

Huisartsgeneeskunde voor ouderen (1): Regie over complexe zorg vereist zorgplan

Ouderen vergen dikwijls extra aandacht en zorg van de huisarts. Niet alleen omdat er veelal sprake is van meerdere aandoeningen, maar ook vanwege psychische, sociaal-maatschappelijke of financiële problemen. Vaak zijn meerdere hulpverleners betrokken bij de begeleiding van de patiënt en om te voorkomen dat iedereen langs elkaar heen werkt, is het zinvol om een zorgplan op te stellen. Hoe dat in zijn werk kan gaan, wordt geschetst aan de hand van een casus.

Dit is de eerste aflevering in een serie van vijf artikelen over het NHG-Standpunt *Huisartsgeneeskunde voor ouderen*, dat een uitwerking is van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012.¹ De aanbevelingen uit het Standpunt richten zich vooral op ouderen met complexe problematiek, dat wil zeggen ouderen met verschillende aandoeningen (multimorbiditeit) en bij wie meerdere hulpverleners betrokken zijn. Het doel van de hulpverlening is bij hen gericht op herstel en behoud van functionaliteit, zelfredzaamheid en de ervaren kwaliteit van leven. De huisarts heeft een regierol bij de afstemming van het beleid van alle betrokken hulpverleners en spant zich in om samenhang van de geleverde zorg te bewerkstelligen, uitgaande van de wensen, behoeften en verwachtingen van de patiënt.

In deze serie worden de aanbevelingen uit het Standpunt naar de dagelijkse praktijk vertaald. Deze eerste aflevering gaat in op het zorgplan. De volgende afleveringen zullen gaan over:

- polyfarmacie, medicatiebewaking, ICT en probleellijsten;
- zorg in het verzorgingshuis en afstemming met de verpleeghuisarts;
- voorbeelden van beïnvloeding van de ziekenhuiszorg;
- een praktijkplan voor ouderen in de praktijk en de hagro.

Een lijst met problemen

Ook ouderen hebben 'gewone' vragen en klachten. Bijvoorbeeld de 89-jarige meneer Jansen, die laatst op het spreekuur kwam omdat hij iets wilde voor zijn obstipatie. Bij zo'n eenvoudige vraag voldoet het SOEP-systeem van de huisarts goed. En ook voor de monitoring van chronische aandoeningen, zoals de diabetes mellitus van Jansen, is het SOEP-systeem goed bruikbaar. Tot slot heeft hij nog een CVA doorgemaakt; dit is naast de diabetes mellitus keurig vermeld in zijn probleellijst.

Het verslagleggingssysteem van de huisarts gaat uit van diagnoses. Maar hoe Jansen met zijn aandoeningen psychisch, lichamelijk en sociaal-maatschappelijk functioneert, kan niet systematisch in de probleellijst worden vastgelegd.

Zorgplan vereist

Evenmin geeft de probleellijst een goed overzicht van wie bij de zorg betrokken zijn: mantelzorgers, paramedici en specialisten. Welke afspraken zijn er gemaakt? Is er een gemeenschappelijk behande-

lingsdoel? Is het streven gericht op genezing, zoals bij decubitus, of op verbetering van het functioneren of op het voorkómen van complicaties? Wat moet er gebeuren als de diabetes ontregeld raakt? Of bij een recidiverend CVA? Wie is verantwoordelijk voor het nakomen van afspraken?

Als de zorg complex is en het functioneren van mensen belangrijker wordt dan behandeling van hun ziekten, komt de huisarts niet goed uit met het medisch registratiesysteem. Bijna altijd zijn er meerdere hulpverleners bij de zorg betrokken. Dan is een gemeenschappelijk zorgplan noodzakelijk om regie te kunnen voeren: een behandelingsdoel formuleren, het overzicht behouden, lijnen uitzetten en afspraken maken over de uitvoering.

Zelfstandig alleen

In de probleellijst van Jansen (*1918) staan vermeld zijn insulineafhankelijke diabetes en een status na CVA. Hij is rechtszijdig verlamd. Er staat niet in dat aankleden voor hem een probleem is en dat toiletbezoek een hachelijke zaak is geworden.

