



Society for Psychosomatic Medicine: Symposium 27 augustus 2010

**Ouder worden en wél zijn**

vrijdag 27 augustus (9.30-16.00 uur) Rustenburg, Oegstgeest

---

**ABSTRACT**

**De regiefunctie van de huisarts in de ouderenzorg**

**Ale Gercama**

Bij de **regiefunctie** gaat het naar mijn mening om een algemeen, basaal aspect van het functioneren van de huisarts. Dit betekent dat de regiefunctie ook van toepassing is op andere terreinen zoals b.v. de jeugdzorg, de zorg aan chronisch zieken etc. In de ouderenzorg komt het belang van de regiefunctie wel heel pregnant naar voren. In dit tweede jaar gaat het erom dat jullie de uitoefening van deze functie inderdaad steeds meer als een vanzelfsprekendheid gaan beschouwen en in de vingers krijgen. Dat geldt dan zowel voor het niveau van de patiënt, de huisartspraktijk als dat van de lokale regio. Voor dat laatste gebruikt de syllabus de term “helikoptervisie” –een aardige term, zeker wanneer je je realiseert dat visie aan de wieg staat van handelen en –dan vooral- sturen: de piloot van de helikopter kijkt ook niet alleen maar uit zijn raampje. Het afgelopen jaar zijn jullie vooral op patiënt- en praktijkniveau met de regiefunctie bezig geweest. In dit jaar gaan jullie om in beeldspraak te “blijven “meer de hoogte in”. Om een snelle crash te vermijden is het belangrijk bij het volgende stil te staan:

Eerst oriënteren we ons: wat verstaan we eigenlijk onder regiefunctie in de ouderenzorg? Welke verwachtingen leven er? Wat vinden we reëel? Hoe gaan we die verwachtingen realiseren? Welke kansen en bedreigingen zien we? Ik zal jullie daarvoor enkele concrete vragen voorleggen om in groepjes te bespreken en daarover te rapporteren. Zo krijg ik ook een idee hoe jullie tegen dit onderwerp aankijken en hoever jullie mogelijk al zijn met het concreet maken. Vervolgens zal ik laten zien waarom de huisarts de aangewezen persoon is om een regiefunctie op zich te nemen, hoe je dit kunt doen en wat er voor komt kijken.

Veel zal mogelijk herhaling zijn: Ik hoop dat het vooral het feest van de herkenning wordt. We komen dan uit bij het zorgplan: zo benoemd een noviteit, maar ik zal laten zien dat je het op een huisartsenmanier prima kunt inpassen. We gaan er ook even mee oefenen aan de hand van een casus.

Als derde onderwerp stellen we ons de vraag wat er bij de implementatie van de regiefunctie komt kijken en wat dit betekent voor het functioneren als toekomstig kaderhuisarts. Na de pauze sluiten we af met een brainstorm over de vraag met welke aspecten je iets zou kunnen doen in het onderwijsprogramma dat jullie moeten verzorgen of in het kwaliteitsproject dat jullie in de steigers gaan zetten. .

De eerste definitie is afkomstig van Cools e.a., de tweede van mijzelf. De overeenkomst tussen beide is de omschrijving van het doel, verschil is, dat in de tweede definitie ook staat aangegeven langs welke weg dit doel wordt bereikt en wie er leiding aan geeft: de regisserende zorgverlener. Wanneer we het hebben over ouderenzorg in de eerste lijn, dan bedoelen we hiermee dus de huisarts.

Om een **zorgproces** goed te kunnen **aansturen** is het van belang dat degene die stuurt overzicht heeft op basis van deskundigheid, het vertrouwen geniet van de patiënt en in deze rol erkend en gewaardeerd wordt door de andere in het proces betrokken personen (familie, mantelzorg, hulpverleners)

Een casemanager heeft een coördinerende functie (“regelneef/-nicht”) en is in die hoedanigheid erg afhankelijk van de medewerking van de feitelijke hulpverleners. De casemanager zal als regel niet in een positie zijn om het zorgproces echt aan te sturen door gebrek aan legitimatie daarvoor (onvoldoende overzicht/inhoudelijke deskundigheid, vertrouwen en macht/invloed)

Als gevolg hiervan blijft het bij **casemanagement** vaak onduidelijk wie nu waarvoor verantwoordelijk is: als het goed gaat, wordt dit succes meestal opgeëist door de hulpverleners, als het slecht gaat wordt de casemanager erop aangekeken.

