal netwerk (57), stemmingsproblemen (56), problemen met de medicatie (50) en/of de daginvulling (34) of (risico op) ondervoeding (37).

Specialist ouderengeneeskunde brengt gemiddeld 2,7 veranderingen aan in de medicatie

De specialist ouderengeneeskunde (SO) evalueert ook altijd de medicatie. Gemiddeld brengt de SO 2,7 veranderingen aan in de medicatie van de ouderen. De meeste wijzigingen (start of stop) zijn aangebracht in de volgende medicatie: vitamine D (83 ×), hoge bloeddrukmiddelen (40 ×), pijnmedicatie (26 ×); maagmedicatie (26 ×); antidepressiva (25 ×); obstipatie (18 ×); antipsychotica (15 ×); antistolling (12 ×), anxiolytica (11 ×), slaapmedicatie (11 ×), en bisfosfonaten (10 ×).

Medewerkers van de POGB geven ouderen gemiddeld 4,5 adviezen over zorg, wonen en welzijn

Door de focus op welbevinden en de brede blik van de specialist ouderengeneeskunde op alle onderling verweven factoren die het welzijn van de oudere beïnvloeden, vindt de POGB veel aanknopingspunten voor verbetering. Dit komt onder andere tot uiting in het aantal gegeven adviezen aan ouderen en steunsystemen. Op het moment van analyseren waren voor 194 behandelde ouderen de adviezen ge-

registreerd, 847 adviezen totaal; 4,4 adviezen per oudere. Meest gegeven adviezen betroffen de inzet van een zorgverlener, zoals fysiotherapie (65), thuiszorg (61) of ergotherapie (30). Andere veelgegeven adviezen gingen over de woonsituatie (62); voeding of maaltijdvoorziening (53); medicatie(gebruik) (50); en dagbehandeling(47).

Goede samenwerking gestegen van 50 naar 87 %

De POGB besteedt veel aandacht aan de coördinatie en onderlinge afstemming van de zorg door verschillende zorgverleners. Dit gebeurt in het MDO, maar ook door coördinatie en afstemming in het behandeltraject. Dat de POGB hierin slaagt, blijkt uit het antwoord op de Intermed-vraag naar goede samenwerking, waaruit een stijging blijkt van 50 % vóór de MESO-zorg naar 87 % ná de MESO-zorg.

Alle ouderen tevreden over de wijze waarop de POGB rekening houdt met de wensen van de oudere

Vrijwilligers hebben de ouderen, die dat wilden en daartoe in staat waren, een vragenlijst afgenomen over hun ervaringen met de MESO-zorg. Negentienmaal was dat in aanwezigheid en met inbreng van de mantelzorger. Ondanks dat ook in deze groep mensen zijn geïnterviewd met geheugenproblemen, denken wij dat vragen naar een gevoel over hulpverlening minder lastig is dan de vraag naar feiten, zoals bij de Intermed. Gevraagd naar hun oordeel over de zorg van de POGB, gaf 35 % van de 42 geïnterviewden aan tevreden te zijn, 45 % zeer tevreden en 10 % neutraal. Geen van de ouderen was ontevreden. En meer specifiek: 63 % voelde zich begrepen, 66 % gaf aan een veilig gevoel te hebben, omdat zij/hij met vragen en problemen bij de POGB terechtkon; 83 % meldde dat de medewerkers van de POGB zich aan de gemaakte afspraken hielden en alle respondenten meldden tevreden te zijn over de wijze waarop de POGB rekening houdt met de wensen van de patiënt.

Resultaten van de geleverde zorg

De groep ouderen met (hoog)complexe problematiek zal niet meer genezen in de klassieke zin van het woord. Doel van de behandeling is dan ook het vergroten van het welbevinden van de oudere.

Geschatte fitheid toegenomen van 5,5 naar 6,7

Een onderwerp van de Intermed is de ervaren fitheid. Vóór de MESO-zorg scoorden de 62 ouderen van wie dit gegeven voor en na de interventie is vastgelegd, gemiddeld een 5,5 op een schaal van 1 tot 10. Na de MESO-zorg scoorde deze groep gemiddeld een 6,7. Dit is een buitengewoon positief resultaat, gegeven de gemiddelde leeftijd, multimorbiditeit, hoogcomplexe problematiek en te verwachten achteruitgang in deze groep.

