

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

ANALYSE

MEER DAN GEZONDHEID

Ouderenzorg vereist een integrale visie en opleiding

Uitgangspunt van de zorg voor ouderen moet zijn het in stand houden van het welbevinden. Dit stelt eisen aan de vorm van samenwerking die professionals uit verschillende disciplines kiezen en dus aan hun opleiding.

TJOMME DE GRAAS C.S.

De ouderenzorg staat onder druk. Het aantal zestigplussers groeit van drie miljoen in 2005 tot vijf miljoen in 2030.¹ Daarbij zal het aantal zelfstandig wonende ouderen toenemen. Met het ouder worden neemt het risico op het krijgen van één of meer chronische ziekten toe. Van de daaruit voortvloeiende beperkingen en de invloed daarvan op het welbevinden hangt af hoe de gezondheidszorg moet worden ingezet. De capaciteit moet worden aangepast en er moeten nieuwe vormen van zorg en behandeling worden ontwikkeld.² De inzet van professionals wordt dan vooral bepaald door de uitkomsten van screening, preventieve activiteiten en (keten)zorgpaden voor complexe ouderenzorg. Dit heeft consequenties voor de benodigde competenties van professionals en hun onderlinge samenwerking. Er is dan ook een heldere visie

op ouderenzorg nodig, en opleidingen die daarbij aansluiten.

VERANDERENDE ZORGVRAAG

De zorgvraag van ouderen neemt toe en verandert. Doordat ouderen langer zelfstandig willen wonen, moet meer zorg extramuraal worden geboden. Daarnaast groeit het aandeel van de chronische ziekten.

Van oudsher bestaat er een onderscheid tussen fysieke en psychosociale aandoeningen. Ook is er een scherpe scheidslijn tussen de eerste en de tweede lijn. Door de toename van de fysieke en psychosociale problemen verschuift veel zorg en behandeling naar de tweede lijn.

Om twee redenen voldoet dit model echter niet meer. Ten eerste hebben ouderen meer behoefte aan extramuraal zorg. Ook complexere zorg moet extramuraal worden geboden. Ten tweede zijn

in dit model zorg en behandeling niet geïntegreerd. Dat doet geen recht aan de samenhang tussen fysieke en psychosociale problemen. Door deze scheiding wordt geen inzicht in de daadwerkelijke complexiteit van de patiënt verkregen. De zorg kan daardoor onvoldoende op de behoefte van de patiënt worden afgestemd.

In dit licht zijn de begrippen *care complexity* en *case complexity* beter hanteerbaar. *Care complexity* is een maat voor de complexiteit van verzorging, verpleging, revalidatie en mantelzorg. Het geeft aan welke dynamiek nodig is om een patiënt juist die zorg te geven die nodig is om het functionele niveau te herstellen of te behouden. *Case complexity* geldt als maat voor de medische complexiteit. Dit omvat alle (para)medische behandelingen die nodig zijn om het functionele niveau van een patiënt te verbeteren of te behouden. Het sterke van het model van *care-* en *case complexity* is dat er geen onderscheid wordt gemaakt tussen fysieke en psychosociale problemen. Beide zijn hierin geïntegreerd.

Steeds meer ouderen met een complexe(re) zorgvraag zullen een beroep doen op de eerste lijn. Het organiseren van adequate zorg en behandeling voor deze groep patiënten vormt de komende tijd één van de grote uitdagingen in de ouderenzorg. Er is een integrale benadering nodig met goede interdisciplinaire communicatie en samenwerking, en heldere verantwoordelijkheden. Om uitspraken te kunnen doen over de meest wenselijke wijze van interdisciplinair samenwerken en opleiden, zetten we nu eerst enkele kernbegrippen binnen de ouderenzorg uiteen.