Bij aansturing door een terzake deskundige zorgregisseur kunnen taken en verantwoordelijkheden duidelijker worden gedefinieerd. Dit wil overigens niet zeggen dat de rol van casemanager daarmee overbodig wordt. Bij uitgesproken complexe zorgprocessen is het zeker aan te bevelen de coördinatie te delegeren aan een casemanager –sterker nog, juist door de duidelijke aansturing en “backing” van de zorgregisseur kan de casemanager slagvaardig en efficiënt opereren.

Het vaak **complexe karakter van ouderenzorg** (en zeker ook van de medische aspecten: multimorbiditeit, polyfarmacie etc.) wordt steeds meer onderkend. Omdat de patiënten ouder worden, worden de eventuele mantelzorgers het ook, zodat vaak zestig/zeventigers voor tachtig/negentigers zorgen, gezinnen zijn kleiner geworden, er moet meer en langer worden doorgewerkt etc. –kortom het traditionele steunsysteem van ouderen is aan erosie onderhevig.

Buiten de huisarts is er in de thuissituatie geen andere medische professional voorhanden die vanuit overzicht kan handelen. Door de vaak bestaande verwevenheid van medische en zorgaspecten kunnen b.v. functionarissen van de thuiszorg dit onvoldoende. Het regisseren van complexe zorgproblematiek ligt in het verlengde van de normale huisartsgeneeskundige zorg voor ouderen en sluit daar dus goed bij aan. De eerder opgebouwde vertrouwensrelatie en de gedeelde ervaringen uit eerdere contacten vormen het vertrekpunt bij de verdere aanpak.

In zekere zin is **zorgregie** “een kolfje naar de hand” van de ervaren huisarts. Het sluit aan bij de gebruikelijke werkwijze zoals in deze punten geschetst. Centraal staat de vaardigheid in kort tijdsbestek uit een baaiend aan informatie juist die elementen op te pikken die relevant zijn en daar het beleid op te baseren. Die informatie komt uit twee hoeken of referentiekaders; het medische en dat van de patiënt. De huisarts probeert steeds deze gegevens op een voor de patiënt zinvolle wijze met elkaar te verbinden

De patiënt van vroeger wordt steeds vaker geafficheerd als een cliënt/klant en als zodanig bejegend.

Bij het hanteren van richtlijnen en protocollen dreigt de oorspronkelijke doelstelling, beslissingsondersteuning bij het zoeken van de beste oplossing voor individuele problemen, op de achtergrond te raken. Gevolg is, dat de nadruk komt te liggen op het zorgvuldig volgen van richtlijn of protocol en niet op de noden en behoeften van de patiënt. De huisarts komt zelden nog “aan huis” –ook wanneer er in feite wel een reden is om de patiënt thuis te bezoeken. Mede daardoor is de huisarts vaak niet op de hoogte van de thuissituatie.

Intrede van praktijkondersteuners voor de controle van chronische aandoeningen als diabetes en COPD, diabetesdiensten, laagdrempelige klachtgerichte spreekuren in ziekenhuizen etc. fragmenteren de zorg. Het belang van “continuïteit van zorg” is eerst recent weer herontdekt.

Het is dus nodig om geïntegreerde geneeskunde uitoefening her te waarderen en serieus te nemen: aandacht voor context en continuïteit, bij een brede uitoefening van de geneeskunde. Verder is het noodzakelijk deze wat verheven doelstelling op een praktische wijze te hanteren, zo dat zorgregie naadloos aansluit bij de materiële, organisatorische en persoonlijke mogelijkheden van de huisarts.

In de eerste drie punten: opbouwen en onderhouden vertrouwensrelatie, selfmanagement van de patient stimuleren, zorgplan en realiseren van voorwaarden (praktijktteam, praktijkorganisatie, relatiernetwerk en combineren van rollen) wordt de werkwijze aangegeven, in het vierde punt komen de voorwaarden aan de orde. Als deze niet gerealiseerd worden zal er van de uitvoering van de eerste drie weinig terecht komen.

#### Opbouwen en onderhouden **vertrouwensrelatie**:

- Vertrouwensrelatie voorwaarde voor kwalitatief goede hulpverlening
- Basis leggen (bv een kennismakingsgesprek)
- Mogelijkheden om relatie te verbeteren benutten
- Signalen oppikken die op een vertrouwensbreuk kunnen wijzen
- Zorgen voor een goede klachten afhandeling.

Over het eerste punt is men het meestal snel eens, maar men moet zich beseffen dat dit een investering vraagt van de kant van de huisarts, dat de relatie onderhoud nodig heeft. Dan kan je er ook veel mee, b.v. in de richting van selfmanagement.

