

KNMG-standpunt met oplossingen voor actuele knelpunten

Sterke zorg voor kwetsbare oudere

prof. dr. Robbert Huijsman MBA,
hoogleraar integraal zorg-
management, iBMG, Erasmus
Universiteit Rotterdam (onaf-
hankelijk voorzitter stuurgroep)

drs. Michiel Wesseling,
beleidsadviseur KNMG (secre-
taris stuurgroep)

Correspondentieadres:
m.wesseling@fed.knmg.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Integraal en multidisciplinair. Zo moet de zorg voor kwetsbare oudere patiënten eruit zien. Met een spilfunctie voor de huisarts en één loket in elk ziekenhuis. Het gaat niet alleen om behandelen, maar ook om het functioneren.

Nederland telt 1 miljoen oudere mensen met multimorbiditeit. Dat aantal groeit naar verwachting tot 1,5 miljoen in 2020.¹ Bij multimorbiditeit stijgt de kans op kwetsbaarheid sterk. Gemiddeld behoort een op de zeven mannen en een op de vijf vrouwen boven de 65 tot de groep kwetsbare ouderen.² Steeds meer van deze mensen wonen tot op hoge leeftijd zelfstandig. De medische zorg is daarop nog niet ingericht. Kennis schiet tekort en medische richtlijnen over diagnostiek, behandeling en begeleiding ontbreken. Oudere kwetsbare patiënten hebben te maken met wisselende zorgverleners, tegenstrijdige medicatievoorschriften en versnip-

perde financiering van de zorg. Zowel thuis als in het ziekenhuis. Oudere mensen en hun mantelzorgers willen ook steeds

vaker overleggen en meebeslissen over hun eigen behandeling en zorgverlening. Dat vraagt om uitgebreid overleg.

De KNMG heeft samen met vertegenwoordigers van alle betrokken partijen een standpunt ouderenzorg geformuleerd. Onder de titel *Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen* reikt dit rapport concrete oplossingen aan voor de actuele knelpunten.³

Extra taak voor huisartsen

Voor oudere kwetsbare mensen die thuis wonen, is de huisartspraktijk het centrale aan-

spreekpunt bij problemen met gezondheid en functioneren. De huisarts helpt zijn patiënten om die problemen op tijd onder ogen te zien en te verhelderen, opdat ze de juiste zorg krijgen. De huisarts werkt proactief en heeft een scala aan nieuwe taken.

Huisartsen sporen kwetsbare oudere mensen actief op. Aan de hand van een gestandaardiseerde en geautomatiseerde probleemanalyse, gericht op het somatische, functionele, maatschappelijke, psychische én communicatieve domein, bepalen zij de mate van kwetsbaarheid. Zij voeren minstens één keer per jaar een screening uit op polyfarmacie van alle kwetsbare ouderen in hun praktijk. Zo nodig leidt dat tot bijstelling van het medicatiebeleid. Huisartsen kunnen hierbij ondersteuning krijgen van de specialist ouderengeneeskunde en apotheker. Voor alle kwetsbare ouderen wordt een zorgbehandelplan opgesteld, zorgvuldig gemonitord en op de juiste momenten bijgesteld. Het bestaat uit een medisch behandelplan en een zorgplan, waarvan de doelstellingen op elkaar zijn afgestemd. Als een zorgplan ontbreekt, spreekt de huisarts de thuiszorginstelling of het verzorgingshuis hierop aan.⁴ Als het nodig is, zorgt de huisarts voor professionele trajectbegeleiding, gericht op het actief volgen en begeleiden van een kwetsbare oudere patiënt. Iedere huisartsenpraktijk neemt bovendien structureel deel aan een *hometeam* voor kwetsbare ouderen. Daarin werken in elk geval huisarts en thuiszorg nauw samen. Zowel huisartsen als specialisten ouderengeneeskunde krijgen ruime mogelijkheden om hun taken te delegeren aan gespecialiseerde praktijkkonder-

**Huisartsen en specialisten
ouderengeneeskunde
vullen elkaar aan**

steuners en verpleegkundigen. Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde vullen elkaar aan. Hun samenspel is van essentieel belang voor goede eerstelijnszorg aan kwetsbare ouderen. Specialisten ouderengeneeskunde treden, op veel grotere schaal dan nu het geval is, op als consulent voor de huisarts in de thuissituatie en als consulent, mede- of hoofdbehandelaar in het verzorgingshuis. Daarvoor moeten er nog samenwerkingsmodellen worden ontwikkeld, inclusief financiële paragrafen. Beide beroepsgroepen moeten elkaars werkwijze en specifieke deskundigheid beter leren kennen en waarderen. Tijdens opleiding en nascholing, maar ook op de werkvloer.

