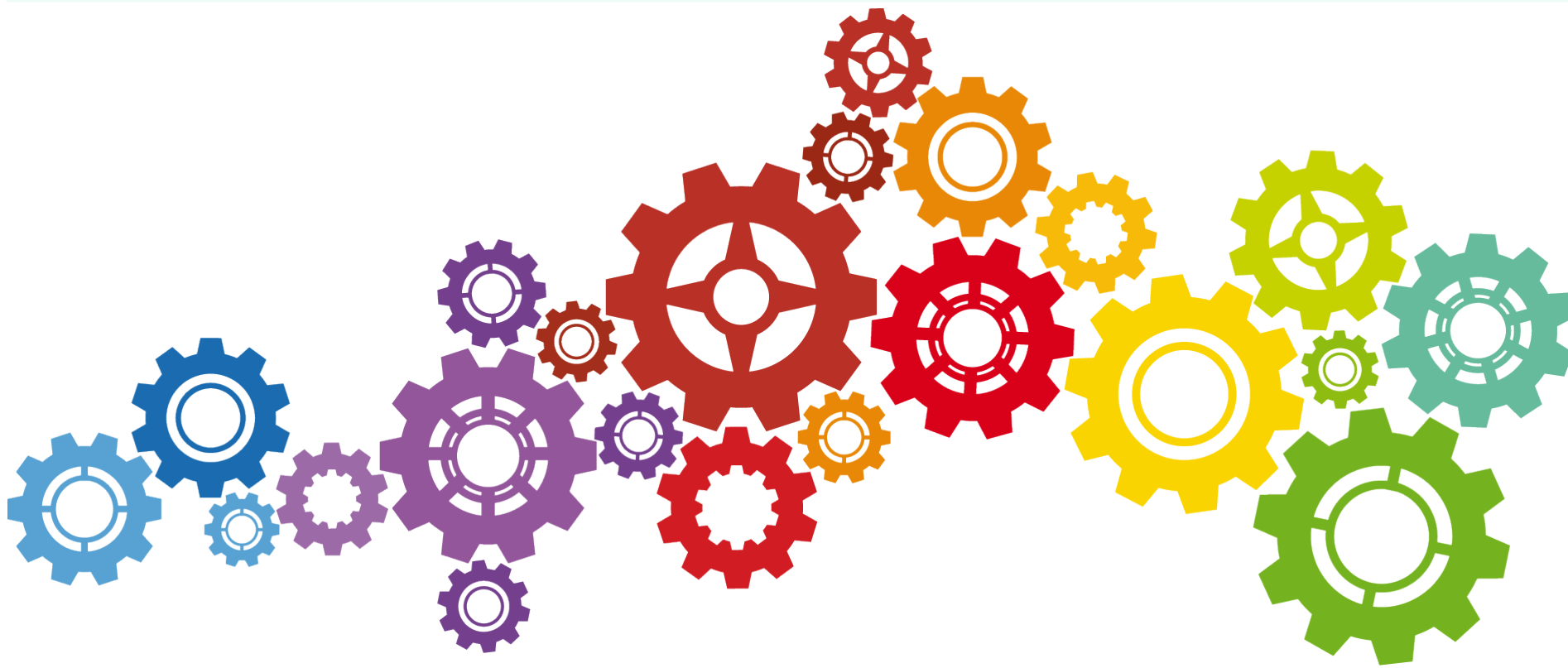


WHITEPAPER

Verbeterkansen cliëntreis gerontopsychiatrie



Goede Zorg Dichtbij



Inleiding

Met de Innovatiegarage beogen we zorgketenprocessen rondom de oudere inwoner in Noordoost Twente beter en slimmer te organiseren. Voor deze White paper werd de cliëntreis gerontopsychiatrie in kaart gebracht aan de hand van interviews. Vooraf is contact geweest met sleutelfiguren in de keten rondom ouderen met psychiatrische problematiek. Duidelijk werd dat er nog veel winst te behalen is rondom een sluitende keten in Noordoost Twente rondom Gerontopsychiatrie.

