

MAATWERK VOOR KWETSBARE OUDEREN

‘Ons primaire doel is niet genezen, maar beter laten functioneren’

Oudere patiënten met comorbiditeit missen vaak zorg op maat. Zij zijn gebaat bij samenwerkende specialisten, zoals bij het Geriatisch Diagnostisch Dagcentrum in Nijmegen. Medisch Contact was er twee dagen te gast.

INGRID LUTKE SCHIPHOLT

Moet een 83-jarige met een body-mass index (BMI) van 38 afvallen? Hoe zinvol is het een 86-jarige vrouw met comorbiditeit te opereren aan haar knieën? Na twee dagen onderzoek en puzzelen durft het team van de Nijmeegse hoogleraar klinische geriatrie Marcel Olde Rikkert hierover uitspraken op maat te doen.

In het Geriatisch Diagnostisch Dagcentrum (GDD) komen patiënten twee keer een dag voor onderzoek, met een week rust ertussen. Per dag zijn er twee patiënten: een nieuwe en één van de vorige week. Een multidisciplinair team, met daarin specialisten, artsen in opleiding tot specialist (aios) en paramedici, inventariseert en beoordeelt de klachten waarmee patiënten kampen. De patiënten zijn in de meeste gevallen verwezen door hun huisarts. Meestal kunnen >>



BEELD: DE BEELDREDAKTIE ERIK VAN 'T HULLENVAAR



<< patiënten binnen twee weken in het dagcentrum terecht. Aan de hand van de inschrijving bekijkt het team wie de patiënt ziet.

Het GDD is gevestigd in de polikliniekruimten van de afdeling Klinische Geriatrie in het UMC St Radboud. Op de vloer in de gang is een lange gekleurde streep geplakt. De specialist laat patiënten hierlangs lopen als hij hun houding wil bekijken.

TRANEN

Vandaag is er een 83-jarige vrouw voor de tweede dag. De patiënte wacht, samen met haar man en zoon, in een spreekkamer. Vorige week constateerde het team al dat ze kampt met lichte COPD, dyspnee d'effort, obesitas, interacties van medicatie, slik- en mobiliteitsproblemen. Er komt een aios neurologie om haar te onderzoeken, zoals na het eerste bezoek bij het GDD was afgesproken. Hij vraagt haar gedetailleerd uit. Hiervoor heeft hij bijna dubbel zo veel tijd als op zijn eigen poli.

De patiënte geeft niet op alle vragen duidelijk antwoord. Braken, steken in het hoofd, hoofdpijn? Telkens antwoordt ze met 'nee'. Maar dan corrigeert haar zoon haar: ze klaagt geregeld over hoofdpijn. Of ze ook duizelig is? 'Ja, duizelig ben ik vaak', zegt ze, 'vooral na inspanning. Als mijn ogen dicht zijn, is het beter.'

Dan moet ze een stukje lopen van de stoel naar het onderzoeksbed. Dat gaat moeizaam. De aios start het stan-

daard neurologisch onderzoek. Ze voelt niet overal de trilling van de stemvork. De confrontatie met haar beperkingen wordt de patiënte te veel. Ze krijgt er tranen van in haar ogen. Ze is moe en wil geen vragen meer. Het consult is nu, na bijna twintig minuten, afgelopen. De aios gaat zijn advies aan het GDD-team opschrijven. Eindelijk mag de patiënte even rusten. Tot de logopediste komt kijken hoe ze haar lunch eet en of ze slikproblemen heeft.

SPELREGELS

'Een kwetsbare oudere patiënt multidisciplinair benaderen, kost tijd. En die tijd is hard nodig,' zegt hoogleraar Marcel Olde Rikkert tussen de bedrijven door. 'Je kunt niet in een half uur een onbekende patiënt met comorbiditeit van boven de tachtig goed in beeld krijgen. Als je weinig tijd hebt voor een oudere, kun je maar een klein facet bekijken. Onze taak is het uitvoeren van overall-diagnostiek.'

