

Ziekenhuizen moeten veel meer geriatrische hulp inzetten bij de behandeling van zieke ouderen



Pauline Meurs is hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg, EUR en voorzitter van de raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Reageer via expert@fd.nl



GroenLinks-Kamerlid Corinne Ellemeet brak vorige week, tijdens een algemeen Overleg in de Tweede Kamer over medisch specialistische zorg en ziekenhuiszorg, een lans voor een grotere inzet van de geriater. Deze specialist in ouderengeneeskunde zou meer moeten worden ingezet bij beslissingen over de ziekenhuisbehandeling van ouderen vanaf zeventig jaar.

Niet alleen tijdens het debat in de Kamer, maar ook in de kranten en op de sociale media, kreeg Ellemeet vervolgens forse kritiek over zich heen. Haar voorstel werd met het grootste gemak geframed als een aanval op de zorg voor ouderen, als een manier om ouderen passende zorg te onthouden, en als middel om de zorg goedkoper te maken. Grote woorden werden daarbij niet geschuwd, zoals 'mogen ouderen er nog wel zijn?'. Andere woorden vind ik zelfs ongepast om hier nog te herhalen.

De daarop volgende dagen is gespeculeerd over de oorzaken van deze framing: had Ellemeet zich verkeerd uitgedrukt? Moet de discussie begrepen worden in het kader van de komende Provinciale Statenverkiezingen in maart? Of is het tegenwoordig gewoon geworden om woorden van een Tweede Kamerlid te verdraaien of in een kwaad daglicht te plaatsen? Dit zijn uiteraard allemaal nuttige vragen en ze zijn leerzaam om in de toekomst te voorkomen dat een voorstel totaal uit zijn context wordt gehaald.

Ik vind het hier echter belangrijk om het voorstel van Ellemeet op zijn inhoudelijke merites te beoordelen. Voor welk probleem is een grotere inbreng van de geriater bij zieke ouderen een oplossing? En draagt dat bij aan betere ziekenhuiszorg? Dankzij de successen van de medisch specialistische zorg kunnen we langer in goede gezondheid leven.

In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) stelt het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) dat de levensverwachting stijgt van 81,5 jaar in 2015 naar bijna 86 jaar in 2040. Die extra levensjaren worden niet alleen in goede gezondheid ervaren. Doordat steeds minder mensen overlijden aan hart- en vaatziekten of kanker, zullen steeds meer mensen te maken krijgen met de langetermijngevolgen van deze ziekten. Daarnaast ontwikkelen mensen, door de stijging van de leeftijd, ook meerdere aandoeningen tegelijkertijd, waardoor ziekenhuisopnames eerder uitzondering dan regel worden. Ongeveer 65% van alle ziekenhuispatiënten is ouder dan zeventig jaar.

Ziekenhuiszorg is dus voor een groot deel ook ouderenzorg geworden. De ouderen die worden opgenomen zijn bovendien zeer kwetsbaar. En met de politieke keuze om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, is de kwetsbaarheid van deze groep eerder toediening dan afgenomen. Pas als het echt niet anders kan is een ziekenhuisopname aan de orde.

SPECIFIEKE ZORG

Ziekenhuizen houden hier in toenemende mate rekening mee. Langzaam groeit het besef dat deze groep patiënten specifieke zorg behoeft. Zo is in het kwaliteitsbeleid van elk ziekenhuis aparte aandacht voor kwetsbare ouderen. Daarin staat onder meer beschreven dat een ziekenhuisopname voor kwetsbare oudere patiënten risicovol is, vanwege een verhoogde kans op complicaties zoals een infectie, ondervoeding, delirium of schade door vallen. Een vroegtijdige en systematische identificatie van geriatrische proble-

men is een eerste noodzakelijke stap gericht op het voorkomen van onbedoelde schade.

En zoals de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie aangeeft: 'De ene tachtigjarige is de andere niet. Sommige vitale mensen wil je alle behandelingen geven die er maar zijn. Anderen zijn zo zwak, dan doe je meer kwaad dan goed'. Door geriater te betrekken bij de behandeling kan de patiënt niet alleen zo goed mogelijk worden voorgelicht over de behandeling zelf, maar ook over de resultaten en de invloed daarvan op de kwaliteit van leven. Zo kan de kwetsbare patiënt een weloverwogen keuze maken om wel of niet behandeld te worden.

Daar komt nog bij dat in veel ziekenhuizen nog onvoldoende kennis beschikbaar is over de gevolgen van medische ingrepen bij ouderen. Zo houdt veel wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van (farmacotherapeutische) behandelingen nog steeds te weinig rekening met de verschillende leeftijden. De richtlijnen zijn nog te veel gebaseerd op een 'gemiddelde patiënt'. Daar komt pas heel geleidelijk verandering in, dankzij de inzet van geriatrische deskundigheid.

Een goed voorbeeld hiervan is nierdialyse bij ouderen. Een belangrijk deel van de ouderen lijkt bij deze behandeling nauwelijks op te knappen, zo blijkt uit lopend onderzoek. De vraag is dan of een wekelijkse behandeling in het ziekenhuis voldoende waarde toevoegt aan de kwaliteit van het leven van deze ouderen. Hiermee is niet gezegd dat nierdialyse niet meer aan ouderen moeten worden aangeboden, maar wel dat de patiënt een bewuste afweging moet kunnen maken.

ALGEMEEN WELBEVINDEN

In de gezondheidszorg is sprake van toenemende specialisatie, we spreken zelfs over superspecialisatie. We ontwikkelen meer diepgaande kennis over een steeds specifiekere en kleinere deel van het lichaam. Hierdoor hebben we gezondheidswinst geboekt. Maar het heeft ook een keerzijde. Want door een eenzijdige gerichtheid op een ziekte en de mogelijke behandeling, verliezen we vaak het zicht op het algemeen welbevinden van de patiënt.

Een klinisch geriater die meedenkt en meesprekt kan dan voor de oudere patiënt het verschil maken. Dat is goede zorg die ik elke oudere patiënt toewens.



ILLUSTRATIE: HEIN DE KORT VOOR HET FINANCIËLE DAGBLAD

Doordat we langer leven is ziekenhuiszorg voor een deel ouderenzorg geworden