

# HEEL DE OUDERE

*Echte innovatie van ouderenzorg vraagt om paradigmaverandering*

Onsamenhangende zorg is een reëel risico voor ouderen met complexe multimorbiditeit. In plaats van een ziektegerichte aanpak is een patiëntgerichte benadering nodig. Belangen van zorgverleners zijn daaraan ondergeschikt. Anders zijn de doelen van het nieuwe Nationaal Programma Ouderenzorg niet te bereiken.

RAYMOND KOOPMANS  
HENK SCHERS

Op 22 januari bracht de Gezondheidsraad een langverwacht advies uit: 'Ouderdom komt met gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit'.<sup>1</sup> Staatssecretaris Bussemaker gebruikt dit samen met een advies van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) uit 2006 voor de motivatie van een grootschalig programma voor ouderenzorg. Het kabinet stelt hiervoor de komende beleidsperiode een bedrag van 80 miljoen euro ter beschikking.<sup>2,3</sup> De Gezondheidsraad presenteert een heldere probleemanalyse. Er komen steeds meer ouderen die meer dan twee chronische aandoeningen tegelijkertijd hebben. Juist zo'n combinatie leidt tot complexe problematiek, waarbij het vaak moeilijk is oorzaken en gevolgen te ontrafelen. Ook kunnen behandeladviezen voor de ene aandoening

strijdig zijn met die voor de andere. De Gezondheidsraad stelt dan ook dat de gebruikelijke manier van werken in de gezondheidszorg, waarbij het behandelen van afzonderlijke aandoeningen centraal staat, bij deze groep ongeschikt is.<sup>1</sup> Zo leidt het tegelijkertijd ontvangen van hulp van verscheidene medisch specialisten en zorgverleners tot zorg die niet goed samenhangt en in bepaalde gevallen zelfs een risico kan vormen, aldus de raad. Hoe meer hulpverleners er betrokken zijn, hoe minder continuïteit van zorg - terwijl bekend is dat vooral ouderen die continuïteit hoog waarderen.<sup>4</sup> De Gezondheidsraad stelt dan ook dat de ziektegerichte manier van werken in onze gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen ongeschikt is.<sup>1</sup>

## VIER OPGAVEN

Hoe verder? De raad concludeert dat bestaande zorgpatronen moeten worden doorbroken om tot de gewenste geïntegreerde zorg en behandeling te komen. Ze formuleert vier opgaven voor de professionele zorgverlening: tijdige signalering van gezondheidsrisico's, regie over de zorg in de eerste lijn, specialistisch advies door de tweede en derde lijn en toepassing van specifieke kennis in de kliniek. Dit zijn de pijlers voor het ontwikkelen van samenhangende zorg voor ouderen met complexe multimorbiditeit.

Omdat de vier opgaven niet vanzelfsprekend zullen worden ingevuld, heeft

woordigers van de ouderen. Vanuit deze samenwerkingsverbanden moeten transitieprojecten worden geformuleerd. Dit zijn experimenten gericht op verbetering in de samenhang, kwaliteit en/of kosten van de zorg voor ouderen met complexe problematiek. Het zorgaanbod dient dan zo te worden ge(her)organiseerd, dat dit leidt tot aantoonbare meerwaarde voor de oudere.

## HERHALING HISTORIE

Het is echter de vraag of het veld de bereidheid en mogelijkheden heeft om deze transitie naar samenhangende ouderenzorg aan te gaan. Het doorbreken van bestaande zorgpatronen vraagt immers om een fundamentele paradigmaverandering waarbij niet het vigerende zorgaanbod, maar juist de (zorg)vragen van ouderen met multimorbiditeit en complexe problematiek centraal moeten staan. Door het initiatief van de netwerkvorming bij de acht UMC's te leggen, bestaat bovendien het risico dat het werven van onderzoekssubsidies prioriteit krijgt boven het in gang zetten van de noodzakelijke herstelling van de zorg.

