

Een kansrijk duo

Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde

Dr. Annet W. Wind, huisarts, coördinator NHG-kaderopleiding ouderengeneeskunde LUMC, drs. Ale Gercama, huisarts, docent kaderopleiding ouderengeneeskunde LUMC en universitair docent huisartsengeneeskunde VUmc, drs. Ada Vijfvinkel, specialist ouderengeneeskunde, coördinator kaderopleiding eerste lijn afdeling PHEG LUMC, drs. Mirjam Bezemer, specialist ouderengeneeskunde, zorgcentrum Careyn Weddesteyn, Woerden

INLEIDING

De eerstelijns ouderengeneeskunde is in beweging. Huisartsen beseffen de beperkingen van hulpvraaggestuurde zorg, de noodzaak van proactieve zorg en de samenwerking met anderen op dit terrein. Specialisten ouderengeneeskunde zijn nog zoekende naar hun rol en positie in de eerste lijn; de samenwerking met huisartsen loopt over het algemeen nog niet soepel. Mogelijk speelt territoriumangst en profileringsdrang hierbij een rol.¹

Helderheid over overeenkomsten en verschillen tussen beide disciplines is belangrijk voor goede samenwerking. Leidt het té eenzijdig benadrukken van verschillen tot een heilloze polarisatie, een té gretige onderstreping van de overeenkomsten, zoals de gerichtheid op generalistische zorg, kan leiden tot verlies van diepte en het verspelen van de kans om van elkaar te leren. Het pad dat we moeten bewandelen ligt tussen beide uitersten in: het (terug)vinden van de gemeenschappelijke basis, leren van en over elkaars werkwijze en deskundigheid en zo komen tot een taakverdeling, uitgaande van complementariteit. Het helpt om bij dit alles een gemeenschappelijk doel voor ogen te houden, namelijk goede en doelmatige zorg voor ouderen in de eerste lijn, met name aan kwetsbare ouderen en ouderen met complexe en meervoudige problematiek.

Recente initiatieven vanuit beide disciplines tonen de wens aan de samenwerking vlot te trekken. Zo is in 2007 aan het LUMC de NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde gestart, waar huisartsen uit het hele land zich in twee jaar kunnen scholen tot kaderhuisarts ouderengeneeskunde. Begin 2012 is eveneens aan het LUMC een kaderopleiding gestart voor specialisten ouderengeneeskunde die zich toe willen leggen op het werken in de eerste lijn. Beide groepen kaderartsen hebben een voortrekkersrol voor de eigen beroepsgroep. Ook elders zijn belangrijke initiatieven genomen, zoals het nascholingsproject voor specialisten ouderengeneeskunde van Gerion/VU 'Aan de slag'. Hoe verhouden beide beroepsgroepen zich tot elkaar en wat mogen we van elk verwachten? In dit artikel belichten we beide profielen om aan het slot concreet in te gaan op de onderlinge samenwerking en de complementariteit daarin.

PROFIELEN

Wat zijn de specifieke elementen in de aanpak van beide beroepsgroepen? Wat zijn overeenkomsten en wat zijn relevante verschillen? Het terugvinden van een gemeenschappelijke basis begint bij het (h)erkennen dat huisarts en specialist ouderengeneeskunde sinds de start van de verpleeghuisgeneeskunde uit elkaar zijn gegroeid. Kon in het verleden de verpleeghuisarts nog beschouwd worden als een bijzondere vorm van huisarts, nu is dat beslist niet meer zo. De *specialist* ouderengeneeskunde heeft zich ontwikkeld tot een professional met een eigen deskundigheid ten aanzien van een specifieke doelgroep: kwetsbare ouderen. De definitie van kwetsbaarheid (of frailty), zoals geformuleerd in het rapport 'Kwetsbare ouderen' van het Sociaal Cultureel Planbureau² is door Verenso³ gebruikt als uitgangspunt voor de omschrijving van kenmerken van de doelgroep:

