

mr. Marjolein Rikmenspoel MA
geestelijk verzorger in de ouderenzorg en zelfstandig publicist

VERTROUWDHEID IS ESSENTIEEL, ZEKER IN LAATSTE LEVENSFASE

Geef huisarts een rol bij verpleeghuisopname

Een patiënt die in een verpleeghuis gaat wonen, raakt zijn vertrouwde huisarts kwijt en komt onder de hoede van een hem onbekende specialist ouderengeneeskunde. Dat kan onbedoeld drempels opwerpen naar goede levenseindezorg. Reden om de huisarts hierbij te betrekken.



FRANK MULLER / HOLLANDESE HOOGTE

Wie naar een verpleegtehuis gaat, krijgt te maken met de specialist ouderengeneeskunde (SO), die in de regel als hoofdbehandelaar niet alleen medische zorg verleent maar ook zaken regelt als een eventuele rechterlijke machtiging of dwangmaatregelen (BOPZ). De SO is meestal in dienst van de zorgorganisatie. De patiënt komt dus van het ene op het andere moment in een afhankelijkheidsrelatie terecht. Maar is bovendien niet vertrouwd met de specialist ouderengeneeskunde, die hem niet kent vanuit zijn natuurlijke omgeving. Ook is er minder kennis over de (vaak overleden) partner en kinderen, die meestal ook patiënt waren bij dezelfde huisarts.

In mijn werk in de zorg zie ik met eigen ogen hoe verdrietig het abrupt verbreken van contact met de eigen huisarts voor een patiënt kan zijn. Kort geleden nog vroeg een weduwnaar met dementie naar zijn huisarts, met wie hij een jarenlange band had. Zijn dochter probeerde uit te leggen dat hij te maken kreeg met de arts van het verpleeghuis. De man was hierover in tranen.

Laatste levensfase

De SO in het verpleeghuis is bij uitstek degene die te maken krijgt met de bewoner in zijn of haar laatste levensfase, inclusief de fase van sterven en overlijden. Maar over euthanasie wordt in een organisatie vaak niet openlijk gesproken, en ik spreek met enige regelmaat bewoners die onvoldoende op de hoogte zijn van de praktijk rond euthanasie en wat zij hiervoor zelf moeten regelen. Als zij dan de moed hebben gevonden om het onderwerp ter sprake te brengen, worden zij nogal eens gerustgesteld met de uitspraak dat 'zij zich geen zorgen hoeven maken'. Bij pijn en ongemak wordt palliatief opgetreden en is het wegglijden via sedatie dan soms de uiteindelijke gang van zaken. En als die patiënt net een principiële of communicatieve niet zo sterke SO treft, moet hij wel heel mondig zijn, wil hij om doorverwijzing verzoeken naar een andere arts binnen dezelfde organisatie. Collega-artsen staan op hun beurt liever niet bekend als 'dokter goede dood'. Een arts is uiteraard niet verplicht euthanasie uit te voeren, het is geen normaal medisch handelen. Dit is de reden waarschijnlijk dat een doorverwijsplicht evenmin bestaat. De commissie-Schnabel heeft deze wel aanbevolen. Goede communicatie is dus vereist, een taboe op euthanasie is niet van deze tijd.

Voor de autonomie van de patiënt is de vrije artskenus een groot goed

En als die patiënt net een principiële of communicatieve niet zo sterke SO treft, moet hij wel heel mondig zijn, wil hij om doorverwijzing verzoeken naar een andere arts binnen dezelfde organisatie. Collega-artsen staan op hun beurt liever niet bekend als 'dokter goede dood'. Een arts is uiteraard niet verplicht euthanasie uit te voeren, het is geen normaal medisch handelen. Dit is de reden waarschijnlijk dat een doorverwijsplicht evenmin bestaat. De commissie-Schnabel heeft deze wel aanbevolen. Goede communicatie is dus vereist, een taboe op euthanasie is niet van deze tijd.

om doorverwijzing verzoeken naar een andere arts binnen dezelfde organisatie. Collega-artsen staan op hun beurt liever niet bekend als 'dokter goede dood'. Een arts is uiteraard niet verplicht euthanasie uit te voeren, het is geen normaal medisch handelen. Dit is de reden waarschijnlijk dat een doorverwijsplicht evenmin bestaat. De commissie-Schnabel heeft deze wel aanbevolen. Goede communicatie is dus vereist, een taboe op euthanasie is niet van deze tijd.

