

Eva Nyst

e.nyst@medischcontact.nl

@medischcontact

‘Nieuwe zorgstandaard Dementie is coronaproof’

In het oog van de covidstorm verscheen de nieuwe zorgstandaard Dementie. ‘Dit model is ook te gebruiken voor alle kwetsbare ouderen’, zegt specialist ouderengeneeskunde Amnon Weinberg, vanuit Verenso bij de standaard betrokken.



Corona heeft de wereld wakker geschud, zegt specialist ouderengeneeskunde Amnon Weinberg. ‘Iedereen vraagt zich af waarom we niet allereerst de kwetsbaren hebben beschermd.’ Hoe dit probleem zo kon ontstaan, daaraan brandt Weinberg zich niet. Een oplossing ziet hij wel. Die staat beschreven in de vernieuwde zorgstandaard Dementie, die in alle stilte eind april verscheen, midden in de storm van covid-19. Weinberg schreef mee namens zijn beroepsvereniging Verenso. In de standaard staat de hele reis beschreven van iemand met dementie en diens naasten, van vroeg signaleren tot de zorg in de laatste levensdagen. Hoe huisarts, specialist ouderengeneeskunde en ziekenhuisspecialist, casemanager dementie en wijkverpleegkundige, sociale teams en dagbesteders in de regio kunnen samenwerken – ook met naasten – om deze laatste jaren zo prettig en gezond mogelijk te maken.

Totale functioneren

‘In de standaard beschrijven we hoe we mensen met dementie kunnen begeleiden. Maar dit model is prima te gebruiken voor alle kwetsbare ouderen’, zegt Weinberg. ‘Dementiepatiënten zijn kwetsbare ouderen. Als mensen ouder zijn, maakt het ziektebeeld niet zoveel meer uit, de gevolgen ervan des te meer.’ De standaard gaat uit van de benadering waarbij het totale functioneren van de patiënt centraal staat. ‘Daar staat de enkelvoudige benadering tegenover waarbij de huisarts een patiënt met koorts naar het ziekenhuis verwijst. Dat is niet meer van deze tijd’, zegt Weinberg. Wat moet er dan wel gebeuren als die oudere koorts krijgt? Professionals moeten dan al gesprekken hebben gevoerd zodat ze de patiënt hebben leren kennen. ‘Tijdens meerdere advance care-gesprekken kunnen ze zich een beeld vormen van de zorg die nodig is als iemand bijvoorbeeld koorts krijgt, kortademig wordt, niet meer zelfstandig naar de wc kan lopen of zijn partner niet meer herkent. Voor zulke gesprekken moet je weten hoe het beloop is. Huisartsen en specialisten die georiënteerd zijn

op ziektebeelden hebben veel minder ervaring met het beloop bij ouderen dan de specialist ouderengeneeskunde.’

Persoonlijke aanpak

Weinberg weet dat deze persoonlijke aanpak werkt, hij heeft het zelf meegemaakt in zijn loopbaan tot dit jaar bij Rivas Zorggroep in het Beatrixziekenhuis in Gorinchem en in regionale huisartsenpraktijken. ‘Door advance care-gesprekken bleven veel meer kwetsbare ouderen in die regio thuis. Dat leidde tot een afname in het aantal operaties, waardoor specialisten zich op hun kerntaak konden richten. Daarmee kun je de ziekenhuizen ontlasten. En we hoefden niemand meer buiten kantoor tijden in te sturen. Dat gebeurde weleens, maar dan wisten we dat het misschien nodig zou zijn. Financieel werd dat door de verzekeraar mogelijk gemaakt doordat de budgetten van de ziekenhuizen werden bevroren. Dat heeft ruimte geboden voor een cultuurverandering en nieuwe, inspirerende samenwerking, mensen keken bij elkaar over de schutting.’ Bij Rivas en ook bij ziekenhuis Bernhoven heeft dit zoveel kwaliteits- en doelmatigheidsvoordelen opgeleverd, dat Weinberg vindt dat dit landelijk navolging verdient. Maar de gefragmenteerde financiering in de ouderenzorg knelt. Een integrale doelgroepbesteding om samenwerking te faciliteren en ICT-toepassingen zouden een oplossing kunnen zijn. Verenso hekelde in juni in een brief aan de minister dat zorgverzekeraars met hun inkoopvoorwaarden voor 2021 de behandeling van kwetsbare ouderen thuis door zelfstandige specialisten ouderengeneeskunde onmogelijk maken. ‘Dit staat haaks op het feit dat kwetsbaren ook steeds langer thuis wonen en de wens om mensen niet onnodig naar het ziekenhuis te sturen’, stelde Verenso-voorzitter Nienke Nieuwenhuizen.

