



Huisarts en de zorg voor kwetsbare ouderen

Voorkeuren voor ziektebeelden

Als gedragswetenschappelijk docent en onderzoeker merk ik onder huisartsen in opleiding duidelijke voorkeuren voor bepaalde ziektebeelden bij kwetsbare ouderen. Er is een grote discrepantie tussen het enthousiasme over zorg voor patiënten met dementie en voor palliatieve zorg voor patiënten met kanker. In de bespreking van zorg voor mensen met dementie komen zoveel belemmeringen naar voren dat het voor mij bijna een “*hart sink*”-programma wordt: geen tijd, je kunt toch niet echt iets doen, et cetera. Hoe anders is de belangstelling voor palliatieve zorg. Het is een geliefd scriptieonderwerp, men spreekt er met passie over en is ook buiten kantooruren voor deze patiënten beschikbaar. Nieuwe ontwikkelingen in de palliatieve zorg, zoals het palliatief consultatieteam en technische ondersteuning thuis, worden enthousiast omarmd als mogelijkheden om patiënten langer en beter thuis te behandelen.

Knelpunten en uitdagingen

Deze persoonlijke ervaring wordt weerspiegeld in onderzoeksresultaten. Zo geven huisartsen aan dat de vertraagde diagnostiek bij dementie onder meer wordt veroorzaakt door het gevoel niets te bieden te hebben.¹ Uit recent onderzoek in het kader van het Landelijk Dementie Programma blijkt dat het ontbreken van huisartsen in regionale dementienetwerken een belangrijk knelpunt is. Huisartsen geven aan geen tijd te hebben. Daarentegen worden vernieuwingen in de palliatieve zorg gemakkelijk verwelkomd. De Nederlandse palliatieve consultatieteams zijn succesvol met 4350 aanvragen voor consultatie in 2 jaar. Huisartsenposten spelen ook goed in op de behoefte aan palliatieve zorg. Palliatieve zorg buiten kantooruren wordt dan ook hoog gewaardeerd door patiënten.²

Volgend jaar beginnen wij een groot Europees onderzoek waarin we kwaliteitsindicatoren voor palliatieve zorg bij mensen met kanker en met dementie gaan implementeren. Ik ben benieuwd naar de vergelijking van het implementatiesucces tussen deze ziektebeelden. Het blijft vooralsnog een boeiende vraag waarom huisartsen bij de behandeling en begeleiding van het ene ziektebeeld vooral knelpunten ervaren en bij een ander ziektebeeld alles uit de kast halen om bij te kunnen dragen aan een zo goed mogelijke kwaliteit van leven.

Het verschil maken

De huisarts heeft een ideale positie in de zorg voor kwetsbare ouderen. Als poortwachter is de huisarts laagdrempelig toegankelijk voor patiënten en een spil in de samenwerking met andere hulpverleners. De huisarts heeft niet alleen gemakkelijk toegang tot patiënten, maar als gezinsarts ook tot de familie. Huisartsen vormen bovendien een toegangspoort tot andere hulpverleners en omgekeerd zoeken deze vaak samenwerking met huisartsen. Er zijn echter een aantal knelpunten, zoals de beperkte hoeveelheid tijd en de veelheid van ziektebeelden, die om aandacht van de huisarts vragen.

De ontwikkelingen van de laatste jaren binnen de huisartsgeneeskunde bieden evenwel nieuwe mogelijkheden voor het bevorderen van de kwaliteit en de continuïteit van de zorg voor kwetsbare ouderen. De kwaliteit van de zorg kan worden bevorderd door betere samenwerking met collega's en met andere hulpverleners. De samenwerking binnen huisartsgroepen biedt de mogelijkheid om zich meer te specialiseren. Niet iedere huisarts hoeft evenveel te weten van ieder ziektebeeld. Wel is het van groot belang dat als een ziektebeeld – zoals dementie – als moeilijk behandelbaar wordt beschouwd, de huisarts de signalen van de patiënt en zijn familie serieus neemt en verwijst naar andere hulpverleners. Deze mogelijkheid van collegiale samenwerking wordt nog onvoldoende benut, evenals de mogelijkheid om gebruik te maken

van de deskundigheid van specialisten ouderengeneeskunde. Wel maken steeds meer huisartsen gebruik van de mogelijkheid om taken te delegeren aan *nurse practitioners*. Ook is het gewoon geworden om de zorg buiten kantooruren over te dragen aan huisartsenposten die steeds beter op de zorg voor kwetsbare ouderen zijn ingespeeld, zoals in het voorbeeld van palliatieve zorg.

Kortom: de huisartsgeneeskunde biedt veel mogelijkheden tot een deskundige integrale en continue zorg voor kwetsbare ouderen. Met de benodigde inzet en deskundigheid kan de huisarts het verschil maken in de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen en in dat van familieleden die de zorg voor hen dragen. ■

- 1 Van Hout H, Vernooij-Dassen M, Bakker K, Blom M, Grol R. Dementia in general practice care: tasks, performance and barriers. *Patient Educ Couns* 2000;39:219-25.
- 2 Vlaar N, Koetsenruijter J, Renaud V, Giesen P. Kwaliteit palliatieve zorg Centrale Huisartsdienst Nijmegen, Kan de zorg nóg beter? Nijmegen, februari 2010.
- 3 Iliffe S, De Lepeleire J, van Hout H, Kenny G, Lewis A, Vernooij-Dassen M. Understanding obstacles to the recognition of and response to dementia in different European countries: a modified focus group approach using multinational, multi-disciplinary expert groups. *Aging Ment Health* 2005;9:1-6.

UMC St Radboud, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Ouderengeneeskunde en Public Health, Postbus 9101, 114 IQ Healthcare, 6500 HB Nijmegen; prof.dr. M. Vernooij-Dassen, hoogleraar Psychosociale Aspecten van Zorg voor Kwetsbare Ouderen, tevens hoofd van het Alzheimer Centrum Nijmegen • Correspondentie: m.vernooij-dassen@iq.umcn.nl