KWETSBAARHEID EN WELBEVINDEN

Kernbegrippen in de ouderenzorg zijn *frailty*, beperkingen en welbevinden. *Frailty* is de door veroudering ontstane kwetsbaarheid. Dit betreft het proces van veroudering en met name de afname van de (reserve)capaciteit van de orgaan-systemen. Door individuele verschillen in het verouderingsproces varieert het verlies van capaciteit sterk. De individuele ernst en snelheid van het verouderingsproces vormen het risico voor het ontstaan van chronische ziekten en verlies van functionaliteit. Voor het inzetten van screeningsinstrumenten of medische interventies is *frailty* belangrijker dan de biologische leeftijd. Het screenen van *frailty* maakt niet alleen actuele gezond-

heidszorgproblemen zichtbaar maar geeft ook inzicht in verborgen gebreken en potentiële problemen. Op basis daarvan kan proactief beleid worden ingezet gericht op primaire en secundaire preventie.

Frailty hangt samen met chronische ouderdomsziekten en de daaruit voortkomende beperkingen en kan van grote invloed zijn op het welbevinden van mensen. Als *frailty* en beperkingen in kaart worden gebracht, kunnen vervolgens gericht kortdurende interventies worden ingezet die het welbevinden van ouderen tijdig stabiliseren of verbeteren.

Welbevinden moet het leidende principe zijn in de ouderenzorg. Verlies van functionaliteit op lichamelijk, geestelijk of sociaal gebied kan het welbevinden aantasten. Kwaliteit van leven wordt bepaald door welbevinden en is afhankelijk van de mate waarin deze universele behoefte wordt bereikt.³ In

sen aan de fysieke en psychische gevolgen van het ouder worden. Ondanks die gevolgen kunnen zij zo hun welbevinden op peil houden.

Als het welbevinden wordt gezien als de belangrijkste uitkomstmaat voor de ouderenzorg, dan moeten professionals hun activiteiten daarop richten. Dat betekent dat ze bewust moeten kijken naar de intrinsieke veroudering (*frailty*), het ontstaan van beperkingen en handicaps als gevolg van chronische ziekten, de functionele mogelijkheden van mensen en de individuele capaciteit om welbevinden te bereiken en te behouden (sma's).

Dit principe in combinatie met het gegeven dat ouderen langer zelfstandig willen wonen, leidt tot een gezondheidszorg die zich niet richt op het verlengen van het leven, maar vooral op het ondersteunen en in stand houden van het welbevinden. Daarbij staat niet het verlen-

Welbevinden moet het leidende principe zijn in de ouderenzorg

de sociale productiefunctietheorie wordt welbevinden beschreven als het realiseren van fysieke en psychosociale doelen.⁴ Voorbeelden van fysieke determinanten zijn stimulatie en comfort. Onder de (psycho)sociale determinanten vallen status, gedragsbevestiging en affectie. De fysieke en psychosociale determinanten worden onderhouden door menselijke behoeften zoals eten en drinken, intimiteit, bewegen en vrienden. Allerlei intrinsieke en extrinsieke factoren bepalen de mate waarin aan deze behoeften wordt voldaan. Dit ingewikkelde samenspel is bepalend voor het al dan niet succesvol ouder worden.

Op individueel niveau moeten mensen hun eigen doelen kunnen kiezen. Het stellen en realiseren van eigen doelen is van grote invloed op het welbevinden. Er zijn vaardigheden nodig om uit mogelijke bronnen van welbevinden ook daadwerkelijk welbevinden te produceren. Voorbeelden van dergelijke zelfmanagementvaardigheden ofwel sma's (*self management abilities*) zijn een positieve instelling, zelfeffectiviteit, initiatief nemen, multifunctionele bronnen en variëteit in bronnen. Met behulp van hun sma's kunnen mensen zich aanpas-

gen van het leven bovenaan de agenda, maar het behoud van welbevinden. Dit vereist aanpassingen op het terrein van screening en preventie, verantwoordelijkheden, samenwerking en dus ook ten aanzien van de wijze van opleiden.

