

Veelbelovende projecten helpen oudere én mantelzorger

Zolang mogelijk thuis

Mensje Melchior,
journalist

Grootse plannen staan er in het KNMG-rapport over zorg aan kwetsbare ouderen. Toch zijn ze realistisch. Een project in het Brabantse Dongen laat huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde intensief samenwerken. En het St Radboud in Nijmegen heeft een speciaal team om de fragiele oudere te behoeden voor onnodige medische mallemolens.

Tot vijf jaar terug hielp mijnheer Vermeulen (81) nog mee met het koeien melken. Zijn zoons hadden het agrarische familiebedrijf officieel al overgenomen, maar hij bleef graag actief. De laatste tijd is er echter niet veel meer van die vitaliteit over. Vermeulen heeft zich in huis teruggetrokken, een wandelingetje is al te vermoeiend. Hij hoort bijna niets meer, heeft ouderdomsdiabetes, een verhoogde bloeddruk en wordt volgens zijn kinderen steeds vaker vergeetachtig. Samen met zijn dochter zit hij bij het geriatrisch spreekuur van specialist ouderengeneeskunde Ada Vijfvinkel. Zij probeert uit te vinden hoe kwetsbaar mijnheer Vermeulen nou echt is en wat voor extra hulp hij nodig heeft.

Vijfvinkel vraagt door over zijn vergeetachtigheid.

‘Hoeveel kinderen heeft u?’ Mijnheer Vermeulen:

‘Ehm, ja, wie hebben we.

Ons Piet, ons Jos...’ ‘En hoeveel kleinkinderen?’ De gepensioneerde agrariër

gokt wat (‘dertig?’), en staart dan naar zijn dochter om hulp. Vijfvinkel stelt vragen aan Vermeulens dochter en ontdekt dat hij steeds dezelfde boodschappen koopt en zo met tien pakken vruchtenhagel blijft zitten. De kinderen vinden regelmatig bedorven eten, en als ze daar iets van zeggen, reageert hun vader boos. Voor Ada Vijfvinkel is het duidelijk; mijnheer Vermeulen kampt met een beginnend stadium van Alzheimer. Zijn leven bevindt zich in een

heel wankel evenwicht. Nu is er veel hulp in huis, omdat zijn vrouw op opname in een verpleeghuis wacht. Na een beroerte zit zij in een rolstoel. Thuiszorg komt elke dag langs, de kinderen komen haar twee keer per dag voeren. Vijfvinkel: ‘Als zijn vrouw straks wordt opgenomen is dit wankel evenwicht helemaal weg.’ Ada Vijfvinkel voert het gesprek in een spreekkamer van de HOED op het terrein van het multifunctioneel zorgcentrum Dongepark van de Volckaert-SBO, in het Brabantse Dongen. Twee jaar geleden startten vier huisartsenpraktijken en specialisten ouderengeneeskunde een project om de zorg aan kwetsbare ouderen te verbeteren. Het project lijkt wel het KNMG-standpunt in het klein; kwetsbare ouderen worden actief opgespoord en huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde werken intensief samen.¹

Kwetsbare ouderen worden actief opgespoord

Ziekenhuis mijden

In Dongen is een geriatrische praktijkondersteuner de casemanager voor kwetsbare ouderen. Zij spoort deze doelgroep op met het Easy Care Assessment. Die checklist komt uit de Engelse geriatrische praktijk en is door de Radboud Universiteit in Nijmegen vertaald en aangepast voor de Nederlandse praktijk. De praktijkondersteuner kijkt naar cognitie, gedrag, stemming, mobiliteit en voeding bij patiënten die ouder zijn dan 85. Ook patiënten die bij de huisarts komen met problemen die samenhangen met een hoge kwetsbaarheid, worden gescreend.



