

HET TOTAALPLAATJE TELT

Complexe ouderenzorg vraagt om regisserende huisarts

De eerstelijnszorg voor ouderen moet meer samenhang krijgen. De huisarts is de meest aangewezen persoon om hierbij de regie te voeren. Hij kent de context van de patiënt en heeft voldoende overzicht om een lijn voor de medische zorg uit te zetten.

ANNET WIND C.S.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

Dit jaar gaat de NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde van start. Deze tweejarige opleiding voor huisartsen wordt gegeven aan het LUMC in Leiden bij de afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde.

De huisartsenzorg voor ouderen omvat een breed palet aan problematiek. Dit loopt uiteen van kleine kwalen bij een verder geheel gezonde 80-jarige tot een verergerend hartfalen bij een 75-jarige patiënte met diabetes, hypertensie en een zodanige artrose dat het dagelijks functioneren wordt bedreigd. De zorg voor relatief gezonde ouderen met eenvoudige problematiek past prima in de standaardhuisartsenzorg zoals die aan alle leeftijdsgroepen wordt geleverd. Maar bij de zorg voor ouderen met complexe medische problematiek stuit de huisarts op problemen.

De vergrijzing en de ontwikkelingen in de chronische zorg hebben grote consequenties voor de noodzakelijke zorg voor ouderen. Volgens internist Westendorp neemt Nederland in Europa geen koppositie in levensverwachting meer in en hangen we nu in de middenmoot.¹ Hij pleit voor een grondige reorganisatie van de medische zorg voor ouderen. Internist Nieuwenhuijzen Kruseman c.s. wijzen op de tekortschietende ketenzorg voor ouderen met complexe problematiek.² Columnist Bert Keizer illustreert dit pijnlijk.³ Ook de gerieters Maas en Olde Rikkert verwoorden hun zorgen hierover.⁴

Het grootste deel van de medische zorg voor ouderen wordt gegeven door huisartsen. Het is daarom opvallend dat de discussie over vernieuwingen in ouderenzorg tot nu toe vooral wordt gevoerd door tweedelijns specialisten. Waar staat hierin de huisarts?

MULTIMORBIDITEIT

In de eerstelijns gezondheidszorg voor ouderen met complexe problematiek zijn grofweg twee probleemvelden te onderscheiden: multimorbiditeit en >>

<< versnippering van zorg. Meerdere, ziektespecifieke, standaarden of richtlijnen gebruiken, biedt huisartsen geen uitkomst bij de behandeling van patiënten met multimorbiditeit. Immers, de diagnostische stappen en therapeutische adviezen uit de verschillende richtlijnen kunnen elkaar tegenspreken en leiden tot een onaanvaardbare combinatie van medicatie of een verwarrende mix van testuitslagen.^{5,6}

Ook een verwijzing naar orgaanspecialisten in de tweede lijn stuit op problemen, om dezelfde redenen: er wordt te weinig rekening gehouden met de totale problematiek van de betreffende patiënt.⁴ De casus in het kader maakt duidelijk dat bij multimorbiditeit een keuze moet worden gemaakt voor intensievere diagnostiek en onduidelijke winst bij behandeling óf voor behoud van functioneren en accepteren wat komt. Paul Schnabel noemde dit op het NHG-congres in november het kiezen tussen 'reparatie' en 'onderhoud'.

Multimorbiditeit en substitutie van zorg (van de tweede naar de eerste lijn) brengen ook met zich mee dat de huisarts in verzorgingshuizen zwaardere problematiek tegenkomt. Hier wonen naast zorgbehoevende ouderen steeds meer ouderen met een indicatie voor verpleeghuiszorg (24-uurszorg) en tevens ouderen die revalideren vanuit een tweedelijns instelling. Het optimaliseren en coördineren van de medische zorg in verzorgingshuizen is al jaren een aandachtspunt van de LHV, zoals beschreven in de 'Handreiking voor de organisatie van de medische en farmaceutische zorg voor ouderen in verzorgingshuizen en thuis'.⁷

VERSNIPPERING

Een tweede probleem is de versnippering van medische zorg voor ouderen. Dit geldt ten eerste voor de tweedelijnszorg. Specialisten beoordelen vaak alleen problemen op hun eigen vakgebied en geven weinig aandacht aan andere problemen die spelen. Verdere subspecialisatie leidt tot een kunstmatige en niet-werkbare opdeling van probleemvelden. De ouderen met multimorbiditeit zijn juist gebaat bij zorg die uitgaat van de problematiek in zijn geheel. De invoering van DBC's versterkt het proces van hokjesdenken en versnippering.² Voor ouderen met multimorbiditeit schiet de huidige organisatie van ziekenhuiszorg ernstig te kort.

