

Het geriatrisch model als inspiratiebron

Klinisch geriater expliciteren hun zienswijze, benaderingswijze en werkwijze

P.L.J. Dautzenberg^a, C.A. van Rijn^b, J.H. Schaaf^c

Inleiding

Met het dichterbij komen van het moment waarop de vergrijzing in ons land haar hoogtepunt gaat bereiken, neemt ook de belangstelling voor de toekomstige vormgeving van de medische ouderenzorg snel toe. Illustratief in dit opzicht is bijvoorbeeld de scenariostudie die recentelijk in opdracht van het Capaciteitsorgaan is uitgevoerd.¹ Eveneens illustratief is het voorneemen van de KNMG om de medische zorg voor ouderen in 2008 prominent op de agenda te zetten.² Algemeen wordt aangenomen dat ouderen steeds langer en zo actief en zelfstandig mogelijk thuis zullen willen blijven wonen. Voorspelbaar is echter ook dat het aantal kwetsbare ouderen met complexe zorgvragen de komende jaren aanzienlijk zal toenemen. Daarbij worden in veel toekomstbeschouwingen vooral de regie en de coördinatie van de medische zorg voor de risicogroepen onder ouderen als een belangrijk knelpunt aangemerkt. Alle reden dus voor de betrokken beroepsgroepen om samenwerkingsvormen te ontwikkelen waarmee adequaat op de voorziene kwalitatieve en kwantitatieve problemen kan worden ingespeeld. Alle reden ook om daarbij optimaal gebruik te maken van de op ervaringen gefundeerde inzichten die de oorspronkelijke pioniers op dit terrein, te weten de klinisch geriater, de afgelopen halve eeuw hebben ontwikkeld.

Geriatrisch model

Het ontstaan van het specialisme klinische geriatrie is nauw verbonden met het besef van enkele internisten halverwege de vorige eeuw dat de medisch specialistische behandeling van kwetsbare ouderen met meervoudige morbiditeit een integrale benadering vereist. Via de weg der geleidelijkheid hebben deze pioniers zich daarna ontwikkeld tot medisch specialisten met kennis van zowel de somatische, als de psychiatrische en functionele aandoeningen van kwetsbare ouderen. Dit jaar is het precies 25 jaar geleden dat deze ontwikkeling heeft geresulteerd in de formele erkenning van het specialisme klinische geriatrie. In nauwe samenhang met de medisch inhoudelijke vormgeving van het vakgebied hebben de klinisch geriater in de loop der jaren een op de specifieke doelgroep afgestemde zienswijze, benaderingswijze en werkwijze ontwikkeld die binnen de beroepsgroep bekend staat als het geriatrisch model. Vanuit dit model leggen klinisch geriater zich van oudsher vooral toe op de specialistische behandeling en diagnostiek van kwetsbare ouderen binnen de ziekenhuismuren. Bij de zorg voor chronische geriatrische patiënten wordt het model echter ook buiten het ziekenhuis met succes toegepast. Het is dan ook nauwelijks verrassend dat het geriatrisch model de kern vormt van de vorig jaar door de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) gepresenteerde beleidsvisie.³ Hierop aansluitend hebben de klinisch geriater hun naderende zilveren jubileum aangegrepen om de kernelementen hiervan nog eens kort en bondig te expliciteren: het geriatrisch model als zienswijze, benaderingswijze en werkwijze.

^a klinisch geriater Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch, voorzitter NVKG

^b klinisch geriater Altrecht GGZ, Divisie Ouderen, Zeist, bestuurslid NVKG

^c arts en bedrijfskundige, adviseur NVKG

Correspondentie: Dr P.L.J. Dautzenberg, afdeling geriatrie, Carolusziekenhuis, Hervensebaan 4, 5232 JL Den Bosch.
E-mail: p.dautzenberg@jzbz.nl

