

Beroepen en Opleidingen in de Ouderenzorg

College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg
2008/2009

Inhoudsopgave	pagina
Inleiding	3
Aanpak	3
Leeswijzer	5
Een visie op nieuwe rollen in een verander(en)de ouderenzorg	5
1. Kwetsbare oudere; multimorbiditeit; toename zorgvraag	5
➤ Conclusie sleutelfiguren, Visie CBOG	6
2. Objectieve tekorten; subjectieve zorgvraag; reservecapaciteit	6
➤ Conclusie sleutelfiguren, Visie CBOG	8
3. Huidig en toekomstig zorgaanbod	8
3.1. <i>WAAR?</i>	9
➤ Conclusie sleutelfiguren, Visie CBOG	9
➤ Discussie	10
3.2. <i>WIE?</i>	10
3.3. <i>WAT, WANNEER en WIE?</i>	11
➤ Conclusie sleutelfiguren, Visie CBOG	13
➤ Discussie	13
4. Generalisten en specialisten; hoofdbehandelaarschap/regie; consultfunctie; aanspreekpunt	13
4.1. <i>GENERALISTEN EN SPECIALISTEN</i>	13
4.2. <i>HOOFDBEHANDELAARSCHAP</i>	13
4.3. <i>CONSULTFUNCTIE; AANSPREEKPUNT</i>	14
➤ Conclusie sleutelfiguren, Visie CBOG	15
➤ Discussie	16
5. Bestaande professies, nieuwe beroepen	16
➤ Conclusie sleutelfiguren, Visie CBOG	17
➤ Discussie	17
6. Competenties bestaande professionals	17
6.1. <i>SPECIFIEKE COMPETENTIES: INHOUD EN PROCES</i>	19
➤ Conclusie sleutelfiguren, Visie CBOG	19
➤ Discussie	20
7. Multiprofessioneel en integraal opleiden binnen initieel en/of vervolgonderwijs	20
➤ Conclusie sleutelfiguren, Visie CBOG	21
➤ Discussie	21
8. Financiering en ketenzorg	21
➤ Conclusie sleutelfiguren, Visie CBOG	22
➤ Discussie	23
Nabeschuiving	22
Advies beroeps- en opleidingsstructuur ouderenzorg	23
Tot slot	23
Bijlage 1	24
Bijlage 2	25



Beroepen en Opleidingen in de Ouderenzorg

Inleiding

Het CBOG is ingesteld om 'een optimale kwalitatieve en kwantitatieve bemensing in de zorg in Nederland te bevorderen'. Daarvoor is een cyclus ontwikkeld waarlangs vernieuwingen en verbeteringen in de beroeps- en opleidingsstructuur in Nederland tot stand kunnen komen:

1. Wat is de (toekomstige) zorgbehoefte/-vraag?
2. Hoe verandert het werkproces: welke competenties zijn nodig?
3. Door wie (en op welk niveau) moeten deze competenties verworven worden?
4. Zijn dit bestaande beroepen (en opleidingen) en/of zijn er nieuwe beroepen (en opleidingen) nodig?

Afhankelijk van de resultaten c.q. antwoorden op deze vier vragen volgen fasen 5 en 6, waarbij het CBOG faciliterend en coördinerend kan optreden. Fasen 7 en 8 tenslotte zullen in nauwe samenwerking met CO/CONO respectievelijk met VWS, BOLS en veld tot stand worden gebracht:

5. Hoe moet het curriculum er uit zien?
6. Hoe worden de vernieuwingen in de praktijk geïmplementeerd?
7. Hoeveel beroepsbeoefenaren zijn nodig?
8. Hoe worden opleidingsplaatsen verdeeld?

Het CBOG ziet ouderenzorg als een belangrijk aandachtsgebied in de gezondheidszorg en heeft het project "Beroepen en opleidingen in de ouderenzorg" geïnitieerd, waarin **twee doelstellingen** centraal staan:

1. Ontwikkelen van een visie op nieuwe rollen in een verander(en)de ouderenzorg.
2. Adviseren beroeps- en opleidingsstructuur in de ouderenzorg die past bij de toekomstige zorgvraag.

Het resultaat moet zijn - vanuit de aanbodgerichte opdracht én vanuit de onafhankelijke rol van het CBOG - een inhoudelijk en strategisch onderbouwd advies over (toekomstige) beroepen en opleidingen in de ouderenzorg. De vraag/behoefte van de kwetsbare oudere patiënt staat centraal en die behoefte/vraag bepaalt het type hulpverlener: het aanbod volgt de vraag.

