

# EEN SOCIAAL GERIATRISCH ZORGCIRCUIT

"Een op het lijf van een SPV geschreven werkterrein"

De RIAGG Friesland, groot ruim 600.000 inwoners, is reeds bij de RIAGG vorming ongeveer 12 jaar geleden er vanuit gegaan dat de fusie slechts een tussenstation was naar volledige integratie binnen de geestelijke gezondheidszorg. Bij een functiegerichte visie tegenover een instellingsgerichte visie paste **verder-en vergaande** samenwerking van extramuralen, semimuralen en intramuralen uitstekend.

Toen er enkele jaren geleden toestemming kwam voor de bouw van een tweede psychiatrisch ziekenhuis in Friesland is gelijk gekozen voor modellen die de visie in zich dragen als het Amsterdamse en Australische model.

Het P.Z. Franeker, het tweede psychiatrisch ziekenhuis i.o., de Riagg Friesland, de jeugdpsychiatrische kliniek en de RIBW werden het eens zeer binnenkort toe te groeien naar één G.G.Z. en de P.A.A.Z -en konden zich eveneens aansluiten. Voorop stond: **De patiënt zolang mogelijk in de thuissituatie handhaven."**

## Functioneel ontwerp

Er werd een Functioneel Ontwerp gemaakt waar men van drie secties uitging zonder grote tussenschotten op te werpen.

- a. het acute circuit
- b. het continue circuit
- c. het ouderencircuit, te onderscheiden in (en niet te scheiden):
  - c1 gerontopsychiatrie
    - kortdurende opnames
    - poliklinieken met outreachende mogelijkheden.
    - ambulatoria (patiëntvriendelijke meervoudige diagnostische poliklinische screening)
  - c2 een sociaal geriatisch zorgcircuit  
Dit betreft een samenwerkings-

verband tussen de verpleeghuizen, de RIAGG en de Ziektekostenverzekeraar(s) op provinciaal niveau.

Met de samenwerking beoogt men de bevordering van:

- continuïteit van zorg
- kwaliteit van zorg
- samenhang van zorg
- flexibiliteit van zorg
- verscheidenheid van zorg

## Jan Smit

*Jan is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en projectcoördinator bij een sociaal psychiatrisch samenwerkingsproject in Heerenveen. Hij participeert in dit samenwerkingsproject vanuit de Riagg Friesland.*

Er is een **Provinciale Stuurgroep** samengesteld waar afgevaardigden van de drie deelnemende instanties zitting hebben en op regionaal niveau een **Directorium** (directies van RIAGG en verpleeghuis(zen).

Sinds een jaar ben ik werkzaam als projectcoördinator en sociaal psychiatrisch verpleegkundige (fifty-fifty) bij een **I.I.S.T.** (Intake, Indicatiestelling en Zorgtoewijzingbureau) te Heerenveen en Weststellingwerf (ongeveer 65000 inwoners).

Het **Kernteam**, dat het Directorium adviseert en verantwoordelijk is voor de implementatie bestaat uit:

een psycholoog (verpleeghuis 1)  
 een arts (verpleeghuis 2)  
 een SPV/coördinator (RIAGG)

Het **Multidisciplinaire team** (hulpverlenend niveau) bestaat uit:

het kernteam, arts, verpleegkundige, ziekenverzorgende, activiteitenbegeleidster, ergo-en fysiotherapie. Allen op part-time - of ad-hoc basis.

### **Aanmelding**

Alle aanmeldingen vinden plaats bij dit bureau en worden wekelijks verdeeld aan de hand van **een zorgdossier**, dat in principe zo ontwikkeld is dat **'het met de patiënt'** mee kan in welk traject deze ook verblijft.

### **Diagnostiek**

Diagnostiek in de thuissituatie is van eminent belang, met name bij meervoudige problematiek. Uiteraard indien strikt noodzakelijk kunnen we externe deskundigheid inroepen, zoals bijvoorbeeld van de gerontopsychiater met wie we gestructureerd en nauw samenwerken. Tevens zijn er observerende mogelijkheden op de afdeling geriatrie of gerontopsychiatrie. De intakes en begeleidingscontacten worden op discipline bedeed en uiteraard multidisciplinair besproken. De realiteit is dat disciplines van verpleeghuizen extramuraal werken en de extramurale RIAGG de bedden/stoelen resp. belegt en bezet in de verpleeghuizen. De hypothese dat grote **cultuurverschillen** dit minder mogelijk zouden maken is geenszins uitgekomen. Voorwaarde is echter wel dat de **diverse instellingsbelangen** niet de boventoon voeren boven een

algeheel belang, zowel **ideeel als strategisch**.