Zienswijze

Het is inherent aan het leven dat de kwetsbaarheid met het vorderen van de jaren geleidelijk toeneemt. Zeker in de laatste levensfase hoeft er maar weinig te gebeuren om ouderen zorgafhankelijk te maken. Medische en niet-medische oorzaken gaan daarbij vaak hand in hand. Kenmerkend voor de geriatrische patiënt is dat de verschijnselen van fysiologische achteruitgang gecompliceerd worden door een complex van simultane aandoeningen. In praktische zin vertaalt de kwetsbaarheid van deze ouderen met meervoudige morbiditeit zich met name in (de dreiging van) een afnemende zelfredzaamheid. De belangrijkste uitdaging is dan ook om waar mogelijk te voorkómen dat de zelfredzaamheid verloren gaat, dan wel te bewerkstelligen dat deze zoveel mogelijk wordt herwonnen. Uitgangspunt daarbij is dat het behoud of herstel van de zelfredzaamheid van essentieel belang is voor de kwaliteit van leven. Anderzijds betekent dit ook dat bij het overwegen van medische interventies bij acute aandoeningen de daaraan gerelateerde verwachtingen ten aanzien van de kwaliteit van (het nog resterende) leven expliciet in beschouwing worden genomen. Hiervoor is het noodzakelijk dat de klinisch geriatr zich in de breedte specialiseert. De inhoudelijke basis van de klinische geriatrie omvat dan ook bouwstenen uit verschillende delen van de geneeskunde en de sociale wetenschappen. Daarbij spitst de specifieke klinisch geriatrische kennis zich vooral toe op de interacties tussen de verschillende aandoeningen en mogelijke medische en niet-medische interventies.

Benaderingswijze

Kenmerkend voor de groep van kwetsbare ouderen met meervoudige morbiditeit is dat elke patiënt feitelijk een (ziekte)beeld vertoont dat in zijn complexiteit uniek is. Het is daarom van essentieel belang dat niet de onderscheiden ziekteverschijnselen en beperkingen, maar de geriatrische patiënt als geheel onderwerp van beschouwing is. In samenhang hiermee zullen ook de arrangementen van medische en niet-medische interventies van patiënt tot patiënt verschillen. Daarbij is het kenmerkend voor de klinische geriatrie dat van nature niet alleen een brugfunctie wordt vervuld tussen de somatische en de geestelijke gezondheidszorg, maar ook tussen de cure en de care. Actieve participatie in transmurale samenwerking en afstemming is in de geriatrie dan ook een vanzelfsprekendheid. Binnen het ziekenhuis vervult de klinisch geriatr voor de kwetsbare ouderen met meervoudige morbiditeit, naast de rol van eindverantwoordelijk medisch behandelaar, in veel gevallen een (informele) gidsfunctie en/of een medisch coördinerende functie. In het verlengde hiervan is de klinisch geriatr bij uitstek in staat

om voor de kwetsbare ouderen een brugfunctie tussen ziekenhuis en huisarts/verpleeghuisarts te vervullen. In de beleidsvisie van de NVKG is daarom de ambitie verwoord om deze functies een deugdelijke en structurele verankering te geven in de organisatie van de ziekenhuiszorg.³

Werkwijze

De integrale benadering van de geriatrische patiënt vertaalt zich onder meer in een veelomvattende opzet van het klinisch geriatrisch onderzoek (anamnese en fysische diagnostiek), het werken met een multidisciplinair geriatrisch team (medisch, verpleegkundig en paramedisch) en stelselmatige aandacht voor de belastbaarheid van de oudere patiënt. Hierbij wordt niet alleen veel waarde toegekend aan de inbreng van de patiënt, maar evenzeer aan die van de mantelverzorger(s). Inherent aan de multidisciplinaire werkwijze is dat de teamleden hun observaties, ervaringen en kennis met elkaar delen. Elk van de teamleden levert vanuit de eigen expertise (op interactieve wijze) zijn/haar bijdrage aan het eindresultaat. De klinisch geriatr is coördinator van het team en eindverantwoordelijk voor het (individuele) behandelbeleid. Indirect is daarmee tevens een transparante en expliciete inbedding gecreëerd voor een evidence-based benadering van de geriatrische patiënt. Voordeel van de multidisciplinaire werkwijze is eveneens dat deze meer mogelijkheden biedt om tot een doelmatige taakverdeling te komen en om nieuwe disciplines (nurse practitioner en physician assistant) in het team in te passen. De keerzijde van het werken volgens het geriatrisch model is dat dit relatief tijdrovend is. In lijn met de beleidsvisie van de NVKG zal de klinisch geriatr er daarom 'bij de poort' op toezien dat de aangemelde patiënten tot de specifieke doelgroep behoren. Niet tot de doelgroep behorende patiënten zullen als regel (in overleg met de verwijzer) naar een ander poortspecialisme worden doorverwezen.