- Er is sprake van meervoudige problematiek. Comorbiditeit: naast de hoofddiagnose meerdere nevendagnosen gerelateerd aan een (chronische) ziekte, bijvoorbeeld depressie bij dementie. Multimorbiditeit: er zijn meerdere aandoeningen/ziekten tegelijk aanwezig, bijvoorbeeld Parkinson en diabetes mellitus.
- De multipathologie valt samen met specifieke ouderdomsverschijnselen zoals arthrosis deformans, osteoporose en dergelijke.
- Er is sprake van een atypische presentatie en verloop van de ziekten, waarbij vooral een verminderde zelfredzaamheid (regie/functionele autonomie) als uitingsvorm kenmerkend is.
- Het doel van de behandeling is niet zozeer gelegen in het wegnemen of genezen van de ziekte, maar in een streven naar herstel van functionaliteit en zelfredzaamheid en/of een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven.

Profiel van de huisarts

Een huisarts zal ongetwijfeld deze items herkennen bij een aantal van zijn oudere patiënten, maar zal het als problematisch ervaren deze patiënten aan de hand van de genoemde kenmerken als groep apart te zetten. Op grond van de voor zijn discipline geldende kernwaarden⁴ generalistische, persoonsgerichte, continue zorg wordt 'complexe en meervoudige problematiek van ouderen' mede bepaald door persoonskenmerken als gezondheidsbeleving en copingge-

drag, de voorgeschiedenis die hij met hen deelt, de snelheid waarmee de situatie van de patiënt verergert, de wijze waarop de patiënt en diens omgeving op deze verslechtering reageren en deze al dan niet weten op te vangen, et cetera.

Daarnaast is de populatie ouderen waar de huisarts mee te maken heeft zeer divers van samenstelling. Patiënten waarop de criteria van kwetsbaarheid in de volle breedte van toepassing zijn, vormen daarbinnen een beperkte groep; het overgrote deel bestaat uit relatief gezonde en zelfredzame ouderen. De huisarts benadert deze ouderen als regel reactief: uitgaand van de eigen regie wordt de huisarts pas actief wanneer ouderen zélf daarom vragen óf wanneer signalen uit de directe omgeving van de patiënt (familie, burens, thuiszorg) daar aanleiding toe geven. De huisarts doet dat vanuit zijn bekendheid met het 'ijsbergfenomeen': veel van de klachten die zich voordoen worden door de 'patiënten' zelf opgelost en blijven zo buiten het formele zorgcircuit.

De huisarts past zich voortdurend aan aan veranderingen in de samenleving (samenstelling en leeftijdsopbouw bevolking, eisen van patiënten, verzekeraars, overheid). Dit leidt tot veranderingen in de organisatie: meer samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines en meer taakdelegatie (naar praktijkverpleegkundigen, ondersteuners en assistenten). Daarnaast vraagt de fragmentatie van de zorg aan ouderen met complexe problematiek om stelselmatige aandacht voor het continuïteitsaspect en om een verschuiving in aanpak van reactief naar proactief. De kennis die de huisarts in de tijd opbouwt over zijn patiënten dient te worden aangevuld aan de hand van een functionele probleem-inventarisatie, gevolgd door een proactief beleid waarin de huisarts (of POH) een zorgbehandelplan opstelt en dit vervolgens in samenwerking en overleg met andere disciplines uitvoert.⁵

Profiel van de specialist ouderengeneeskunde

Het doel van het specialisme ouderengeneeskunde is⁶ medische zorg te verlenen bij complexe geriatische zorgproblemen waarbij het versterken van de functionele autonomie en kwaliteit van leven van de patiënt belangrijk zijn. De kenmerken zoals beschreven bij het begrip kwetsbaarheid zijn daarbij richtinggevend. In principe kan de specialist ouderengeneeskunde deze zorg bieden ongeacht de locatie waar de patiënt zich bevindt.⁶

Specialisten ouderengeneeskunde zijn bekend met en hebben ervaring in het toepassen van proactieve samenhangende zorg en het bijbehorende teamwork. Zij zijn gewend om te werken met een in omvang beperkte patiëntenpopulatie van ouderen met complexe en meervoudige problemen, hebben ervaring in het ontrafelen van complexe problematiek, comorbiditeit en polyfarmacie en zij hebben specifiek zicht op de functionele gevolgen van ziekten. Ook kunnen zij het beloop en de prognose hiervan enigszins inschatten. Daarnaast zijn zij teamplayers. Ze hebben ervaring in

het voeren van familiegesprekken, het aansturen van het team, in taakdelegatie en evaluatie. Zij hebben de kennis en knowhow om wilsbekwaamheid te beoordelen en om de wet BOPZ toe te passen.

OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN

We beperken ons hier tot verschillen in deskundigheid en populatie.

Deskundigheid

De *huisarts* is generalist en als zodanig expert in het ordenen, prioriteren, kiezen en weglaten. Een belangrijke steun daarbij is de vaak over langere tijd opgebouwde medische voorkennis. Waar eigen kennis en kunde ontbreken wordt dit opgevangen middels consultatie en verwijzing.⁷

De *specialist ouderengeneeskunde* 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.⁸

Populatie

De *huisarts* heeft te maken met een vaste groep ouderen waarvan een belangrijk deel redelijk gezond en zelfredzaam is en een deel geleidelijk steeds hulpbehoevender wordt. Afhankelijk van de leeftijdsopbouw van de praktijk kan de grootte van deze groep al dan niet een stempel op de praktijkvoering drukken. De huisarts kent de thuissituatie en gezinssituatie van de meeste ouderen, hun levenswijze en wensen ten aanzien van behandeling en levenseinde. De *specialist ouderengeneeskunde* heeft te maken met een deels vaste, deels wisselende groep kwetsbare ouderen met complexe problematiek. Hij ziet de kwetsbare ouderen vooral in het verpleeghuis; een groep die qua coping en prognostiek verschilt van de zelfstandig wonende kwetsbare ouderen. Daarnaast ziet hij in toenemende mate andere kwetsbare ouderen in consult, veelal in verzorgingshuizen en tot nu toe mondjesmaat in de thuissituatie. Een specialist ouderengeneeskunde heeft geen vitale en gezonde ouderen in zijn/haar populatie.

Uit het bovenstaande blijkt dat huisarts en specialist ouderengeneeskunde ieder hun eigen beroepsprofiel hebben, maar qua werkwijze naar elkaar toe groeien. Door de toename van het aantal ouderen met in ernst en omvang toenemende complexe problematiek buiten het verpleeghuis, komen zij elkaar steeds vaker tegen. Zo tekent zich een grensgebied af waar deskundigheden elkaar overlappen en samenwerking concreet gestalte kan krijgen.¹

DE SAMENWERKING CONCREET

Vooropgesteld de verschillen tussen huisartsen (qua affiniteit met de doelgroep, ervaring en praktijkorganisatie) geldt dat ouderen met ZZP 0-3 zonder veel problemen tot het domein van de huisarts gerekend kunnen worden. Ouderen met ZZP 4 en zeker ZZP 5 vergen specifieke deskundig-

heid van huisartsen op het gebied van (differentiaal) diagnostiek, behandeling van en begeleiding bij dementie en probleemgedrag. Een goede analyse en het benutten van niet-medicamenteuze mogelijkheden is van groot belang, juist omdat het toepassen van medicatie bij deze ouderen veel nadelen heeft. Ook is vaak (psycho-)educatie en extra begeleiding van het team en de familie nodig. Ouderen met ZZP 6 kosten huisartsen veel hoofdbreken en huisartsen missen de ervaring en expertise om hen goed te begeleiden. Ouderen met ZZP 7 en 8 zullen niet langdurig onder de hoede van een huisarts vallen, ook niet in kleinschalige woongemeenschappen. Behandeling en begeleiding van ouderen met ZZP 9 (revalidatie) en ZZP 10 (palliatief terminale zorg) vergt ook specifieke deskundigheid van huisartsen, maar veel huisartsen hebben zich extra geschoold op deze gebieden, omdat deze problematiek relatief vaak voorkomt in de eerste lijn en huisartsen het als een belangrijke taak zien.