#### **Stimuleren selfmanagement van de patient:**

- Mate van zelfredzaamheid in kaart brengen en volgen
- Zelfredzaamheid van het systeem als leidraad nemen
- Inbreng patients systeem respecteren, waarderen en waar mogelijk belonen.

Naarmate de dokter beter weet wat de patiënt (nog) kan en wil en hier met de patiënt over communiceert, zal de laatste ook meer centraal blijven staan in het zorgproces. Patiënten willen over het algemeen graag zichzelf redden en zijn zeker bereid –mits daartoe aangemoedigd en in gerespecteerd- ook bij toenemend gebrek en handicap daarin actief te blijven.

#### Sturen van het hulpverleningsproces: het **zorgplan**.

- Beoordelen casus
  - actuele situatie, o.a. aard van het probleem, urgentie
  - context, voorgeschiedenis, kwetsbaarheid, gevolgen
- Opstellen (voorlopig) zorgplan

- eigen beleid, medisch en verder
- wat is op korte termijn nodig?
- wie informeren, aansturen, inschakelen
- Checklist, SAMPC

De huisarts kan generalist zijn juist bij gratie van het prioriteren en het nemen van beslissingen –anders verzuip je in het werk. How much time shall I devote to this patient?

Omdat er in zo'n consult vaak meer dingen tegelijk spelen en je als huisarts een generalistische invalshoek hanteert, moet je voortdurend prioriteiten stellen en keuzes maken.

De hulpverlening tijdens een ziekte-episode strekt zich vaak over meer consulten uit, een zorgplan helpt dan bij het uitzetten van de koers en zeker bij chronische aandoeningen of problemen is het zinnig op de voortgang en het effect van de behandeling te letten

Vaak zullen andere hulpverleners al bemoeienis hebben met de patiënt (b.v. thuiszorg, fysiotherapeut) Het is belangrijk dit te weten en te kijken of hun bemoeienis tot nu toe consequenties heeft voor het zorgplan.

Huisartsen hebben vaak een hekel aan systematisch opgezette invulformulieren. Je kunt ze echter ook als checklist gebruiken: achteraf kijken of je bij al je daadkracht misschien toch nog een relevant aspect over het hoofd hebt gezien.

### **Zorgplan uitvoeren:**

- Met wie?
  - medewerkers eigen praktijk
  - hometeam (eerstelijnsnetwerk)
  - gespecialiseerde hulpverleners op afstand
- Hoe?
  - informatie uitwisselen
  - taken delegeren
  - consulteren, verwijzen
  - gezamenlijk behandelen (collaborative care)

De volgorde van het "met wie?" is vooral een pragmatische –hoe dichterbij huis, hoe gemakkelijker je als huisarts het zorgplan kan aansturen

### **Zorgplan uitvoeren**

- Uitvoering bewaken
  - casusbesprekingen eigen praktijk
  - MDO in hometeam
  - deelname in overleg elders bv via POH

Zorgplan regelmatig bijstellen

- doelen concreet en realistisch / haalbaar?
- kloppen de uitgangspunten?
- Prognose
- Plaats en aard van zorgverlening
- Samenhang in uitvoering

Bewaking van de uitvoering lukt beter wanneer er een regel wordt ingebouwd. Als regels praktisch van aard zijn en aansluiten bij een duidelijke behoefte worden ze gemakkelijk routine en krijgen ze daarmee iets vanzelfsprekends.

Casusbesprekingen zijn een beproefd middel om eenheid te houden (of te krijgen) in het hulpverleningsproces en om zicht te krijgen op rol en inbreng van anderen. Huisartsen zijn er aan gewend dat situaties snel kunnen veranderen en zij weten daar op in te spelen. Door ook de andere spelers in het team hier bij te betrekken draagt dit bij aan de slagvaardigheid van het geheel.

Wanneer deze veranderingen invloed hebben op de prognose, kan het zijn dat meer verdragende beslissingen nodig zijn zoals een al dan niet tijdelijke opname.

Wat is nodig?

- Praktijkteam
- Praktijk organisatie
- Relatie netwerk
- Huisarts zelf

De huisarts zelf staat als laatste genoemd. Dat biedt de mogelijkheid om te eindigen met de rol en taak van de kaderhuisarts in dezen.

Het praktijkteam (assistentes, praktijkverpleegkundigen, POH'ers) heb je als huisarts per definitie dagelijks om je heen. Door er intensief mee samen te werken creëer je de ideale Watson's. Samenwerking gaat via taakdelegering, supervisie en coaching.