Specialist ouderengeneeskunde Ada Vijfvinkel: 'Door gesprekken met de mantelzorgers weten ze zich gesteund en neemt hun draagkracht toe.'

beeld: De Beeldredactie, Merlin Dalemans

De opgespoorde kwetsbaren zien vervolgens een specialist ouderengeneeskunde op het geriatrisch spreekuur. Dat spreekuur gebeurt in een ruimte bij de huisarts. De specialist overlegt met de huisarts. Bij complexe problematiek komt er in samenwerking met de praktijkondersteuner een zorgleefplan. Daarin staat welke risico's de oudere loopt (bijvoorbeeld vallen, ondervoeding, depressie, delier) en welke taken de verschillende professionals op zich zullen nemen.

Het ziekenhuis wordt wel gebruikt voor uitgebreidere diagnostiek op indicatie, maar verder zoveel mogelijk gemeden. Zo hebben ze in Dongen specialisten uit de tweede lijn als consultants naar de eerste lijn gehaald. Ouderen kunnen op het terrein van het Dongepark terecht voor geriatrische revalidatie en er zijn gerontopsychiatrische en orthopedische

sprekuren. Mocht een oudere toch in het ziekenhuis terechtkomen, dan blijft de case-manager de oudere volgen. Het uitgangspunt is dat de opname zo kort mogelijk moet duren en na ontslag helpt de praktijkondersteuner voor een goede nazorg. Na het spreekuur, dat dik een uur heeft geduurd, bespreekt Vijfvinkel haar bevindingen met huisarts Frans Gerritsen. Ze stelt voor om mijnheer Vermeulen bij een huiskamerproject te plaatsen. 'Anders zit hij als zijn vrouw in een verpleeghuis wordt opgenomen alleen nog maar stil in huis voor zich uit te staren.' Gerritsen: 'Ik probeer ondertussen de vrouw overeind te houden, tot ze wordt opgenomen. Dat lukt wel, ook al is het een kwestie van pappen en nathouden.'

Geld besparen

Het Dongense project is na de eerste twee jaar voorzichtig geëvalueerd en het lijkt erop dat het aantal crisis- en spoedopnames van kwetsbare ouderen is afgenomen. Vijfvinkel denkt dat dit positieve effect komt doordat de mantelzorgers zich gesteund weten. 'Het scheelt al zoveel dat er iemand uitgebreid met ze gaat zitten en hun bijvoorbeeld leert dat hun vader boos en geïrriteerd is omdat hij onzeker wordt door de vergeetachtigheid. Met deze gesprekken – en door als het nodig is extra hulp in te schakelen – neemt de draagkracht van de mantelzorgers toe. Zij kunnen samen met ons beter ingrijpen voordat het helemaal misgaat.'

Dongen heeft een tijdelijke financiering van de plaatselijke zorgverzekeraar UVIT en het zorgkantoor Midden-Brabant. Vijfvinkel: 'Die financiering moet structureel worden. Met een speciale transmurale DBC voor ouderen met kwetsbare aandoeningen bijvoorbeeld.' Daar is hoogleraar klinische geriatrie Marcel Olde Rikkert het helemaal mee eens. 'Zonder structurele financiering kun je altijd alleen maar een kleine groep kwetsbare ouderen bereiken. Terwijl de zorg voor al die ouderen veel beter moet.'

De broodnodige veranderingen in de zorg aan kwetsbare ouderen hoeven volgens Olde Rikkert op de lange termijn niet veel extra geld te kosten. 'Als we het slim aanpakken, besparen we geld. Omdat ouderen niet meer zoals nu in 30 procent van de gevallen met functieverlies uit het ziekenhuis komen, bijvoorbeeld. Of doordat het aantal heropnames vermindert.'

Kwaliteit van leven

Om zijn punt te bewijzen, geeft Olde Rikkert een voorbeeld uit zijn eigen ziekenhuis. Het



Hoogleraar klinische geriatrie
Marcel Olde Rikkert: 'Het
ziekenhuis moet veel vaker en
intensiever met de huisarts
overleggen.'

Het uitgangspunt is de kwaliteit van leven te verbeteren

Universitair Medisch Centrum St Radboud start binnenkort als eerste in Nederland met het HELP-team. Het *Hospital Elder Life Programme* komt uit de Verenigde Staten. Bij de Amerikaanse ziekenhuizen die met de teams werken, nam het aantal delirante periodes met 20 procent af. Ook waren er aanzienlijk minder valpartijen en de ouderen raakten minder vaak ondervoed.