De praktijk wijst uit dat acute geriatrische ziektebeelden vaak een ziekenhuisopname vereisen. Kenmerkend voor de klinische geriatrie is dat de gepresenteerde (ziekte)beelden in de meeste gevallen mede worden bepaald door één of meer syndromen uit het kwartet van geriatric giants: geestelijke achteruitgang, instabiliteit (vallen), afwijkend gedrag en incontinentie. De trend is dat de klinisch geriatrische centra hun behandel-aanbod hierop afstemmen, overigens zonder hierbij concessies te doen aan de bio-psycho-sociale benadering van de geriatrische patiënt. Voorbeelden hiervan zijn de geheugenpoli's, valpoli's en diagnostische dagcentra voor ouderen. De kracht van de bestaande afdelingen geriatrie in algemene en psychiatrische ziekenhuizen is veelal dat deze niet alleen een redelijk afgebakende patiëntengroep (doelgroep) bedienen,

maar ook een relatief zelfstandige organisatorische positie hebben. De klinisch geriater vormen een integraal onderdeel van deze afdelingen en vervullen daarbinnen als vanzelf een beleidsbepalende functie. Overigens voorziet de beleidsvisie van de NVKG in de mogelijkheid dat er naast klinisch geriater ook andere medisch specialisten deel uitmaken van een vakgroep geriatrie. Uitgangspunt daarbij is wél dat er binnen de vakgroep (samen)gewerkt wordt vanuit het geriatrisch model.

Samenwerkingsperspectief

Uit de trends en ontwikkelingen, zoals die in de scenariostudie van het STG/Health Management Forum zijn geschetst, valt af te leiden dat het type opleiding en de werklocatie van de artsen in de ouderenzorg in de toekomst minder aan elkaar gekoppeld zullen zijn. In samenhang daarmee zullen vooral de complexiteit van de medische problemen en de complexiteit van de medische zorg het uitgangspunt worden voor de competenties van de betrokken beroepsgroepen. Voortbouwend op dit uitgangspunt wordt in de toekomst een gelaagde medische zorg in de

ouderengeneeskunde voorgesteld, bestaande uit drie verschillende generalisten: de eerstelijns-expert ouderengeneeskunde die binnen een huisartsenvoorziening speciale aandacht heeft voor ouderen, de basisspecialist ouderengeneeskunde die zich concentreert op de complexe zorgvragen en de wat minder ingewikkelde medische problemen, en de medisch specialist ouderengeneeskunde die richt op zowel de gecompliceerde medische problemen als de ingewikkelde zorgvragen.¹

Duidelijk is dat de kernelementen van het geriatrisch model van wezenlijke betekenis zijn voor een gelaagde medische zorg in de ouderengeneeskunde. Dat geldt in het bijzonder voor de geschetste zienswijze en benaderingswijze. De werkwijzen van de beroepsgroepen die actief zijn in de medische zorg voor ouderen zullen wat uiteenlopen, dit in samenhang met de verschillen in competentieprofiel. Dit neemt niet weg dat het geriatrisch model bij de komende gedachtewisseling over de noodzakelijke samenwerking en afstemming in de medische ouderenzorg een belangrijke bron van inspiratie kan zijn.

Literatuur

- 1 Vulto M, Koot J. Medische ouderenzorg in de toekomst. Anticiperen op ziekte en welbevinden. STG/Health Management Forum, Leiden, oktober 2007.
- 2 Holland PCHM. Medische zorg voor ouderen, Medisch Contact 2008;63,37.
- 3 Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG). Beleidsvisie: de pioniersjaren voorbij. Utrecht, maart 2007.