

HUISARTS EN SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE MOETEN SAMEN VOOR OUDEREN ZORGEN

Ouderengeneeskunde moet uit het slop

De zorg voor ouderen heeft een nieuwe impuls nodig. Dat kan het beste door een praktische aanpak waarbij de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts geleidelijk een samenwerking opbouwen om goede ouderenzorg te bieden.

De ouderengeneeskunde is in het slop geraakt. Dat is vreemd, want zo'n tien jaar geleden begon de ouderengeneeskunde juist meer aandacht te krijgen. Dat was nodig, want tot dan werden ouderen meestal behandeld op de traditionele manier van klacht via (differentiaal)diagnose naar therapie. Het was een flinke kentering om minder in diagnoses te gaan denken en meer in functioneren. De International Classification of Primary Care (ICPC) werd deels verdrongen door de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) lanceerde het SFMPC-model: somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatief, en het zorgbehandelplan. De kaderopleiding oude-

rengeneeskunde kwam op gang en heeft inmiddels al honderd kaderhuisartsen afgeleverd. De KNMG maakte het standpunt 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' en veel ziekenhuizen zijn *senior friendly* geworden. Het Nationaal Programma Ouderenzorg nadert zijn einde.

Stagnatie

Wat stagneert er? De brede implementatie van de ouderenzorg in de huisartsenpraktijk zet niet door. De vliegende start heeft geen vervolg gekregen. Veel huisartsenpraktijken werken nog op de traditionele manier. Dat is niet slecht, maar daardoor maken ze onvoldoende gebruik van de mogelijkheden die er zijn. Sommige zorggroepen zijn met een dbc ouderenzorg gestart, maar of dat de juiste weg is wordt door velen betwijfeld. Ouderenzorg is namelijk beslist geen deel van het vak dat makkelijk is af te zonderen, zoals diabetes- of COPD-zorg. De KNMG heeft dat met haar standpunt uit 2010 wel begrepen. Verschillende zorgverzekeraars hebben een module ouderenzorg, maar daarvan wordt nog weinig gebruikgemaakt. CZ laat weten dat slechts 37 procent van

de huisartsenpraktijken deze module hanteert en dat daar de laatste tijd weinig groei in zit.

Specialisten ouderengeneeskunde (SO's) hebben de mogelijkheid gekregen om – meestal vanuit het verpleeghuis – huisartsen in de praktijk te gaan helpen wanneer dat nodig is. Ze kunnen huisbezoeken afleggen, complexe patiënten in kaart brengen en deelnemen aan patiëntbesprekingen in de praktijk. Voorlopig kost het de huisartsen niets omdat de AWBZ het (nog) betaalt. Toch maken maar weinig huisartsen gebruik van deze mogelijkheid.

Geen tijd

Waarom stagneert het dan? Navraag bij huisartsen levert vrijwel steeds hetzelfde antwoord op: geen tijd. Een enkeling meldt dat ouderenzorg onnodig is omdat het in essentie gewone huisartsenzorg is. Veel huisartsen weten de veelal intramuraal werkende SO's niet te vinden en zien hun meerwaarde niet. Informatie over de voordelen van expliciete aandacht en specialistische hulp helpt dan vaak al veel. Het argument 'geen tijd' blijft. Dat is jammer want expliciete aandacht voor ouderenzorg levert veel voordeel op. Om te beginnen tevreden patiënten. Na wat reserve en een afwachtende houding ('wat moeten ze van me?') zijn vrijwel alle ouderen tevreden met de extra, ongevraagde aandacht. Ze zijn vaak verrast dat problemen die ze geaccepteerd hadden als ongemakken van de leeftijd te behandelen zijn of in ieder geval met

Veel huisartsen weten de SO's niet te vinden

aanpassingen beter te verdragen zijn. Incontinentie is zo'n verborgen probleem. Slecht lopen is vaak relatief eenvoudig flink te verbeteren met (tijdelijke) aandacht van fysiotherapie en ergotherapie. Verbetering van spierkracht geeft veel voordelen. Saneren van polyfarmacie is niet 'afpakken' maar gezondheid bevorderen. Depressie en eenzaamheid moeten gezien en benoemd worden om er iets aan te doen. Een klein duwtje of advies brengt mensen vaak op gang om weer dingen te gaan ondernemen. Gezond oud worden is tenslotte vaak een kwestie van blijven meedoen en van sociaal functioneren.

Thuis zitten en nergens heen durven – bijvoorbeeld omdat het lopen moeizaam gaat – zijn slecht voor de gezondheid en harde indicatoren voor morbiditeit en mortaliteit. Soms gaan mensen alleen maar achteruit, maar ook achteruitgang kan vaak in goede banen worden geleid. Het is nuttig om met ouderen een noodplan te bespreken. 'Wat doet u als er iets misgaat, bijvoorbeeld een longontsteking of een gebroken been, en u niet naar het ziekenhuis hoeft maar tijdelijk wel meer hulp nodig hebt?' Erover praten hoe de zorg in zo'n situatie zou moeten zijn, is makkelijker als het nog goed gaat dan

wanneer er hals over kop iets moet worden geregeld. Dat hoort bij Advanced Care Planning. In de praktijk blijkt dat vaak ontroerend simpel.