Meer greep op de eigen situatie

Vraag 7 van de Intermed luidde hoe moeilijk het was in de afgelopen vijf jaar om vast te stellen welke ziekte of aandoening de oudere had. Bij de groep ouderen met

een of meer aandoeningen wist vóór de MESO-zorg 90% van de ouderen en hun steunsysteem niet welke ziekte of aandoeningen de oudere had. Na de MESO-zorg was dat nog maar 11%.

Ook vraag 22 van de Intermed peilt of mensen weten wat er met ze aan de hand is: begrijpen oudere en steunsysteem waar de lichamelijke klachten en beperkingen vandaan komen?

De antwoorden op deze vraag bevestigen het hiervoor vermelde resultaat dat ouderen en steunsysteem na de MESO-zorg beter weten wat er aan de hand is: vóór de MESO-zorg gaf 10% er blijk van dit exact te weten en na de MESO-zorg was dit 68%.

Ook in de patiënteninterviews is gevraagd naar de ervaren effecten van de MESO-zorg.

Wanneer het een vraag was waarop meerdere antwoorden mogelijk waren, blijken de scores per antwoordcategorie lager te liggen dan wanneer de ouderen gevraagd wordt of zij een bepaald resultaat hebben ervaren. Op de vraag, met vijftien antwoordcategorieën, wat de POGB hen heeft opgeleverd, gaf onder andere 44% van de ouderen aan overzicht over de eigen situatie te hebben gekregen; 51% informatie en duidelijkheid te hebben gekregen over wat er aan de hand is; en 46% weer vertrouwen te hebben gekregen in het eigen functioneren. Op de aparte vraag: ‘is er door de POG met u besproken wat u zelf kunt doen om uw eigen gezondheid en welzijn te verbeteren?’, antwoordde 94% van de respondenten bevestigend.

Welbevinden

Van de 65 patiënten uit de onderzoeksgroep, bij wie de Intermed voor en na de MESO-zorg was ingevuld:

- was voor 33% op To aangegeven dat ze ‘zich de laatste tijd nerveus of angstig hebben gevoeld’. Na de MESO-zorg was dit 10%.
- was voor 33% op To aangegeven dat ze zich de laatste tijd somber of neerslachtig hebben gevoeld. Na de MESO-zorg was dit 10%.
- was voor 31% op To aangegeven dat ze ‘wel eens mensen om zich heen misten’. Na de MESO-zorg was dit 11%.

Het aantal activiteiten waaraan ouderen plezier beleven (Intermed vraag 39) is na de MESO-zorg toegenomen: 41% beleeft weer plezier aan eten en drinken tegen 23% vóór de MESO-zorg; 46% beleeft weer plezier aan plezierige relaties en contacten tegen 28% op To; 43% geeft aan zichzelf te kunnen redden tegen 23% op To; 32% geeft aan actief te zijn tegen 6% op To; 34% geeft aan zichzelf te kunnen zijn, tegen 18% op To en 83% geeft aan plezierig te wonen tegen 67% op To.

Door de interventies in de MESO-zorg is voor meer ouderen aangegeven dat zij tevreden zijn over hun contacten met andere mensen (vraag 27), over de steun van het eigen netwerk (vraag 28) en met de thuissituatie (vraag 30). Op To is voor 31% van de ouderen gemeld dat zij goed contact hebben met anderen en voor 33% dat dit contact niet lukt of op ruzie uitloopt. Op Tn is voor 45% van hen aangegeven goed contact te hebben met anderen en voor 18% dat dit contact niet goed loopt of op ruzie uitloopt. Op To is voor 33% aangegeven voldoende steun te krijgen van

partner, gezin, werk en vrienden en voor 58 % op Tn. Op To is voor 38 % aangegeven dat zij tevreden zijn over de thuissituatie en op Tn geldt dat voor 67 %.