Ook is het van belang om te voorkomen dat de historie zich herhaalt. In 1996 stelde het ministerie van VWS namelijk het stimuleringsprogramma Geriatrie Netwerken in.<sup>5</sup> Hoewel destijds niet zoveel middelen beschikbaar waren, was de motivering nage-

*Op het oog lijken de voortekenen niet gunstig*

ZonMw samen met een denktank van de Nederlandse Federatie van UMC's (NFU) de opdracht gekregen om het Nationaal Programma Ouderenzorg op te zetten. Kern hiervan is dat vanuit de acht UMC's geriatrie netwerken worden opgezet, waarvan alle relevante partijen deel uitmaken, inclusief vertegen-

woorders van de ouderen. Vanuit deze samenwerkingsverbanden moeten transitieprojecten worden geformuleerd. Dit zijn experimenten gericht op verbetering in de samenhang, kwaliteit en/of kosten van de zorg voor ouderen met complexe problematiek. Het zorgaanbod dient dan zo te worden ge(her)organiseerd, dat dit leidt tot aantoonbare meerwaarde voor de oudere.

# DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

*Behandeladviezen voor de ene aandoening kunnen strijdig zijn met die voor de andere.*

nische geriatrie, verpleeghuisartsen en gerontopsychiaters, maar die beperkten zich slechts tot de instellingen die daadwerkelijk deelnamen aan het netwerk. De invloed van het netwerk op het bredere werkveld in de ouderenzorg werd als weinig geprononceerd ervaren, al leek de kwaliteit van de verwijzingen en de samenwerking tussen instellingen wel wat verbeterd. De belangrijkste conclusie was dat netwerken geen duurzame oplossing bieden, tenzij hiervoor evidente aandacht is in een regio, er meer structurele overlegvormen ontstaan of er reguliere middelen komen om de zorg voor ouderen met geriatrische problematiek te financieren.<sup>5</sup> De beoogde transitie mislukte in die jaren dus grotendeels.

## CONCURRENTIE

Wat maakt dat VWS en de staatssecretaris ruim tien jaar later verwachten dat deze transitie wél tot stand wordt gebracht? Op het oog lijken de voortekenen niet gunstig. Toenemende marktwerking brengt partijen langzamerhand in een concurrentiepositie ten opzichte van elkaar. In de thuiszorg zijn de gevolgen daarvan inmiddels meer dan zichtbaar. Ook binnen disciplines als klinische geriatrie en verpleeghuisgeneeskunde/sociale geriatrie is er een strijd aan de gang die zich toespitst op de naamgeving en de competenties van het specialisme 'algemene geriatrie'. Ook de huisarts claimt het veld van de (complexe) ouderenzorg. In dit speelveld met conflicterende belangen en spanningen zal het daardoor grote moeite kosten om echte zorgvernieuwing tot stand te brengen.

Toch is er hoop. Noch de herschikking en afstemming van zorg, noch het beslechten van de domeindiscussie zijn immers de sleutel tot succes in de ouderenzorg. De belangrijkste paradigma-

verandering moet zijn dat niet langer de ziektegerichte benadering het beleid bij kwetsbare ouderen moet bepalen, maar de patiëntgerichte benadering. Het *disease management model* voldoet hier niet meer. Zorg moet maatwerk worden, waarbij per individu potentiële winst en risico's van behandelingen moeten worden afgewogen en de eigen wensen en behoeften van kwetsbare ouderen en hun naasten centraal staan.

## ZIEKTEGRENZEN

De uitwerking van deze paradigmaverandering moet natuurlijk in het veld plaatsvinden. Het is verheugend dat diverse disciplines al uitvoerig hebben nagedacht over hun toekomstige rollen in de ouderengeneeskunde.<sup>6-8</sup> Huisartsen beschouwen de huisartsenzorg als de centrale plaats waar de regie over de zorg voor de kwetsbare oudere in de toekomst vorm krijgt. Dat lijkt gezien de positie van de huisartsenzorg (met nadruk op continuïteit, integrale zorg en zorg voor het totale medische dossier) inderdaad niet onlogisch. Van oudsher kijkt de huisarts naar de context van patiënten en ook over de separate ziektegrenzen heen. Vrijwel iedere kwetsbare oudere is bekend bij de huisarts en multimorbiditeit en medicatie zijn er in kaart gebracht. Maar er moet nog wel een kwaliteitsslag worden gemaakt. Vandaar dat er in Leiden een speciale kaderopleiding is opgezet voor huisartsen die zich willen specialiseren in ouderengeneeskunde. Deze huisartsen kunnen als vraagbaak voor collega's dienen.

Ook de uitwerking van de functie van de praktijkondersteuner Geriatrie (POH-geriatrie) is van groot belang. Deze kan een prominente rol kunnen spelen bij vroege signalering en begeleiding van de kwetsbare oudere. Naar

verwachting zal brede en integrale inzet van de POH Geriatrie voor ouderen uiteindelijk veel meer kwaliteitsverbetering geven dan de huidige focus van POH's op individuele ziekten als diabetes, COPD en hypertensie.

