

Somatische verklaringen bij probleemgedrag

Door Anouk Broersma.

Hoe kunnen een CCE-tool, *Stepped care* en nauwe samenwerking tussen arts VG en huisarts de kwaliteit van zorg voor mensen met een verstandelijke beperking verbeteren? Arts VG Michiel Vermaak en huisarts Gaston van de Weijer gaan erover in gesprek met elkaar.

Ongemak, pijn of verminderd lichamelijk functioneren kunnen invloed hebben op het gedrag van mensen met een verstandelijke beperking. Dat klinkt in theorie logisch, maar in de praktijk blijven somatische verklaringen voor probleemgedrag soms onderbelicht. CCE maakte daarom samen met specialisten uit het werkveld een hulpmiddel voor professionals in de gehandicaptenzorg. De tool *Somatische verklaringen bij probleemgedrag* bevat een model om factoren die probleemgedrag verklaren in kaart te brengen en een lijst van de top zeventig somatische aandoeningen die probleemgedrag kunnen veroorzaken. Professionals kunnen het online bekijken via: <https://somatick.cce.nl/>.

Michiel Vermaak werkte mee aan de tool en is ervan overtuigd dat deze huisartsen kan ondersteunen, zeker nu zorgorganisaties steeds vaker een beroep doen op lokale huisartsen voor de somatische zorg voor hun inwonende patiënten. Vermaak is arts VG bij Novicare, een zelfstandige medische en paramedische behandel-dienst. Bij één van de zorgorganisaties waar hij de vaste arts VG is, komt Gaston van de Weijer geregeld over de vloer als huisarts. Gaston en Michiel gingen voor dit artikel online met elkaar in gesprek over het belang van goede samenwerking tussen huisarts en arts VG, *Stepped care* en de meerwaarde van de tool *Somatische verklaringen bij probleemgedrag*.

Jullie kennen elkaar al een tijdje, hoe zijn jullie op elkaars pad gekomen?

Gaston: 'In mijn gemeente zit een zorgorganisatie die zowel dagbesteding als verblijf voor mensen met een verstandelijke beperking biedt. Het is goed als zo'n organisatie een eigen huisarts heeft die alle facetten van de verstandelijke gehandicaptenzorg kent, maar die was er niet. Toen heb ik die zorg op me genomen. Maar ik liep wel vast in bepaalde ziektebeelden, vooral als patiënten onrustig en paniekerig waren. Uiteindelijk gingen ze op

zoek naar een arts VG en kwam Michiel in 2013 in beeld. Daar was ik blij mee, het klikt ook goed tussen ons.'

Michiel: 'Ik kom vier keer per jaar op locatie voor consult en Gaston kan mij op laagdrempelige manier bereiken. Hij kan nu bij bepaalde vragen tegen de zorgorganisatie zeggen: dit is niet huisartsgeneeskundig, daarvoor moet je bij Michiel zijn. Dat helpt, al blijft het natuurlijk ingewikkeld, zeker bij de ouder wordende patiënt. Laatst hadden we bijvoorbeeld een casus van een patiënt met het Down syndroom die iets achteruit ging, waar iedereen om haar heen heel zenuwachtig van werd. Ze deden een groot beroep op Gaston, maar op een gegeven moment houdt het medisch gezien op. Als dokters hebben we twee dingen beloofd; dat we goed voor onze patiënten zorgen én dat we ze beschermen tegen te veel medisch ingrijpen. We kunnen niet continu iemand naar het ziekenhuis sturen, soms gaat het ook om acceptatie dat iemand achteruit gaat.'

Hoe is de relatie tussen arts VG, huisartsen en zorgorganisaties in de afgelopen jaren veranderd?

Michiel: 'Er zijn steeds meer kleine zorglocaties ontstaan, mensen moesten meer in de wijk gaan wonen. De wetgeving heeft die ontwikkeling niet goed gevolgd, die is nog steeds gericht op grote zorgorganisaties waar een instellingsarts rondloopt die alles regelt. Dat maakt het soms moeilijk goede zorg te leveren. We zijn in Nederland met 240 Artsen VG; met dat aantal kunnen we niet 24/7 de huisartsenzorg borgen bij al die kleine organisaties. Daarnaast is de arts VG ook niet meer opgeleid om (acute) huisartsgeneeskundige zorg te geven, en is dus niet bevoegd en bekwaam om dat te doen. Dus we zijn heel erg afhankelijk van huisartsen, terwijl met hen vaak niet goed is afgesproken waarvoor zij verantwoordelijk zijn, waarvoor de zorgorganisatie en waarvoor de arts VG.'

Gaston: 'Als er iets is, kan een zorgorganisatie mij altijd bellen. Maar soms word ik een beetje kribbig dat ze om elk wissewasje bellen. Dan is er bijvoorbeeld een tabletje door de gootsteen gespoeld en willen ze direct een nieuwe hebben.'