Taken uitvoeren:

- medicatie controle
- Follow up chronische aandoeningen, opnames
- Organisatie niet medische zorg
- Opbouw gegevensbestand

***Kortom: extra oren, ogen en handen voor de huisarts***

**Praktijk organisatie:**

- Voorlichting en P.R.
- Opbouw praktijkteam
- Opzetten en bijhouden patiënten volgsysteem aan de hand van een zorgplan

Door aan te geven hoe je (met het praktijkteam) aan de regiefunctie invulling geeft, wat je daarbij verwacht van patiënten, hoe de samenwerkingsrelaties zijn met anderen etc. stimuleer je de ontwikkeling van een op de werkelijke situatie geënt verwachtingspatroon t.a.v. de uitoefening van de regiefunctie.

Het zal duidelijk zijn dat de taken mogelijk aangepast moeten worden en dat aanvullende training/opleiding nodig kan zijn. Verder zal ook nagedacht moeten worden hoe de gegevens over de follow-up van de zorgplannen actueel te houden.

**Relatienetwerk praktijk**

- Mission statement P.R. binnen en buiten de praktijk
- Verwijs- en consultatieteam opbouwen
  - paramedici eerste lijn, thuiszorg
  - verzorgenden verzorgingshuis
  - verpleeghuisarts, geriater, ouderenpsychiater
- Samenwerkingsafspraken maken en implementeren

De aangeklede groepspraktijk -vandaar de HOED - is in opmars en dat betekent dat er meer samengewerkt moet worden. Ook buiten de HOED gebeurt er veel o.a. transmurale afspraken met specialisten. Hoe gaat men in de regio de ouderenzorg organiseren? Dit vraagt om een beleidsbepaling, waarvan uitgangspunten en doelstellingen geformuleerd worden in een 'mission statement'

Door aan te geven hoe je (met het praktijkteam) aan de regiefunctie invulling geeft, wat je daarbij verwacht van patiënten, hoe de samenwerkingsrelaties zijn met anderen etc. stimuleer je de ontwikkeling van een op de werkelijke situatie geënt verwachtingspatroon t.a.v. de uitoefening van de regiefunctie. Het is vervolgens belangrijk dat deze boodschap wordt “uitgedragen” in de locale regio: Zo maakt men duidelijk welke positie men wenst in te nemen en hoe men deze wil realiseren. Ouderenzorg is een “hot issue” en de ideeën en projecten buitelen over elkaar heen. Eigen belang van organisaties en mogelijkheid om subsidies te verkrijgen spelen daarbij zeker een zo grote rol als de inzet om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Als men de huisarts zo’n geschikte kandidaat vindt, zal men ook moeten leren met de huisarts rekening te houden.

De klinisch-geriater is heel relevant voor de link met het ziekenhuis, aangenomen dat de geriater daar ook iets te vertellen heeft. De verpleeghuisarts is een belangrijke consulent bij de invulling van het zorgplan gezien diens ervaring met het managen van complexe zorg. –weliswaar binnen de specifieke situatie van een verpleeghuis.

#### **De huisarts zelf.**

- Delegeren, instrueren, coachen
- Praktijkorganisatie aanpassen
- Verdiepen in werkwijzen binnen het netwerk
- Combineren van rollen

Ik zei eerder dat de regiefunctie “een kolfje naar de hand is” voor de huisarts, maar dat betekent niet, dat er geen werk verzet hoeft te worden –in tegendeel. Deze functie vraagt veel en is – temeer omdat e.e.a. nog verder ontwikkeld en gerealiseerd moet worden, vooral een uitdaging voor praktiserende huisartsen en kaderhuisartsen.

#### **Delegeren / instrueren / coachen**

- Betekent beschikken over didactische vaardigheden
  - informatie overdragen
  - instructie geven
  - rekening houden met expertise niveau
  - verantwoordelijkheden benoemen en bewaken
  - feedback geven en ontvangen
  - voortgang bewaken
- Van belang bij het stimuleren van de zelfmanagement van de patiënt

Hier komen inderdaad de didactische functies van de dokter om de hoek kijken; jullie begrijpen -dit is natuurlijk mijn stokpaardje. Ik heb inderdaad aan den lijve gemerkt hoe belangrijk en plezierig het is als je als huisarts over didactische vaardigheden beschikt. Informeren en instrueren zijn jullie bekend. Het zijn trouwens vaardigheden die voor een deel ook weer naar assistente en praktijkverpleegkundige kunnen worden gedelegeerd

De kwestie van het expertiseniveau speelt sterk bij patiënten: je moet een beetje weten wat voor vlees (en geest!) je in de kuip hebt wil je tot een goede aanpak kunnen komen die ook werkelijk hout gaat snijden. Bij het delegeren van taken aan b.v. de praktijkassistente is het voor beide partijen prettig dat dit zo gebeurt dat je niet achteraf hoeft te constateren dat een bepaalde taak in feite te hoog gegrepen was.