Een aantal conflict- en verbeter situaties werd uit de interviews met betrokken disciplines zichtbaar. Een fysieke verbetersessie volgde waarin we met een afgevaardigde van de GGD, GGZ, Thoon (huisartsen), wijkverpleging, afgevaardigden van de zorginstellingen, WMO, wijkagent en ziekenhuis onderzochten hoe we slimmer kunnen samenwerken in deze keten. In kaart werd gebracht wat het meest opvalt in de cliëntreis. Daarna is gesproken over verbeterkansen in de cliëntreis, oplossingsrichtingen zijn voorgesteld en er is gekeken wat ervoor nodig is om dit te realiseren. In het najaar zal het thema opnieuw in een ketensessie besproken worden met de deelnemers om te kijken wat er in de tussentijd gerealiseerd is. Dit whitepaper richt zich op de huidige stand van zaken en de verbetermogelijkheden die er zijn.



Wat opvalt in de cliëntreis

Binnen de gerontopsychiatrie zijn de stoornissen veelal gerelateerd aan de psychische problematiek en niet aan de leeftijd van de cliënten. Alle stoornissen die voorkomen in de bekende diagnostische –en classificatiesystemen (o.a. DSM-4). Denk aan: depressie, bipolaire stoornis, psychose en angst vallen onder de gerontopsychiatrie. In tegenstelling tot de term psychogeriatricie, welke is bedacht door de internationale ‘World Health Organization’ als aanduiding voor psychische problemen die zich bij ouderen kunnen manifesteren. Het gaat bij psychogeriatricie om problemen van de oude dag en niet om psychiatrische aandoeningen waar men al eerder last van had. In Nederland heeft de term psychogeriatricie vooral betrekking op de zorg voor oude mensen die cognitieve problemen hebben, voornamelijk dementie.

Vaak zijn de klachten rondom gerontopsychiatrie moeilijk te diagnosticeren omdat er overeenkomsten zijn met klachten van dementie. Regelmatig leiden de problemen tot verward gedrag en overlast voor de omgeving. Naast psychiatrische problematiek zijn er vaak op meerdere terreinen problemen zoals lichamelijke gezondheid, ADL e/o sociale betrokkenheid. De klachten vormen een ernstige belemmering in het dagelijks leven. In deze cliënt-reis kijken we naar thuiswonende 60+ cliënten binnen de gerontopsychiatrie.

In de keten gerontopsychiatrie voor thuiswonende ouderen is er veel onduidelijkheid wie welke rol heeft met welke verantwoordelijkheden. Met name de rol en formele mogelijkheden van de GGD in de keten is bij velen onbekend. Vaak staat de GGD aan het begin van een keten. Bijvoorbeeld door het meldpunt ‘zorgwekkend gedrag’ (Wet verplichte GGZ (Wvvgz)) waaraan de GGD-uitvoering geeft. De GGD kan vaak al veel eerder betrokken worden bij een casus en een adviserende rol hebben in multidisciplinaire overleggen. Dit is bij de ketenpartners niet bekend. Enkele gemeenten werken samen met een ‘wijk GGD er’, sommigen hebben een vast contactpersoon bij de GGD, anderen weer niet.

Daarnaast zie je dat de wijkagent bewust gebruik maakt van het melden van problematiek bij de GGD omdat men ervan verzekerd is dat deze melding opgepakt wordt als afspraak binnen de genoemde wet. De wijkagent heeft vaak moeite een casus ondergebracht te krijgen bij één van de partners. Procesregie met doorzettingsmacht wordt hierin gemist.

In principe is de huisarts eindverantwoordelijk voor een cliënt indien er nog geen psychiater of psycholoog in beeld is. Steeds vaker komt het voor dat een cliënt geen huisarts heeft. In dit geval doet de GGD een huisbezoek en schakelt zo nodig bemoeizorg, een wijkcoach of een casusregisseur (via de gemeente) in.

Ook de GGZ komt vaak al in het begin van de keten in beeld. Door het bieden van bemoeizorg worden cliënten die zorg mijden bezocht en wordt geprobeerd contact te leggen. Bemoeizorg wordt ingeschakeld via de POH GGZ/huisarts. Bij een melding bij de crisisdienst van de GGZ kan het zijn dat het ambulante team ernaartoe gaat. Echter, vaak is de huisarts degene die het beste binnen komt bij een cliënt. Een cliënt met gerontopsychiatrie vraagt veel tijd van de huisartsenpraktijk, tijd die niet altijd beschikbaar is. Ook de POH's GGZ hebben beperkte tijd beschikbaar.

De wijkverpleging komt regelmatig achter de voordeur bij ouderen met psychiatrische problematiek. Zij missen de kennis en kunde om met het gedrag van de cliënt om te gaan. Vaak zijn er slecht afspraken te maken met een cliënt. Ook de samenwerking met de GGZ omtrent medicatie-beleid wordt bij sommige wijkverpleegkundigen gemist. De Psychiatrische Intensieve Thuiszorg (PIT) neemt een cliënt tijdelijk over en als het weer op de rit is gaat de cliënt weer naar reguliere thuiszorg. De thuiszorg communiceert met POH GGZ en huisarts.

