

Workshop Diagnosestelling bij ouderen

28 februari 2017, Gijs Junius, specialist ouderengeneeskunde, kaderarts eerste lijn

In Nederland zoemt al een tijd dat er iets met ouderen gedaan moet worden, zeker in deze verkiezingstijd. We horen dat de ouderen de spoedeisende hulp verstoppen, dat de huisartsen posten worden overvraagd in het weekend met kwetsbare ouderen, de mantelzorgers loopt het tot over hun wenkbrauwen, politieke partijen bieden tegen elkaar op met hoeveel miljard zij aan de gezondheidszorg en de ouderenzorg gaan uitgeven, de wijkverpleging trekt aan de noodklok i.v.m. personeelstekort en we hebben natuurlijk Hugo Borst met zijn boek Ma en zijn zorgmanifest.

Allemaal heel mooi maar het geeft nog geen antwoord op wat ouderen willen.

Menzis heeft met '24 uur met' een luisterend oor geboden aan 24 ouderen/echtparen. Daar zijn verschillende onderwerpen naar voren gekomen en is deze avond uit ontstaan.

Wat ik zo opvallend vond in de filmpjes is dat het over gewone dingen gaat, dingen waar ik als dokter nog weleens aan voorbij ga zoals incontinentie en wat het doet als je zonder zit als je te weinig krijgt of het weer veranderd en je moet wennen aan een nieuwe fabrikant. Praktische zaken waar de wijkverpleegkundige mee geconfronteerd wordt maar wat de arts vaak niet bereikt. Maar ook dat er geluisterd moest worden dat er duidelijkheid verlangd werd en dat het houden van de eigen regie zo veel betekent voor mensen.

Er zijn vijf aanbevelingen van de ouderen aan de huisartsen die Menzis heeft opgetekend:

Houd rekening met de sociale impact van fysieke klachten
Weet dat ik (nog steeds) van betekenis wil en kan zijn
Zorg voor de menselijke maat in de medicatie
Doe meer met onlinevaardigheden
Maak meer gebruik van de kennis van de specialist ouderengeneeskunde.

Menzis heeft een top 5 opgesteld waar de SO voor gevraagd kan worden:

De top 5, inclusief indicatoren zijn:

- Dementie
- Depressie
- Angststoornissen
- Onzichtbare gevolgen CVA
- Ziekte van Parkinson

Maar daar heb je toch de GGZ en de neuroloog voor? En de diagnose dementie en depressie kan de huisarts toch stellen?

Een diagnose en een daarbij behorende NHG-standaard maakt een behandeling overzichtelijk. We hebben bv de standaard dec cordis, diabetes mellitus, dementie, CVRM. Maar deze standaarden geven soms tegenstrijdige adviezen, of de behandelingen kunnen problemen geven op andere gebieden bv orthostatische hypotensie bij het gebruik van antihypertensiva bij de ziekte van Parkinson.

Je komt dan in de knel als de standaarden gevolgd worden, dan zijn de verticale diagnose en behandelingen waar de mens horizontaal doorheen gaat en wat uiteindelijk een oudere met een complex probleem oplevert. Daar zie je o.a. de meerwaarde van de SO.

De LHV heeft samen met Verenso een handreiking geschreven over de samenwerking tussen de HA en de SO. Deze is na de 24 uur met gepubliceerd en is meer specifiek en concreter dan de opzet van Menzis. De top 5 van Menzis is terug te vinden in de opsomming in de handreiking:

- Vragen rondom medisch beleid of diagnostisering bij patiënten met complexe co- en multimorbiditeit.
- (Onbegrepen of plotselinge) mobiliteitsproblemen of valincidenten en verminderde zelfredzaamheid.
- (Onbegrepen of plotselinge) atypische klachten en problemen die de kwaliteit van leven van de patiënt aantasten.
- Dementie, geheugenproblemen, wanen, hallucinaties en verwardheid.
- Apathie, depressie en stemmingsstoornissen.
- Gedragsproblemen, agitatie, achterdocht of afwerend gedrag.
- Late gevolgen van het CVA en andere chronische aandoeningen (waaronder de 'onzichtbare' gevolgen).
- Problemen als gevolg van chronische progressieve en neurologische aandoeningen (MS, Parkinson).
- Palliatieve en terminale zorg voor patiënten met complexe multimorbiditeit.
- Complexe polyfarmacie als gevolg van multimorbiditeit.
- Vragen over medische beslissingen bij wilsonbekwaamheid of verminderd ziekte-inzicht.
- Advies over zorg of opname/indicatie voor de specifieke doelgroep.
- Complexe palliatieve zorg.
- Complexe palliatieve terminale zorg.
- Vragen rondom levenseinde.

Mogelijke consultatievragen:

- consultvraag over de (preventieve of geneeskundige) werking van bepaalde medicijnen bij ouderen;
- advies over decubitus;
- advies over opname;
- advies over de behandeling van intermitterende ziektes;
- vragen over medische beslissingen bij wilsonbekwaamheid of verminderd ziekte-inzicht.

Mogelijke aanleidingen tot een geriatrisch assessment:

- onderzoek en diagnostiek bij cognitieve achteruitgang;
- onderzoek en diagnostiek bij (onbegrepen) functionele achteruitgang;
- onderzoek en diagnostiek bij vallen;
- in kaart brengen van de totale situatie van de patiënt, bijvoorbeeld bij geleidelijk afvallen, algemene achteruitgang, afwijkingen in het bloedbeeld (anemie, nierfunctiestoornissen, elektrolystoornissen).

Met deze opsomming heb je een meer dekkende lading voor wat de SO voor de HA kan betekenen. De SO heeft een andere denkwijze dan de huisarts

Deskundigheid van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO): De SO is zowel generalist als specialist. Als generalist bestrijkt hij het brede terrein van dagelijkse behandeling, zorg en welzijn van ouderen, als specialist richt hij zich op de intensieve zorgvragen van kwetsbare ouderen met complexe problematiek.

Samenwerkingsvormen

Deskundigheid van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO): De SO is zowel generalist als specialist. Als generalist bestrijkt hij het brede terrein van dagelijkse behandeling, zorg en welzijn van ouderen, als specialist richt hij zich op de intensieve zorgvragen van kwetsbare ouderen met complexe problematiek.

MDO's

Medicatie review

Consulten

Medebehandeling

Hoofdbehandelaar

Vanuit het verpleeghuis, de huisartspraktijk, zelfstandig gevestigd