Omgekeerde beweging

Verenso en LHV zijn een project gestart voor samenwerking tussen SO en huisartsen.¹ Er is hierbij toegewerkt naar een modelovereenkomst. Deze beweging focust vooral op de inzet van expertise vanuit het specialisme de wijken en eerstelijnszorg in.

REACTIE VERENSO:

ADVANCE CARE PLANNING

Het is goed dat er aandacht is voor de overgang van thuis naar het verpleeghuis. Huisartsen zijn gewend aan het overdragen van zorg, bijvoorbeeld binnen groepspraktijken en naar medisch specialisten in het ziekenhuis. De huisarts zal uitleggen waarom zorg soms beter (tijdelijk) door een andere arts kan worden gegeven. Mensen verhuizen tenslotte alleen naar het verpleeghuis als er sprake is van één of meerdere aandoeningen die zoveel beperkingen geven dat thuis wonen niet meer gaat. Aan de specialist ouderengeneeskunde is het om aandacht te hebben voor de impact die de verhuizing met zich mee kan brengen en voor het opbouwen van een relatie met de patiënt. Contact met de huisarts kan natuurlijk altijd.

De overgang naar het verpleeghuis kan nog soepeler verlopen als de samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde beter vorm krijgt in de wijk en in een eerder stadium het gesprek met de patiënt wordt aangegaan over zorg en behandeldoelen, én over het levenseinde. 'Advance care planning' noemen wij dat. Dan is het gesprek al gevoerd, zijn de mogelijkheden besproken en is de specialist ouderengeneeskunde al een beetje meer bekend.

Nienke Nieuwenhuizen

REACTIE LANDELIJKE HUISARTSEN

VERENIGING (LHV): WARME OVERDRACHT

Huisartsen weten als geen ander hoe belangrijk de vertrouwensrelatie met een patiënt is, het is een van de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde. Zo'n relatie, vaak opgebouwd in jaren, stopt soms abrupt wanneer een patiënt opgenomen wordt in een verpleeghuis. Voor alle betrokken partijen –patiënt, huisarts en specialist ouderengeneeskunde – is het daarom belangrijk om zo'n opname goed te begeleiden. Om samen het dossier door te nemen en ook stil te staan bij eventuele eerdere gesprekken over het levenseinde: een warme overdracht. Dat is de juiste basis waarmee de specialist ouderengeneeskunde de zorg voor een patiënt kan overnemen.

Ik zou er echter voor willen pleiten dat ook in de omgekeerde beweging energie wordt gestoken.

Heel concreet zou dit kunnen neerkomen op:

1. een warme overdracht van het medisch dossier in een persoonlijk gesprek tussen de oude huisarts en de specialist ouderengeneeskunde, met name over wensen rond het levenseinde;
2. een afsluitend gesprek tussen huisarts en de vertrekkende patiënt met uitleg en voorlichting over de veranderde situatie. Hierbij zou de huisarts bij de SO kunnen aankaarten hoe het zit met vragen rond niet-reanimeren, euthanasie en dergelijke, zodat dit goed wordt uitgewisseld en helder genoteerd. De huisarts heeft hierin, vanuit zijn bekendheid met de patiënt, dan een controlerende én informerende functie;
3. helderheid vanuit de arts en binnen de zorgorganisatie over wie principieel tegen euthanasie is en een aanvraag liever niet in behandeling neemt. Zodat de patiënt die het betreft zich direct kan richten tot een arts die het gesprek open aangaat en die, mocht tot euthanasie worden besloten, deze ook kan uitvoeren.