Jansen woont zelfstandig, maar sinds zijn vrouw vrij plotseling is overleden gaat dat niet meer zo goed. Zijn zoon komt op zekere dag de huisarts vertellen dat er diverse problemen zijn. Jansen verdoezelt dat hij vaak valt. Zijn zoon vindt regelmatig eten in de prullenmand of op de vloer. Met de medicatie gaat het ook niet goed, want Jansen kan niet zelf de insuline spuiten. Vroeger deed zijn vrouw dat, nu heeft de thuiszorg het overgenomen. Maar de suikerspiegels wisselen sterk en de ontregeling heeft zijn weerslag op zijn gedrag; dat varieert van agressief tot apathisch.

Jansen verliest het contact met zijn vrienden. Hij heeft veel verdriet om het overlijden van zijn vrouw; soms barst hij in bijna onbeheersbaar huilen uit. Maar erover praten doet hij niet. Hij houdt vol dat hij zijn problemen prima zelf kan oplossen, want hij wil boven alles in zijn eigen huis blijven wonen.

Samen aan de slag

In het hometeam bespreekt de huisarts de situatie en er wordt een zorgplan opgesteld. Het doel is dat Jansen zelfstandig kan blijven wonen. Daartoe moeten zijn ADL (activiteiten van het dagelijks leven), maar ook zijn psychisch functioneren verbeteren. De diabe-



foto: Corbis

tes moet beter worden ingesteld. Dat betekent dat er extra aandacht moet zijn voor de eetgewoonten en het verdriet van Jansen. De wijkverpleegkundige zal zorgen voor de medicatie en insuline, de fysiotherapeut en de ergotherapeut voor het optimaliseren van de zelfverzorging en de spierfunctie. Het maatschappelijk werk regelt het schoonmaken van het huis en een vrijwilliger voor begeleiding. Allen stimuleren regelmatig eten en drinken. De praktijkondersteuner komt aanvankelijk wekelijks om voeding, activiteiten en gemeten glucosewaarden door te nemen.

Bij evaluatie na drie maanden blijkt dat Jansen bijna dagelijks naar het koffie-uurtje in het naburig wijkcentrum gaat en weer regelmatig z'n oude vriend op bezoek krijgt. Hij is gelijkmatiger in gedrag en eet redelijk. De glucosespiegel is veel constanter. De volgende evaluatie wordt over een halfjaar gepland.

Opstellen van het zorgplan

Verpleeghuisartsen en revalidatieartsen zijn gewend om hun weg te vinden in complexe problematiek, zowel bij de beoordeling van het functioneren van patiënten als bij het samenwerken met verschillende disciplines. Ze hebben regelmatig multidisciplinair overleg (MDO) en hanteren een gemeenschappelijk 'zorgplan' of 'behandelingsplan'. Dat is de weergave van een systematische beoordeling van de verschillende terreinen van functioneren in de groep hulpverleners. In het MDO worden gezamenlijk de behandelingsdoelen vastgesteld, alsmede het tijdpad van uitvoering en het moment van evaluatie (zie kadertekst).

In de verpleeghuiswereld is het SAMPC-model² (of SFMPC-model) gangbaar als basis voor het zorgplan. Daarin komen verschillende domeinen aan bod: het Somatische, de ADL (of het Functionele), het Maatschappelijke, het Psychische en het Communicatieve domein. Er zijn echter ook andere manieren van probleeminventarisatie.³ Welke manier ook wordt gekozen, een MDO en het opstellen van een zorgplan kosten tijd. De verwachting is dat de kwaliteit van de hulpverlening verbetert, maar hier ligt zeker een terrein braak voor onderzoek en projectontwikkeling.

