

VERBREIDING EN VERBINDING VAN ZORG NODIG OM HERSTEL TE OPTIMALISEREN

Herstel van kwetsbare ouderen kan beter

Na een ziekenhuisopname of een exacerbatie zal een oudere zo snel mogelijk het oorspronkelijke niveau van functioneren weer willen bereiken. Dat vergt van zorgverleners samenwerking van de betrokken disciplines en aanpassingen in hun opleiding.



HOLLANDE HOOGTE

De afgelopen jaren is de levensverwachting voor Nederlanders verder gestegen en deze ontwikkeling zet de komende decennia door; in 2030 worden mannen gemiddeld 87 en vrouwen 90 jaar.^{2,3} Ouderen hebben meer chronische ziekten; de helft van de 75-plussers heeft meer dan één chronische ziekte (multimorbiditeit). Voor ouderen met multimorbiditeit, beperkingen en polyfarmacie luidt een

ziekenhuisopname veelal een achteruitgang in functioneren in. Zowel na een exacerbatie van een chronische ziekte als na een ziekenhuisopname is het belangrijk dat mensen weer zo snel mogelijk het hoogst mogelijke niveau van functioneren bereiken. Maar hoe gaat dat in zijn werk en zou dat beter kunnen? Moeten niet meer medisch specialismen worden opgeleid in herstel (verbreding), en moeten de revalidatieartsen en speci-

alisten ouderengeneeskunde niet meer samenwerken in praktijk, opleiding en onderzoek (verbinding)?

Hersteldoelen

Op dit moment heeft de oudere patiënt na een ziekenhuisopname en een terugval in functioneren grofweg drie opties:

- terug naar huis, met fysiotherapie, onder regie van de huisarts;
- naar een revalidatiearts in een ziekenhuis of revalidatiecentrum, voor consult, klinische of poliklinische behandeling (medisch-specialistische revalidatie);
- naar een specialist ouderengeneeskunde in het verpleeghuis voor klinische behandeling met eventueel poliklinische nabehandeling (geriatrische revalidatiezorg).

Welke optie wordt gekozen hangt af van de complexiteit van de hersteldoelen, wensen en mogelijkheden van de patiënt en van de regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit. Hoewel er criteria zijn om deze keuzes te onderbouwen, zijn de operationalisaties van deze criteria vaag. Termen als 'belastbaarheid' en 'leerbaarheid' spelen een belangrijke rol bij de keuze, maar zijn niet evidencebased onderbouwd. 'Verwacht ontslag naar huis' wordt gebaseerd op de functionele prognose om weer zelfstandig thuis te kunnen functioneren. Als iemand niet voor deze optie in aanmerking komt volgt opname in een revalidatiecentrum voor medisch-specialistische revalidatie of verpleeghuis voor geriatrische revalida-

tiezorg. Het triage-instrument van Verenso biedt hiervoor slechts aanwijzingen in algemene termen.⁴

In de praktijk worden keuzes lokaal gemaakt op basis van algemene afspraken, die deels te maken hebben met capaciteit in een regio, en deels met patiëntkenmerken.

De herstelmogelijkheden thuis worden bemoeilijkt doordat huisartsen en medisch specialisten over het algemeen niet zijn opgeleid om de regie over een herstelproces te voeren. Karikaturaal gezegd is het niet meer dan: 'Goed je best doen bij de therapie en kijken waar je uitkomt.'

Wat is er nodig om deze situatie te verbeteren? Hoe kunnen we zorgen dat we de groeiende groep ouderen met meerdere chronische ziekten optimaal en efficiënt laten herstellen na trauma, ziekte of letsel, met zo min mogelijk heropnames in het ziekenhuis, zonder dat iedereen in een officieel revalidatieprogramma wordt opgenomen? Wij denken dat dit met een vier punten bevattend actieplan is te realiseren.

