

De brede kijk van de Specialist Ouderengeneeskunde in de (ambulante) GGZ

Over het algemeen bestaat het beeld dat je met ouderen met psychische of cognitieve klachten niet meer veel kan bereiken in een behandeling. Ze zouden niet meer 'leerbaar zijn' of de behandeling zou te belastend zijn gezien hun leeftijd. Oude bokken hebben stijve horens...

"Dat is precies de reden dat ik na mijn studie geneeskunde koos voor de opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde. Er kan juist nog heel veel, met name om de kwaliteit van leven voor ouderen te verbeteren. Het is mooi om te zien wat er nog allemaal wél mogelijk is, ook in de laatste levensfase. We betrekken daarbij bijna altijd ook het systeem van de patiënt. Familieleden en andere mantelzorgers zijn vaak zelf ook al op leeftijd of hebben zelf allerlei gezondheidsklachten én zijn overbelast door de zorg voor hun dierbare. Door te kijken hoe wij hen kunnen ontlasten, neemt ook hun kwaliteit van leven toe en kunnen zij weer meer gewoon écht genieten van de tijd samen met de oudere waarvoor ze zorgen."

samen met
Lionarons
geestelijke gezondheidszorg

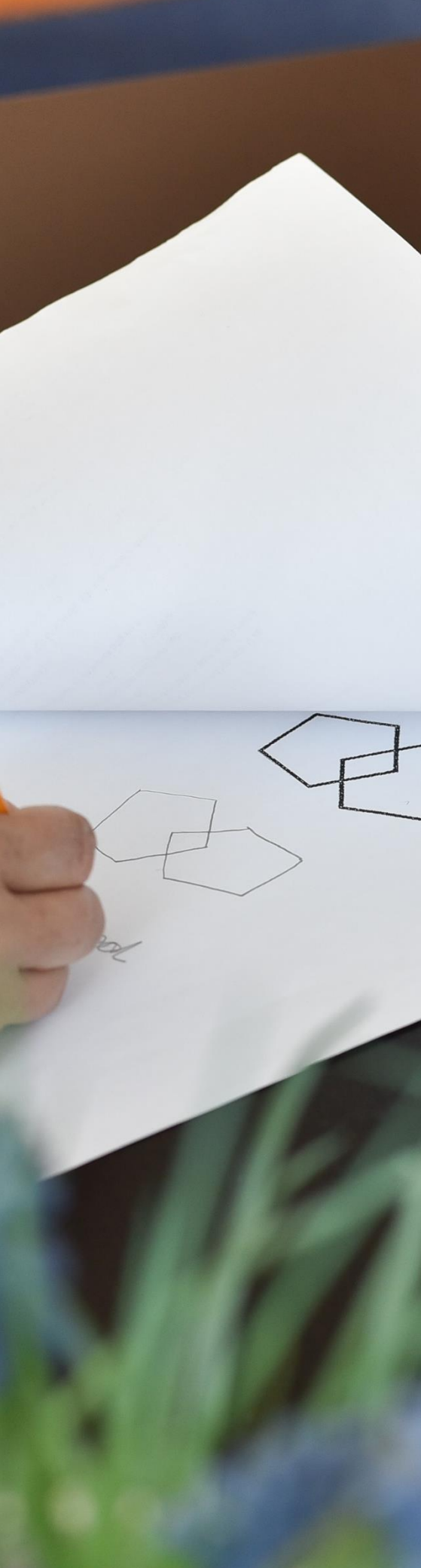


Aan het woord is Roelant Gerrits. Hij volgt in Nijmegen de opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde en heeft van maart tot en met augustus 2020 zijn stage 'ambulant/psychiatrie' bij de afdeling Ouderenzorg van Lionarons GGZ gedaan. Deze 6 maanden durende stage is een vast onderdeel van de 3-jarige opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde (S.O.). Al heel wat jaren biedt Lionarons GGZ ieder half jaar een stageplek voor de S.O. in opleiding.

Roelant kijkt overigens met grote tevredenheid terug op zijn stageperiode en is net als zijn voorgangers in opleiding zeer te spreken over de begeleiding van onze Specialist Ouderengeneeskunde Hilde Heijnen, die inmiddels ruim 10 jaar bij ons werkzaam is en de afdeling Ouderenzorg in de loop der jaren mee vorm heeft gegeven. Met name over de persoonlijke aandacht (een bloemetje ter verwelkoming op zijn eerste stagedag), de prettige sfeer tussen collega's en de uitgebreide kennismaking met alle disciplines die werkzaam zijn binnen onze Ouderenzorg is Roelant erg te spreken.