Michiel: 'Terwijl de zorgorganisatie verantwoordelijk is voor de inkoop van medicatie. Zo'n ontbrekend pilletje is geen medisch probleem, maar een logistiek probleem. Medewerkers moeten weten dat ze daarvoor niet bij de huisarts moeten zijn, maar een interne procedure moeten volgen. Dat soort afspraken moeten we echt duidelijker gaan vastleggen met elkaar, waar we vanuit Novicare nu ook mee bezig zijn.'



Michiel, jij hebt meegeholpen aan de ontwikkeling van de tool. Wat is volgens jullie beide de meerwaarde daarvan in de huisartsenpraktijk?

Michiel: 'Het kan huisartsen helpen om zaken gestructureerd te checken. In eerste instantie ontwikkelden we de tool met begeleiders en gedragskundigen in gedachten, maar het bleek toch erg medisch. Toen besepte ik dat we dit bij huisartsen onder de aandacht moeten brengen, voor hen is het een heel prettig lijstje. Als ze te maken krijgen met iemand met probleemgedrag kunnen ze met die tool controleren: wat kan ik als huisarts al uitsluiten, of juist aantonen, voordat ik iemand naar de arts VG stuur?'

Gaston: 'Somatiek is mijn expertise, bij psychische aandoeningen en genetische afwijkingen weet ik het vaak ook niet meer. Natuurlijk weet ik dat ze bestaan, maar niet altijd wat de consequenties zijn. Het is toch een heel andere populatie, bij wie het hele stelsel anders reageert op medische behandelingen. Laatst gaf Michiel bijvoorbeeld het advies om een meisje met doorbraakbloedingen naar de gynaecoloog te sturen. Ik dacht: dat kunnen we zelf toch wel afhandelen? Dus ik belde hem en vroeg waarom we niet gewoon de prikpil gaven. Toen legde hij uit dat dat niet de eerste optie is, omdat je vaak ziet dat de prikpil invloed heeft op het welbevinden van patiënten. Dat is de aanvulling van de arts VG, die weet gewoon veel meer over dit soort aandoeningen. In de tool staat wat Michiel en ik eigenlijk in onze samenwerking al doen, maar dan op papier gezet.'

Michiel: 'Jij verleent deze medische zorg al zo lang, bij jou zit dat lijstje al helemaal in je hoofd. Maar aan huisartsen die net starten met deze doelgroep met hele bijzondere symptomatologie kan het veel houvast bieden, het is een soort spiekbriefje.'

Wat bij deze doelgroep extra lastig is, is dat medewerkers van een zorgorganisatie de huisarts regelmatig bellen met een warrig verhaal. Zij begrijpen soms ook niet goed wat er aan de hand is, vinden de situatie eng en zijn misschien zelfs een beetje bang voor het gesprek met de huisarts. Want wat als de arts iets anders wil dan de familie? Dan moet de medewerker dat straks aan de familie uitleggen. Als huisarts ben je gewend dat een patiënt of zijn ouders zelf hun verhaal bij je doen, dan heb je een heel ander soort gesprek.'

Gaston: 'Bij deze patiënten kun je geen anamnese doen, je kunt vaak geen echt gesprek met ze voeren. Dus je bent dan ook wel aangewezen op de informatie van medewerkers, en die blijft nog weleens achter. De zorgorganisatie zit ook nog eens tussen de ouders en mij als dokter in, terwijl ouders soms dingen van mij verwachten die ik niet kan waarmaken.'

Michiel: 'Medewerkers en familieleden doen vaak niet aan objectieve waarneming, maar aan interpretatie. Ze maken een vertaalslag en concluderen dat er vast iets medisch aan de hand is, terwijl wij als artsen dan vaak niets medisch vinden. In zulke situaties kan zo'n tool voor een huisarts een grote steun zijn, om toch even gestructureerd alles na te gaan. Want als je naar een patiënt gaat die achteruit gaat, moet je toch echt uitzoeken: is dit psychiatrisch, is het gewoon veroudering, heeft hij pijn of is er nog iets anders aan de hand?'

Medewerkers van zorgorganisaties spelen een belangrijke rol in *Stepped care*, kun je daar iets meer over vertellen?

Michiel: 'Stepped care' betekent dat de medische zorg niet alleen bij de dokter ligt, maar ook al in de stapjes daarvoor. De kwaliteit van zorg op de woning zelf moet goed zijn. Het kan dertig procent van de inzet schelen als een zorgteam heel adequaat triage doet, merken we bij Novicare.'