Niet alleen beleidsmakers moeten ouderen in het vizier krijgen, ook specialisten. 'Het is een weg van relatief lange adem om comorbiditeit van ouderen in het gezichtsveld van de gemiddelde specialist te krijgen,' zegt hij. 'Specialisten zijn over het algemeen niet getraind om rekening te houden met andere pathologie en samen te werken met andere disciplines. Je moet een zekere bereidheid hebben om over eigen grenzen heen te kijken.'

Daarom roept het GDD bijna altijd een of verscheidene andere specialismen voor consult in. Een vaste regel is dat de klinisch geriater uiteindelijk de keuzen voor medicatie maakt, omdat die de

Hij vindt de zorgketen in de eerste, tweede en derde lijn onvoldoende ingespeeld op het onderkennen van comorbiditeit. 'Ouderen komen met atypische verschijnselen van klassieke ziekten, zoals verwardheid of verwaarlozing. Het blijft razend moeilijk om dan de juiste inschatting te maken en het vraagt vaak een breed, tijdrovend onderzoek.'

BUITEN ADEM

Als de patiënte haar middagrust heeft gehad, test de fysiotherapeut haar op lopen zonder rollator of krukken, op balans, kracht en reikwijdte. Hij test haar conditie, polsslag en ademfrequentie. Ze moet een zesminutenparcours met rollator over de gang langs de streep lopen. Na de eerste minuut hijgt ze amechtig. Ze loopt steeds schever en gaat zwabberen. Ook neemt de benauwdheid toe. Na ruim vier minuten stopt ze buiten adem. De fysiotherapeut bekijkt op de saturatiemeter hoe de vrouw recupereert.

Omdat de vrouw een BMI van 38 heeft, komt er ook een diëtiste langs. De patiënte lijkt het maar niets te vinden, maar ze ziet wel in dat er wat aan haar gewicht moet worden gedaan. Bij het uitvragen naar eetgewoonten, wordt de patiënte steeds enthousiaster over lekker eten. Maar na een kwartier gaat de vrouw verveeld kijken. De vermoeidheid slaat weer toe.

In de kamer ernaast bespreekt het multidisciplinaire team met aios Linda Schreur, Olde Rikkert, een verpleegkundige en een logopediste de diagnoses van deze patiënte. Ze is onderzocht door Schreur. Zij onderzoekt in deze opleidingsmodule de meeste patiënten op het

'Ons primaire doel is niet genezen, maar zorgen dat ze beter functioneren'

interactie met andere medicatie het best overziet. Olde Rikkert: 'Wij waarderen het advies van onze collega's zeer, maar het is onze taak de beste mix van medicatie en behandeling voor de patiënt te kiezen. Wij hebben het totale overzicht. Tot samenwerkingsproblemen leidt selectie van het uiteindelijke beleid uit de veelheid van adviezen niet vaak; als je de spelregels maar goed afspreekt.'

GDD. Ouderen hebben haar hart gestolen: 'Je kijkt voornamelijk naar de kwaliteit van leven. Ons primaire doel is niet genezen, maar zorgen dat ze beter functioneren. Dat is heel dankbaar werk.'

GEPUZZEL

Schreur steekt van wal. Ze heeft telefonisch de cardioloog geconsulteerd over de vele medicijnen, waaronder clopido-

grel, acetylsalicylzuur en acenocoumarol, die de patiënte slikt. Clopidogrel kreeg ze na een hartinfarct vorig jaar. Met dit medicijn mag ze stoppen, omdat langer gebruiken geen winst oplevert, maar wel bloedingsrisico's. De neuroloog meldt benigne paroxismale positieveranderingsduizeligheid (BPPD). En Schreur voegt daaraan haar diagnose toe: hartfalen vanwege perifeer oedeem, pulmonale overvulling en verhoogde centraal-veneuze druk. Ze vermoedt een slechte pompfunctie bij een sterk vergroot hart, waarvoor ze nog een echo wil laten doen. Om logistieke redenen zal dat op een later tijdstip poliklinisch gebeuren. Verder vermoedt ze osteoporose.