Specialisten ouderengeneeskunde rekenen ouderen die Continue Systematische Langdurige Multidisciplinaire zorg (CSLM-Zorg) nodig hebben tot hun domein.⁶ In ZZP-terminen komt dit overeen met ouderen met ZZP 4-10. Echter, het werken in de eerste lijn vergt specifieke competenties van specialisten ouderengeneeskunde, simpelweg omdat de spelregels en de context in de eerste lijn anders zijn dan in de intramurale zorg. Zo is er (vaak) geen 24 uren toezicht, is er überhaupt minder formeel geregeld en zijn de randvoorwaarden anders dan intramuraal. De specialist ouderengeneeskunde is voor de huisarts als deskundige dus vooral relevant voor patiënten met ZZP 4-6. De expertise van de huisarts voor de specialist ouderengeneeskunde is vooral relevant in de situatie waarin de zorg moet worden gerealiseerd die nodig is volgens de gemaakte analyse, aansluitend op wat er al is en optimaal gebruikmakend van de binnen de eerstelijns bestaande mogelijkheden.

ORGANISATIE VAN DE SAMENWERKING

Samenwerking tussen de beide beroepsgroepen wordt al vele jaren gepropageerd, maar deze blijkt niet vanzelf te ontstaan. Deze samenwerking zal dus georganiseerd moeten worden. Kaderhuisartsen ouderengeneeskunde en in de toekomst specialisten ouderengeneeskunde die de kaderopleiding specialist ouderengeneeskunde eerste lijn hebben afgerond, zullen een trekkersfunctie vervullen in hun regio en zijn daarin elkaars natuurlijke partners. Kaderhuisartsen ouderengeneeskunde geven scholing en consultatie aan collega-huisartsen en hebben een voorbeeldfunctie voor wat betreft praktijkvoering en samenwerking. Samen met de specialisten ouderengeneeskunde organiseren kaderhuisartsen ouderengeneeskunde de structurele voorwaarden voor een samenhangende eerstelijnszorg voor ouderen, inclusief de raakvlakken met de tweede lijn. Belangrijke aspecten daarvan zijn bijvoorbeeld de medische ouderenzorg binnen het verzorgingshuis, afspraken met de klinisch geriater en GGz over het verwijzings-

en opnamebeleid, regelen van ANW-zorg voor de doelgroep, scholingprogramma's, et cetera. Hierbij neemt ook de samenwerking met de verpleegkundige discipline een belangrijke plaats in. Oriëntatie op al bestaande samenwerkingsverbanden en waar mogelijk daarop aansluiten is van belang om dubbelingen en versnippering in het aanbod te voorkomen.

Een denkbaar model voor de concrete zorg voor ouderen is:

Stap 1: Casefinding van kwetsbare ouderen in de huisartspraktijk, door de huisarts, samen met de praktijkondersteuner en eventuele betrokken wijkverpleegkundigen.^{9,10} Het HIS en de kennis en ervaring van de huisarts en eventueel de vragenlijst voor de ouderen worden hierbij gebruikt. Verschillende instrumenten zijn ontwikkeld voor screening en probleeminventarisatie. Op dit moment is er nog geen duidelijke onderbouwing welk instrument het beste geschikt is. Het lijkt dus vooral van belang gezamenlijk te bepalen welk doel het instrument dient: alleen een eerste selectie (GFI, TFI, Prisma 7, en andere) of ook meteen een brede inventarisatie van de problematiek van de betreffende kwetsbare oudere (EasyCare, TRAZAG, RAI, intermed). Dit tweede doel vraagt een hogere deskundigheid van degene die het afneemt (met uitzondering van RAI). Vervolgens stellen huisarts en POH een zorgbehandelplan op,¹¹ bijvoorbeeld aan de hand van het Laego-format.¹² Hierbij worden doelen, acties en evaluatiemomenten geformuleerd. Bij dementie en complexe meervoudige problematiek kan de specialist ouderengeneeskunde laagdrempelig worden betrokken, volgens samen, dus lokaal, opgestelde criteria.