1 **Verbreding: Verbetering van de opleiding**

In de basisopleiding moet meer aandacht worden besteed aan zorg voor ouderen – hun multimorbiditeit, kwetsbaarheid, polyfarmacie –, maar ook aan de essentiële elementen van herstel. Het WHO-model voor het beschrijven van menselijk functioneren in functies, activiteiten en participatie geeft inzicht in wat van belang is bij 'genezen', namelijk herstel van participatie in de samenleving door mee te doen aan activiteiten en aandacht voor persoonlijke en omgevingsfactoren die de participatie ondersteunen. Binnen alle relevante vervolgopleidingen (zoals huisartsgeneeskunde, interne geneeskunde, neurologie, cardiologie, longziekten, chirurgie, orthopedie) moet de aandacht voor 'herstel' worden verdiept. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn niet alleen verbetering van conditie, kracht en fitheid maar ook overige determinanten van herstel, zoals comorbiditeit, cognitie, stemming, inactiviteit,

EIGEN REGIE

Eigen regie betekent dat mensen invloed kunnen uitoefenen op hoe zij hun leven vormgeven. Dit vraagt vaardigheden en ondersteuning van deze vaardigheden door zorgprofessionals.⁵

Vaardigheden om eigen regie over herstelproces te voeren

- Lichamelijk en psychisch functioneren monitoren.
- Aandoeningrelevante informatie verzamelen.
- Wijzigingen in wet- en regelgeving (zorgverzekering) volgen.
- Netwerk onderhouden met familie, vrienden, zorgverleners en hen informeren over eigen functioneren.
- Zorg (herstelzorg) organiseren op een eigen wijze.
- Opkomen voor eigen belangen.

Wat kan de zorgprofessional doen?

- Luisteren en aansluiten. Wat zijn belangrijke waarden in iemands leven? Wat is zijn persoonlijke verhaal en sociale context?
- Assessment. Heeft de patiënt de vaardigheden om zelf regie te voeren?
- Informeren. Maak de patiënt bewust van de vaardigheden die nodig zijn om eigen regie te vervullen.
- Faciliteren. Trainen van vaardigheden, ondersteunen bij organiseren van sociale netwerk/professionele zorg.

sociale steun en het gevoel grip te hebben op je leven. Het is bijvoorbeeld opmerkelijk dat een neuroloog geen enkele praktische stage-ervaring opdoet over CVA-revalidatie en dat een orthopedisch chirurg niet weet wat revalidatie na een heupoperatie behelst. Ook het feit dat een orgaanspecialist zoals een cardioloog zich alleen met het hart bezighoudt, en de relatie van een hartaandoening met hobby's, werk en seksualiteit aan een verpleegkundig specialist overlaat, draagt niet bij aan een integrale benadering van de geneeskunde.

Aandacht voor
'herstel' moet
worden verdiept

2 **Verbreding: Verplicht herstelklimaat**

Veel huidige en toekomstige patiënten in het ziekenhuis zijn oud en kwetsbaar. Zolang het basiscurriculum en de vervolgopleiding tot specialist niet voldoen aan de eisen die wij eerder hebben geformuleerd, is het essentieel om voor alle kwetsbare ouderen in het ziekenhuis een herstelklimaat te bevorderen, door vanaf dag één (liefst daarvoor nog) mee te denken over het herstel na opname. Onderdeel daarvan is een herstelassessment dat keuzes helpt maken (triage) om optimaal herstel na ziekenhuisopname te realiseren. De huisarts en de medisch specialist sturen en monitoren het herstel. Een herstelklimaat gaat uit van het adagium: 'herstel begint al bij opname'. Vanaf dag één zijn de volgende vragen leidend: Hoe kunnen we voorkomen dat er veel functie en eigen regie wordt ingeleverd tijdens de ziekenhuisopname (zie kader)? Welke rol kan de familie hierbij spelen?

PRAKTIJKPERIKEL

BEL DE HUISARTS MAAR

Om echt seniorvriendelijke ziekenhuizen te ontwikkelen, moeten de orgaanspecialist, de klinisch geriater, de revalidatiearts en de specialist ouderengeneeskunde zich samen sterk maken voor een ziekenhuis met een dergelijk herstelklimaat.