Als het tot een advies komt, begint het gepuzzel. De patiënte zal moeten afvallen, maar Olde Rikkert vraagt of afvallen bij deze vrouw realistisch is. 'Er is al een verhoogde kans op gewichtsverlies bij COPD en zoutbeperking voor het hartfalen. Ouderen met chronische ziekten dreigen bij vermageren spierkracht en spiermassa te verliezen en

daardoor minder te bewegen. Juist bij haar is de mobiliteit al laag.'

OPGELUCHT

Het vraagstuk over afvallen, is relevant, maar kan beter worden aangepakt langs de weg van het meer bewegen. Het is overigens de vraag of meer bewegen nu wel lukt vanwege de duizeligheid. Olde Rikkert raadt Schreur aan de duizeligheid aan te pakken met een epleymanoeuvre (hoofdrolbeweging om BPPD te couperen, *red.*). Ze zullen eerst de duizeligheid aanpakken, vervolgens meer laten bewegen en gewichtsreductie door beperking van energie-inname niet al te dwingend adviseren. De vrouw moet het wel kunnen volhouden.

Vervolgens is de vraag of er sprake is van osteoporose en hoe die eventueel moet worden aangepakt. Ze wordt er nu niet voor behandeld, al heeft ze wel een verhoogd risico op vallen en daardoor op botbreuken. Olde Rikkert: 'Je moet je verder afvragen hoe lang het duurt voordat het middel effect heeft en of deze

tijd de patiënt is gegeven, wanneer er in principe een indicatie is. We zullen daarbij ook moeten kijken wat de *compliance* is, omdat ze al veel medicijnen slikt.'

Na het overleg bespreekt Schreur het advies met de patiënte. De vrouw is zichtbaar opgelucht als ze hoort dat de duizeligheid een onschuldige oorzaak heeft. Ze is minder blij met de mededeling dat er onderzoek komt naar haar hartfalen. Nog een onderzoek wil ze niet. Haar familie zegt in koor dat ze nu nog niets hoeft te beslissen. Als haar zoon uitlegt dat er bij dat onderzoek niet hoeft te worden geprikt, kijkt ze berustend. Het meer moeten bewegen en veranderen van medicatie neemt ze voor lief.

NIEUWE KNIEËN

Een week later komt een 86-jarige vrouw voor het eerst naar het GDD. Ze is in een halfjaar vijf kilo afgevallen, oogt depressief, heeft een valneiging, met veel pijn aan haar knieën door ernstige artrose, is vergeetachtig, heeft diabetes type II, een nierfunctiestoornis en klaagt ook >>

Klinisch geriater Marcel Olde Rikkert (l) en aios Linda Schreur bespreken een patiënt tijdens het multidisciplinair overleg.





De fysiotherapeut onderzoekt een patiënte. Aios Linda Schreur kijkt toe.

<< over duizeligheid. Het afgelopen half jaar is ze twee keer gevallen, waarbij ze verwondingen opliep. Ze gebruikt drie soorten medicijnen; tegen pijn, diabetes en maagzuur. De huisarts vraagt het GDD om een analyse van de mobiliteit, cognitie en stemming. Een achterliggende vraag is of er winst te behalen valt uit operaties voor twee nieuwe knieën.

Ook hier onderzoekt Linda Schreur de patiënt. Het eerste gesprek dat ze met de patiënt voert, duurt een uur. Schreur vraagt haar helemaal uit over haar bezigheden, geheugen en plezier in het leven.

Ze vertelt dat ze binnenkort een afspraak met een orthopeed heeft bij de Sint Maartenskliniek. Dan wordt gekeken naar de mogelijkheden van kunstknieën.

De vrouw loopt sinds twee jaar met een rollator en is steeds vaker bang te vallen. Haar dagbesteding bestaat uit klungelen en de krant lezen. Ze is niet heel

duidelijk over haar sociale contacten. Na wat doorvragen, blijkt ze echter gemakkelijk contacten te kunnen leggen. Haar zoon noemt haar niet somber, maar zegt dat ze het leven niet altijd optimistisch ziet. Na een uur volgt het lichamelijk onderzoek waaruit blijkt dat de vrouw onder meer zeer fragiel is.

Wat betreft de vergeetachtigheid denkt Schreur aan MCI: *mild cognitive impairment*. Ze ziet dat er 'iets meer mis is dan met de geheugenfunctie van een doorsnee-ouder'.