In zijn algemeenheid lijkt het erop dat ketensamenwerking vaak tot stand komt vanuit eigen netwerken. Er is geen duidelijke structuur dus maakt men gebruik van zijn of haar eigen contacten. Dit is te veel gebaseerd op toevalligheden.



Verbeterrichtingen

Er zijn twee verbeterrichtingen;

1. Inhoud
2. Structuur

1. Inhoud

Ouderen met psychische problemen melden zich regelmatig niet bij de juiste instantie voor hulp of ondersteuning. Deze mensen hebben vaak beperkt ziekte-inzicht en er is sprake van verlies van zelfregie. Familieleden of mantelzorgers ervaren regelmatig problemen hiermee omdat de psychische problemen gepaard gaan met ongewenst gedrag. Ook betrokken professionals, zoals wijkverpleegkundigen of WMO-consulenten weten hier vaak niet mee om te gaan omdat men de kennis en kunde niet heeft en niet weet waar men met een signaal terecht kan. Hierdoor komt het voor dat onnodig escalatie plaatsvindt door bijvoorbeeld verward gedrag en belasting van omgeving.

Signalering en diagnostiek

In de zorg voor ouderen met psychische problemen kunnen verbeteringen plaatsvinden ten aanzien van vroeg signalering en het verrichten van diagnostiek. De huisarts (en POH GGZ) en de GGD (meldpunt) zijn belangrijke schakels in het begin van de cliëntreis. Indien bij de ketenpartners bekend is waar ze met signalen terecht kunnen en weten wat een huisarts/POH GGZ of de GGD kunnen betekenen kan er veel in de communicatie en informatievoorziening verbeterd worden. Uiteindelijk hebben zowel de cliënt als de betrokken professionals hier baat bij. Ook het preventief voorlichting geven aan o.a. burgers (MUFA, Mental Health First Aid) kan een bijdrage leveren aan vroeg signalering.

Een snellere doorverwijzing naar een huisarts of GGD levert vervolgens op dat er ook eerder diagnostiek plaats zal vinden.

Gemeenten komen via de WMO regelmatig in contact met ouderen met psychische problemen. Het betrekken van de WMO door nauwer contact te hebben over diagnostiek en behandelmogelijkheden is noodzakelijk om de transmurale samenwerking te verbeteren. Waar nu de contacten nog regelmatig afhankelijk zijn van toevalligheden (gebruik van je eigen netwerk) zou dit verbeterd kunnen worden door bijvoorbeeld een flowchart te ontwikkelen. Ook de mogelijkheden van het 'voorliggend veld' kunnen hierin opgenomen worden zodat deze eerder ingezet gaan worden.

Kennis en informatie

Verschillende disciplines zoals wijkverpleging en WMO-consulenten ervaren onvoldoende kennis rondom diagnostiek, behandelmethoden en omgaan met gedrag. De specialistische disciplines kunnen een rol vervullen rondom kennisoverdracht. Bijvoorbeeld door terugkoppeling te organiseren met beleidsadviezen.

Psychiaters van de crisisdienst weten vaak niet wat dementie betekent. Ze kijken naar het psychiatrisch beeld en als deze er niet is valt dit onder de noemer 'gedrag'. En is er geen sprake van een diagnose waardoor iemand verstoken blijft van hulpverlening.

In de communicatie tussen verschillende disciplines wordt ook geconstateerd dat er AVG-dilemma's spelen. Er is sprake van handelingsverlegenheid omdat niet duidelijk is welke informatie je wel of niet mag delen. Meer kennis over de do's en don'ts van de AVG kan helpen dit dilemma op te lossen.

2. Structuur

Regie en procesmanagement

Meerdere disciplines zijn betrokken bij de zorg voor ouderen met psychiatrische problematiek. Over het algemeen is de conclusie dat er veel eilandjes zijn waarbinnen verschillende disciplines wel of niet samenwerken. Eenduidigheid wordt gemist over het voeren van de regie en de rol van een procesmanager. Wie



de regie voert over een casus moet vanaf het begin duidelijk zijn zodat iemand zicht en sturing blijft houden op het geheel. Van belang is dat de regie wordt belegd bij één persoon.

