

Afstemming tussen disciplines moet systematisch worden aangepakt

Een driespan voor de ouderenzorg

Ale Gercama,
huisarts n.p. en universitair
docent huisartsgeneeskunde,
VUmc

Marijke Boersma-Meerman,
arts-onderzoeker EMGO-
instituut afdeling huisarts-
geneeskunde, VUmc

Correspondentieadres:
gercama@quicknet.nl
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Ingrepen die de patiënt niet meer wil. Plaatsing in een verzorgingshuis als het al te laat is. De samenwerking in de ouderenzorg loopt geregeld spaak. De sleutel naar meer regie voor de oudere is betere, systematische afstemming tussen de drie betrokken disciplines.

De medische aspecten van de ouderenzorg staan volop in de belangstelling. En terecht. Hoewel er discussie is over de vraag hoe hoog de 'grijze golf' uiteindelijk zal worden, duidelijk is al wel dat de zorg voor ouderen steeds meer aandacht van medici zal opeisen. Gegevens van de Longitudinal Aging

Study Amsterdam (LASA), onderdeel van de VU, tonen aan dat met het toenemen van de levensverwachting vooral de periode waarin sprake is van (chronische) ziektes en beperkingen langer wordt. Bovendien is de uitgangssituatie van de 'aankomende ouderen' door problemen als diabetes en overgewicht in de regel min-

beeld: Chris Pennarts, HH



der gunstig dan die van de huidige generatie ouderen.¹

Hierdoor uitgedaagd, ontstaat er beweging onder de betrokken medische disciplines. Zo hebben de huisartsen hun visie op de ouderenzorg verwoord en inmiddels geconcretiseerd in handreikingen voor de praktijk en de start van de kaderopleiding ouderengeneeskunde. De verpleeghuisartsen hebben gekozen voor specialisering in de ouderengeneeskunde, en internisten ouderengeneeskunde werpen zich

binnen de setting van het ziekenhuis op als coördinerend specialisme voor ouderen met complexe medische problematiek.^{2,3} Het ministerie van VWS stimuleert deze ontwikkelingen met onderzoeksgelden. Zo is er recentelijk in het kader van het

Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) veel geld beschikbaar gesteld voor de oprichting van geriatrie netwerken rond academische medische centra.⁴

Toch is er ook twijfel over de doeltreffendheid van deze inspanningen. LASA-directeur Dorly Deeg constateert dat de medische (ziekenhuis-) zorg in Nederland structureel niet op de problemen van oudere patiënten is toegesneden.¹ Koopmans en Schers achten een paradigma-verandering dan ook noodzakelijk.⁵ Als deze uitblijft, verwachten zij dat de met veel tamtam (én subsidie!) gestarte verbeterprojecten weinig

effect zullen hebben. Een belangrijk struikelblok is dat de betrokken disciplines door territoriumangst en profileringsdrang vaak met de rug naar elkaar toe staan.

Durf en vertrouwen

Tjonne de Graas c.s. pleiten daarom voor een drastische vernieuwing 'van onderaf', waarbij medici al tijdens de opleiding leren met elkaar samen te werken.⁶ Hoewel je je kunt afvragen hoe het deze nieuw opgeleiden zal vergaan als zij buiten de opleidingssituatie komen, onderstreept hun aanpak dat het de professionals zelf zijn die bepalen of het roer echt omgaat.

In haar Verwey-Jonker/SER Lezing in 2008 beschreef Pauline Meurs deze cruciale rol van professionals in veranderingsprocessen aan de hand van de kernbegrippen durf en vertrouwen.⁷ Ook al is de werkelijkheid weerbarstig, als we met durf de uitdaging aangaan en vanuit de eigen deskundigheid in vertrouwen op zoek gaan naar de ander om complexe problemen – die zich vaak juist bevinden in de 'tussengebieden' waar deskundigheden elkaar raken – aan te pakken, valt er veel te bereiken. Dat dit inderdaad kan, laten bestaande voorbeelden zien.⁸

De kunst daarbij is om als het ware over de bestaande voetangels en klemmen heen de grote lijnen te blijven zien. Naar onze mening zijn de volgende drie vragen daarbij vooral van belang:

- Wat is de kern van de eigen deskundigheid in relatie tot die van de ander?

Medici moeten al tijdens de opleiding leren met elkaar samen te werken

De betrokken disciplines moeten de voorkeuren van de patiënt zo goed kennen, dat ze ook zorg kunnen leveren als de patiënt zijn wensen niet meer onder woorden kan brengen.

beeld: David Rozing, HH



SAMENVATTING

- Intensivering van de samenwerking in de medische ouderenzorg is dringend gewenst.
- De betrokken professionals staan vaak met de rug naar elkaar toe.
- Problemen treden vooral daar op waar expertise en ervaring elkaar raken of overlappen.
- Durf, vertrouwen in en kennis van elkaars expertise zijn nodig om deze problemen aan te pakken. 'Regie bij de patiënt' blijft anders een utopie.

- Wat is de aard van de populatie waarop deze eigen deskundigheid is gericht en hoe verhoudt deze zich tot de populatie van de ander?
- Kan men het eens worden over de vraag welke problemen in het tussengebied (qua deskundigheid en populatie) het meest relevant zijn om aan te pakken?