DEPRESSIETEST

's Middags volgen er twee cognitietesten en een depressietest. Bij de eerste cognitietest heeft de patiënte de datum niet goed. Ze lacht onzeker. Ook moet ze even nadenken over de naam van het gebouw (ziekenhuis). In totaal scoort ze op deze test (*mini mental-state examination*; MMSE) 22 van de 30 items goed. De

tweede test (CAMCOG) levert een score op van 73 uit 104. Bij beide testen zit ze net onder het afkappunt dat voor leeftijd en opleidingsniveau is gecorrigeerd. Uit de geriatrische depressietest blijkt dat ze precies op het afkappunt zit.

Hierna krijgt de vrouw het eerste gesprek met Olde Rikkert. Hij zegt dat de beperkingen nog redelijk mild van aard zijn, maar op meerdere fronten aanwezig. 'Een jonge oudere vrouw' noemt hij het. De vrouw glundert. Olde Rikkert vervolgt: 'U bent nog vitaal en u bent iemand die er jonger uitziet dan iemand van uw kalenderleeftijd. Daarmee heeft u betere papieren dan gemiddeld en dus nog wel een jaar of tien te gaan. We hebben met name problemen met uw stemming en knieën geconstateerd. Nu, na de eerste dag hier, schatten we in dat een eventuele ingreep aan uw knieën niet heel erg risicovol is voor hart en longen. Uw diabetes laat gelukkig niet veel eindorgaanschade zien.'

GEHEUGENPROBLEEM

Na dit goede nieuws kan de patiënt vertrekken. De lange dag vol onderzoek trekt zichtbaar een wissel op haar. Ze ziet er vermoeid uit en ze loopt net een tikeltje langzamer dan 's morgens.

Schreur en Olde Rikkert bespreken het beleid voor deze patiënt meteen in de artsenkamer. Samen met het multidisciplinair team bekijken ze welke onderzoeken er volgende week moeten worden gedaan en wie in consult wordt geroepen. Pas daarna komen ze met een advies aan de huisarts. Schreur somt de kenmerken van de vrouw op: ze komt goed over, de zelfredzaamheid gaat achteruit, ze is enigszins wantrouwend, maar heeft zich goed sociaal gered nadat haar man enkele jaren geleden is overleden. De aios vermoedt een matig ernstig geheugenprobleem (MCI), ziet problemen met de mobiliteit door artrose en licht oedeem in de benen. Bij auscultatie hoorde ze een soufflé - gezien de rest van het onderzoek waarschijnlijk een aortaklepsclerose - die niet voor problemen bij een operatie zorgt. Al snel is duidelijk dat er voor volgende week een psycholoog wordt ingeschakeld voor de cognitieve stoornissen en een fysiotherapeut voor onderzoek naar de belasting van knieën en voor bepaling van het cardio-pulmonale vermogen. Ook schakelt het team een ergotherapeut in om te kijken hoe de thuissituatie kan worden geoptimaliseerd en laten ze een diëtiste advies

geven over aanpassing van de voeding voor de eventuele ingrepen.

EIGENZINNIG

Op het eind ontstaat de discussie of een operatie wel of niet zinnig zou zijn. Schreur maakt een winst-risico-inschatting: 'Ze is een vitale vrouw. Als ze na een operatie drie maanden moet revalideren, heeft ze daarna een redelijke kans een jaar of negen met weinig beperkingen te leven.' Olde Rikkert merkt op dat de

met veel plezier maar was sterk vermaerd. Wij hebben met haar, de familie en een flink aantal specialisten gekeken wat een goede optie was.'

Ze heeft een week lang parenterale voeding gehad om een iets betere conditie te krijgen. De neussonde liep echter vast in het divertikel. Daarop besloten de behandelaars, de familie en de vrouw tot een operatie onder algehele anesthesie om het divertikel te klieven en een sonde in te brengen. Dat is gelukt; de sonde

Ouderen die een zeer hoge leeftijd bereiken, zijn doorgaans eigenzinnige, krachtige mensen

patiënte een verhoogd risico heeft op een postoperatief delier. 'Het is wel van groot belang te weten hoe zij tegen de winst en de risico's aankijkt. Of ze gemotiveerd is te revalideren en het te overziene risico wil nemen. Verder lijkt het me het beste dat ze niet beide knieën tegelijk laat opereren. Ze zou moeten beginnen met de rechterknie, waarvan de verwachte winst het grootst is.'