Kanteling in ziekenhuiszorg

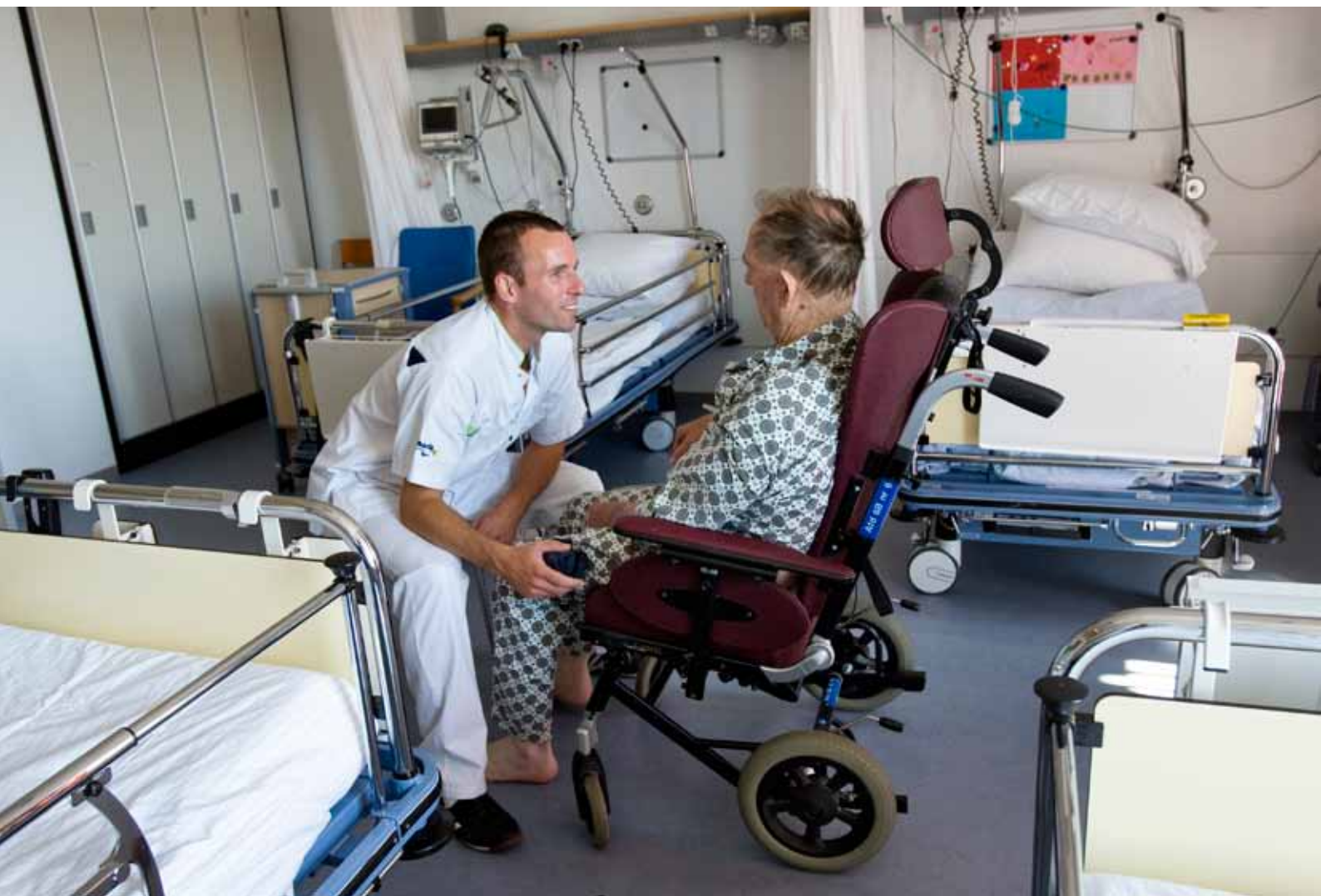
Oudere kwetsbare patiënten hebben tijdens een ziekenhuisverblijf een verhoogd risico op complicaties. Niet alleen op infectie, ondervoeding, delier en doorligwonden maar ook op een valpartij of bijwerkingen van medica-

