



Het verpleeghuis is nog altijd het einde!

F. Angenent

In 2017 verscheen het boek *Het verpleeghuis is het einde! 60 portretten en verhalen van verpleeghuisbewoners*. Het boek werd samengesteld door Freya Angenent en Lauke Bisschops, beiden specialist ouderengeneeskunde (SO). Zij hadden genoeg van het negatieve imago dat aan het verpleeghuis kleefte en wilden via het boek de verpleeghuisbewoner een stem en een gezicht geven. Een centrale vraag in het boek was: Wat verwachten bewoners van artsen? "De arts moet er zijn als ik hem of haar nodig heb." Dat geldt dus ook voor dermatologen. Zij kunnen hiertoe initiatieven ontplooiën voor verdergaande samenwerking met specialisten ouderengeneeskunde.

Het verpleeghuis is het einde! werd geschreven voor iedereen die met het verpleeghuis te maken heeft. Voor mensen die er al wonen, voor mensen die er misschien heen gaan en voor hun families. Maar zeker ook voor managers, politici en (toekomstige) medisch specialisten, omdat het niet om theorie gaat, maar over de praktijk. Een praktijk vol mooie mensen en positieve verhalen. Het einde!, met een uitroepteken.

Dat het verpleeghuis een slecht imago heeft, is geen nieuws. De media berichtten regelmatig over misstanden. Veel Nederlanders zien opname in een verpleeghuis als 'het ergste wat je kan overkomen'. Er zijn tal van zaken die beter kunnen in de organisatie en uitvoering van de verpleeghuiszorg. Tegelijkertijd gaven de circa 50.000 verpleeghuisbewoners die Nederland in 2017 telde gemiddeld een 7 tot 8 voor tevredenheid. Het gecreëerde beeld was dus op zijn minst onge nuances, zo vonden de auteurs. Zij gingen op zoek naar antwoorden op de vragen: Hoe ervaart de verpleeghuisbewoner de geleverde zorg? En welke ideeën hebben specialisten ouderengeneeskunde (in opleiding) zelf over de langdurige verpleeghuiszorg?



Auteur Freya Angenent tijdens werkzaamheden voor het boek in 2017



De handen van mw Hartendorf (91 jaar)

De centrale vraag aan de bewoners was: Hoe lukt het u om, binnen de omstandigheden, het beste uit uw leven te halen? Welke tips heeft u voor anderen die op de drempel van het verpleeghuis staan?

Een van de vragen die we aan de bewoners in het boek stelden was: Wat verwacht u van uw arts? Het meest genoemde antwoord was: De arts moet er zijn als ik hem of haar nodig heb. Voor veel bewoners was aanpassingsvermogen en veerkracht nodig om de nieuwe leefomgeving eigen te maken. Wanneer de SO bij hen visite loopt, komt die ook daadwerkelijk op visite in hun leefomgeving. Dat vraagt een andere benadering dan in het ziekenhuis.

Specialist ouderengeneeskunde bij My-doc, werkzaam in regio Arnhem



“Hopelijk hebben [anderen, red] net zoveel geluk met hun dokter als ik, zij is zo'n fijne meid. Iedere keer dat ze op de afdeling is, komt ze heel eventjes naast mij zitten hier op de stoel, dat vind ik het allerbelangrijkste. Dan praten we over privédingen.” - Dhr. Krommenhout (86 jaar)

WERKWIJZE SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE

De SO is voor de bewoner op de achtergrond aanwezig, tot het moment komt dat de zorgvraag intensiveert. Tijdens de wekelijkse visites wordt namelijk, anders dan bij de huisarts, proactief gewerkt. Als SO werk je als generalist alsmede als specialist op bijvoorbeeld specifieke ziektebeelden. De grotere lijn wordt individueel bepaald op basis van een multidisciplinair behandelplan. In de ouderengeneeskunde delen we verschillende behandeldoelen in over de volgende 5 domeinen: somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatief. Dit behandelplan is opgesteld en geëvalueerd in samenspraak met patiënt (of vertegenwoordiger) en de betrokken hulpverleners.

Door deze proactieve manier van werken signaleert men huidproblemen eerder dan bij thuiswonende patiënten. Een studie van Lubeek et al 2015 liet zien dat 62,5% van de SO's meer dan 10 keer per 3 maanden geconfronteerd worden met huidproblemen. Veel SO's voelen zich onvoldoende bekwaam om dermatologische problemen adequaat te diagnosticeren en behandelen. Werken buiten de kaders van richtlijnen is vaak nodig, omdat deze niet gelden voor de oudere patiënt. Hoge leeftijd is immers meestal een exclusiecriteria voor wetenschappelijk onderzoek. Uit het onderzoek blijkt dan ook dat veel SO's behoefte hebben aan meer dermatologische scholing en korte lijnen met een dermatoloog. [1] Ondanks de beperkte ervaring met huidproblemen heeft de SO de complexe zorgdraag bij de oudere patiënt zelfs op te lossen in plaats van door te verwijzen naar de tweede lijn. De reden daarvoor is eigenlijk heel simpel: Een retourtje ziekenhuis heeft veel voeten in de aarde.

DERMATOLOGISCHE CASUÏSTIEK

Voor menig dermatoloog echter, is het verpleeghuis nog een terra incognita. Met het op handen zijnde verplichte coschap ouderengeneeskunde zal daar voor de aankomende generatie artsen gelukkig verandering in komen. En dat is hoognodig, kijkend naar de statistieken. [2] Ieder medisch specialisme zal vaker te maken krijgen met de oudere, vaak kwetsbare patiënt.