Organiseren

Huisartsen moeten weten dat expliciete aandacht voor ouderenzorg geen tijd kost maar tijd oplevert. Het is een kwestie van organiseren en investeren. Vilans heeft een handreiking gemaakt die kan helpen de ouderenzorg stap voor stap op gang te brengen (kennispleinchronischezorg.nl). De organisatie moet uitnodigen ermee aan de slag te gaan en er moet van de kant



CORBIS

van de zorgverzekeraar een financiële tegemoetkoming komen die klantvriendelijker en stimulerender is dan de huidige regeling.

Klein beginnen en gebruikmaken van wat er al is. Niet een perfectionistisch protocol van deskundigen proberen in te voeren, maar een eigen werkwijze maken die past bij de praktijk. Ouderenzorg werkt het beste als het geïntegreerd wordt in het andere praktijkwerk. Prik een moment in de week en maak dat heilig. Een half uur is genoeg. Kies een anamne-

De grootste winst is een oudere patiënt die tevreden is

se/onderzoekslijst (Easy Care, (G)OUD). Ga met de praktijkondersteuner aan tafel zitten en begin met een, niet te complexe patiënt en breng die in kaart. Vervolgens langzaam opplussen met wat nodig is. Nodig een wijkverpleegkundige uit aan te schuiven. Vraag een fysiotherapeut of ergotherapeut om mee te doen. Ze komen graag, want velen zien zeker het nut van multidisciplinair en integraal samenwerken, maar hebben de mogelijkheden niet. Kijk of er in de buurt een specialist ouderengeneeskunde actief is in een verpleeghuis of zelfstandig en vraag die erbij.

Klein beginnen

We roepen de specialisten ouderengeneeskunde op om klein te beginnen en gebruik te maken van wat er al is. Doe mee in de eerste lijn, dicht bij huisartsen en andere zorgverleners. Zorg dat ze u kennen, dat ze u weten te vinden. Begin door samen met een huisarts een keer op huisbezoek te gaan bij een paar oudere patiënten en bouw vanuit die ervaring verder op. Deel de dagelijkse zorg om

PRAKTIJKPERIKEL

GEEL

De conditie van een 97-jarige vrouw in een verzorgingshuis gaat gestaag achteruit. Ze is diep dement, eet en drinkt het absolute minimum en heeft een evidente grote tumor in haar buik. Het laatste jaar is ze bedlegerig en lijkt te genieten van de liefdevolle zorg die ze krijgt. Er is geen enkele reden voor meer of andere palliatieve acties. Familieleden en verzorgenden accepteren haar naderende dood.

Dan belt iemand van het verzorgingshuis: mevrouw moet getest worden op hepatitis A, B, en C. Als ik hier mijn verbazing over uitspreek en verklaar dat ik dit beschouw als kwellende handeling zonder medisch nut, krijg ik te horen dat ze dan óf uit huis geplaatst moet worden, óf in quarantaine verpleegd moet gaan worden.

Dan valt bij mij het kwartje: bij de laatste visite had ze gele sclerae, die ik duidde als obstructie icterus. Mijn aantekening in haar zorgdossier en mondelinge overdracht hiervan zijn door het management geïnterpreteerd als 'geelzucht'. En dat valt onder het protocol 'besmettingsgevaar voor bewoners en personeel'.

Heeft u ook een perikel?
Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

patiënten met huisartsen en praktijk-assistenten. Doe diagnostiek door tijdens huisbezoeken de patiënten, hun mantelzorgers en het functioneren in kaart te brengen. Breng specialistische kennis in de eerste lijn: een depressie bij een demente patiënt met parkinson behandelen, is moeilijk voor een huisarts maar iets wat een SO wel kan. Gebruik bestaande netwerken en investeer in het kennismaken met hulpverleners die zich bezighouden met ouderengeneeskunde. Alleen dan kun je verwijzen op maat: die meneer naar die fysiotherapeut en die naar de dagopvang. Organiseer of sluit aan bij een overleg en maak een gezamenlijk plan. Wees bereid om in te springen als er een crisissituatie dreigt, ook op vrijdagmiddag. Laat zien hoe een SO een complexe casus kan ontrafelen en vereenvoudigen en een kwetsbare patiënt minder kwetsbaar kan maken door bijvoorbeeld medicatie te saneren of een mantelzorgertje te ondersteunen.

Kortom, lastig is het niet. Starten kost

even tijd en energie, maar al snel levert het rendement op. Veel werk kan eenvoudig gedelegeerd worden. Werken vroeg in het zorgtraject past goed bij de huisarts en bij de specialist ouderengeneeskunde. Als ze dan ook nog goed samenwerken levert dat dubbel rendement op, betere kwaliteit en minder kosten, omdat onnodige en verkeerde zorg wordt vermeden. Maar de grootste winst is een oudere patiënt die tevreden is. ■

contact
m.vannunen@maastrichtuniversity.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web
Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.