Stap 2: Afhankelijk van de problematiek en de eventuele vragen van de huisarts verricht de specialist ouderengeneeskunde een consult (bij de patiënt) of een consultatie (bij de huisarts). Vervolgens wordt gezamenlijk, in overleg met patiënt en familie, het vervolgbeleid vastgesteld. De specialist ouderengeneeskunde kan een eenmalig advies geven, een coachende rol op zich nemen voor de familie, de POH of de verpleegkundige en adviseren in MDO's of (een gedeelte van) de behandeling overnemen. In voorkomende gevallen kan natuurlijk ook naar anderen verwezen worden, zoals de klinisch geriater of GGz. Afhankelijk van de complexiteit van de casus wordt afgesproken of de specialist ouderengeneeskunde betrokken blijft of niet.

Voordelen van dit model zijn dat er effectief en efficiënt gebruik gemaakt wordt van beschikbare kennis en deskundigheid in de eerste lijn. Bovendien kan de diagnostiek plaatsvinden in de eigen omgeving van de kwetsbare oudere. Pas als daar duidelijk argumenten voor zijn, volgt uitgebreider en dus meer belastend en kostbaarder onderzoek. Bij de verwijzing naar de tweede lijn kan de vraagstelling ook gericht zijn en zijn bovendien al een aantal aanvullende gegevens bekend.

Essentieel is dat er ook een goede afstemming is met de tweede lijn: de specialist ouderengeneeskunde en huisarts zullen goed de grenzen van hun eigen deskundigheid moeten bewaken en die ouderen verwijzen voor wie dat zinvol is. Verder zijn afspraken van belang over wie kan worden terugverwezen en wie niet. Ook hier geldt dat domeindiscussies weinig zinvol zijn en dat vooral het zoeken naar elkaars complementariteit toegevoegde waarde biedt en de kwaliteit van zorg aan kwetsbare ouderen ten goede kan komen.

CONCLUSIES

Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde werken complementair in de zorg voor kwetsbare ouderen. Afhankelijk van de ernst van de problematiek en de onderlinge afspraken, zetten beide disciplines gezamenlijk het zorgbeleid uit, wat leidt tot de situatie waarin de huisarts dan wel de specialist ouderengeneeskunde in overleg met de oudere en diens familie de regie voert over het zorgproces. Hierbij geeft hij voorlichting en advies over de voors en tegens van het toepassen van een bepaalde behandeling of juist het nalaten daarvan, stimuleert andere hulpverleners om binnen deze kaders hun aandeel te leveren en richt het doel van de hulpverlening stevast op de kwaliteit van leven en de wensen van de oudere zelf.

LITERATUUR

1. Gercama AJ, Boorsma-Meerman M. Een driespan voor de ouderenzorg. *Medisch Contact* 2010, 65:597-600.
2. Sociaal en Cultureel Planbureau. Kwetsbare ouderen in de praktijk. Den Haag, SCP, 2011.
3. Wiewel R. De competenties van de verpleeghuisarts, 2005. De term verpleeghuisarts is vervangen door specialist ouderengeneeskunde. De competenties van de specialist ouderengeneeskunde is geschreven vanuit de Canmeds van de KNMG 2005, algemene competenties van specialisten. Zie www.verenso.nl.
4. NHG 2011. NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde, generalistisch, persoonsgericht en continu. Zie www.nhg.artsennet.nl.
5. Gercama AJ. De ene oudere is de andere niet. Populatiegerichte aanpak verbetert medische zorg in de eerste lijn. *Medisch Contact* 2011; 66: 2919-21.
6. Verenso 2012. Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde, zie www.verenso.nl.
7. Gercama AJ et al. Van spil tot regisseur. *Medisch Contact* 2007; 62: 1603-05.
8. Koopmans RTCM, Lavrijsen JCM. Nieuwe tijd, nieuw specialisme. *Medisch Contact* 2009;64:861-3.
9. NHG 2007, NHG-standpunt Huisartsgeneeskundige zorg voor ouderen. Zie www.nhg.artsennet.nl.
10. KNMG 2010. KNMG-standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Zie www.knmg.artsennet.nl.
11. NHG Praktijkwijzer Ouderenzorg 2009. Zie www.nhg.artsennet.nl.
12. Laego, Landelijke adviesgroep eerstelijngeneeskunde voor ouderen. Zie www.laego.nl.

Correspondentieadres
A.W.Wind@lumc.nl