

HUISARTS, PALLIATIEF SPECIALIST EN GERIATER MOETEN DE HANDEN INEENSLAAN

Ontkoker de zorg voor kwetsbare ouderen

Bij alle aandacht voor euthanasie zou je bijna vergeten dat 95 procent van de sterfte in Nederland nog altijd ‘natuurlijk’ is. Reden te meer om de zorg in de laatste levensfase te optimaliseren. Daarvoor moeten we de huidige verkokerde, reactieve zorg ombuigen naar een integrale, proactieve ouderenzorg, zeggen Bert Ummelen en Jaap Schuurmans.

‘**W**e leven niet alleen langer, we sterven ook langer.’ Deze waarneming van filosoof René Gude is in de huisartsenpraktijk aan de orde van de dag. Praktijken zien het aantal broze ouderen onder hun patiënten, vaak lijdend aan verschillende chronische aandoeningen, groeien. Het gaat om mensen die op de grens van het leven stuiten zonder dat de dood meteen nabij is. Het bieden van passende zorg aan deze groep – en het terugdringen van niet-passende zorg – vergt een omslag in onze medische cultuur. Huisarts, palliatief specialist en geriater (klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde) moeten de handen ineenslaan. In plaats van gescheiden domeinen zouden palliatieve zorg, complexe ouderenzorg en levenseindezorg één zorgdomein moeten zijn. Met de huisarts als regisseur.

Holistische visie

Huisartsenzorg, geriatrie en palliatieve zorg zijn voor te stellen als concentrische cirkels met een breed gedeeld veld van toewijding aan dezelfde mensen.¹ Ze delen ook eenzelfde holistische visie. Alle drie verlenen zorg in een persoonlijke relatie met de patiënt, met aandacht voor de diverse aspecten van zorgbehoeften en de rol van andere professionals en naasten. Het huidige stelsel van differentiatie en specialisatie is niet

bevorderlijk voor holisme en interdisciplinariteit. Maar ook andere factoren hinderen de ‘ontkokering’ van de zorg voor kwetsbare ouderen:

- De palliatieve zorg heeft zich weliswaar goed ontwikkeld, maar daarbij is de aandacht meer uitgegaan naar eigen professionalisering dan naar verbreding van haar uitgangspunten, kennis en kunde in het brede medische veld. In de praktijk is de verleende zorg nog vaak reactief en beperkt tot het verlichten van (fysieke) symptomen in de terminale fase. Meer aandacht verdient het anticiperen (denken in scenario’s) en het identificeren van ouderen met complexe kwetsbaarheid.
- Verbreding van het concept van palliatieve zorg (‘we zijn er niet alleen voor terminale patiënten’) zouden geriateren als bedreigend kunnen ervaren. Kapen palliatief specialisten (clinici) zo niet de eigen doelgroep van ouderen met een complexe zorgvraag? Natuurlijk verlenen klinisch geriateren ook zorg bij acute ontsparing van chronische ziekten en helpen ze met de triage van patiënten voor andere specialismen. Maar de overlap is er. Voor de specialist ouderengeneeskunde, werkzaam buiten de ziekenhuissetting, speelt dit minder.
- De huisarts heeft lange tijd ‘integrale, continue en persoonlijke zorg’ geboden. Maar inmiddels zijn steeds meer taken vanuit het ziekenhuis naar de huisartsenpraktijk overgeheveld. Het is goedkoper en daar is niets mis mee, maar het specialistische vergoedingsmodel is meeverhuisd. Dit laat de praktijkvoering van de huisarts niet ongemoeid.

Urgentie

Het mogen remmende krachten zijn op weg naar een ontkokerde, holistische ouderenzorg, tegelijk groeit gelukkig het besef van de urgentie van verandering.