3 **Verbinding: Betere samenwerking**

De opleiding tot specialist ouderengeneeskunde bevat meerdere onderdelen op het gebied van ouderen, dementie, multimorbiditeit en polyfarmacie, maar daarnaast ook een module geriatische revalidatie, met een theoretisch en een praktisch deel. Naast algemene revalidatieprincipes bevat het theoretisch inhoudelijke deel meer technische aspecten van de revalidatie van ouderen met CVA, trauma, electieve knie-/heupoperatie en overig (met name orgaanfalen en herstel na operatie, kanker of infectie). De opleiding tot revalidatiearts bevat een aantal modules die specifiek zijn voor medisch-specialistische revalidatie, zoals kinderrevalidatie, pijn en dwarslaesie, cognitieve revalidatie, technologische ondersteuning en ziekenhuisrevalidatie, maar ook een aantal modules die deels overlappen met die van de specialisten ouderengeneeskunde, zoals revalidatie van patiënten met een CVA, trauma en amputatie. Er is geen onderwijs over ouderen, dementie, comorbiditeit en polyfarmacie.

De revalidatiekennis van de specialist ouderengeneeskunde en de kennis van multimorbiditeit en polyfarmacie van de revalidatiearts kunnen worden versterkt door meer onderwijs in gemeenschappelijkheid te organiseren. Daarnaast zouden stages op elkaars werkgebied de competenties van beide vakgebieden kunnen versterken.

De samenwerking van specialist ouderengeneeskunde en revalidatiearts biedt ruimte voor verbetering. Voor een optimaal resultaat zou er minimaal eens in de maand een wederzijds consult in revalidatiecentrum en verpleeghuis moeten plaatsvinden. Bij een recente kwaliteitsaudit voor de opleiding geriatische revali-

Tijdens een avonddienst op de huisartsenpost krijg ik een telefoontje. Het betreft een man van Turkse afkomst met de Nederlandse nationaliteit, die nu in Kazachstan is. Een kennis van hem belt ons omdat meneer aldaar in het ziekenhuis ligt wegens een hart(?)infarct en een halfzijdige verlamming. Hij zou dringend twee spuiten moeten krijgen à 1000 euro. Als het geld niet komt, moet patiënt het ziekenhuis verlaten. De kennis heeft de alarmlijn van de Nederlandse verzekeraar gebeld en kreeg te horen dat meneer alleen een basisverzekering had en geen reisverzekering of iets dergelijks. Ze konden hem niet helpen. Het advies van de verzekeraar was om de huisarts te bellen. We hebben ingeschat dat we met de vijf personen op dat moment werkzaam op de post geen 2000 euro konden opbrengen. Ten einde raad heb ik de kennis van deze meneer maar geadviseerd de Nederlandse ambassade in Kazachstan te bellen.

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

lidatiezorg (GRZ) vanuit het LUMC bleek dat veel GRZ-organisaties moeite hebben een revalidatiearts te enthousiasmeren voor een structureel consulentchap. Het consulteren van een specialist ouderengeneeskunde in een instelling voor medisch-specialistische revalidatie komt naar ons weten nog nauwelijks voor. Daarnaast zou het voor CVA- en amputatiepatiënten (waar geriatische revalidatie vooral overlappen) een interessante optie zijn om deze zorg gezamenlijk te organiseren. De knip in de financiering helpt deze samenwerking niet, maar kunnen we dat niet lokaal met de zorgverzekeraar regelen? Kunnen we niet betere, transparantere zorg organiseren voor minder kosten door onze krachten te bundelen? Wij denken dat het beter is deze uitdaging aan te gaan dan een triage te blijven doen die niet voor iedereen tot de beste zorg leidt.

4 **Verbinding: Wetenschappelijk onderzoek**

Er is meer multidisciplinair wetenschappelijk onderzoek nodig naar de optimale preventie en behandeling van functieverlies van kwetsbare ouderen, waarbij de besproken disciplines samen-

werken. Bij kwetsbare ouderen is er helaas nog te veel aandacht voor diagnostiek en behandeling van het ziektebeeld zelf, en te weinig voor het voorkomen en bestrijden van functie- en participatieverlies. Een programma om onderzoek op dit specifieke terrein te stimuleren zal belangrijke maatschappelijke winst opleveren.

Als we willen dat ouderen langer zelfstandig thuis wonen, moeten we artsen opleiden die meer verstand hebben van de functionele geneeskunde: kennis van het WHO-model voor het beschrijven van menselijk functioneren, van determinanten van herstel en eigen regie kunnen voeren. En er is multidisciplinaire samenwerking nodig en gericht wetenschappelijk onderzoek. ■

contact

w.p.achterberg@lumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp en de voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.