De klinisch geriater en de psychiatrisch verpleegkundige zijn samen de belangrijkste spil in het HELP-team. De geriater houdt het overzicht, overlegt met de orgaanspecialisten, en stuurt de geriatisch verpleegkundige aan. De verpleegkundige begeleidt vrijwilligers die de patiënten activeren; ze praten met ze, zorgen dat ze uit bed komen en kijken of ze hun bril wel opzetten en het gehoorapparaat aan staat. Kortom: het werk waar verpleegkundigen geen tijd voor

hebben, maar wat wel het verschil kan maken bij het herstel.

Samen met de patiënt en de familie stelt het team een doel vast, met maar één uitgangspunt: verbetert het de kwaliteit van leven? Olde Rikkert: 'We denken in snelle oplossingen. Als een 83-jarige met suikerziekte en hart- en vaatziekten wordt opgenomen, zal een vaatchirurg vanuit zijn technische visie misschien pleiten voor een reconstructie van het been. Maar waarschijnlijk is de patiënt er veel meer bij gebaat als er een amputatie komt, zeker als er al necrose aan de tenen is. Dan zorgt een snelle oplossing ervoor dat hij niet te lang in het ziekenhuis ligt, en dat hij na herstel toch weer een tijd thuis kan wonen.'

Zo lang mogelijk thuis

Willen de orgaanspecialisten er wel aan, zo'n klinisch geriater die zich met de behandeling bemoeit? 'Ik denk het wel', zegt Olde Rikkert. 'Orgaanspecialisten merken dat je bij kwetsbare ouderen niet drie of vier specialismen op elkaar kunt stapelen en dat hun eigen richtlijnen minder succesvol zijn. Dat zien ze aan de comorbiditeit en de complicaties na de behandelingen. En als dan ook nog eens onduidelijk is hoe het na ontslag moet – naar huis of eerst naar een geriatisch revalidatiecentrum? – zullen ze blij zijn dat er een geriater is die hen werk uit handen neemt.'

De hoogleraar vindt dat het ziekenhuis ook veel vaker en intensiever met de huisarts moet overleggen. 'Nu is het nog te vaak een mismatch. De huisarts stuurt een patiënt met gewichtsverlies bijvoorbeeld in met het verzoek na te gaan of kanker misschien de oorzaak is. Vervolgens gaat zo'n kwetsbare oudere de oncologische mallemol in. En dat vaak zonder dat hij eerst een breed onderzoek heeft gehad naar de veel vaker voorkomende geriatische oorzaken. Bovendien moet het eigenlijke doel misschien wel heel anders zijn; de patiënt wil zo lang mogelijk thuis blijven wonen en genoeg energie hebben om dat te doen. Dát is een heel ander uitgangspunt dan primair diagnosegericht onderzoeken of iemand kanker heeft en dat willen genezen.'

Nijmegen werkt voor beter overleg met de huisartsen met *Health Bridge*. Dat is een systeem waarmee de geriater via de webcam met huisartsen kan overleggen. Olde Rikkert: 'Gisteren overlegde ik nog over een patiënt van 86 met een prostaatacarcinoom. De huisarts vermoedde metastaseringen naar de wervels, maar moest hij hem insturen voor belastende onderzoeken? De patiënt had geen pijn, functioneerde nog

SAMENVATTING

- Zieke ouderen zijn kwetsbaar en hun leven raakt gemakkelijk uit balans.
- In Dongen en in het UMC St Radboud zijn daarom projecten gestart om deze mensen actief op te sporen en hun door professionele samenwerking menige gang door medische circuits te besparen.
- Ook mantelzorgers worden bij het overleg betrokken, want hoofddoel is de kwaliteit van het leven thuis.

goed thuis. Toen hebben we samen besloten nog even af te wachten, het ging te goed met de patiënt om hem op basis van laboratorium-onderzoek aan allerlei onderzoeken en mogelijke verrichtingen te onderwerpen.'