Roelant vertelt vol verve over dit medisch specialisme dat bij veel mensen nog relatief onbekend is: "Als ik de term Specialist Ouderengeneeskunde gebruik, denken veel mensen als eerste aan een soort geriater. Het werk van de SO lijkt echter wat meer op dat van de huisarts." Ervaring en kennis op het gebied van cognitieve stoornissen (soorten dementie) is uiteraard één van de belangrijkste competenties van een S.O., maar ook andere psychische klachten als zoals depressie, angst en psychoses zijn veel voorkomend bij ouderen





in het verpleeghuis of in de thuissituatie. "Patiënten moeten zien om te gaan met beperkingen in hun functioneren door chronische ziektes of aandoeningen, ze worden

minder mobiel en afhankelijk van anderen en zien zich geconfronteerd met het verlies van dierbaren of het verlies van dagbesteding (b.v. pensioen). En dan zijn er natuurlijk ook nog ziektebeelden die veroorzaakt lijken te worden door b.v. (beginnende) dementie, maar die ook gewoon een lichamelijke oorzaak kunnen hebben, zoals een delier of een ernstig vitaminetekort. Als S.O. zie je dus in je werk altijd een patiëntenpopulatie waarin psychische klachten als het ware extra 'gecontenteerd' zijn."

Roelant vervolgt: De S.O. leert een patiënt in kaart te brengen op met behulp van het SFMPC model. Dit staat voor Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch en Communicatie. Bij iedere patiënt die de S.O. ziet, wordt het psychische vlak dus in kaart gebracht. Het model is een handige tool om de 'hele' patiënt in kaart te brengen en ook de invloed van al deze vlakken te herkennen en erkennen." Verder heeft de S.O. op basis van zijn opleiding en praktijkervaring kennis van de wetgeving, indicatiestelling en procedures rondom dwangmatige zorg, wilsonbekwaamheid, opname in het verpleeghuis, rechterlijke machtigheden, etc.

“Dat is wel een groot verschil met bijvoorbeeld het werk van een geriater. Natuurlijk kunnen patiënten ook naar de geriater in het ziekenhuis als er vermoedens zijn van cognitieve klachten. In een dagdeel kan een (hetero)anamnese worden gedaan in combinatie met bijvoorbeeld labonderzoek, een longfoto en een CT-scan. Twee weken later is dan vaak de uitslag bekend. Vergeet echter niet dat een bezoek aan het ziekenhuis voor veel ouderen heel belastend is en veel stress kan veroorzaken. Als de oorzaak inderdaad kan worden verklaard door een cognitieve aandoening als dementie, staat de patiënt een paar weken later weer thuis én dus vaak bij de huisarts, familie en mantelzorgers. Okee, er is sprake van dementie, en nu? Hoe nu verder? Na een diagnose geeft het ziekenhuis natuurlijk wel advies, maar wij als S.O. voeren dat advies ook mee uit. Wij schakelen zelf de casemanager dementie in, ontzorgen de mantelzorgers, zetten ergotherapie, fysiotherapie of dagbesteding in gang en indien nodig regelen wij ook de indicatiestelling voor een verpleeghuisopname. De S.O. kent de hele procedure van eerste lijn tot aan het verpleeghuis.” Als bijkomend voordeel wordt bij Lionarons GGZ de ouderenzorg in de thuissituatie van de patiënt geboden. “Anamnese, hetero-anamnese, geriatrisch of psychiatrisch onderzoek en neuro-psychologisch onderzoek (NPO) vinden in de thuissituatie plaats. Wij komen dus letterlijk achter de voordeur kijken. We kunnen in kaart brengen hoe iemand zich redt en regelen wat nodig is. Mensen moeten tegenwoordig zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Een mooi uitgangspunt, maar wij bekijken in de thuissituatie óf en met welke hulp dat mogelijk is én wat nodig is wanneer het niet meer gaat en er dus een vervolgstap moet komen.”