Een mooi praktijkvoorbeeld: de heer J. verblijft sinds 3 jaar op een psychogeriatrische afdeling van het verpleeghuis. Het betreft een 86-jarige, rolstoelafhankelijke, man zonder sociaal netwerk met dementie en insuline-afhankelijke diabetes mellitus die moeilijk instelbaar is. Met een strak eet-, slaap- en spuitregime zijn de glucosewaarden sinds kort binnen de perken waardoor zijn mentale situatie sinds enkele weken ook wat tot rust is gekomen. Dat is een grote opluchting voor hem en de rest van de afdeling. Ontregelingen leiden bij de heer J. namelijk tot fors roepgedrag in de nachten.

De SO wil hem graag laten beoordelen door de dermatoloog vanwege een voor maligniteit verdachte plek op de oorschelp die regelmatig bloedt. De heer J. zit, vooral tijdens de onrustige nachten, steeds aan het verband waardoor de wond weer opengaat. Dat een polibezoek in veel opzichten ontregelend werkt, is goed voor te stellen. Immers, het is niet ondenkbaar dat meneer lang moet wachten op de rolstoeltaxi. Patiënt heeft geen familie of contactpersoon die hem kan begeleiden en een verzorgende vrij roosteren is met de huidige personeelskrapte geen optie. Het zorgteam op de afdeling krijgt de roosters maar net rond.

Een simpel polibezoek bij de dermatoloog kost voor deze bewoner al snel driekwart dag, met alle gevolgen van dien voor zijn glucosewaarden en bijkomende problemen. Het multidisciplinaire team vreest dat een bezoek aan het ziekenhuis leidt tot ontregeling van het zojuist bereikte evenwicht. Er is iedereen veel aan gelegen om dit polibezoek te voorkomen door contact tussen de SO en een dermatoloog via telefoon of teledermatologie. De specialist ouderengeneeskunde van de heer J. had gelukkig al contact met een dermatoloog die zelfs bereid was om naar het verpleeghuis te komen om een biopt



Dhr. Krommenhout (86 jaar)

af te nemen van de huidafwijking. Er bleek inderdaad sprake van een maligniteit en er werd een conservatief behandelplan opgesteld. Met een Efudix behandeling kwam de huidafwijking weer tot rust.

BLIK OP DE TOEKOMST

In de ideale situatie heeft elke vakgroep een SO met affiniteit voor dermatologie. Deze collega kan binnen het verpleeghuis een eerste consultrol innemen bij vragen. Vraagstukken kunnen worden voorgelegd aan een dermatoloog in het ziekenhuis via teledermatologie. Indien nodig kan de SO een biopsie afnemen en de pathologie laten beoordelen in het ziekenhuis. Een dermatoloog hoeft dan minder frequent naar het verpleeghuis te komen. Als die noodzaak er wel is dan kunnen consulten gebundeld worden en kunnen de SO en dermatoloog samen optrekken om kennis en kunde te vergroten. Overige verbeterpunten op het gebied van samenwerking worden elders in meer detail besproken in dit themanummer.

LANGER THUISWONEN

Met het oog op de vergrijzing is dermatologische zorg voor ouderen een vraagstuk met toenemende urgentie. Het is van belang dat kwetsbare ouderen de juiste zorg op de juiste plek kunnen ontvangen. De trend om langer thuis te blijven wonen, zorgt ervoor dat er meer kwetsbare ouderen onder de medische verantwoordelijkheid van de huisarts vallen. De SO van de toekomst werkt steeds meer in de eerste lijn via een consultvraag van de huisarts of via een constructie van medebehandeling. Het vinden van voldoende SO's die hiervoor inzetbaar zijn is daarbij een uitdaging. Dergelijke initiatieven ('anderhalvelijnszorg') zijn er ook bekend voor dermatologische zorg. Men neemt aan dat deze vorm van zorg kostenbesparend is en dat de kwaliteit van de zorg er niet onder hoeft te leiden. Het grootste voordeel is er echter voor de kwetsbare oudere die op deze manier betere toegang heeft tot de nodige zorg. Betere samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde en dermatologen die komen tot nieuwe initiatieven maken



"Een dokter kan lijntjes en kwaaltjes snel proberen op te lossen, maar een gesprek helpt vaak om te accepteren wat je is overkomen", Mw. Monster – van Maaren



Mw. Ruiken (82 jaar)

het mogelijk dat kwetsbare ouderen de juiste zorg op de juiste plek ontvang. Daartoe is het belangrijk om elkaar op te zoeken. De bijdragen van specialisten ouderengeneeskunde (i.o.) in het boek maken duidelijk dat voor de ouderenzorg geldt: bekend maakt bemind. Want het werk in het verpleeghuis is divers, van revalidatie tot palliatieve zorg en alles wat daartussen zit. Van kleine (dermatologische) kwalen tot ingewikkelde polyfarmacie en medisch ethische vraagstukken. Geen dag is hetzelfde in het verpleeghuis.

MEER VERHALEN LEZEN?

Het verpleeghuis is het einde!
Portretten en verhalen van
verpleeghuisbewoners
Freya Angenent en
Lauke Bisschops

ISBN: 9789082690439, druk 2,
oktober 2017, 240 pagina's



LITERATUUR

1. Lubeek SFK, et al. Current dermatologic care in Dutch nursing homes and possible improvements: a nationwide survey. *J Am Dir Assoc.* 2015;16(8):714.e1-6.
2. Van Duin C, Stoeldraijer L. *Bevolkingsprognose 2014-2060.* CBS, Den Haag 2014.

CORRESPONDENTIEADRES

Freya Angenent
E-mail: f.angenent@my-doc.nl