Wat kunnen artsen doen om de zorg ouderproof te maken?

‘Wij specialisten in ziekenhuizen en verpleeghuizen kunnen in onze regio’s meedenken hoe we de optimale samen-

werking zien. In een ziekenhuis, verpleeghuis, thuiszorg en huisartsenpraktijk levert iedereen een beetje autonomie in, zodat een gemeenschappelijk regionaal programma van de grond komt. We hebben netwerken nodig onder coördinatie van de huisarts met de specialist ouderengeneeskunde voor ouderenzorg dicht bij huis. We moeten afspreken wie wat doet. Waar vindt bijvoorbeeld dementiediagnostiek plaats? In veel regio’s gebeurt dat op de geheugenpoli. Iedereen weet dat zo’n 85-jarige dement is, maar dan zie je het ritueel: klinisch geriater, neuroloog, foto maken, absurd. De huisarts kan zelf de diagnose stellen, eventueel met hulp van de specialist ouderengeneeskunde of het ziekenhuis, maar dan moet iemand meteen terug, want een oudere moet niet in het ziekenhuis zijn. Thuis is de beste plek voor ze, en dat kan alleen als dokters samenwerken over de muren heen.’

‘Er moeten dichtbij voorzieningen zijn, niet dat gesleep met mensen in bussen’

Is de zorgstandaard coronaproof?

‘De basics staan: je moet tijdig kwetsbaarheid van en palliatieve zorg voor mensen in kaart brengen en zorgen voor zinvolle dagbesteding, zodat ze niet thuis teloor gaan. Daar gaat het om. En hoe je daar een samenwerkend team omheen zet. En dat er dan een extra maatregel is waar je rekening mee moet houden, zoals corona, dat komt er dan bij en dat past er prima in. Maar dat laat onverlet dat je uitputtend bezig moet zijn om te voorkomen dat ze vereenzamen. Mantelzorgers zijn dit voorjaar geconfronteerd met gesloten dagbesteding van hun zieke geliefde, terwijl dat de enige manier voor hen was om de zorg vol te houden. Het is onvoorstelbaar dat we dat als maatschappij hebben gedaan, überhaupt dat gezeur over wel of geen indicatie voor dagbesteding. Er moeten voorzieningen zijn dichtbij waar mensen naartoe kunnen, niet dat

gesleep met mensen in bussen, maar in de buurt, zodat ook buurtgenoten kunnen participeren.’

Welke lessen trekt u uit de coronacrisis?

‘Als we iets hebben geleerd van de covid-crisis dan is het wel dat we onze kwetsbare groepen anders moeten benaderen. We moeten veel meer bedenken wat de kwetsbaarheden en de risico’s van medisch handelen zijn. Ik zie nu op de revalidatieafdeling van het verpleeghuis de mensen die corona in het ziekenhuis hebben overleefd. Ze hebben veel gewicht verloren, geheugenstoornissen, spierverval, zijn bevattelijk voor allerlei infecties. Ze hebben de eerste golf overleefd, maar tegen welke prijs? En wat betekent het voor de kwaliteit van leven? Hebben ouderen daarover kunnen nadenken? Zo denkt de specialist ouderengeneeskunde niet alleen ziektebeeldgeoriënteerd, maar

met kijk op het bredere welzijn en mogelijke scenario’s. Er is een nieuwe werkelijkheid. Het is te makkelijk om te zeggen: het gaat om de economie of het gaat om de zorg. Het gaat om ons als beschaving. Hoe gaan we om met de meest kwetsbare mens? Als het om jezelf of je naasten gaat, hoe zou je het dan geregeld willen hebben? Iedereen kan een bijdrage leveren. Ziekenhuizen zijn vaak reactief. Het deed mij pijn om te horen dat ziekenhuizen tijdens de crisis opriepen om te komen met hartklachten. Dat is een patriarchale benadering, gebaseerd op eigenbelang. Het is toch prima dat mensen zich afvragen of ze echt naar het ziekenhuis moeten of dat ze kunnen afwachten?’ ■

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.