Als Specialist Ouderengeneeskunde wordt hij ook regelmatig geconsulteerd door huisartsen of de POH-GGZ (Ouderenzorg): “Bij psychische klachten wordt natuurlijk in eerste instantie vaak aan consultatie door de psychiater gedacht, terwijl een S.O. doorgaans wordt geconsulteerd bij somatische klachten. Een psychiater Ouderenzorg is echter vooral gericht op diagnostiek en medicatievragen, terwijl de S.O. meer oog heeft voor probleem- of onverklaarbaar gedrag en daar oplossingen voor zoekt. Daar komt veel maatwerk bij kijken; wat past bij iemand en wat was iemand zijn hele leven gewend? Denk bijvoorbeeld aan dementerende ouderen die thuis of in het verpleeghuis niet meer gedoucht willen worden. De meeste hoogbejaarde ouderen zijn gewend zich aan een wasbak te wassen en hooguit één keer per week te douchen. Als de wijkverpleging of verzorgende dan komt om te helpen met douchen, zeker in het verpleeghuis in een douche met alle toeters en bellen, kan dat heel beangstigend zijn voor de oudere. Uit

onmacht – ook omdat een dementerende oudere zich niet meer goed verbaal kan uiten – kan dat zelfs leiden tot agressief gedrag. Waarom moet iemand op hoge leeftijd nog om de twee dagen onder de douche als diegene zich zijn leven lang al bij de kraan wast? Zo proberen we oog te houden voor dat laatste beetje levenskwaliteit.”

De S.O. in de GGZ:

Steeds vaker worden S.O.'s in consult gevraagd bij complexe problematiek op somatisch vlak bij ouderen die nog thuis wonen. Binnen het werkveld van de GGZ zijn de S.O.'s echter nog minder bekend. Toch heeft iedere S.O. in zijn opleiding dus een verplicht onderdeel GGZ gehad (6 maanden t.o.v. 3 maanden in de huisartsenopleiding). Verder hebben S.O.'s vaak ruime ervaring op het gebied van GGZ problematiek.

Roelant is zich terdege bewust van het uitdagende werkveld waarin hij zich begeeft: “We werken als S.O. met de meest complexe doelgroep en er zijn steeds minder financiële middelen beschikbaar. Mantelzorgers zijn overbelast, hebben vaak zelf nog werk en gezin, terwijl de overheid van hen verwacht dat zij ook voor hun dementerende of kwetsbare ouder zorgen.” Toch ziet Roelant al uit naar de tijd dat hij na zijn laatste stageperiode straks als S.O. aan de slag kan: “Juist om met andere zorgverleners te puzzelen naar wat wel nog mogelijk is en hoe we net dat stukje levenskwaliteit kunnen bereiken, dat maakt dat ik blij ben met mijn beroepskeuze. Straks ben ik opgeleid om de mens vanuit alle levensaspecten in kaart te brengen.”



**Stagebegeleider en Specialist
Ouderengeneeskunde Hilde Heijnen**

Het vak S.O. kent verschillende werkvelden, S.O.'s zijn voornamelijk werkzaam in de geriatrische revalidatie (GRZ) en het verpleeghuis. In het verpleeghuis hebben de meeste patiënten een S.O. als dokter in plaats van een huisarts. De S.O. doet dan alles wat een huisarts normaal zou doen. In de GRZ werkt een S.O. als hoofdbehandelaar tijdens de revalidatie van een patiënt. Revalidatie kan bijvoorbeeld na een herseninfarct of zware longontsteking nodig zijn. Verder worden S.O.'s door huisartsen steeds vaker in consult gevraagd bij complexe problematiek bij ouderen. Denk hier aan patiënten met dementie die thuis wonen.

De meeste GGZ-instellingen die ouderen behandelen, hebben ook een S.O. in dienst. Dat Lionarons GGZ een S.O. in de ambulante geestelijke gezondheidszorg inzet is relatief uniek.

Een aantal termen zijn op de SO van toepassing.

- **Multidisciplinair** (samenwerking met fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog, verzorging, verpleging en andere artsen).
- **Generalistisch** (net als bij een huisarts komen alle soorten klachten aan bod; long, hart, buik, KNO, neurologische klachten, GGZ etc).
- **Chronisch** (de ziektebeelden zijn vaak chronisch van aard, contact met de S.O. is dan ook vaak langdurig, zeker in het verpleeghuis).
- **Kwaliteit van leven** (wat is passende zorg voor een patiënt, vooruit denken over het levenseinde en hierin tijdig beslissingen maken).