SLEUTELROL

Het herstellen van welbevinden en beperkingen vergt bij ouderen veel investeringen. Het is dan ook van belang om potentiële problemen vroegtijdig te onderkennen en de benodigde (preventieve) interventies gericht in te zetten. Daarom spelen primaire en secundaire preventie een sleutelrol in de ouderenzorg. Hiertoe is screening in de eerste lijn vereist. Deze screening levert inzicht op in *frailty*, beperkingen, welbevinden en de *case-* en *care complexity* van de patiënt. Dit maakt gerichte interventies mogelijk, zodat de vraag naar langdurige en moeizame interventies in een later stadium mogelijk(er) afneemt.

Om ouderen goede zorg te kunnen bieden, moet duidelijk zijn wie verantwoordelijk is voor hun *case-* en *care complexity*.

De verantwoordelijkheid voor de *care complexity* ligt primair bij ver- >>

<< pleegkundig specialisten (nurse practitioners). Zij screenen de ouderen op *frailty*, beperkingen en welbevinden en monitoren deze. Ook het organiseren en bewaken van de meest optimale omstandigheden voor de te bieden zorg en indicatiestelling behoren tot hun taak.

De verantwoordelijkheid voor de *case complexity* ligt primair bij de arts. Hij is verantwoordelijk voor de keuzen in en de integratie van behandelingen indien daarbij meer professionals betrokken zijn. De arts laat zich hierbij informeren door de verpleegkundig specialist over de uitkomsten van screening en de

voortgang op het gebied van beperkingen en welbevinden, zonder dat dit tot directe acties hoeft te leiden.

De gezamenlijke verantwoordelijkheid hangt samen met de complexiteit van zorg en behandeling. Bij ouderen met alleen een hoge *care complexity* is de gedeelde verantwoordelijkheid minimaal. Dit wordt echter anders als er sprake is van een hoge *case-* en *care complexity*. Nu is er juist bij deze ouderen een gebrek aan integratie en monitoring. Naar verwachting zal geïntegreerde zorg en behandeling, vooral bij complexe ouderen, leiden tot meer doelmatige gezondheidszorg. Deze integrale zorg

strekt zich uit over de samenwerking tussen verschillende disciplines onderling, maar in belangrijke mate ook over die tussen eerste en tweede lijn.

SAMENWERKING

Om screening, preventie, zorg en behandeling goed op elkaar af te stemmen, dienen alle professionals samen te werken. Naarmate de complexiteit toeneemt, wordt samenwerking belangrijker. Goed inzicht in en communicatie over de *case-* en *care complexity* is dan nodig. Dit vermindert het risico op onverwachte problemen en onnodig medicatiegebruik, verwijzing of behandeling. Helderheid over de verantwoordelijkheden van de betrokken professionals is daarbij een absolute voorwaarde. Samenwerking behelst echter meer dan alleen het inzichtelijk maken van de verantwoordelijkheden. Dit zal worden toegelicht aan de hand van een aantal samenwerkingsmodellen.