Indicaties voor verpleeghuisopnamen, dagbehandelingen, maar ook voor goepsverzorging worden door ons verzorgd, waarbij er steeds minder bemoeienis is, behalve een formele, van de **publiekrechtelijke organen**.

### **Neutraliteitsprincipe**

De samenwerkende hulpverlenende instellingen kunnen het neutraliteitsprincipe op verantwoorde wijze aan.

Tachtig procent van de verzorgingshuizen heeft verpleeghuis know how ingehuurd, middels de vrije marge 2%-4% gelden. Alle deelnemende bewoners met cognitieve problemen worden eerst door het I.I.S.T. onderzocht. Tevens zijn er structurele besprekingen. Bij crisisopnamen in een verpleeghuis kunnen we beroep doen op een RIAGG functionaris die een provinciale spoedlijst beheert.

### **Evaluatie**

Na een jaar werken is er een aanzienlijke verbetering ontstaan wat betreft de kwaliteit van diagnostiek en zorg.

Gestaltmatig gezien kunnen we stellen dat nauw samenwerken leidt tot het effect dat **de som meer is dan het geheel der delen**.

Opmerkelijk is ook dat er dalingen zijn geconstateerd in de wachtlijsten voor de verpleeghuizen. In ons gebied in die mate dat er voor somatiek geen wachtlijst is en voor psychogeriatricie minimaal, waarbij alle wachtenden tevens een aanvullend programma hebben.

Als **zeer opmerkelijk** mag genoemd worden dat er nog geen sprake is geweest van een R.M.

Het is niet alleen onze hypothese maar ook onze zekerheid dat motivering van

de patiënt alleen kan als er voldoende samenhang is qua zorg- en behandel-functies met een flexibele inzet en outreachende benadering. Het mag duidelijk zijn dat de sociaal psychiatrisch verpleegkundige in een I.I.S.T. naast (project)-organisatorische kwaliteiten, dient te beschikken over geriatisch-psychiatrisch verpleegkundige en systemische kwaliteiten. Bovendien dient hij/zij preventie- en onderzoeksminded te zijn.

### **Verdere samenwerking**

Een tweede lijns sociaal geriatisch zorgcircuit is echter niet het eindstation in Friesland. Reeds nu kondigt zich gestructureerde samenwerking met de eerste lijn aan, met name de huisartsen en de gefuseerde thuiszorg. Een voorloper is een project Zorg op Maat in Ooststellingwerf dat ruim twee jaar draait.

De bedoeling is dat alle gemeenten een eigen aanmeldingscircuit krijgen voor alle zorgvragen, waarbij de I.I.S.T. en de thuiszorg de **frontoffice** zullen vormen en alle zorginstellingen inclusief I.I.S.T. en thuiszorg de **backoffice**.

### **Scandinavische model**

Eén en ander lijkt veel op het zgn. Scandinavische model, waarbij ik het genoeg had met een grote Friesche delegatie december 1994 een bezoek

te brengen aan de ouderenzorg in Denemarken, waar al in de zestiger jaren, toen wij nog onze ouderen adviseerden al vast op 65 jarige leeftijd zich voor een verzorgingshuis aan te melden, een grote politieke belangstelling was voor thuiszorg van ouderen en deinstitutionalisering. De gemeenten hebben het ziektekostenbudget in handen en een directe publiekrechtelijke sturing. Hulpverlening is in dienst van de gemeentelijke overheid.

Ondanks de betere voorzieningen in multifunctionele centra, zoals ergotherapie, activering en private kamers voor psychogeriatric is er echter een geringere tweede lijns sociale geriatric, waarbij we vooral vragen hebben over de diagnostiek, alhoewel de huisarts een veel minder groter patiëntenbestand heeft dan hier en meer doet aan ouderenzorg. De mate van publiekrechtelijke regie spreekt ons tevens niet aan.

### **Tot slot**

De sociale geriatric in Friesland is volop in ontwikkeling. Het vallen van de muren heeft de wachtlijsten verkleind. Samenwerking blijkt verrijkend te zijn. de taak van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, die hierin vaak een spilfunctie vervult, wordt veelzijdiger.