REPARATIE OF ONDERHOUD

De heer F., 86 jaar, woont zelfstandig thuis, samen met zijn vrouw. Hij heeft de ziekte van Alzheimer, hypertensie en COPD. Zijn vrouw helpt hem met aankleden door het geven van duidelijke instructies. Hij kan zichzelf wassen en doet in huis kleine huishoudelijke werkzaamheden. De cognitieve stoornissen zijn langzaam progressief en uiteindelijk heeft zijn vrouw erin toegestemd dat hij twee dagen per week naar de dagbehandeling gaat.

Sinds vorig jaar heeft hij een trombosebeen, dat aanvankelijk is behandeld met Fraxiparine, acenocoumarol en zwachtelen. Later is een steunkous aangemeten. Met de inzet van extra wijkverpleging is dat goed verlopen. In overleg met de internist is er, behalve een PSA-bepaling, geen verder onderzoek naar een mogelijk achterliggende oorzaak gedaan.

Nu blijkt een toenemende dyspnoë d'effort en wat hoesten, vooral 's ochtends. De huisarts vindt een onregelmatig hartritme, pols 104 irregulair, bij een normale tensie en pitting oedeem in beide benen (links rond de enkel en voet, rechts boven de steunkous). De huisarts stelt de diagnose hartfalen bij (paroxismaal) boezemfibrilleren.

In overeenstemming met het eerder ingezette terughoudende diagnostisch beleid, besluiten huisarts en verpleeghuisarts samen over te gaan tot symptomatische behandeling. Nadat de elektrolyten en de nierfunctie zijn gecontroleerd, volgt aanpassing van de medicatie: een lisdureticum in plaats van het thiazidediureticum, en toevoeging van een ACE-remmer, in langzaam opklimmende dosering. De acenocoumarol wordt gecontinueerd. Langzaam nemen de klachten van dyspneu en oedeem af. ■



Ook de zorg in de eerste lijn versnipert. De generalistisch werkende wijkverpleegkundige is vervangen door een gespecialiseerde wijkverpleegkundige; ouderen met multimorbiditeit zien er soms dus meerdere per dag. Verschillende thuiszorgorganisaties werken nu naast elkaar in hetzelfde werkgebied en moeten elkaar beconcurreren. Dit frustriert regulier (wijkgericht) overleg en werkafspraken tussen eerstelijns gezondheidswerkers onderling. Voor het aanvragen van allerlei hulpmiddelen verschillen de procedures en de gecontracteerde leveranciers.

Het vergt de nodige inspanning om alles goed op elkaar af te stemmen. Hier zijn niet alleen de oudere patiënt en de mantelzorgers veel tijd mee kwijt, maar ook de medewerkers van de huisartsenvoorziening.

REGIE

Om te komen tot een samenhangende medische zorg voor ouderen is het belangrijk dat iemand de regie neemt. De huisarts is hiertoe het best toegerust. Deze visie wordt verwoord in het binnenkort uit te brengen NHG-Standpunt

Toekomstvisie Huisartsenzorg 'Huisarts-geneeskunde voor ouderen'.⁸ Immers, huisartsen zijn generalisten: zij kennen de context en zien de invloed van sociale en psychische problematiek in het complex van medische problemen. Huisartsen zijn als dossierhouders op de hoogte van de medische verwickelingen van de patiënt en beschikken (meestal) over een up-to-date medicatiedossier. Huisartsen kunnen een lijn uitzetten voor de medische zorg en hierbij de expertise van andere disciplines benutten. Denk aan overleg met en verwijzing naar generalisten in de tweede lijn, aan consultatie van een geriater of een verpleeghuisarts, waarbij eventueel huisarts en verpleeghuisarts de patiënt gezamenlijk thuis kunnen beoordelen. Maar denk ook aan de inzet van paramedische disciplines in de eerste lijn: een diëtiste bij ondervoeding, een logopediste bij slikklachten, een ergotherapeut bij revalidatie na CVA of een fysiotherapeut bij COPD.

Bij medische problemen moeten huisartsen zeker de regierol hebben. Voor meer zorggerelateerde problemen, zoals bijvoorbeeld bij dementie, kan dat ook een andere hulpverlener zijn. Dit

zijn vaak zeer tijdrovende zorgvragen, die niet altijd de deskundigheid van een arts vereisen. Deze andere hulpverlener kan een praktijkondersteuner zijn, een wijkverpleegkundige of een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (spv'er). Voorwaarde is dat er laagdrempelig en geregeld afstemming is met de huisarts, zodat deze het overzicht kan houden, ook over zorggerelateerde problematiek, en de medische invalshoek kan toevoegen waar nodig.

