

Huisartsgeneeskunde voor ouderen (4): Beïnvloeding van de ziekenhuiszorg

Met het stijgen van de leeftijd neemt ook de multimorbiditeit toe. De gezondheidsklachten kunnen daarbij een relatief grote invloed hebben op het sociaal functioneren. Denk bijvoorbeeld aan cardiovasculaire en pulmonale ziekten, mobiliteit- en stabiliteitsproblemen, psychische stoornissen zoals dementie en depressies, achteruitgang van de zintuigen en incontinentie, maar ook aan de polyfarmacie waar dit alles mee gepaard gaat. De veelomvattende problematiek vraagt om geïntegreerde zorg, ook in samenwerking met de tweede lijn.

Dit is de vierde aflevering in een serie van vijf artikelen over het NHG-Standpunt *Huisartsgeneeskunde voor ouderen*, dat is uitgebracht als uitwerking van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012.¹ De aanbevelingen uit het Standpunt richten zich vooral op ouderen met complexe problematiek. Zij hebben veelal diverse aandoeningen, en verschillende hulpverleners zijn bij hen betrokken. Het doel van de hulpverlening is vooral gericht op herstel en behoud van functionaliteit, zelfredzaamheid en de ervaren kwaliteit van leven.

De huisarts heeft een regierol bij de afstemming van het beleid van alle betrokken hulpverleners en spant zich in om samenhang van de geleverde zorg te bewerkstelligen, uitgaande van de wensen, behoeften en verwachtingen van de patiënt.

In deze serie worden de aanbevelingen uit het Standpunt naar de dagelijkse praktijk vertaald. Eerdere afleveringen gingen over het zorgplan (1), over farmacotherapie en het belang van een goed opgezet patiëntendossier (2) en over zorg-op-maat in het verzorgingshuis en afstemming met de verpleeghuisarts (3). De volgende en laatste aflevering zal gaan over een praktijkplan voor ouderen in de praktijk en in de hagro.

Van kwaad tot erger

U herinnert zich uit de vorige afleveringen de 89-jarige heer Jansen, die insulineafhankelijke diabetes heeft en een status na CVA. Het ging aanvankelijk goed met hem in het woonzorgcomplex, maar in de loop van het afgelopen jaar ontwikkelde hij toch een ernstige depressie. Deze reageerde wonderwel op behandeling: begeleiding, dagbesteding en een SSRI. Nu blijkt echter dat de heer Jansen, ondanks de goede instelling van de diabetes, hartfalen heeft ontwikkeld en tevens is de nierfunctie verslechterd. De medicatie is lastig in te stellen: jicht en hyponatriëmie bij diuretica, orthostatische hypotensie op een ACE-remmer. Bij het afbouwen van de antidepressiva krijgt hij weer meer last van somberheid en angst.

In het multidisciplinair overleg (MDO) met de verzorgenden hoort de huisarts dat het niet goed gaat met de heer Jansen. Hij is afhankelijk, moe en apathisch, en vaak ook wat vergeetachtig. De huisarts overweegt een beginnende dementie en laat een Mini-Mental State Examination (MMSE) afnemen. De score is 25, een grenswaarde,

duidend op cognitieve stoornissen. Bij lichamelijk onderzoek vindt de huisarts een normale pols en tensie, licht enkeloedeem en basaal crepiteren over de longen. Het laboratoriumonderzoek wijst uit dat de diabetes goed is ingesteld en dat de nierfunctie nog weer iets is verslechterd. Ook wordt er nu een wat verlaagd Hb gevonden (7.2 mmol/l, normocytair).

Gezamenlijke aanpak

De huisarts vindt dat de problematiek nu wel erg ingewikkeld wordt. Hij wil de heer Jansen beter instellen wat betreft het hartfalen en de nierfunctie, maar door de SSRI lukt dat niet goed. En dan de cognitieve... is de stemmingsproblematiek een voorbode geweest van dementie?