Vertrouwensrelatie

Voor de autonomie van de patiënt is de vrije artsenskeus een groot goed, een onderwerp dat in 2014 aanleiding was tot een hevig politiek debat in verband met aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Ouderen en gehandicapten werden echter onder de toenmalige AWBZ in de praktijk behandeld door de arts in de instelling, omdat de huisarts valt onder de verzekerde zorg. Met de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) is in deze praktijk geen verandering gekomen.

In het jaarverslag van de RTE uit 2016 is op te maken dat het overgrote deel van euthanasiegevallen door de huisartsen wordt verleend.² In ziekenhuizen komt het wel voor dat de huisarts de euthanasie komt verlenen bij een patiënt. Ik weet niet of dit een wenselijke situatie is als iemand al wat langer in een verpleeghuis verblijft, maar het zou een optie kunnen zijn.

De vertrouwensrelatie staat voorop, zegt menig arts waar het de gevoelige thematiek van euthanasie en het levenseinde betreft. Laten we daar dan van uitgaan en zorgen voor een goede kwaliteit van zorg en streven naar optimale communicatie.

Zeker ook in relatie tot het vraagstuk van voltooid leven en euthanasie bij een stapeling van ouderdomskwalen is het van belang aandacht te schenken aan de relatie tussen arts en verpleeghuisbewoner.³ Een goede dood gaat immers over meer dan over het al dan niet verlenen van euthanasie. ■

contact

marjolein@notos.info
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

web

De voetnoten en meer informatie over dit onderwerp vindt u op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

DE HUISARTS



JOS VAN BEMMEL is praktijkhouder in Amersfoort

Plaatsvervangende schaamte

Vrijdagavond. Ik ben regiearts op de huisartsenpost en verantwoordelijk voor het reilen en zeilen. Het is rustig: ik hoef maar van zo'n vijftig assistentenvragen en telefoontjes iets te vinden. Van die vijftig zijn er vijf die te maken hebben met een opioïde. Een 85-jarige dame gebruikt al tijden oxycodon vanwege terugkerende pijnaanvallen. Ze schreeuwt vanwege de bekende pijn in haar lies en is flink in de war. Heeft ze te veel oxycodon ingenomen? Een visite volgt. Een man van 70 is 'de weg kwijt', hij 'wil klaarkomen'. Is het de oxycodon die hij heeft meegekregen na zijn schouderoperatie? Een visite volgt. Een vrouw belt. Haar man heeft de hik. Hij is gisteren geopereerd aan zijn schouder. Of het door de oxycodon komt? Ze wordt verwezen naar de voorschrijvende orthopeed. Een 15-jarig meisje belt en tolkt voor haar moeder. Alles is mis. Voor haar gekneusde ribben heeft ze oxycodon gekregen in het ziekenhuis. Trillen, hartkloppingen en braken. Een visite volgt. Een man van

40 belt. Hij gebruikt clozapine en heeft van de huisarts tramadol gekregen omdat hij 'pijn aan zijn ballen' heeft. Hij is in de war. Het is onduidelijk of hij altijd in de war is. Voor de zekerheid wordt de tramadol gestopt. Het was een memo-

10 PROCENT HAD BIJWERKINGEN VAN EEN OPIOÏDE

rabele avond. Ongeveer 10 procent van alle patiëntencontacten had te maken met mogelijke bijwerkingen van een opioïde. Zo'n avondje iatrogene schade ten gevolge van vaak onnodige pijnbestrijding met opiaten kost de zorg een aardige cent. Na afloop moesten we erom lachen. We lachten zo'n nerveuze lach, die van de plaatsvervangende schaamte. Schaamte voor wat dokters hun patiënten aandoen. In mijn spreekkamer hangt een tegeltje: 'Mijn dokter is een goede dokter, hij heeft me niet zieker gemaakt'.