Waar mogelijk wordt de patiënt bij de opstelling van het zorgplan betrokken. Soms wil deze geen hulp en kaart de familie de problemen aan. Soms wil de patiënt juist het onmogelijke. En ook zijn sommige mensen niet in staat hun wensen goed onder woorden te brengen. Het model van de mondige patiënt schiet hier nogal eens tekort. Dat betekent niet dat dan maar geen rekening moet worden gehouden met diens verlangens. De wensen van de patiënt komen overigens niet expliciet aan de orde binnen het SAMPC-model!

Samenwerking in hometeam of functioneel overleg

Een voorwaarde voor het MDO is een werkzaam (home)team met goede onderlinge verhoudingen. De regierol die de huisarts in het NHG-Standpunt wordt toebedacht, houdt dus meer in dan de eindverantwoordelijkheid voor de zorg voor de individuele patiënt. Het betekent ook het scheppen van voorwaarden om goede zorg te kunnen leveren. Over de samenwerking met wijkverpleegkundigen is recentelijk een heel bruikbare handreiking verschenen.⁴ Hierin

Inhoud van MDO en zorgplan

In het MDO en het zorgplan moeten de volgende aspecten aan de orde komen:

- Het algemene behandelingsdoel.
- Een gezamenlijke systematische inventarisatie van de problemen op de verschillende terreinen. Wat heeft prioriteit voor de patiënt? Wat zijn de mogelijkheden en onmogelijkheden volgens de diverse hulpverleners?
- De nagestreefde subdoelen en geplande acties. Wie doet wat, wanneer?
- Tussentijdse meldingen als het niet goed gaat. Wie doet daar iets mee? Wie is eindverantwoordelijk voor de goede gang van zaken?
- Moment(en) van evaluatie.

Het hanteren van een duidelijke systematiek, bijvoorbeeld aan de hand van het SAMPC-model, geeft een goed overzicht van de problemen en mogelijkheden op de verschillende terreinen. De subdoelen en acties worden per domein geformuleerd, maar kunnen elkaar wel overlappen. Zo kan in het maatschappelijk domein worden gestreefd naar meer sociale contacten en in het psychisch domein naar minder eenzaamheidsgevoelens.

wordt ook aandacht besteed aan het functioneel overleg en aan het hometeam (het NHG-Standpunt citeert hieruit). Conclusie is dat het hometeam al enige tijd 'buiten beeld' is. Over de manier waarop een hometeam goed kan worden georganiseerd, is de laatste jaren niet meer geschreven.⁵ Vooral in de grote stad is dat echter niet eenvoudig, zeker niet nu de thuiszorg in de greep van marktwerking raakt. Als een hometeam niet haalbaar is, kunnen de betrokken disciplines streven naar een functioneel overleg.

Dr. A.W. Wind, huisarts, coördinator NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde van het LUMC, en dr. G.Th. van der Werf, huisarts, Academische Huisartsenpraktijk Groningen van het UMCG. Beiden waren lid van de projectgroep die het Standpunt over ouderenzorg ontwikkelde.

1. NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 'Huisartsgeneeskunde voor ouderen'. Utrecht: NHG, 2007 (zie www.nhg.org).
2. Hertogh CPM. *Functionele geriatrie*. Maarssen: Elsevier, 1997.
3. Bijvoorbeeld:
 - Achterberg W. *Caring for quality: the use of the Minimal Data Set for research into quality of care and patiënt functioning in nursing homes* [Dissertatie]. Amsterdam: VUmc, 2004. De MDS vormt een onderdeel van het Resident Assessment Instrument. Zie voor de RAI ook: Gerritsen D. *Quality of life and its measurement in nursing homes* [Dissertatie]. Amsterdam: VUmc, 2004.
 - De Jonge P, Huysse FJ, Slaets JPI, Söllner W, Stiefel FC. *Operationalization of biopsychosocial case complexity in general health care: the Intermed project*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005; 39:795-9 (zie <http://www.intermedfoundation.org>).
4. Van de Rijdt-van de Ven AHJ. *Handreiking Samenhangende zorg in de eerste lijn: De as huisartsen-wijkverpleegkundigen*. Utrecht: V&VN, NHG en LHV, 2007.
5. Huygen F. *Het home team*. *Huisarts Wet* 1962;5:119-23.