Olde Rikkert schat in dat deze vrouw prima in staat is een goede afweging te maken. Het blijkt dat ouderen die een zeer hoge leeftijd bereiken doorgaans eigenzinnige, krachtige mensen zijn. 'De meeste negentigplussers kunnen redelijk bepalen wat ze zelf willen. Je geeft ze niet alleen informatie, maar ook een gewogen advies. Als een oudere zegt dat hij het niet wil, dan is dat duidelijk. Maar deze patiënte is er zelf nog niet uit of ze wil worden geopereerd. Zo'n beslissing moet ze niet in één middag nemen. Wij hebben volgende week nog ruim de tijd om informatie en advies te geven. Dan moet ze nog op consult bij de orthopeed en de huisarts. Een goede beslissing nemen kost tijd. Die moet ze op haar leeftijd zeker nemen.'

WINST EN RISICO'S

Ingrijpende beslissingen nemen bij ouderen met een lichte cognitieve stoornis komt in de geriatrie vaak voor. Olde Rikkert haalt de recente casus aan van een kwetsbare 98-jarige vrouw op de verpleegafdeling met een zenkerdivertikel. 'Ze was zeer gewaardeerd in de familie, had niet de diagnose dementie, leefde

gaat eruit zodat ze zelf weer kan gaan eten. Ze heeft het ziekenhuis inmiddels lopend verlaten.

'Bij deze patiënte hebben we voor ogen gehouden dat het ons niet primair gaat om een curatieve ingreep, maar om het hoogst haalbare doel: in dit geval een sonde inbrengen, waardoor een voor haar op dat moment optimale voeding mogelijk was. De beslissingen hierover nemen we gezamenlijk op basis van winst- en risicoanalyses.' ■



VELDWERK

Vraaggestuurde radiologie



Enkele maanden geleden fulmineerde ik op deze plaats nog tegen de full body scan. De argumenten daarvoor waren en zijn legio. Ik citeerde de Gezondheidsraad: 'Er is geen bewijs voor claims dat full body scans levens redden. Bovendien is de kans op gezondheidsschade aanzienlijk, door fout-positieve en toevalsbevindingen, met vervolgonderzoek van ingrijpende en soms riskante aard.'

Daarna ben ik van diverse zijden op dat stukje aangesproken. Ik kreeg als tegenwerping te horen dat veel diagnostiek binnen het reguliere circuit ook geen ander doel dient dan onzekerheidsreductie en geruststelling van de patiënt. En inderdaad moet ik constateren dat nagenoeg iedere patiënt met hoofdpijn (ook zonder neurologische afwijkingen) een CT-scan mag ondergaan. En dat terwijl de apriori waarschijnlijkheid dat daarbij relevante pathologie wordt gevonden minimaal is.

En waaraan ontleent de dokter eigenlijk het recht om zich zo bevoogdend op te stellen? Iedere Nederlander claimt voor zichzelf het recht om risicosporten te beoefenen, van diepzeeduiken tot kletteren aan steile bergwanden. En niemand wil hen dat recht ontnemen. Waarom zou dat in de gezondheidszorg anders zijn?

Dus als mensen zonder klachten of klinische afwijkingen goed worden geïnformeerd over de betrekkelijke meerwaarde van aanvullende diagnostiek en als zij op de hoogte zijn gebracht van de risico's, waarom zouden we die diagnostiek dan weigeren uit te voeren?

En mijn laatste tegenwerping: 'het kost nu eenmaal geld en bij beperkte middelen kan een verdringing van de reguliere zorg optreden', komt te vervallen als deze check-ups uit eigen middelen of door de werkgever worden vergoed.

Moet het dan 'u vraagt wij draaien' worden? Ik ben er nog niet uit. ■

Floris Sanders

de radioloog