Ook sociaal geriater/verpleeghuisartsen zien een belangrijke plek voor zichzelf in de eerstelijns ouderenzorg.<sup>8</sup> Dat is niet vreemd omdat sociaal geriaters van oudsher al werkzaam waren in de eerste lijn. De al langere tijd bestaande consultfunctie voor de eerste lijn komt helaas nog niet helemaal uit de verf.<sup>9</sup> Dat kan en moet veel beter.

Ten slotte brachten de NVVA, NVKG en NVvP (sectie ouderenspsychiatrie) al in 2006 een gezamenlijke visie-notitie uit op de toekomstige geriatrische zorg.<sup>10</sup> De beroepsgroepen concluderen daarin dat het vanuit de huidige systematiek van gezondheidszorg mogelijk is om voorwaarden te creëren om adequaat in te spelen op de groeiende zorgvraag van ouderen. Ze presenteren daarvoor diverse scenario's.

## EXPERIMENTEN

Er zijn verscheidene mogelijkheden om de beschreven paradigmaverandering in de eerstelijnsgezondheidszorg vorm te geven. Zo is het positioneren van de sociaal geriater/verpleeghuisarts als (permanente) medebehandelaar of zelfs hoofdbehandelaar in de eerste lijn een uitstekende optie voor ouderen met complexe problematiek. Recentelijk deden staatssecretaris Jet Bussemaker en KNMG-voorzitter Peter Holland een vergelijkbare suggestie in dit blad.<sup>11 12</sup> Holland wijst op de noodzaak van een behandelaar in de eerste lijn met expertise en mogelijkheden vergelijkbaar met die van de verpleeghuisarts. Anderzijds is ook het voortzetten in het verpleeghuis van de behandelverantwoordelijkheid van de huisarts voor ouderen met minder complexe zorgvragen een experiment waard.

Het hoofdbehandelaarschap moet dus niet zijn gebaseerd op de verblijfplaats van de patiënt - thuis, in het verzorgingshuis of verpleeghuis - maar op de complexiteit van de zorgvraag. Op termijn is zelfs één specialisme voorstelbaar waarin, na een gezamenlijk traject, verder wordt opgeleid tot ouderenhuisarts.

## GENERALIST

Kwetsbare ouderen met multimorbiditeit hebben vooral behoefte aan pro- >>

<< actieve, multidimensionale patiëntgerichte zorg. Dat impliceert dat de regie, continuïteit en coördinatie van zorg wordt toegewezen aan generalisten als huisartsen, verpleeghuisartsen en geriater. Als er bij ouderen met complexe multimorbiditeit behoefte is aan specialistische diagnostiek, observatie en medebehandeling, dan zou deze dus in principe door klinisch geriater moeten plaatsvinden en niet door meerdere orgaanspecialisten tegelijkertijd. In het

## Zorg aan ouderen moet maatwerk worden

geval van primair psychiatrische problematiek moet de ouderenspsychiater als hoofdbehandelaar optreden.

Een laatste manier om de paradigma-verandering vorm te geven, is het uitbreiden van de substitutiemogelijkheden van instellingen voor ouderenzorg. Traditionele verpleeghuizen zullen zich immers ontwikkelen tot expertise- en kenniscentra waar specialistische zorg en behandeling wordt gegeven.<sup>13</sup> Dergelijke centra richten zich primair meer

op zorg en behandeling en minder op wonen en welzijn. Met ondersteuning van specialistische thuiszorgteams zou er ook een deel van de acute opnamen van kwetsbare ouderen kunnen plaatsvinden. Afhankelijk van de problematiek is de huisarts of de sociaal geriater/verpleeghuisarts de hoofdbehandelaar.