Evenwicht herstellen

Terug in Dongen. Coert Koenen, specialist ouderengeneeskunde bij Volckaert-SBO, is op bezoek bij de huisartsenpraktijk van Ellen Candel. Ze overleggen over mijnheer Roele, die een paar jaar geleden CVA opliep. Candel: 'Hij zit in een rolstoel, gaat cognitief achteruit, rookt flink en is vooral heel somber. Hij zegt regelmatig dat hij niet meer wil leven. Tegenover de mensen die hem verzorgen heeft hij gedragsproblemen; een paar medewerkers van de thuiszorg zijn al huilend vertrokken. Ik vind het moeilijk om in te schatten of deze patiënt een cognitieve achteruitgang doormaakt of een depressie heeft.'

Coert Koenen is met de huisarts meegegaan naar het huis van de patiënt en daar hebben ze uitgebreid met hem gepraat. Koenen: 'Er is

duidelijk sprake van een depressie. Dat komt veel voor bij een CVA of ander niet-aangeboren hersenletsel. Het lijkt mij goed om hem te behandelen met antidepressiva. Als hij daar een beetje van opknapt, wil hij misschien ook naar een activiteitencentrum en raakt hij uit zijn isolement.'

Candel denkt dat de patiënt alle pillen zal weigeren. 'Hij wil niks, werkt alles tegen.' Maar Koenen denkt dat hij misschien wisselgeld heeft. 'Hij klaagt al tijden over zijn rolstoel. Dat die zo slecht zit, vindt hij zelf het grootste probleem. Als we daar nou een succesje boeken. Ik zal met de fabrikant bellen en een ergotherapeut inschakelen. Wanneer mijnheer Roele ziet dat we hem daarmee helpen, wil hij daarna wellicht wel medicijnen slikken.'

De twee besluiten het erop te wagen. Ook zal Koenen informeren of een PIT-verpleegkundige, die gespecialiseerd is in psychiatrische intensieve thuiszorg, kan komen kijken. 'Die weten precies hoe ze met dit soort patiënten moeten omgaan. Het zou goed zijn als iemand met psychiatrische kennis erop toeziet dat mijnheer Roele zijn antidepressiva ook echt slikt.'

Koenen: 'Dit is een duidelijk voorbeeld van hoe zinvol onze geriatrie aanpak is. Wij hebben de kennis in huis over welke ambulante hulp we kunnen inschakelen. We signaleren welke ouderen kwetsbaar zijn én doen er alles aan om het wankel evenwicht weer te herstellen.'

De naam van mijnheer Vermeulen en mijnheer Roele zijn om redenen van privacy gefingeerd.



Het rapport 'Ouderdom komt met gebreken' van de Gezondheidsraad vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl. Hier vindt u ook eerdere MC-artikelen over dit onderwerp.

Literatuur

1. Zie artikel 'Sterke zorg voor kwetsbare oudere' op blz. 710 van dit nummer.

Zie ook de voorzitterscolumn op blz. 735.

praktijkperikel

Efficiënt

Mevrouw N. kwam op het spreekuur. Ze was gevallen. Het enige wat ze eraan had overgehouden: het laatste kootje van haar derde vinger kreeg ze niet meer gestrekt. Veel pijn had ze niet. Gezwollen was het ook niet. Ik schatte in dat het extensorpeesje was afgescheurd en stelde de diagnose malliet finger.

De patiënte kreeg een recept voor een malliet-spalk en ik zei haar dat het spalkje nog wel even vastgeplakt moest worden. Haar dochter mocht dat doen, maar ze kon ook 200 meter teruglopen naar de praktijk, dan zou de assistente het spalkje bevestigen.

Wie schetste mijn verbazing toen ik de volgende middag een berichtje kreeg van een chirurg. Mevrouw N. had die dag een geplande afspraak bij de longarts. Deze had gezien dat zij een malliet finger had en dat het spalkje los aan haar vinger bungelde. Begaan met het lot van de patiënte, stuurde de longarts haar door naar de SEH. Daar werd er een röntgenfoto gemaakt, het spalkje werd met een strookje tape vastgezet en mevrouw kon zeer tevreden naar huis.

Beste minister, succes met uw beoogde efficiëncyslagen in de zorg.