

Populatiegerichte aanpak verbetert medische zorg in eerste lijn

# De ene oudere is de andere niet

drs. Ale Gercama, huisarts niet-praktiserend, docent kaderopleiding Oudergeneeskunde en universitair docent VUmc (zie *kader Werkgroep* op blz. 2921)

Correspondentieadres:  
aj.gercama@vumc.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Ouderen die nog baas over hun eigen leven zijn, hebben andere zorg nodig dan ouderen die de controle langzaam verliezen. Een populatiegerichte aanpak helpt de huisarts om zijn aanpak af te stemmen op de wensen en behoeften van de persoon.

**D**e medische zorg voor ouderen is in Nederland volop in beweging. Gestreefd wordt naar zorg op maat en dicht bij huis, met de zorgbehoefte van de ouderen als uitgangspunt. Die behoefte is echter divers; er zijn grote verschillen in morbiditeit, zelfredzaamheid, financiële armlaag en sociale steun. Zolang de hulpvraag overzichtelijk is en de oudere nog zelfredzaam, kan hulpvraaggestuurde zorg volstaan. Als er daarentegen complexe problemen zijn, is proactieve zorg nodig, zoals vermeld in het NHG-Standpunt Oudergeneeskunde en het KNMG-standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen.<sup>1 2</sup>

De eerstelijns ouderenzorg staat dus voor een complexe uitdaging. Er is een persoonsgerichte, individuele én proactieve benadering nodig.

Proactief betekent daarbij niet alleen rekening houden met functionele bedreigingen die het gevolg zijn van multimorbiditeit, maar ook het monitoren en bevorderen van de zelfredzaamheid en het vroegtijdig signaleren van (risico's op) verslechtering in het functioneren.

Daarnaast is er toename in kwantiteit nodig: het percentage mensen van 65 jaar en ouder stijgt van 14 procent nu naar 25 procent in 2025 en het aantal ouderen met multimorbiditeit groeit naar verwachting van 1 miljoen tot 1,5 miljoen in 2020.<sup>3</sup>

Bovendien verandert de organisatie van de huisartsgeneeskunde: solo- of kleine groepspraktijken maken plaats voor grootschaligere huisartsvoorzieningen. Voordeel daarvan is dat taakdelegatie eenvoudiger wordt door de aanwezigheid van praktijkondersteuners (POH's) en/of praktijkverpleegkundigen (PVP's). Nadeel is dat het lastiger wordt om een vaste relatie op te bouwen tussen patiënt en huisarts.

## Drie groepen

Kwalitatief hoogwaardige ouderenzorg vanuit de huisartsenvoorziening die aan al deze voorwaarden voldoet, is mogelijk als de huisarts optreedt als regisseur en ruimte maakt voor een proactieve benadering. De sleutel daartoe is een populatiegerichte aanpak. Bij die aanpak deelt de huisarts zijn patiënten van 70 jaar en ouder in drie groepen in:

Groep A: Goed functionerende ouderen, al dan niet met een chronische aandoening of gebrek.  
Groep B: Ouderen met functionele beperkingen door één of meer chronische aandoeningen, die zich in een stabiele situatie bevinden.

Groep C: Kwetsbare ouderen met ernstige functionele beperkingen en/of cognitieve stoornissen, vaak ten gevolge van multimorbiditeit, die – mede op grond van beperkte reserves van de mantelzorg – neigen tot decompensatie.

Huisartsen kunnen de 70-plussers in hun praktijk eenvoudig in deze groepen indelen omdat zij de meesten al langere tijd kennen. Een POH of PVP kan de functionele status zo nodig aanvullend in kaart brengen.<sup>4</sup>

*De huisarts moet ruimte maken voor een proactieve benadering*



Als ouderen nog zelfredzaam zijn, kan hulpvraaggestuurde zorg volstaan.

beeld: Henk Braam, HH

### Aanpak per groep

Iedere groep vergt een andere benadering:

**Groep A:** In de huisartsvoorziening vinden de gebruikelijke spreekuurcontacten op initiatief van de patiënt plaats, zo veel als mogelijk bij dezelfde huisarts. Ondersteuning en waar mogelijk stimulering van zelfredzaamheid vormen een vast aandachtspunt in deze contacten. De POH of PVP biedt begeleiding bij eventuele chronische aandoeningen. In deze groep berust de regie als regel bij de patiënt zelf.

