

Crisisbedden bestaan niet meer

Nieuwjaarsdag op de huisartsenpost. Een 83-jarige demente dame kwam mij bezoeken. Ze had oudjaarsnacht uit angst haar slaapkamerdeur gebarricadeerd en de ruiten van haar slaapkamer van binnenuit ingegooid. Ze werd immers nagezeten. Dat gebeurde de afgelopen vier maanden wel vaker 's nachts. Soms ging ze dwalen, heel vaak ging ze schreeuwen. Soms de politie erbij en altijd de buurvrouw erbij. Altijd, want zij was de enige die ze nog had; ze had geen familie of partner. Deze buurvrouw van 78 kwam ook mee naar de post. Met haar dochter, die het woord deed. Want haar moeder kon het niet meer opbrengen, die moest zelf de volgende dag naar het ziekenhuis vanwege neurologische problemen.

Maar wie moest er dan voor de dementerende vrouw zorgen? Want 's nachts ging het bijna altijd mis en sinds afgelopen nacht waren de slaapkamerramen met houten platen gebarricadeerd. De eigen huisarts bleek ook al een en ander geprobeerd te hebben de weken ervoor, maar thuiszorg leverde geen nachtzorg, alleen maar als je terminaal was en dat was ze niet.

Om 11.00 uur begon ik die dag aan de zoektocht naar een crisisbed. Er was sprake van een acuut gedecompenseerd mantelzorgsysteem: de mantelzorgster had inmiddels zelf mantelzorg nodig. En er was sprake van een zeer hoog risico op herhaling van gevaarlijk gedrag. Conform onze regionale afspraken kwam de demente vrouw met nachtelijke paranoia inderdaad in aanmerking voor een crisisbed op een psychogeriatrische (PG-)afdeling van een verpleeghuis. Er bleek echter geen regionaal bed beschikbaar binnen 24 uur. Er was nog één bed in Nederland beschikbaar: in Brabant, 80 kilometer verderop. De verantwoordelijke specialist ouderenzorg was echter niet van plan dit bed zomaar vrij te geven. Zij wilde eerst weten wat er nu precies aan de hand was. Ik had al een delier uitgesloten, maar de geachte collega vertrouwde niet op een huisarts. Er moest een verklaring komen van de geriater. De dienstdoende geriater droeg de casus over aan de internist op de Spoedeisende Hulp. Daar verbleven de drie dames vier uur (!), met als uiteindelijke conclusie dat er geen andere somatische verklaring was voor het gedrag van de demente vrouw dan haar dementie.

Weer terug op de huisartsenpost, pakte ik de draad weer op. De verklaring van de internist bleek te weinig voor de bewaakster van het enige noodbed in Nederland. Welke vorm van dementie dan?, informeerde ze, want ze wilde wel weten waar ze aan toe was. Ze wilde een verklaring voor de 'acute knik', want dit was toch al langer aan de gang? Mijn herhaaldelijke uitleg dat de 'knik' geen 'somatische knik' was maar een mantelzorgsysteem in crisis en dat nadere diagnostiek de komende dagen kon worden voortgezet, bracht haar niet in bewe-

Alleen de mantelzorgster van de mantelzorgster kon nog wat uitbrengen

ging. Ook de plaatselijke geriater had geen bed beschikbaar, maar ze hoorde sowieso niet in een ziekenhuis thuis. Maar ik kon in de regio eens gaan zoeken voor een geriatriebed? Inmiddels had ik ook de ggz al ingeschakeld, en deze zou naar de post komen voor een ibs-beoordeling. Dit kon helpen als bleek dat de demente vrouw toch weer zou vertrekken bij een eventuele aankomst in Brabant. Vele lijntjes open en wachten op wie zou bijten. Daar was de psychiater uiteindelijk. En die hielp me snel uit de droom. Er werd geen ibs-beoordeling gedaan als ik geen noodbed kon garanderen. Zelf hadden ze geen PG-bedden en zij gingen daar ook niet naar zoeken.



Dus ging ze onverrichterzake weer naar een andere klus en heeft de demente dame nooit gesproken.

Ik ging weer eens overleggen met de drie dames: hoe nu verder? Alleen de mantelzorgster van de mantelzorgster kon nog wat uitbrengen. Het liep tegen 20.00 uur, ze waren inmiddels negen uur op de huisartsenpost/ziekenhuis. Uitgeput en in tranen kwam de dochter tot de conclusie vannacht zelf dan maar toezicht te willen houden op haar moeder én haar buurvrouw. Ze vertrouwde daarbij op de reguliere zorg de volgende dag. Maar dat bleek ijdele hoop. Uiteindelijk werd de demente vrouw drie dagen later in Assen, 205 kilometer verderop, opgenomen op een 'crisisbed'.

Huisartsen, gerieters, specialisten ouderenzorg, psychiaters en thuiszorg in Nederland, zijn samen niet in staat demente ouderen in crisis binnen 24 uur aan een bed te helpen.

Want die bedden bestaan niet meer. Mantelzorg voor de mantelzorg wordt in 2018 een nieuwe noodzakelijke laag in de gezondheidszorg. Het verhuult een acuut ernstig probleem. ■

Peter Leusink
huisarts, Gouda

Naar aanleiding van dit praktijkperikel en andere recente voorvallen binnen de acute zorg in de regio Midden-Holland heeft Bernard Bruinsma, huisarts en voorzitter van de Huisartsenpost Midden-Holland een open brief geschreven aan de minister van Volksgezondheid. In deze brief benoemt hij meerdere problemen binnen de (acute) zorg en beschrijft hij mogelijke oplossingen. U kunt deze brief vinden onder dit artikel op medischcontact.nl.

contact
leusinkp@knmg.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

Heeft u ook een perikel? Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl.