

Samen voor de kwetsbare patiënt aan de casuïstiektafel

De groep met kwetsbare ouderen die kampt met complexe multiple problematiek en die nog thuis woont, wordt steeds groter. Huisartsen hebben hierdoor steeds vaker met lastige casuïstiek te maken. Vanuit een behoefte aan advies en overleg ontstond daarom in Regio Zuid-Hollandse Eilanden de maandelijkse Casuïstiektafel Medische Ouderenzorg, een initiatief van Cohaesie. Tijdens dit online samenzijn kunnen huisartsen patiënten bespreken met een kaderarts, geriatrisch arts en specialist ouderengeneeskunde. Doel? Het voorkomen van escalaties, ziekenhuisopnames of vrijdagmiddag crisissituaties. Maar vooral om huisartsen te ontlasten.

TEKST: MARIETTE REINEKE BEELD: COHAESIE

Chantal Labee werkt in huisartsenpraktijk Blankenburg in Rozenburg en heeft het dossier ouderenzorg bij Cohaesie onder haar hoede. Ze houdt zich bezig met de vraag hoe we met elkaar de ouderenzorg in de regio kunnen verbeteren. “We zien de ouderenzorg toenemen en de zorg loopt vast. De vergrijzing in de regio is enorm, waarbij ook de complexiteit toeneemt. Vroeger gingen mensen naar een verpleeghuis of verzorgingshuis. Nu blijft iedereen thuis wonen. Daarnaast hebben we te maken met ingewikkelde casuïstiek.”

Zo ontstond het idee voor de casuïstiektafel, waar alle huisartsen en poh-ouderen uit de regio kunnen aansluiten. Simpel, laagdrempelig en uitnodigend, want ook de solistische huisarts die met een vraag zit, kan het overleg bijwonen. Vragen over medicatie, gedragsproblemen, ethische of sociale dilemma's, het komt allemaal aan bod. De huisartsen of praktijkondersteuners brengen de casussen in, die worden voorbereid door de kaderhuisarts ouderengeneeskunde. “Ik werk in een grote praktijk, maar als solist draag je soms best veel verantwoordelijkheden op je schouders”, zegt Labee. “Dan is het fijn als je even kunt sparren met elkaar.”

Interessante puzzels

Arend Arends is klinisch geriater en werkt in verschillende ziekenhuizen in Rijnmond Zuid. Hij werkt met ouderen die vaak meerdere chronische problemen hebben. Deze groep wordt steeds groter, aldus Arends, naast het feit dat het aantal hoogbejaarden, 85-plussers, in Nederland snel groeit. Voor huisartsen die al onder grote druk staan, kan deze doelgroep een uitdaging zijn. “Daar

“Nu heb je **alle specialismen** rond de **ouderengeneeskunde bij elkaar, namelijk de huisarts, kaderarts, de specialist ouderengeneeskunde en de klinisch geriater.**”

zitten een paar lastige aspecten aan voor huisartsen, terwijl dit voor ons interessante puzzels zijn”, zegt hij. “Wij kunnen daar iets mee.”

Hij ziet de groep ouderen met complexe ziektebeelden toenemen. Vaak beperkt dit zich niet tot lichamelijke problemen, maar ziet Arends dat deze problemen invloed hebben op hoe zij psychisch functioneren. “Van sommige medicijnen worden ouderen een beetje vergeetachtig en soms raken ze zelfs in de war. Komt die vergeetachtigheid door medicijnen of kijken we toch tegen een beginnende dementie aan? En neem een conditie als hartfalen. Dan zie je dat mensen sneller een depressie krijgen. Somber-



heid heeft invloed op hoeveel ze bewegen en dat heeft dan ook weer een negatieve invloed op het hartfalen zelf. Dit alles heeft weer impact op het sociale systeem. Hoe functioneert iemand en is dit tijdelijk of niet? Mantelzorgers worden ook steeds ouder, als dit een partner is. En dan gebeurt er iets, en kan zo'n systeem instorten.”