Zo laat onderzoek het grote belang zien van tijdig ingezette, proactieve palliatieve zorg. *Advance care planning* (ACP) maakt het mogelijk in te spelen op behoeften van de patiënt en problemen beter te bestrijden of te voorkomen. Besluiten worden minder vaak in een crisissituatie genomen, leveren patiënt en naasten minder stress op, er zijn minder ziekenhuisopnames in de laatste levensmaanden, minder heilloze lastminute-interventies en het

sterfbed staat vaker thuis, waar verreweg de meeste mensen de voorkeur aan geven.^{2 3}

En wat de geriater betreft: zij kunnen de boodschap van hun Amerikaanse collega James T. Pacala ter harte nemen. In een spraakmakend artikel wierp hij de vraag op of palliatieve zorg soms de nieuwe geriatrie is, om er meteen aan toe te voegen dat het een foute vraag is.⁴ Niet als concurrenten maar als partners staan we sterk, betoogde Pacala. De expertises van geriater en palliatief specialist – complexe zorg voor ouderen en symptoombestrijding – vullen elkaar aan.

Een initiatief als 'Het roer moet om' laat het ongenoegen zien onder huisartsen over de manier waarop hun functioneren sinds de introductie van marktwerking in de zorg wordt gestuurd. Het financiële regime biedt weinig ruimte voor holistische aspiraties.

Niet als concurrenten maar als partners staan we sterk

Daar komt nog bij dat de meeste verzekeraars 'intensieve thuiszorg' (eigenlijk palliatieve zorg) maar maximaal drie maanden vergoeden, dus praktisch gesproken in het staartje van het leven. Een typisch geval van *penny wise, pound foolish* gezien het effect van proactieve palliatieve zorg op het aantal medisch-specialistische interventies en ziekenhuisopnames in de laatste levensfase.

Broosheid

Broosheid, *frailty*, is inmiddels een internationaal erkend medisch syndroom: een geringe aanleiding (nieuw medicijn, beperkte infectie, een operatie) kan tot een onevenredige achteruitgang in gezondheid en zelfredzaamheid leiden. Tijdige herkenning is essentieel nu er bewijs is dat een op revalidatie gericht, multidisciplinair aanpak effectief kan zijn en ook om patiënten te behoeden voor schade door medicijnen of ingrepen.⁵ De meeste patiënten blijken bereid en goed in staat tot afwegingsgesprekken over verlangde medische zorg in de laatste levensfase (welke interventies, al dan niet reanimeren of beademmen, levenseindeopties, een en ander vast te leggen in een wilsverklaring). Dat het daar vaak niet of pas heel laat van komt, heeft verschillende oorzaken. Patiënten verwachten dat hun arts er wel over zal beginnen als hij de tijd rijp acht. Artsen wijzen op hun beurt op gebrek aan tijd en communicatieve vaardigheden,

Een geringe aanleiding kan bij een broze oudere leiden tot een forse achteruitgang in gezondheid.



ongemak tegenover de emoties van de patiënt en vrees om hoop weg te nemen.⁶ Training van huisartsen zowel in het identificeren van kwetsbare patiënten als in het voeren van afwegingsgesprekken zou een prioriteit moeten zijn bij het vormgeven van een integrale ouderenzorg onder hun regie.

Teleconsultatie

Steeds meer, ook (technisch) complexe, zorg kan in de thuissituatie worden geboden. Veelbelovend zijn bovendien experimenten met teleconsultatie, waarbij ernstig zieken thuis via tablet of pc met hun huisarts en met een palliatief specialist (of geriater) van het ziekenhuis verbonden zijn.