De huisarts overlegt met de geriater/internist ouderengeneeskunde en stuurt de benodigde gegevens. Samen maken ze een plan: een nadere analyse van het verlaagde Hb, een neuropsychologisch onderzoek (NPO) om meer duidelijkheid te krijgen over de oorzaken van de psychische problematiek en vervolgens adviezen met betrekking tot de medicatie. Het vermoeden van de huisarts wordt bevestigd: er blijkt sprake van een vasculaire dementie. Het verlaagd Hb hangt samen met de verminderde nierfunctie. De SSRI wordt toch afgebouwd, de diuretica en de ACE-remmer worden daarna beter verdragen en er wordt voorzichtig ook nog een bètablokker toegevoegd. In het woonzorgcentrum zijn goede faciliteiten voor het omgaan met dementerenden; in overleg met de heer Jansen en zijn familie wordt een casemanager aangesteld die de verdere begeleiding op zich neemt.

Zo gaat het vaak...

De veelomvattende gezondheidsproblematiek van ouderen vraagt om geïntegreerde zorg. Maar door de steeds verdere specialisatie naar specifieke ziektebeelden wordt de zorg voor ouderen met complexe problematiek juist vaak versnipperd. Na verwijzing raakt de huisarts het overzicht en de regie over het diagnostisch proces in het ziekenhuis geregeld kwijt. Het veelal langdurige diagnostische traject, het initiëren van nevendagnostiek, het intern verwijzen naar andere specialisten en de trage rapportage leiden tot onduidelijkheid bij huisarts en patiënt. En dit terwijl na een verwijzing de zorg van de huisarts gewoon doorgaat, vaak gepaard gaand met een toenemende contactfrequentie met patiënt en/of familie in de rol van tolk.

Onduidelijkheid over de regiefunctie leidt tot zowel over- als onderbehandeling van oudere patiënten, en in beide situaties neemt de zorgbehoefte toe. Overbehandeling induceert nieuwe klachten en symptomen, waardoor nieuwe diagnostische trajecten worden gestart. Onderbehandeling houdt in dat ouderen nog onvoldoende voor nieuwe medische behandelingsstrategieën in aanmerking



Foto: Corbis

komen. Ook bij ouderen is het bijvoorbeeld mogelijk te dotteren en stents te plaatsen bij coronairlijden. Dat kan een hoop contacten met de huisarts schelen rond klachten van benauwdheid en chronisch hartfalen. Een ander voorbeeld is behandeling met EPO bij anemie ten gevolge van nierinsufficiëntie.

...maar zo kan het ook

Het NHG-Standpunt *Huisartsgeneeskunde voor ouderen* bepleit samenhangende zorg door met alle betrokken hulpverleners afspraken te maken over toegankelijkheid, zorginhoud, samenwerking en communicatie. Er wordt één aanspreekpunt voor ouderenzorg per tweedelijns instelling bepleit, bijvoorbeeld een internist of klinisch geriatr. Deze generalisten van de tweede lijn kunnen vraaggestuurde diagnostiek op verzoek van de huisarts en geïntegreerde episodegerichte behandelingsadviezen bieden. De huisarts kan omgekeerd ook zelf een consultatieve functie vervullen voor medisch specialisten, bijvoorbeeld bij de beslissing om wel of niet te behandelen.

Ziekenhuizen hebben ook behoefte aan afspraken over ouderen met complexe problematiek, zowel binnen het eigen huis (wie is hoofdbehandelaar en houdt het overzicht?) als aan de voordeur (afspraken met huisartsen en andere verwijzers) en aan de achterdeur (afspraken over de zorg bij ontslag naar huis/verpleeghuis).

Huisartsen spelen een belangrijke rol bij het goed laten verlopen van de verwijzingen bij deze kwetsbare groep mensen. Door het aanleveren van de juiste relevante informatie en een duidelijke vraagformulering kan de tweedelijnszorg gericht worden ingezet.