Voor patiënten lijkt een regulier voor de huisarts een gewenste oplossing. Het is bekend dat patiënten het vervelend vinden als ze merken dat artsen niet op de hoogte zijn van elkaars handelen en de bijbehorende adviezen. Van alle mensen vindt 75 procent het belangrijk om altijd dezelfde huisarts te hebben en bij ouderen ligt dit percentage nog hoger.^{9,10}

RANDVOORWAARDEN

- *Tijd* is een belangrijke randvoorwaarde voor de regulier. Tijd voor een goede analyse van de situatie van de oudere patiënt met complexe problematiek en tijd voor overleg met de oudere zelf, met familie of andere mantelzorgers, met hulpverleners en verzorging. Een consult (of meestal visite) bij de kwetsbare ouderen duurt simpelweg langer dan gebruikelijk, door bijvoorbeeld verminderde cognitieve functies en ADL-beperkingen. Een apart tarief voor complexe ouderenzorg in de eerste lijn is nodig, naast de verdere

centraal punt bij woon-zorgcomplexen. Verder pleiten wij voor de herintroductie van hometeams, waarin huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werk samenwerken. Ook betekent dit een samenwerkingsrelatie opbouwen met generalisten in andere echelons, zoals de internist/geriater en de verpleeghuisarts. Hierbij is het uitwisselen van informatie via een gezamenlijk te raadplegen elektronisch medisch dossier (EMD) zeer behulpzaam, juist bij deze complexe problematiek: het betreft immers patiënten met lange medicatie- en probleemlijsten.

- Wat we vooral ook nodig hebben zijn *geïnteresseerde en deskundige huisartsen* die hun medische kennis bijhouden en bereid zijn te leren van anderen, bijvoorbeeld door consultatie van en samenwerking met een andere generalist (verpleeghuisarts, internist/geriater). De aanpak bij ouderen moet gericht zijn op behoud van functionaliteit, anticiperend op de gevolgen van ziekte en medische handelingen.

DESKUNDIGHEID

Verschillende van deze terreinen komen terug in de nieuwe NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde. In kleine groepen zullen huisartsen maandelijks bijeenkomen om te werken aan hun medisch-inhoudelijke deskundigheid (inclusief de functionele geriatrie en de aanpak bij multimorbiditeit) en de organisatie van zorg (protocollering, taakdelegatie,

We hebben vooral geïnteresseerde en deskundige huisartsen nodig

invoering van de reeds bestaande financiering voor gestructureerde zorg in verzorgingshuizen.

- *Communicatie en samenwerking* zijn essentieel. Gebruikmaken van elkaars inzichten en mogelijkheden, samen de zorg rond de ouderen vormgeven. Hierbij zijn korte lijnen, tijdige informatie-uitwisseling, kennis van elkaars werkterrein en waardering van ieders aanpak belangrijke bevorderende factoren. Praktisch betekent dit bijvoorbeeld een beperkt aantal huisartsen per verzorgingshuis en in grotere woonkernen een wijkgerichte aanpak met de huisartsenvoorziening als

samenwerking binnen verzorgingshuis) om te komen tot betere praktijkvoering. Daarnaast is de kaderhuisarts inzetbaar als consultant voor collega-huisartsen en als initiator van zorgprojecten, in de eigen huisartsgroep en regionaal. Binnen de huisartsopleiding bieden we aios de differentiatie Ouderengeneeskunde aan, die dezelfde componenten bevat als de NHG-kaderopleiding.

Als voldoende huisartsen de opleiding willen volgen, komt er daadwerkelijke verbetering van de eerstelijnszorg voor ouderen. Dit is een noodzakelijke stap om de groeiende populatie ouderen

SAMENVATTING

- *Ouderen met complexe medische problematiek hebben baat bij een generalist die de regie heeft. Deze heeft het benodigde overzicht over de medische situatie om zinvolle afwegingen te kunnen maken, samen met de ouderen en hun naasten.*
- *Voor de eerste lijn is de huisarts de aangewezen regisseur, die gebruikmaakt van de hulp van andere disciplines en specialismen.*
- *Er zijn twee probleemgebieden: multimorbiditeit en versnippering van zorg.*
- *Extra scholing voor huisartsen is nodig en sinds kort ook beschikbaar.*
- *De factor tijd en daaraan gekoppeld financiering blijven belangrijke knelpunten.*

te voorzien van goede medische eerstelijnszorg. Door het aanpakken van organisatorische aspecten willen we de zorg verantwoord en efficiënt leveren. Helaas kunnen we de factor tijd niet structureel aanpakken, de oplossing voor dat probleem zal uit andere kanalen moeten komen. ■

dr. A.W. Wind,
huisarts te Hoorn, coördinator NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde, afdeling Public Health en Eerstelijns-geneeskunde LUMC

A.P. Timmers,
huisarts te Noordwijk aan Zee, stafadviseur afdeling Ouderengeneeskunde LUMC

prof. dr. W.J.J. Assendelft,
huisarts te Leiden, hoofd afdeling Public Health en Eerstelijns-geneeskunde LUMC

dr. J. Gussekloo,
huisarts, hoofd onderzoek, afdeling Public Health en Eerstelijns-geneeskunde LUMC

Correspondentieadres: a.w.wind@lumc.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op onze site: www.medischcontact.nl/dezeweek.

MC-artikelen over ouderenzorg vindt u via onze website: www.medischcontact.nl/dezeweek.