Deskundigheid

Uitwerking van deze gedachtegang voor de drie genoemde disciplines levert ten aanzien van deskundigheid het volgende op: De *huisarts* is met name generalist en als zodanig expert in het ordenen, prioriteren, kiezen en weglaten. Een belangrijke steun daarbij is de vaak over langere tijd opgebouwde medische voorkennis. Waar eigen kennis en kunde tekortschieten, wordt dit opgevangen middels consultatie en verwijzing.⁹

De *specialist ouderengeneeskunde* is zowel generalist als specialist. Als generalist bestrijkt hij het brede terrein van zorg en welzijn van ouderen, als specialist richt hij zich op de intensieve zorgvragen van kwetsbare ouderen met complexe problematiek.¹⁰

De *internist ouderengeneeskunde/klinisch geriater* is vooral specialist en als zodanig expert op het terrein van de diagnostiek en behandeling van ouderdomsziekten en comorbiditeit.³

Populatie

Als we kijken naar de populatie, dan heeft de *huisarts* te maken met een vaste groep ouderen van wie een belangrijk deel redelijk gezond en zelfredzaam is en een deel geleidelijk steeds hulpbehoevender wordt. Afhankelijk van de leeftijdsopbouw van de praktijk kan de grootte van deze groep al dan niet een stempel op de praktijkvoering drukken. De *huisarts* kent de thuissituatie en gezinssituatie van de meeste ouderen, hun levenswijze en wensen ten aanzien van behandeling en levenseinde.

De *specialist ouderengeneeskunde* heeft te maken met een vaste groep in het verpleeghuis opgenomen ouderen met complexe problematiek. Wat betreft coping en prognose verschilt deze groep sterk van de kwetsbare oudere thuis. Daarnaast ziet hij in wisselende mate andere kwetsbare ouderen in consult, veelal in verzorgingshuizen en maar mondjesmaat in de thuissituatie.

De *internist ouderengeneeskunde/klinisch geriater* heeft te maken met een vlottende groep naar hem verwezen oudere patiënten die al dan niet gedurende kortere of langere tijd klinisch worden geobserveerd of poliklinisch gevolgd.

Knelpunten in tussengebieden

Huisarts en internist ouderengeneeskunde/klinisch geriater: acute opname van oudere met complexe problematiek waarbij door onvoldoende communicatie tussen huisarts en specialist voor de oudere ongewenste interventies kunnen plaatsvinden. Onjuiste inschatting van opvangmogelijkheden in de thuissituatie na ontslag met acute heropname als gevolg.


Huisarts en specialist ouderengeneeskunde: oudere die dermate hulpbehoevend wordt dat 'het thuis niet meer gaat' terwijl tijdige consultering van een specialist ouderengeneeskunde het verlies aan functionele autonomie mogelijk had kunnen voorkomen. Achteruitgang in zelfredzaamheid van de oudere door onvoldoende proactief handelen van de huisarts.

Internist ouderengeneeskunde/klinisch geriater en specialist ouderengeneeskunde: door onvoldoende communicatie over wensen van de oudere ten aanzien van behandeling, kwaliteit van leven en levenseinde vinden diagnostische en therapeutische ingrepen plaats die geen meerwaarde hebben voor de patiënt en zelfs het lijden vergroten en/of verlengen. Door onvoldoende aandacht voor 'cure' wordt verpleeghuispatiënten zinvolle diagnostiek en behandeling onthouden.

Driespan voor de kar

Als de betrokken medici met inachtneming van het voorafgaande deze knelpunten systematisch aanpakken – dat wil zeggen elkaar actief opzoeken en een start maken met structurele afspraken – ontstaat 'als vanzelf' het geriatrische netwerk waaraan zo'n grote behoefte is. Reeds ontwikkelde initiatieven, zoals binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg, kunnen daarbij faciliterend werken.

Het NPO gaat uit van de eigen regie van de oudere patiënt, ook als diens kwetsbaarheid toeneemt en (complexe) zorg geboden is. De patiënt dus als koetsier op de bok met de teugels in de hand. Dat vraagt naar onze mening om een driespan voor de kar dat zó goed op elkaar ingespeeld raakt en zó goed rekening houdt met de intenties van de koetsier, dat ze diens reis zelfs tot een goed einde weten te brengen als de koetsier zelf niet meer tot handelen in staat is.

Voorkómen wordt zo in ieder geval dat er – met de beste bedoelingen – een kathedraal aan goede wenken, regels en adviezen wordt opgetrokken die probleemoplossende activiteiten op de werkvloer eerder smooit dan aanwakkert. 



De literatuurlijst en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Literatuur

1. Maassen H. Aftakeling is onvermijdelijk. Interview met LASA-directeur Dorly Deeg. Medisch Contact 2009; 20: 898-901.
2. Koopmans RTCM, Lavrijsen JCM. Nieuwe tijd, nieuw specialisme. Medisch Contact 2009; 19: 861-3.
3. Rooij SEJA de. Dubbel kwetsbaar. Medisch Contact 2007; 31/32: 1299-301.
4. Zie: www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl
5. Koopmans RTCM, Schers HJ. Heel de oudere. Medisch Contact 2008; 13: 558-60.
6. Graas T de et al. Meer dan gezondheid. Medisch Contact 2008; 13: 554-7.
7. Signaal. Verwey-Jonker/SER-lezing door Pauline Meurs. Sociaal vertrouwen: een kwestie van durf. Huisarts Wet 2009; 52: 45-7 en www.Erasmuscmdz.nl/nieuws.
8. Dussen J van der et al. Ouderenzorg nieuwe stijl. Medisch Contact 2008; 48: 2010-3.
9. Gercama AJ et al. Van spil tot regisseur. Medisch Contact 2007; 39: 1603-5.
10. Koopmans RTCM, Lavrijsen JCM. Nieuwe tijd, nieuw specialisme. Medisch Contact 2009; 19: 861-3.