### AFTRAP

Het Nationaal Programma Ouderenzorg biedt de kans om te komen tot

echte innovaties in de ouderenzorg. Het ministerie van VWS heeft de aftrap gegeven en is zelfs bereid belemmerende regels buiten werking te stellen en de wettelijke kaders op te rekken. De programmacommissie van ZonMw zal zich bij de beoordeling van projectaanvragen steeds moeten afvragen of de voorgestelde transitie de (zorg)vragen van kwetsbare ouderen dienen of vooral de belangen van de diverse zorgverleners. De eerstelijnspartijen zijn als eerste aan

| SAMENVATTING   |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● Het kabinet stelt 80 miljoen euro ter beschikking voor een Nationaal Programma Ouderenzorg</li><li>● De acht UMC's krijgen het voortouw in het opzetten van geriatrie-netwerken. Hierbinnen moeten zorgexperimenten de noodzakelijke innovaties in de ouderenzorg op gang brengen.</li><li>● Tien jaar geleden leidde een vergelijkbaar initiatief niet tot de gewenste veranderingen.</li><li>● Slechts als alle (veld)partijen hun belangen ondergeschikt maken, streven naar samenwerking in plaats van marktwerking en paradigma-veranderingen durven aan te gaan, heeft echte innovatie een kans.</li></ul> |

zet, omdat in de eerste lijn het 'kwetsbaar zijn' daar nu eenmaal begint. Daar moet men de handen ineenslaan om ouderen met dreigende kwetsbaarheid op te sporen en te zorgen dat die zo lang mogelijk wordt uitgesteld. Dat kan geen partij in haar eentje.

Zijn ouderen toch kwetsbaar geworden, dan moeten ze patiëntgerichte zorg krijgen, met een generalistische hoofdbehandelaar die beschikt over voldoende geriatrie expertise. Dit alles bij voorkeur in een voor de oudere vertrouwde omgeving.

Slechts als alle partijen bereid zijn om de kwetsbare oudere centraal te stellen, hun eigen belangen ondergeschikt te maken, te streven naar samenwerking in plaats van naar marktwerking en daadwerkelijk willen vernieuwen, zal het lukken om te komen tot geïntegreerde eerste-, tweede- en derdelijns ouderenzorg.<sup>14 15</sup> Zo niet, dan is er over tien jaar opnieuw een programma ouderenzorg nodig. ■

prof. dr. R.T.C.M. Koopmans,  
verpleeghuisarts en hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde

dr. H.J. Schers,  
huisarts en universitair docent

Correspondentieadres: R.Koopmans@vphg.umcn.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

*Traditionele verpleeghuizen zullen zich ontwikkelen tot expertise- en kenniscentra. Deze richten zich primair meer op zorg en behandeling en minder op wonen en welzijn.*

DE FOTO IS HELAAS  
NIET BESCHIKBAAR  
VOOR INTERNET

---

#### Literatuur

1. Gezondheidsraad. Ouderdom komt met gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit. Den Haag, januari 2008.
2. Raad voor Gezondheidsonderzoek. Onderzoek medische zorg voor ouderen. Den Haag, 2006.
3. Bussemaker J. Brief aan Tweede Kamer. Den Haag, november 2007.
4. Schers HJ. Continuity of care in general practice. The balance between personal and informational continuity. Nijmegen, Radboud Universiteit Nijmegen, 2004.
5. Romijn CM, Boerma L. Netwerken in de geriatrie. ITS, Nijmegen 1999.
6. NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 'Huisartsgeneeskunde voor ouderen'. Utrecht, mei 2007.
7. Wind AW, Timmers AP, Assendelft WJJ, Gussekloo J. Het totaalplaatje telt. Complexe ouderenzorg vraagt om een regisserende huisarts. Medisch Contact 2007; 62: 421-3.
8. NVVA. Beleidsplan. De algemeen geriater, thuis in de ouderenzorg. Utrecht, 2007.
9. Van Dam van Isselt EF, Schols JMGA, Hageman MLP. De verpleeghuisarts in consult: winst voor huisarts en patiënt. Huisarts Wet 2007; 50: 325-8.
10. NVKG, NVVA, NVvP, sectie ouderenpsychiatrie. Visie op de inhoud van de toekomstige geriatrische zorg. Een visienotitie van de gezamenlijke beroepsgroepen. Utrecht, juni 2006.
11. Holland P. Medische zorg voor ouderen. Medisch Contact 2008; 1: 37.
12. Maassen H. 'Veranderingen beginnen met kritiek'. Staatssecretaris Bussemaker heeft geen behoefte aan nog meer managers. Medisch Contact 2008; 63: 360-2.
13. Konings J, Schols J. Expertisecentra verpleging en verzorging. Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde 2007; 32: 3-5.
14. Koopmans RTCM. Op weg naar een geïntegreerde eerstelijnsouderenzorg. Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde 2007; 32: 168-70.
15. Hombergh van de P, Groot-Roessink B, Velden van der J. Zinnig en zuinig. Medische zorg in een brede eerste lijn kan veel winst opleveren. Medisch Contact 2006; 9: 372-5.