De huidige financiering past domweg niet bij de zorgvraag van ouderen

Teleconsultatie is een heel praktische invulling van de integrale, multidisciplinaire zorg die ons voor ogen staat. Niet alleen krijgt de huisarts een handige mogelijkheid om zijn patiënt zonder visite te monitoren, maar ook komt specialistische zorg zo 'naar het ziekbed thuis'. Direct of 'backstage' kunnen huisarts en specialist hun ervaringen delen en zorg afstemmen. Het beeld van kille afstandelijkheid blijkt niet te kloppen; troost en geruststelling vinden hun weg ook digitaal.⁷

Maar ook zonder ICT is bundeling van zorg mogelijk. Kaderhuisartsen palliatieve zorg zijn al van grote waarde gebleken als brug tussen palliatieve expertise en de huisartsenpraktijk. Positief is bovendien dat de specialist ouderengeneeskunde steeds vaker ook buiten het verpleeghuis actief is en huisartsen tot steun is, zowel voor patiëntgebonden consultatie als binnen multidisciplinaire overlegstructuren. Een logische ontwikkeling nu steeds meer ouderen langer thuis wonen.

Kwaliteit van leven

Bij alle aandacht voor het vrijwillige (geforceerde) levenseinde zou je vergeten dat zo'n 95 procent van de sterfte in Nederland nog altijd 'natuurlijk' is en het aandeel niet-acute overlijdens neemt alleen maar toe, net als de gemiddelde periode van chronisch ziek zijn en verval van lichamelijke en mentale krachten. Reden te meer om de zorg in de laatste levensstapen te optimaliseren.

De urgentie van een dergelijke inspanning hoeft nauwelijks betoog. Het aandeel 65-plussers zal naar verwachting in 2030

gestegen zijn tot vier miljoen, bijna een kwart van de totale bevolking, van wie de helft ouder dan 75 jaar zal zijn.⁸

Eén domein van ouderenzorg, met de huisarts in een coördinerende, integrerende rol – daar moet het heen. Zorg vanuit een filosofie die 'kwetsbare' ouderen benadert als mensen die 'met kwetsbaarheid leven' – wat een actiever etiket is – en wier kwaliteit van leven behoud en bevorderd kan worden. En met een financieel regime dat ruimte schept voor interdisciplinariteit, anticiperend beleid en moreel beraad.⁹

Financieringsmodel

De kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen laat zich slecht meten volgens de 'harde' criteria van zorgverzekeraars; er is geen benchmark, geen best practice voor holistische zorg. Het bestaande financieringsmodel past domweg niet bij de zorgvraag van deze ouderen. Het leidt tot verkokerde, reactieve zorg in plaats van een geïntegreerde, proactieve zorg. Ter illustratie: nu is het zo dat de specialist ouderengeneeskunde die door de huisarts in de arm wordt genomen per consult wordt vergoed. In een integraal ouderenzorgprogramma zoals ons dat voor ogen staat, zou sprake zijn van een doorgaand beraad en gezamenlijk spreekuur in de huisartsenpraktijk. Daarnaast een poli 'nieuwe stijl': medisch specialisten die huisartsenpraktijken bezoeken om patiënten te monitoren en de huisarts van advies te dienen. Integratie van huisartsengeneeskunde en ouderengeneeskunde moet ook bevorderd worden op opleidingsniveau. Waar huisartsen in opleiding vaak een deel van hun opleiding in een verpleeghuis doorbrengen, is het omgekeerde noodzakelijk: aspirant-specialisten ouderengeneeskunde die al tijdens de opleiding intensief kennismaken met de huisartsenpraktijk. Het feit dat ouderen steeds langer thuis blijven wonen is geen bouwsteen in de architectuur van onze huidige zorg. Ten onrechte. ■

contact

jschuur@knmg.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

De auteurs zijn initiatiefnemer/redacteur van een binnenkort te lanceren nieuwsbrief voor huisartsen, waarin publicaties worden gesignaleerd die relevant zijn voor het streven naar geïntegreerde ouderenzorg. Een link naar het gratis toegankelijke nulnummer van deze nieuwsbrief vindt u onder dit artikel op de MC-website. Eerder schreven de auteurs *Wat nu? Gids voor wie te maken krijgt met ongeneeslijke ziekte* (Bohn Stafleu van Loghum, 2014).

web

De voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.