Succesvolle interventies MESO-zorg op risicofactoren voor intramurale opname

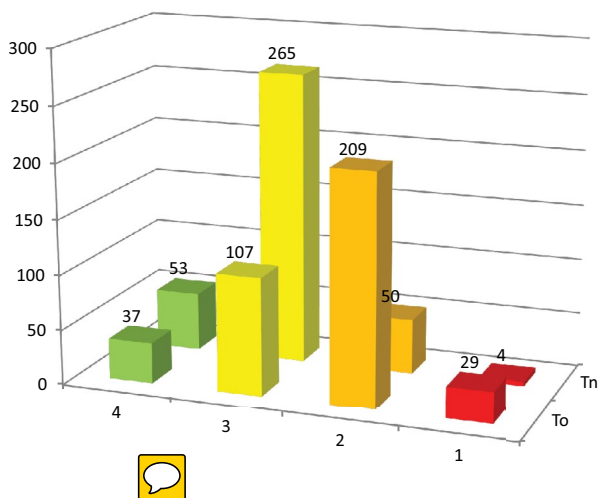
Als onderdeel van haar opleiding tot specialist ouderengeneeskunde heeft Marlies Blom een scorelijst ontwikkeld die gebaseerd is op de meest voorkomende redenen voor intramurale opname van ouderen. De meest voorkomende factoren blijken te zijn: beperkingen in de ADL, loop- en balansstoornissen, cognitieve problemen, stemmingsproblemen, gedragsproblemen, overbelasting van partner of mantelzorger, het wegvallen van partner of mantelzorger en ‘alleenstaand zijn’. De gedachte was dat het effect van de interventies van de POGB op de situatie van een individuele patiënt inzichtelijk gemaakt kon worden door deze factoren vóór en ná de betrokkenheid van de POGB te meten. Marlies heeft daartoe ook een urgentiescore aan elke factor toegevoegd.

Voor 75 ouderen in de onderzoeksgroep is op de beide meetmomenten, To en Tn, voor elk van deze acht factoren vastgesteld of en zo ja, in welke mate, deze opnamerisicofactor aanwezig is. Er zijn vier urgentiecategories met elk een eigen kleur (fig. 1):

- = 1. crisissituatie: zonder interventie opname op korte termijn nodig
- = 2. interventie van groot belang om op termijn thuis te kunnen blijven wonen
- = 3. eenvoudige interventies aangewezen en/of blijven opletten
- = 4. er is geen actie (meer) nodig

Onze aanname was dat de MESO-zorg door interventies op deze factoren de urgentie voor intramurale opname zou verlagen en daarmee mogelijk zou maken dat ouderen langer thuis blijven wonen. Uit figuur 1 blijkt dat dit inderdaad het geval is.

Figuur 1 Aantal meldingen per categorie (n=75) op To (intake) en Tn (afsluiten).



De grafiek geeft weer voor hoeveel factoren van de 75 patiënten op To en Tn een bepaalde urgentie gescoord is. De afname van rode en oranje factoren is enorm.

Alle 29 rode factoren op To zijn veranderd van kleur: 9 zijn oranje geworden, 15 geel en 5 groen. Daarmee hebben de interventies van de MESO-zorg direct aange-grepen op de opnamefactoren van de ouderen, waardoor deze langer thuis kunnen blijven wonen. Dat het gaat om een zeer kwetsbare groep, blijkt wel uit het feit dat de vier rode factoren bij de eindmeting nieuw ontstane problemen blijken te zijn die een risico vormen voor opname.

Er is ook een enorme afname te zien van de oranje factoren waarop geïnterveni-eerd moest worden en is geworden: vóór de MESO-zorg waren er bij de 75 ouderen 209 factoren geïdentificeerd waarop interventie noodzakelijk was; na de MESO-zorg zijn dit er nog 50. Nadere analyse laat zien dat de overgebleven oranje scores vrijwel allemaal geclusterd voorkomen bij een beperkt aantal patiënten, die we kun-nen typeren als zorgweigeraars. Dit zijn patiënten bij wie vaak pas een ingang voor behandeling ontstaat als zich een crisis voordoet. De behandeling wordt bij deze mensen afgesloten met een noodplan in de brief aan de huisarts, waarin staat welke hulpverlener het best als eerste ingezet kan worden bij het ontstaan van een (vaak te voorspellen) crisis.