Een expertiseniveau kan je inschatten, maar je krijgt er pas echt zicht op als je middels de overige genoemde vaardigheden weet krijgt van wat er feitelijk gebeurt.

### T.a.v. **relatie netwerk**

- Inzicht verwerven in de relevantie van de rol van de hulpverleners met wie wordt samengewerkt (bv door onderlinge consultatie)
- Ontwikkelen en implementeren van samenwerkingsafspraken.

Je leert vaak het snelst wat een ander doet (en hoe hij het doet!) in consultatieprojecten. Middels doorvragen kunnen uitgangspunten, doelstellingen, werkwijzen etc. zoals die gelden binnen de te consulteren discipline (en natuurlijk in het bijzonder voor degene die men op deze basis consulteert) worden geëxpliciteerd en hetzelfde geldt in de tegenover gestelde richting. Als huisarts zul je daarbij zelf vaak het initiatief moeten nemen, want merkwaardig genoeg zijn nogal wat vertegenwoordigers van andere disciplines niet zo nieuwsgierig naar de huisarts: ze denken "het wel al te weten" *Maar wat weten ze dan?*

Naarmate men op de hoogte is van elkaars werkwijze en zich realiseert dat deze verschillend en dús (zeker voor een deel) complementair aan elkaar zijn, wordt een goed uitgangspunt bereikt voor ontwikkelen en implementeren van samenwerkingsafspraken.

### **Kunnen combineren van rollen.**

Eigen rollen in het hulpverleningsproces kunnen herkennen (metaniveau) en daar tussen kunnen switchen:

- Uitvoerder
- Opdrachtgever
- Coach/supervisor
- Eindverantwoordelijke
- Vinger aan de pols houder

Casusbesprekingen met het praktijkteam zijn belangrijk om zicht te houden op de onderlinge samenwerking en het te behalen resultaat. Het helpt de praktijkmedewerkers om generalistisch (huisartsgeneeskundig!) te leren denken. De huisarts zelf vervult in deze processen vaak meerdere rollen tegelijk; de feedback op deze rollen moet je vaak zelf weten te organiseren.

Als het klopt is inmiddels wel duidelijk geworden dat de huisarts als zorgregisseur zeker niet alles naar zich toe hoeft te trekken. Zo zijn er situaties dat het hulpverleningsproces gedeeltes is gedelegeerd naar anderen (b.v. bij intensieve dagbehandeling) zodat de inbreng van de huisarts zich kan beperken tot "vinger aan de pols houder": er voor zorgen dat hij voldoende op de hoogte wordt gehouden om te kunnen beoordelen of de patiënt in kwestie nog wel op de goede plek zit.

### Nog een rol: **de kaderhuisarts**

- Voorbeeldfunctie
- De eigen praktijk als proeftuin
- Concreet werken voor ziekte categorieën
- Adviseren van collega's
- Nascholing verzorgen
- samenwerkingsafspraken

Nu kom ik dus pas toe aan jullie eigenlijke taken. Rijkelijk laat, zou je denken. Dat valt wel mee wanneer je je realiseert dat jullie nog maar net aan de slag zijn gegaan met de opdrachten. Het werken aan deze opdrachten, de feedback die bespreking ervan zal oproepen en ondertussen de doorgaande expertiseontwikkeling in de eigen praktijk vormen met elkaar de bouwstenen om over een jaar als kaderhuisarts te kunnen starten. Als reflectiemoment op deze voordracht en als opstapje naar de uitwerking van de opdrachten sluiten we dus af met een brainstormsessie.

**Met welke aspecten aan de slag?**

- Hoe en wat en aan wie delegeren?
- Instructie bestaand team
- Implementatie zorgteam
- Hoe regel je follow-up?
- Casus besprekingen: waarvoor, hoe, met wie?
- Informatie en P.R.
- Beleid binnen een HOED
- Consultaties / afspraken: waarvoor, hoe, met wie?
- Etc.

November 2008.