Een good practice

Op de afdeling Ouderengeneeskunde van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) is een nieuw type polikliniek opgezet in de vorm van een Behandel Advies Centrum (BAC). Dit kan de huisarts optimaal ondersteunen bij diens regie over de zorg voor zijn oudere patiënten met complexe problematiek. In één organisatorische en functionele eenheid worden vraaggericht problemen

opgelost bij ouderen met complexe problematiek, waarbij vooral van bestaande medische informatie uit het dossier van de huisarts wordt gebruikgemaakt. De werkwijze is servicegericht en patiëntvriendelijk.

Nadat eerst de patiëntenlogistiek was aangepakt, is het BAC in de zomer van 2007 geopend, letterlijk in het portaal van het ziekenhuis. Het kent een nieuwe vorm van patiëntenlogistiek, waarbij de patiënt slechts éénmaal door een specialist wordt beoordeeld. De volgende diagnostische paden zijn ontwikkeld: geheugenstoornis, valneiging, anemie, kortademigheid, TIA en nierinsufficiëntie. Ouderen met artrose worden sinds kort ook op het BAC gezien. Hier maakt de orthopeed gebruik van de voor ouderen zo geschikte ontvangstlocatie en het oordeel van de internist of de patiënt eventueel nog voor operatie in aanmerking komt.

De internist ouderengeneeskunde op de poli neemt aan de voordeur van het ziekenhuis voor korte tijd de regie over van de huisarts. Deze internist coördineert alle noodzakelijke diagnostiek. De diverse orgaanspecialisten komen zo nodig naar de oudere patiënt in het BAC toe voor een consult; zij behandelen niet mee. De generalistisch werkende internist ouderengeneeskunde in het BAC stelt een geïntegreerd behandelingsadvies op voor de huisarts. De huisarts krijgt deze informatie via elektronische weg en gaat er met de patiënt mee aan de slag.

ICT speelt een belangrijke rol bij de organisatie. Er is een elektronisch patiëntendossier ontwikkeld voor het BAC dat qua opzet de registratiewijze in het dossier van de huisarts volgt. Met één HIS is het al mogelijk elektronisch te verwijzen. Na koppeling van een beperkt verwijzingsprotocol (gericht op de zorgpaden) aan het ziekenhuisinformatiesysteem wordt de professionele samenvatting uit het EMD van de patiënt opgehaald. De internist ouderengeneeskunde beschikt dan over de probleemlijst, actuele medicatie en geneesmiddelintoleranties, en over de beschikbare laboratoriumuitslagen (dan wordt er niet opnieuw geprikt!). De verwachting is dat ook van teleconsulting gebruikgemaakt zal worden, bijvoorbeeld bij nierfunctiestoornissen, anemie en polyfarmacie.

Het BAC Ouderengeneeskunde speelt ook een belangrijke rol in de opleiding van medisch specialisten die zich specifiek voor ouderen inzetten. Binnen het LUMC geldt dit voor psychiatrie en neurologie. En het is natuurlijk ook een stageplaats voor de NHG-Kaderopleiding Ouderengeneeskunde.²

Adriaan Timmers, huisarts, stafadviseur afdeling Ouderengeneeskunde, LUMC

Dr. Annet Wind, huisarts, coördinator NHG-Kaderopleiding Ouderengeneeskunde, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde LUMC

1. NHG-Standpunt *Huisartsgeneeskunde voor ouderen* (een uitwerking van de Toekomstvisie *Huisartsenzorg* 2012). Utrecht: NHG, 2007.
2. De NHG-Kaderopleiding Ouderengeneeskunde is in 2007 van start gegaan. De opleiding wordt georganiseerd door de afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde van het LUMC in samenwerking met de nascholingscommissie Boerhaave van het LUMC en het NHG. Zie verder: www.boerhaavenet.nl.