tie. Bij 15 tot 50 procent van alle opgenomen oudere patiënten leidt dat tot lichamelijke en geestelijke achteruitgang. Het betreft 50.000 à 165.000 mensen per jaar. Daarnaast worden in Nederland jaarlijks 19.000 patiënten (opnieuw) opgenomen voor iets wat had kunnen worden voorkomen. Veel medische problemen die kwetsbare oudere mensen thuis ervaren, zijn namelijk een gevolg van de versnippering van de medisch-specialistische zorg of van een onvoldoende voorbereiding op ontslag uit het ziekenhuis. Inzicht in de kwetsbaarheid van deze patiënten en multidisciplinaire samenwerking met de verwijzende huisarts of specialist ouderengeneeskunde kunnen deze problemen voor een groot deel voorkomen. Voor de behandelaar in het ziekenhuis is de verwijzer het aanspreekpunt in de eerste lijn en omgekeerd geldt hetzelfde. Dat stelt hoge eisen aan de onderlinge bereikbaarheid én aan de kwaliteit van de communicatie. Bovendien moet de werkwijze in het ziekenhuis wijzigen:

De groeiende groep kwetsbare ouderen woont steeds vaker tot op hoge leeftijd thuis.

beeld: ANP Photo





Ziekenhuizen zouden hun aandacht moeten verleggen van behandeling van de aandoening naar behoud van functies en zelfredzaamheid.

beeld: David Rozen, HH

de aandacht verschuift van behandeling van de aandoening naar behoud van functies en zelfredzaamheid.

Om dat te verwezenlijken luidt het voorstel om in alle ziekenhuizen een zorgpad voor kwetsbare ouderen in te richten. Met één loket waar kwetsbare oudere patiënten met multimorbiditeit terecht kunnen voor integrale diagnostiek en behandeling. De regie daarvan ligt in handen van een medisch specialist met geriatrische competenties. Alle oudere mensen vanaf 65 jaar worden gescreend op kwetsbaarheid. De problemen van mensen met een verhoogd risico op verlies van zelfredzaamheid en andere complicaties worden systematisch beoordeeld. Kwetsbare oudere patiënten worden in de postacute fase in principe behandeld door een medisch specialist met geriatrische competenties. Deze werkt vanuit een integrale visie op gezondheid en functiebehoud en zorgt voor een zorgvuldig ontslagtraject en overleg met de verwijzer over

de fase van geriatrische revalidatie. In de acute fase van ziekte heeft een orgaanspecialist het voortouw bij de behandeling. De orgaanspecialist en de medisch specialist met geriatrische competenties zijn in deze fase van het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis onlosmakelijk met elkaar verbonden. Zij hebben duidelijk afgesproken en in het patiëntdossier vastgelegd wie wanneer het aanspreekpunt is voor vragen van de patiënt (en de familie), wie de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorg en wie belast is met coördinatie daarvan.⁵ Ziekenhuizen bundelen en coördineren in een geriatrieteam de multidisciplinaire kennis en werkwijze. Dit team bestaat uit de behandelende medisch specialisten en kan worden uitgebreid met bijvoorbeeld een ouderenpsychiater of specialist ouderengeneeskunde als consulent. Een verpleegkundig specialist geriatrie fungeert als de spin in het teamweb. De uitvoerende werkzaamheden die samenhan-

SAMENVATTING

- Mensen met een verminderde lichamelijke en geestelijke vitaliteit door hun leeftijd en multimorbiditeit, zijn kwetsbaar.
- Goede medische zorg voor deze patiënten is meer dan het behandelen van een aandoening. Die zorg is proactief en gericht op behoud van zelfredzaamheid.
- Op initiatief van de KNMG kwam een rapport tot stand dat beleid formuleert voor deze groep.
- Hierin vervullen huisartsen de centrale rol in de begeleiding van kwetsbare ouderen die thuis wonen, in nauwe samenwerking met specialisten ouderengeneeskunde.
- Ook moet elk ziekenhuis een zorgpad inrichten voor kwetsbare ouderen, met één loket en aanspreekpunt voor alle behandeling en zorg.