Daarnaast is de rol van een procesmanager die de samenwerking tussen disciplines borgt, door bijvoorbeeld de doorzettingsmacht te organiseren, wenselijk. De rol van de gemeente hierin moet meer zichtbaar worden door de regierol te pakken.

Om meer helderheid te creëren wie wat doet kan een flowchart ontwikkeld worden. Ook het organiseren van overlegtafels kunnen helpen de zichtbaarheid van de verschillende disciplines te vergroten en de samenwerking te bevorderen. Een communicatieplatform waarin iedereen betrokken is kan de informatievoorziening bevorderen. Voorliggend veld kan al signaleren en ook informeren over regierol. Aandachtspunt hierbij is dat moeten waken voor de zoveelste overlegtafel waarvoor professionals vrijgespeeld moeten worden. Aansluiten bij bestaande overlegtafels is gewenst.



Reactie uit evaluatie; "Praktischer dan van te voren gedacht met duidelijke doelen."



Wat is er nodig om dit geregeld te krijgen?

Omdat een interview met een cliënt en/of mantelzorger niet mogelijk was voordat de ketensessie plaatsvond is het van belang dit alsnog te doen. Hiermee kan getoetst worden of hetgeen opgehaald is compleet is en overeenkomt met het perspectief vanuit een cliënt en mantelzorger.

1. Inhoud

- Bekendheid van meldpunt GGD
- Hoe staat de huisarts in het proces, zien zij een rol voor signalering/regievoering?
- Doorzettingsmacht professionals
- Elkaar kennen
- Meer POH-ouders die samenwerken met de POH GGZ
- Flowchart
- Triagetools
- Thuisbegeleiding eerder inzetten
- Mobiele consultatie behandelteam, diagnostiek
- Bewustzijn van doel van de AVG d.m.v. cursussen, beroepscode, meld/communicatieplicht
- Nachtzorg eerder inzetten



- De ketenpartner/gemeenten moet de huisarts informeren van de signalen + betrekken bij mdo's om te verwijzen + coördineren

2. Structuur

- Stroomschema zorgstructuur binnen de gemeente
- Gemeente moet regierol pakken
- Voor externen moet helder zijn waar ze zorgen kunnen bespreken
- In gesprek met ZV
- Regie organiseren bij GGD/ GGZ
- Organiseren van bijscholing

Reactie uit evaluatie; "Heel informatief, er komen dingen boven waar ik niets van af wist."





Goede Zorg Dichtbij

Over de Innovatiegarage en Goede Zorg Dichtbij

Met de innovatiegarage worden zorgketenprocessen rondom de oudere inwoner in Noordoost Twente beter en slimmer georganiseerd. Het biedt een oplossing op geconstateerde verbeterpunten. Hiernaast brengen we het preventieve educatie-aanbod in Noordoost Twente in kaart en op een lijn. We ontsluiten het educatieaanbod op een laagdrempelige manier zodat oudere burgers hier maximaal voordeel kunnen bereiken.

De innovatiegarage is een onderdeel van Goede Zorg Dichtbij, waaronder ook de projecten opzetten van een Tijdelijk Verblijf en het Geriatrisch Expertisecentrum vallen. De initiatiefnemers van Goede Zorg Dichtbij zijn: Apotheek Oldenzaal, Carintreggeland, Fysiotherapie Jeroen van der Weide, Gemeenten Dinkelland, Losser, Oldenzaal, Tubbergen, Mediant, Menzis, MST, Roessingh Centrum voor Revalidatie, Zorgfederatie Oldenzaal, Zorggroep Sint-Maarten.

Totstandkoming

Aan de totstandkoming van deze Whitepaper hebben betrokkenen deelgenomen van Zorggroep Sint-Maarten, Carintreggeland, Zorgfederatie Oldenzaal, gemeente Losser, gemeente Tubbergen, gemeente Dinkelland, gemeente Oldenzaal, Mediant, GGD Twente, politie, BV Thoon, wijkkracht en SWDT.

Auteurs

De ketenverbinders Kim Peters (kim.peters@healthnovum.com) en Fons Flierman (f.flierman@oldenzaal.nl).

Disclaimer

Deze rapportage is tot stand gekomen met medewerking van de opdrachtgevers. Alle rechten voorbehouden. Ketenverbinders aanvaarden geen aansprakelijkheid voor het gebruik van dit rapport anders dan waarvoor het is opgesteld en aanvaarden geen aansprakelijkheid jegens andere partijen dan de opdrachtgevers.