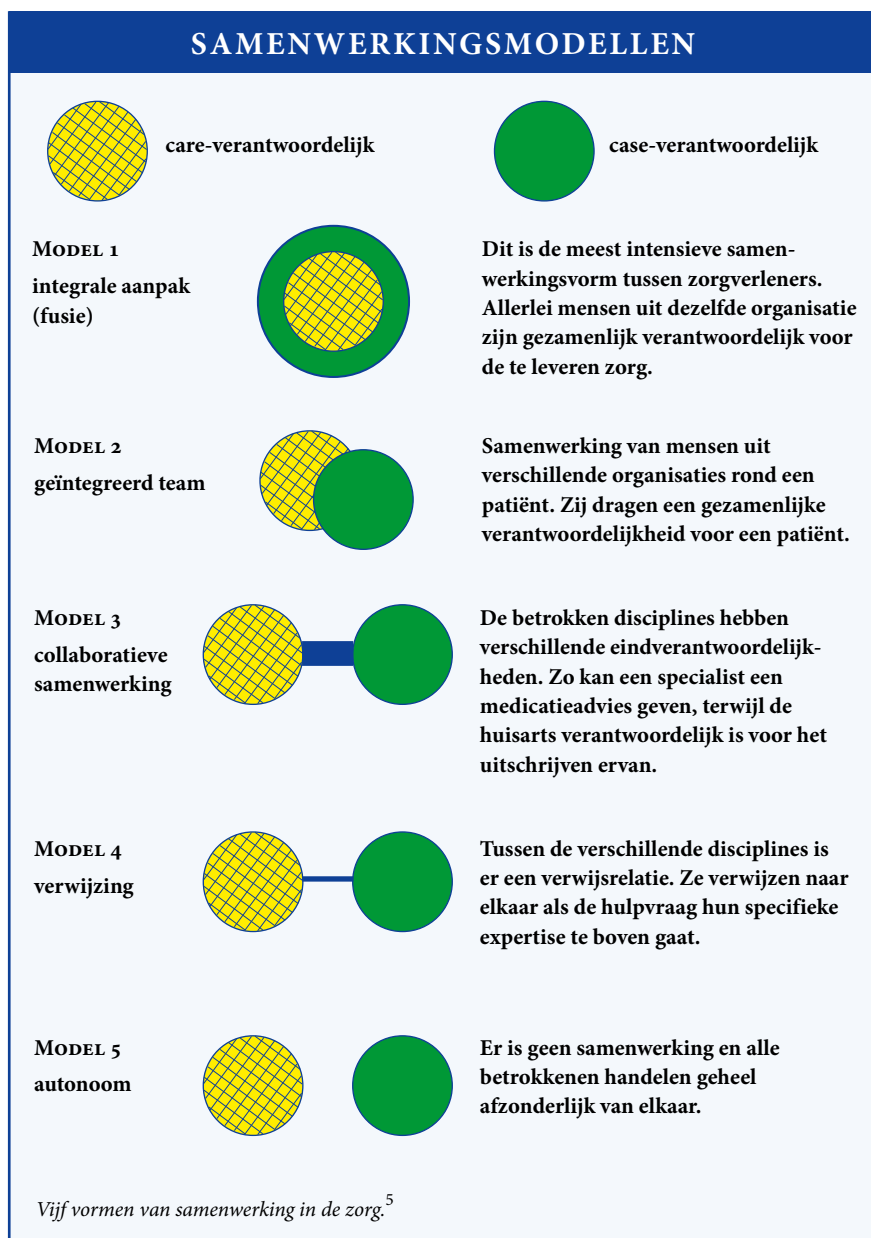
Het collaboratieve model (model 3 in de *figuur*) is het meest gangbaar in de eerste lijn. Als er sprake is van goede monitoring door de verpleegkundig specialist, kunnen enkelvoudige interventies op deze manier prima gestalte krijgen.

Als de *case-* en *care complexity* echter toenemen en meer verweven raken, is intensievere samenwerking noodzakelijk. Dan is model 2 geschikter; daarin is de gezamenlijke verantwoordelijkheid groter en worden de gestelde doelen bereikt door intensievere samenwerking. Dit geldt voor de onderlinge samenwerking tussen verpleegkundig specialisten en artsen, maar ook voor de samenwerking binnen deze disciplines zelf.

In het geïntegreerde team werken niet alleen de eerstelijnsprofessionals die het proces primair begeleiden, goed samen. Minstens zo belangrijk is de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn. Hiervoor moeten professionals op de hoogte zijn van elkaars kennis en kunde, en vooral ook van elkaars beperkingen. Zij dienen elkaars 'taal' te spreken. Op dit moment is dat nog lang niet altijd het geval in de ouderenzorg, terwijl juist daar veel winst te boeken valt.