Voorgaande toont aan dat de POGB bij de oudere patiënten de urgentie van intra-murale opname doet verdwijnen, waardoor de mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Van alle (rode) crisisfactoren die reden zijn voor opname, is door de MESO-zorg de urgentie verminderd. Tevens is het aantal factoren sterk verminderd waarop interventies nodig zijn om escalatie te voorkomen. Hiermee mag de conclusie ge-trokken worden dat de POGB crisissituaties kan opvangen in de thuissituatie en de (urgente) zorgdruk op de eerste en nulde lijn sterk vermindert en kosten bespaart.

Lagere kosten

We hebben met meerdere onderzoekers en met Menzis besproken hoe we de be-spaarde kosten zouden kunnen aantonen. Er is gekozen voor een trendanalyse, aan-gezien het erg lastig blijkt te zijn om een goede controlegroep te vinden. Er zijn maar weinig plaatsen in Nederland met zoveel ouderen en zoveel hoogbejaarde ouderen als in Velp. En waar er wel een vergelijkbare populatie is, zijn ook projec-ten gaande om de zorg voor deze doelgroep te verbeteren, waardoor het vergelijken van effecten van de MESO-zorg ten opzichte van geen specifieke ouderenzorg niet mogelijk was. Een aantal resultaten van de MESO-zorg vormt echter wel degelijk een indicator voor kostenbesparing. Deze worden hierna besproken.

125 verwijzingen naar de tweede lijn voorkómen en 385.000 euro aan kosten bespaard

Huisartsen is gevraagd bij verwijzing naar de POGB op het verwijsformulier in te vullen waar naartoe de huisarts de patiënt zou hebben verwezen bij afwezigheid van de praktijk ouderengeneeskunde. Niet alle huisartsen hebben het kunnen opbrengen deze informatie steeds bij de verwijzing in te vullen. Toch hebben zij bij 125 van de 225 patiënten die tussen 1 oktober 2012 en 1 januari 2015 zijn verwezen, aange-gewezen dat zij – bij afwezigheid van de praktijk ouderengeneeskunde – hen naar de

tweede lijn zouden hebben verwezen: 110 ouderen naar de geriater, 8 ouderen naar de psychiater en 7 ouderen naar andere specialismen (neuroloog (4 ×), cardioloog of MDL-arts). In een zeer beperkt aantal gevallen, bij hoogspecialistische problematiek, verwijst ook de specialist ouderengeneeskunde naar de tweede lijn. Dit gaat altijd gepaard met een duidelijk omschreven hulpvraag en een verzoek ook weer snel terug te verwijzen. De specialist ouderengeneeskunde stopt ook regelmatig behandelingen en controles in de tweede lijn, wanneer de belasting voor de oudere niet opweegt tegen het rendement. Deze kostenbesparing is in het huidige onderzoek nog niet meegenomen. We hebben berekend dat de zorg voor een oudere met complexe problematiek in de eerste lijn bij MESO-zorg gemiddeld 3500 euro bespaart ten opzichte van verwijzing naar de geriater. Voor de 110 ouderen die de huisartsen nu niet naar geriatrie hebben verwezen, maar naar de praktijk ouderengeneeskunde, is met de MESO-zorg dus al 385.000 euro bespaard.

Het merendeel van de onderzoeksgroep gemiddeld al acht maanden langer thuis

Van de 90 ouderen in de onderzoeksgroep, hebben er 84 een MDO gehad. De deelnemers aan het MDO overleggen met elkaar wat een reële verwachting is voor intramurale opname indien de POGB niet betrokken zou zijn. Dit wordt gedaan in een MDO, om bias te voorkomen wanneer deze schatting alleen door de medewerkers van de POGB gemaakt zou zijn. Alleen bij uniformiteit werd de verwachting genoteerd; daarvan was in alle gevallen sprake.

Bij 56 van hen hebben de deelnemers aan het MDO geregistreerd op welke termijn een intramurale opname wordt verwacht en is begin 2015 als peildatum genomen om te beoordelen wanneer mensen intramuraal zijn opgenomen, zijn overleden of nog thuis wonen.