*Mevrouw P., 74 jaar, heeft als kind polio doorgemaakt en hield daar een restverlamming aan de onderbenen aan over. Ze heeft aangepaste schoenen, loopt met een rollator. Van haar moeder heeft ze geleerd door te zetten. Ze heeft een huis met trap, rijdt zelf auto en heeft een mobiele, oudere, echtgenoot. Zij vraagt adequaat hulp aan. Onlangs moest ze weer eens een orthopedische operatie aan de voet ondergaan. Samen met de POH heeft ze tijdens een huisbezoek bedacht welke voorzieningen ze nodig zou hebben en deze heeft ze zelf aangevraagd. Na de operatie heeft de POH gebeld om te vragen hoe het ging. Daarnaast is de huisarts op verzoek van patiënte een keer de wond komen controleren.*

**Groep B:** Naast de gebruikelijke spreekuurcontacten biedt de POH/PVP begeleiding bij de chronische aandoeningen. Ook heeft de ondersteuner of verpleegkundige aandacht voor de zelfredzaamheid van de patiënt en de belasting van de mantelzorg. De regie ligt zoveel mogelijk bij de oudere zelf, echter waar nodig vult de huisarts aan. De POH/PVP coördineert de zorg onder supervisie van de huisarts indien er ook andere professionals bij de zorg betrokken zijn.

*Meneer K., 87 jaar, heeft parkinson en kan moeilijk uit de stoel komen. Zijn echtgenote, ook 87 jaar, is klein, tenger en vindingrijk. Het lukt haar nog altijd hem uit bed te krijgen, hem aan te kleden en het dagelijkse huishouden te bestieren. Zo willen ze het graag houden! De POH kent meneer K. al acht jaar vanwege diabetes. Zij bezoekt het echtpaar al drie jaar om de drie maanden. Het laatste half jaar vindt mevrouw het af en toe te veel worden. Uitgaande van de wens van het echtpaar – liever blijven zitten waar ze zijn en niet te veel hulptrouwen – heeft de POH contact gelegd met de ouderenwerkster van de gemeente en de vrijwillige mantelzorg.*

**Groep C:** De zorg is, uitgaande van de wensen en mogelijkheden van ouderen zelf, proactief

## SAMENVATTING

- De heterogeniteit van de populatie ouderen vraagt om een geïndividualiseerde en proactieve benadering.
- Dit is te realiseren door ouderen in drie groepen in te delen op grond van zelfredzaamheid en beperkingen.
- De indeling helpt de huisarts om de zorg af te stemmen op de eigen regievoering van de patiënt.

van aard en wordt geleverd vanuit een kleinschalig team. Er is een individueel zorgplan dat periodiek wordt geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. De regie wordt meestal niet meer door de patiënt zelf gevoerd maar door de huisarts (in overleg met een naast familielid) of door een casemanager. De huisarts consulteert waar nodig een kaderhuisarts ouderengeneeskunde, een specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater/internist ouderengeneeskunde. De PVP/POH verzorgt systematisch de functionele diagnostiek en coördineert de zorg die door de betrokken zorgverleners wordt geboden. Opstelling, uitvoering en evaluatie van het zorgbehandelplan vinden plaats in een multidisciplinair overleg. Implementatie vraagt om duidelijke taak- en rolverdeling en informatie-uitwisseling.<sup>5</sup>

*Mevrouw S., 80 jaar, maakte vijf jaar geleden een TIA door. Er werd atriumfibrilleren geconstateerd en sindsdien slikt zij bloedverdunners. Twee jaar geleden werd duidelijk dat ze de medicatie onregelmatig innam. De huisarts, hierdoor gealarmeerd, constateerde dat ze alles buiten de gewone gang van zaken niet meer aankon. De POH ouderenzorg nam bij een huisbezoek een mini mental-state examination af en de score bleek sterk verlaagd ten opzichte van de laatste keer. Een dementiesyndroom was daarmee waarschijnlijk. De heer S., 'de baas in huis', wilde van geen hulp of verder onderzoek weten. De huisarts besloot de dementieketenzorg in te schakelen en een casemanager aan te stellen. Deze heeft nu goede contacten met het echtpaar en de zoons. Het echtpaar staat op de wachtlijst voor een verpleeghuis. Coach en huisarts hebben maandelijks contact over de situatie.*