OPLEIDINGSHUIS

Een nieuwe visie op ouderenzorg vraagt om veranderingen in de diverse opleidingen. Om elkaars 'taal' te leren spreken, moet de professionals vanaf het begin integraal samenwerken en communiceren. Centrale disciplines in de ouderenzorg zijn de huisarts, de verpleegkun-



DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

Het aantal zestigplussers groeit van drie miljoen in 2005 tot vijf miljoen in 2030. Daarbij neemt het aantal zelfstandig wonende ouderen toe.

dig specialist, de verpleeghuisarts en de internist-ouderenzorg.

Op dit moment is er een 'opleidingshuis' in voorbereiding waarin artsen en verpleegkundig specialisten grotendeels gezamenlijk en deels apart worden opge-

maar zeker ook andere competenties, zoals samenwerken, communiceren, organiseren, maatschappelijk handelen en reflecteren. De competenties die alle professionals in de ouderenzorg moeten beheersen, worden gezamenlijk verwor-

Naarmate de complexiteit toeneemt, wordt samenwerking belangrijker

leid in een interdisciplinaire setting. In dit opleidingshuis kunnen ook andere medici en paramedici worden bij- en nageschoold in geïntegreerde ouderenzorg. Dit moet leiden tot professionals die in staat zijn om geïntegreerde zorg voor complexe ouderen te leveren. Competenties die hierbij horen zijn de bekende ziektegerelateerde competenties in het gebied van het klinisch handelen,

ven. En het blijft niet alleen bij theorie, ook de praktijkstages moeten hierop worden afgestemd.

Een dergelijke wijze van interdisciplinair opleiden zal naar verwachting leiden tot een betere en meer natuurlijke samenwerking in de praktijk. En dat is één van de meest essentiële veranderingen die nodig zijn in de zorg voor ouderen. Door al vroeg samen te leren

SAMENVATTING

- Ouderen leven langer en wonen langer thuis en daardoor groeit de vraag naar complexere zorg in de thuissituatie.
- Ouderen moeten tijdig worden gescreend op frailty en op hun case- en care complexity, waarbij de belangrijkste uitkomstmaat voor de interventies het individuele welbevinden is.
- Er is een integrale visie op ouderenzorg nodig en meer samenwerking tussen professionals, ook tussen de eerste en de tweede lijn.
- Daarbij is een heldere definiëring van de individuele en de gedeelde verantwoordelijkheden nodig.
- Al in de opleidingen moet de basis worden gelegd voor de onderlinge samenwerking en communicatie tussen professionals in de ouderenzorg.
- Hiertoe dient er een interdisciplinair 'opleidingshuis ouderenzorg' te komen, waarin de verschillende professionals de gedeelde competenties gezamenlijk verwerven.

en samen te werken, ontstaat een nieuwe generatie hulpverleners die de complexer wordende ouderenzorg in goede banen kan leiden. ■

drs. T. de Graas,
verpleeghuisarts

prof. dr. J.P.J. Slaets,
Universitair Centrum Ouderengeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen

drs. H.Th.A. Schildkamp,
arts

drs. G.J. ter Braak,
huisarts en adviseur Zorgaanbod Menzis

drs. L. van Schuylenburg,
UMC-staf, team Beleid, Universitair Medisch Centrum Groningen

drs. E.P.L. Albersnagel-Thijssen,
hoofd Masteropleiding Nurse Practitioners, Hanze Hogeschool Groningen

Correspondentieadres: tdegraas@evean.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Literatuur

1. Vergrijzen met ambitie, gezondheidsraad 2005.
2. Ormel J et al. Quality of life and social production functions: A framework for understanding health effects. *Soc Sci Med* 1997; vol. 45 (no 7): 1051-63.
3. Lindenberg S, Frey BS. Alternatives, frames and relative prices: a broader view of rational choice theory. *Acta Sociologica* 1993; 36: 191-205.
4. STG: 'Medische ouderenzorg in de toekomst. Anticiperen op ziekte en welbevinden', oktober 2007.
5. Wulsin LR e.a. Models of integrated care. *Medical Clinics of America* 2006; 90: 647-77.