Deze 56 ouderen blijken gemiddeld acht maanden langer thuis te wonen dan werd verwacht zonder MESO-zorg. Gemiddeld kost een plaats in een verpleeghuis een kleine 60.000 euro per jaar. De zorg voor deze oudere in de eerste lijn kost gemiddeld 11.000 euro (waarvan 4.000 euro voor de DBC MESO-zorg voor hoog-complexe ouderen). De hiermee aangetoonde besparing is derhalve op dit moment al $8/12 \times 49.000 \times 56 = 1.800.000$ euro voor een periode van 27 maanden, oftewel ruim acht ton per jaar.

Conclusies en aanbevelingen

In Velp is Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde ontwikkeld (MESO-zorg) door de Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet en de Stichting Een Plus Samenwerking. Beschreven is de werkwijze bij ouderen met (hoog)complexe problematiek. De huisarts verwijst en blijft hoofdbehandelaar. De specialist ouderengeneeskunde doet met haar team uitgebreide diagnostiek op vijf levensgebieden, stelt gemiddeld vijf tot zes nieuwe diagnoses, waaronder voor bijna de helft van de verwezen ouderen de diagnose dementie. Zij zien de oudere ook thuis om het functioneren en de context te kunnen beoordelen. De focus ligt op zaken die voor de oudere het meest belangrijk zijn, waarbij het welzijn

van de oudere uitgangspunt is voor de behandeling. Problemen, doelen en acties komen in een zorgplan van één A4. In een MDO met alle betrokken zorgverleners wordt het zorgplan besproken en worden acties afgestemd. De specialist ouderengeneeskunde voert na afstemming met de huisarts zelf de behandeling uit, zoals het veranderen van medicatie, het doen van aanvullend onderzoek en het opstellen van verwijzingen. De verpleegkundigen van de praktijk ouderengeneeskunde houden de vinger aan de pols en coördineren de behandeling en begeleiding. Na gemiddeld zeven maanden is er meer helderheid, stabiliteit en evenwicht en wordt de oudere weer volledig terugverwezen naar de huisarts.

Hoewel het gaat om een groep zeer kwetsbare ouderen van wie verdere achteruitgang in de lijn der verwachting ligt, blijken ouderen na de MESO-zorg meer grip te hebben op hun eigen situatie, beter te weten wat er met hen aan de hand is, zich fitter te voelen en meer plezier te beleven aan activiteiten. Zij zijn zeer tevreden over de ontvangen zorg, ervaren betere afstemming tussen de betrokken disciplines en zijn tevreden over de wijze waarop de praktijk ouderengeneeskunde rekening houdt met hun wensen.

Door de aanwezigheid van MESO-zorg verwijzen de huisartsen in Velp aanzienlijk minder vaak naar de tweede lijn. In 27 maanden tijd zijn zeker 125 verwijzingen voorkómen, waardoor minimaal 385.000 euro meerkosten ten opzichte van de eerste lijn zijn bespaard. Ook bleven 56 ouderen door tussenkomst van de MESO-zorg al gemiddeld acht maanden langer thuis wonen dan verwacht, waarmee ruim acht ton per jaar is bespaard. Er is tevens aangetoond dat de praktijk ouderengeneeskunde en de samenwerkingspartners in de eerste lijn met de MESO-zorg interveniëren in de factoren die – onbehandeld – leiden tot een intramurale opname.

We zullen in 2016 aanvullend onderzoek doen naar de resultaten van de MESO-zorg.

De behandelde ouderen, de eerstelijnszorgverleners en de medewerkers van de Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet hebben in de afgelopen vier jaar ervaren hoe waardevol deze aanvullende zorg in de eerste lijn is, die ouderen in staat stelt met meer welbevinden tegen lagere kosten langer thuis te blijven wonen. We willen deze bijdrage dan ook eindigen met een vurig pleidooi voor een eigen betaaltitel onder de Zorgverzekeringswet voor de (zelfstandige) specialist ouderengeneeskunde. Dan kan deze haar of zijn cruciale aanvullende werk in de eerste lijn gaan doen op mogelijk verschillende wijzen van lokale inbedding.

Literatuur

1. Etten AVM van, Boter H. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen; 2009 (<http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/het-triageinstrument-predictieve-validiteit-van-de-groninger-frailty-indicator-de-intermed-clien/samenvatting/>).

Ir. H. Barnhoorn, directeur Stichting Een Plus Samenwerking, Velp.

Drs. E. Bertholet, specialist ouderengeneeskunde van de Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet, Velp.