Voetnoten en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

## Wensen van de patiënt


De kern van dit voorstel voor een populatiegerichte aanpak is dat de zorg wordt gebaseerd op

de wensen en mogelijkheden van de patiënt om zelf de regie te houden. Dit lijkt vanzelfsprekend, maar is het niet: anderen gaan uit van de complexe ziektelast van ouderen als gevolg van multimorbiditeit of de specialistische deskundigheid van de arts om deze aan te pakken.<sup>6,7</sup>

## Het persoonlijke contact centraal stellen kan ook bij schaalvergroting

De eerste benadering heeft als kenmerk dat primair niet van de zieke maar van ziekten wordt uitgegaan. Pas wanneer de situatie complex wordt, kiest men voor een minder op ziekte gerichte aanpak. De tweede benadering geeft door haar claimende karakter onbedoeld voeding aan een domeinstrijd tussen specialismen. En dat terwijl juist samenwerking geboden is om de bestaande problemen aan te pakken.<sup>8</sup> In beide gevallen is de patiënt in de eerste plaats object van zorg in plaats van handelend subject.

## Kaderhuisartsen

In dit voorstel wordt concreet uitgewerkt hoe de huisarts de regievoering afstemt op de eigen regie van de patiënt en hoe onder supervisie van de huisarts zorgcoördinatie plaatsvindt. Het voorstel laat zien hoe het ook bij schaalvergroting in de huisartsenzorg goed mogelijk is het persoonlijke contact met de patiënt centraal te stellen en daaromheen de zorg te organiseren. Dit conform de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde: generalistisch, persoonlijk en continu.<sup>9</sup> Het betekent wél een belangrijke verandering in de praktijkvoering van de huisarts, met name wat betreft de aansturing, coaching en samenwerking met POH en/of PVP. Kaderhuisartsen ouderengeneeskunde, die sinds enkele jaren worden opgeleid, zijn bij uitstek in staat vorm en inhoud te geven aan deze verandering en dit ook uit te dragen onder collega's.<sup>10</sup> Tijdens de huisartsenopleiding zullen aiossen zich dienen te bekwamen in regievoering, taakdelegatie, consultatie en samenwerking en van hun opleiders moeten leren hoe onderscheid te maken tussen de verschillende patiëntcategorieën.<sup>11</sup> Naar onze mening hebben wij hiermee een realistisch en haalbaar perspectief geschetst op een aan de eisen van de tijd aangepaste hulpverlening aan ouderen door de huisarts. 

## Werkgroep

Dit voorstel voor een populatiegerichte aanpak van ouderenzorg vanuit de huisartsenvoorziening is tot stand gekomen in een werkgroep. Daaraan namen naast de auteur ook deel: drs. Jolijn de Graaff, huisarts en huisartsbegeleider Huisartsopleiding VUmc (HOVUmc); prof. dr. François Schellevis, programmaleider Huisartsgeneeskundige zorg, Nivel; dr. Annet Wind, huisarts, coördinator NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde, LUMC; Ferry Bastiaans, huisarts en hoofd Universitaire Huisartspraktijk VUmc en Kees van der Post, hoofd Huisartsopleiding UvA-AMC.

## Voetnoten

1. NHG-standpunt Toekomstvisie huisartsenzorg. Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht, 2007.
2. KNMG-standpunt Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht, 2010.
3. Gezondheidsraad. Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Den Haag, 2009/07.
4. Dussen J van der, Gercama AJ, Kneefel DG, Lagaay AM. Ouderenzorg nieuwe stijl. Medisch Contact 2008; 63: 2010-2.
5. Wind AW, Gercama A. Verantwoordelijk samenwerken in de eerstelij. Ned Tijdschr Geneesk 2010; 154 (A1763): 1-3.
6. Pel-Littel e.a. Multimorbiditeit anders benaderen. Medisch Contact 2011; 66: 1250-3.
7. Draijer M. Wij benaderen multimorbiditeit al jaren. Medisch Contact 2011; 66: 1487.
8. Gercama A, Boorsma-Meerman M. Een driespan voor de ouderenzorg. Medisch Contact 2010; 65 (13): 579-99.
9. NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde. Utrecht, 2011.
10. Flyer NHG-Kaderopleiding Ouderengeneeskunde [[http://www.awo-nzh.nl/nieuws/2011/flyer\\_ko.pdf](http://www.awo-nzh.nl/nieuws/2011/flyer_ko.pdf)]
11. Gercama AJ. Het heft in eigen hand: een visie op de opleiding tot huisarts. Huisarts Wet 2002; 45: 736-8.