Casuïstiektafel

Hoe voorkomen we met elkaar zo'n punt van instorten, dat ouderen in een crisis terechtkomen en op vrijdagavond naar de spoedeisende hulp moeten of vanwege verwardheid acuut in het verpleeghuis worden opgenomen? Vanuit de initiatiefnemers kwam de vraag voor ondersteuning met complexe ouderenzorg, om ook zo een kwaliteitsslag te maken. Arends: “Nu heb je alle specialismen rond de ouderengeneeskunde bij elkaar, namelijk de huisarts, kaderarts, de specialist ouderengeneeskunde en de klinisch geriater. De huisarts heeft ook de mogelijkheid om andere zorgprofessionals, zoals casemanagers, praktijkondersteuners of verpleegkundig specialisten uit het zorgnetwerk van de patiënt mee te nemen naar de casuïstiektafel.”

Wat de casuïstiektafel complexe ouderenzorg speciaal maakt, is dat er drie specialismen bij elkaar zitten die zich buigen over complexe casuïstiek, die de huisarts inbrengt. Ze bespreken alleen ouderen waar ze bij de reguliere zorg en de MDO er niet uitkomen. Er wordt meer de tijd genomen, waardoor een huisarts echt handvaten kan worden meegegeven, zowel qua medicatie als verdere diagnostiek en welke zorg er ingezet moet worden. Er is ruimte voor advies en de huisarts kan weer verder met zo'n patiënt. Daarbij is het heel makkelijk te organiseren. Er zijn een paar kartrekkers nodig en de rest kan aansluiten.

Schrijvend

Monica van Eijk werkt als specialist ouderengeneeskunde en heeft voor een korte periode voor een project in een ziekenhuis gewerkt. Daar heeft ze gezien dat mensen van

tachtig plus soms moeten overnachten omdat er geen andere oplossing is voor deze mensen. Ze vertelt: “Die liggen dan op een brancard op de spoedeisende hulp. Dat is echt heel schrijnend. Dat wil je gewoon niet.” Sinds begin dit jaar is ze met twee collega's Ouderenpraktijk Goud gestart in de regio Nissewaard. Ze houdt zich voornamelijk bezig met hoe ze in de regio kan bijdragen aan het voorkomen van spoedzorg bij kwetsbare ouderen. Vanuit die hoedanigheid werkt ze intensief samen met huisartsen en geriatrische artsen om te kijken hoe ze dit doel kan optimaliseren. “Spoedzorg onder ouderen neemt toe”, vertelt ze. “En het gaat niet alleen om spoedzorg, waarbij de patiënt in het ziekenhuis terechtkomt, maar ook om crisiszorg. Als het gaat om mensen met dementie bijvoorbeeld. Er is beperkt plek voor opname en dan loopt het vaak uit op een crisis, omdat er bijna geen andere opnamemogelijkheden zijn. Dit wordt een steeds groter probleem.”

De stap naar de casuïstiektafel was makkelijk gemaakt, omdat Van Eijk al samenwerkt met huisartsenpraktijken en meedenkt met oudere patiënten en zogenaamde geriatrische assessments doet. “Ik heb tegen Cohaesie gezegd: Hier ben ik en ik heb iets te doen. Ik kom dat samen met jullie doen.”

Duidelijk belang

Het belang van een casuïstiektafel medische ouderenzorg is groot. Uit onderzoek in het LUMC over acuut presenterende oudere patiënten blijkt dat het risico op overlijden na een opname vijftig procent groter is binnen een jaar. Daar is de strekking namelijk, dat wanneer je als kwetsbare oudere opgenomen wordt vanaf de spoedeisende hulp op een afdeling interne geneeskunde, je een hoog risico hebt op functieverlies of overlijden in het eerste jaar na deze spoedopname, namelijk 50 procent overlijden en 70 procent voor de gecombineerde uitkomst (functieverlies of overlijden). En dat ook ouderen die niet als kwetsbaar worden bestempeld een hoog risico hebben op de gecombineerde uitkomstmaat functieverlies of overlijden. (bron: APOP studie LUMC).

Van Eijk: “Een ziekenhuisopname geeft gezondheidschade en risico's.” Ze is heel enthousiast over de maandelijkse bijeenkomsten, waar op een respectvolle en laagdrempelige manier met elkaar gesproken wordt, ieder vanuit zijn of haar eigen discipline, over patiënten waar huisartsen mee worstelen. “Iedereen is blij met de kennis die er wordt gebracht”, zegt ze. Ook Labee is enthousiast en geeft aan dat de casuïstiektafel voor verbinding zorgt. “We leren van elkaar en je deelt de verantwoordelijkheid. Niet letterlijk, maar wel voor je gevoel.” <<