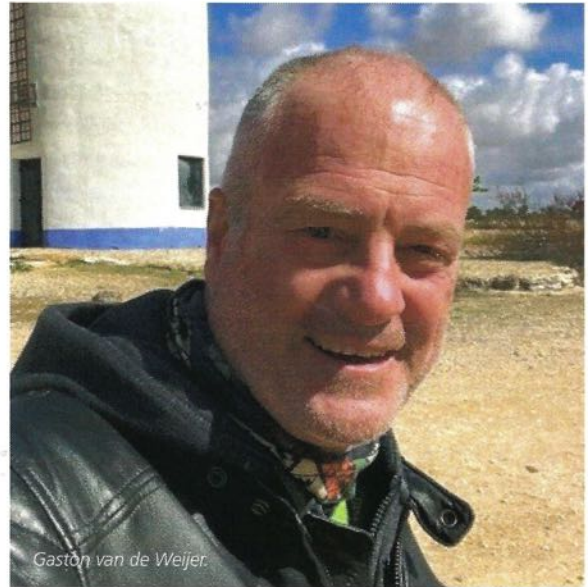
Gaston: 'Wat je wilt, is dat medewerkers de huisarts bellen met een compleet verhaal en bepaalde metingen al hebben gedaan. Maar vaak vertellen ze me een onduidelijk verhaal, waaruit ik geen goed beeld krijg van wat er aan de hand is. 'Hij zit alleen maar stil, wil je eens komen kijken?' hoor ik dan bijvoorbeeld. Bij mijn bezoek moet ik dan nog een hoop vragen stellen.'

Michiel: 'Zorgorganisaties hebben nog lang niet altijd goede protocollen of medewerkers met voldoende kennis voor een efficiënt voortraject, waardoor wij als artsen VG en huisartsen moeten compenseren. Je ziet vaak dat een organisatie denkt: 'Er is een dokter, vinkje', en dat het daarmee klaar is.

Wij dokters hebben ook een aandeel in die dynamiek, want wij zijn opgeleid om problemen op te lossen én verantwoordelijkheid te nemen. Dus als er een probleem is, gaan we dat vaak oplossen zonder erover na te denken of wij degenen zijn die dat zouden moeten doen. Heel vaak zijn het echter geen medische problemen die we voorgelegd krijgen. Het is echt belangrijk om de huisarts en arts VG via *Stepped care* te ontlasten, daarover moeten we duidelijke afspraken maken met zorgorganisaties.'

Kan de tool ook bijdragen aan *Stepped care* en werkontlasting voor artsen?

Michiel: 'Zeker. Het is één van de manieren waarop we als arts VG de huisartsen kunnen faciliteren en ondersteunen. Want als huisartsen niet gefaciliteerd worden, zeggen ze misschien: ik doe het niet, ik ben jullie vinkje niet meer. Zorgorganisaties vragen hen iets te doen waar ze niet voor opgeleid zijn en ze lopen ook nog eens risico. Want als het in de zorgorganisatie niet goed gaat, wordt de huisarts daarop aangekeken. En als het medisch misgaat, staan wij als artsen voor het tuchtcollege, niet de organisatie.'



Gaston van de Weijer

Een hele tijd hebben we weinig aandacht besteed aan dit probleem, óók als artsen VG. De verstandelijke gehandicaptenzorg heeft de huisartsen vaak genegeerd. Er startten organisaties op allerlei locaties en iedereen dacht dat de huisarts de zorg wel op zich zou nemen. Maar dat is niet altijd zo.'

Gaston: 'Ik denk dat ze het vanzelfsprekend vonden dat wij het zouden doen. In mijn gemeente ging dat ook zo: de locatie kwam hier en pas toen de patiënten er al waren vroegen ze mij of ik de huisartszorg wilde verlenen. Ik heb ze toen in mijn praktijk opgenomen, maar onder veel huisartsen was er weerstand. Dat is een stuk minder sinds er goede afspraken zijn gemaakt met artsen VG. Nu kun je de arts VG bellen als de vraag niet op jouw gebied ligt, voorheen kon je dan niks.'

Michiel: 'Er is nog wel wat frustratie omdat het principe van *Stepped care* nog niet helemaal goed is ingevoerd, daar moeten we echt aan gaan werken. Maar als de huisarts en arts VG goed samenwerken, zoals wij dat doen, scheelt dat al heel veel. *Stepped care* heeft nu ook een prominente rol gekregen in het *Convenant randvoorwaarden en facilitering medisch generalistische zorg voor mensen met een beperking*, dat door onder anderen de NVAVG en LHV is opgesteld in 2020. Het wordt dus breder opgepakt gelukkig.

We waren als arts VG altijd de dokter van de organisatie. Nu zorgorganisaties zich meer verspreiden en kleiner zijn, moeten we meer ernaar terug dat we de dokter van de patiënt zijn. Als arts VG moet ik naast huisartsen als Gaston gaan staan, we moeten samen optrekken om deze patiënten goede zorg te kunnen verlenen.' ■