Binnen de medische zorg is een kleine revolutie nodig

gen met ontslag uit het ziekenhuis – bijvoorbeeld het regelen van de transfer van de patiënt naar huis of verpleeghuis en het inschakelen

van thuiszorg – vormen primair een verpleegkundige taak.

Meer dan de helft van alle ziekenhuispatiënten is nu al ouder dan 65 jaar.

Daarom pleit de KNMG voor *senior friendly hospitals*:

ziekenhuizen die in alle opzichten rekening houden met de beperkingen die de ouderdom met zich meebrengt. In de fysieke omgeving – bijvoorbeeld qua lichtinval, kleurgebruik, leesbaarheid van teksten en de aanwezigheid van bewegings- en veiligheidsbevorderende voorzieningen –, in de opleiding van het personeel en in de sfeer. Bijvoorbeeld door de inzet van vrijwilligers en de mogelijkheid tot *rooming in* van partner of kinderen.

Toekomst Medische Ouderenzorg

Het rapport Sterke medisch zorg voor kwetsbare ouderen is samengesteld door de stuurgroep 'Toekomst Medische Ouderenzorg'. Hieraan namen deel:

CBOG (College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg)

KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst)

LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging)

NIV (Nederlandse Internisten Vereniging)

NVKG (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie)

Orde van Medisch Specialisten

Stichting Alzheimer Nederland

Verenso


ZonMw



De vrijblijvendheid voorbij

De afgelopen jaren heeft zo veel onderzoek plaatsgevonden naar medische zorg voor kwetsbare ouderen dat op hoofdlijnen bekend is wat er moet gebeuren. Het rapport 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' geeft hier handen en voeten aan. Op onderdelen van het toekomstplan ontbreekt de wetenschappelijke onderbouwing nog. Daarvoor zijn pilots en nader onderzoek nodig. Voor de realisatie van de plannen gelden uiteraard een aantal randvoorwaarden. Zo moeten de tariefsystemen voor (medische) zorg thuis en in het ziekenhuis rekening gaan houden met screening op kwetsbaarheid, het langzamere overlegtempo van oudere patiënten, het maken van een multidomeinprobleemanalyse, het onderzoek naar polyfarmacie, het opstellen en bijhouden van een zorgbehandelplan en het voeren van multidisciplinair overleg, zorgcoördinatie en trajectbegeleiding. Alle huisartsenpraktijken en voorzieningen ouderengeneeskunde moeten gaan beschikken over een praktijkondersteuner die zich heeft gespecialiseerd in ouderenzorg. De tariefstructuur en bedden capaciteit van ziekenhuizen moeten voortijdig ontslag ontmoedigen en de inzet van verpleegkundig specialisten stimuleren. Alle artsen – uitgezonderd kinderartsen – moeten worden geschoold in geneeskunde voor geriatrische patiënten. De opleidingscapaciteit voor artsen, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen en trajectbegeleiders die zich specialiseren in geriatrie moet worden vergroot.

Kleine revolutie

De medische beroepsgroep heeft haar functies inzake kwetsbare oudere mensen met multimorbiditeit kritisch onder de loep genomen. Met als resultaat een toekomstplan met samenhangende voorstellen. Deze beschrijven niet de ideale wereld, maar bouwen voort op de praktijk. Dat maakt ze tegelijk krachtig en kwetsbaar. Ze beschrijven een kleine maar noodzakelijke revolutie binnen de medische zorg voor kwetsbare ouderen. Reden genoeg om als totale medische beroepsgroep de schouders eronder te zetten. 

Zie ook het artikel *Zolang mogelijk thuis* (blz. 704) en de voorzitterscolumn (blz. 735).



De literatuurlijst, het genoemde rapport en verwijzingen naar sites met aanvullende informatie vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Referenties

1. Gezondheidsraad. Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009/07.
2. www.cvo.vu.nl/onderzoek > onderzoeksgroepen > LASA.
3. Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Rapport van de stuurgroep Toekomst Medische Ouderenzorg. Op 25 maart 2010 heeft het federatiebestuur dit vastgesteld als KNMG-standpunt. U kunt het rapport vinden op: www.knmg.nl/publicatie/kwetsbare-ouderen of www.knmg.nl/dossier/ouderenzorg.
4. ActiZ, V&VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS en ZN. Kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (langdurige en/of complexe zorg). Oktober, 2007.
5. KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Utrecht, 26 januari 2010.