Naast het **CBOG** hebben de organisaties **ZonMw** en **KNMG** recente initiatieven op het gebied van Ouderenzorg geëntameerd en daarmee stemt het CBOG regelmatig af. ZonMw is in het voorjaar van 2008 gestart met de uitwerking van het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). Het CBOG heeft gevraagd naar mogelijke raakvlakken met beroepen en opleidingen en omgekeerd heeft de programmacommissie het CBOG gevraagd om input vanuit onderhavig project. De programmamanager NPO is contactpersoon respectievelijk intermediair tussen CBOG en de (acht) netwerkcoördinatoren. De KNMG is sinds medio 2008 bezig met de uitwerking van het project 'Oplossen van structurele knelpunten in de medische ouderenzorg ; *Consequenties voor de medische beroepsprofielen en beroepsstructuur*'. Het CBOG ondersteunt dit project financieel en inhoudelijk.

Aanpak

De rol van het CBOG als 'makelaar' tussen de veldpartijen en het ministerie van VWS vraagt om een specifieke invulling, afhankelijk van het verzoek of opdracht. Het CBOG heeft in elk geval een signalerende functie ten aanzien van knelpunten en noodzakelijke innovaties in de structuur van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg. Het gaat om een mix van onderzoek, beleid en praktijk, waarbij de praktijk een belangrijke bron is.

Om die reden is voor onderhavig project Ouderenzorg gekozen voor een globale deskresearch en vervolgens voor gesprekken met mensen vanuit de praktijk. Vanuit (een vertegenwoordiging van) bestuur en bureau CBOG zijn de afgelopen maanden semi-gestructureerde interviews gehouden met verschillende inhoudsdeskundigen en stakeholders (*verder te noemen sleutelfiguren*) om hun visie te vernemen op Ouderenzorg. De sleutelfiguren¹ zijn gekozen op basis van hun deskundigheid en onafhankelijkheid. Zij zijn geen vertegenwoordiging van beroeps- en brancheorganisaties. Insteek is om samen toekomstgericht te denken over de grenzen van domeinen en disciplines heen. In feite is dat de belangrijkste *voorliggende* vraag of voorwaarde: zijn de huidige professionals bereid om vanuit de zorgvraag over hun eigen domeinen en beroepen heen te kijken, ook als dit consequenties heeft voor hun competenties en dit leidt tot taakherschikking met op termijn andere – kwantitatieve- verhoudingen (aantallen).

Alle interviews zijn ‘vertaald’ in beschouwende teksten, uitgesproken door de geïnterviewde sleutelfiguren. Het resultaat is gecondenseerd in onderhavig rapport en ingedeeld in een aantal thema’s, die door alle sleutelfiguren zijn genoemd als actueel, relevant en opportuun. De thema’s overlappen elkaar deels, het onderscheid is de keuze van het CBOG, zij het op basis van de interviews.

1. Kwetsbare oudere; multimorbiditeit; toename zorgvraag
2. Objectieve tekorten; subjectieve zorgvraag; reservecapaciteit
3. Huidig en toekomstig zorgaanbod
4. Generalisten en specialisten; hoofdbehandelaarschap/regie; consultfunctie; aanspreekpunt
5. Bestaande professies, nieuwe beroepen
6. Competenties bestaande professionals
7. Multiprofessioneel en integraal opleiden binnen initieel en/of vervolgonderwijs
8. Financiering en ketenzorg

Dit rapport is eind 2008 besproken door het bestuur van het CBOG. Vervolgens zijn erop basis van de thema’s discussiepunten geformuleerd met de huidige situatie als vertrekpunt, echter met name kijkend naar de toekomst van beroepen en opleidingen in de ouderenzorg. De verander(en)de zorgvraag in de ouderenzorg heeft consequenties voor beroepen en opleidingen.

Het laatste interview is geweest met twee ‘afgevaardigden’ vanuit een grote ouderenorganisatie. Zij geven aan dat de ouderenzorg, de problematiek van de ouderen(zorg), de discrepantie tussen vraag en aanbod et cetera eigenlijk een maatschappelijk fenomeen is en dat de beeldvorming bepalend is. “*De eisen die worden gesteld aan de (ouderen)zorg stellen we niet aan de maatschappij. Er is sprake van een paradox: als het niet goed gaat, krijgt de zorg de schuld. Maar het gaat om de beelden, de beeldvorming over ouderen in de maatschappij. Ik gruw van de beeldvorming over ‘de verzilvering van/door ouderen’. Dé oudere bestaat niet, er zijn wel minimaal drie en zeker meer typen ouderen.*”. Vervolgens wordt een drietal typen ouderen genoemd: gezond (en vermogend), ‘krakkemikkig’ en hulpafhankelijk en dat geldt met name voor de kwetsbare oudere. Ook is meermalen benadrukt dat er veel meer dient te worden geïnvesteerd in de mantelzorg(ers); er komen steeds meer 3^e en 4^e generaties (>85) ouderen, die beiden mantelzorg nodig hebben. Daarnaast is er meer diversiteit in beroepsprofielen binnen disciplines nodig, met een goede basis. Er zijn niet persé meer nieuwe beroepen nodig. Respect en gelijkwaardigheid zijn gevleugelde woorden, in vrijwel alle interviews.

Vanuit zijn signalerende en coördinerende rol zal het CBOG de signalen en voorstellen uiteindelijk vertalen in beleid. Het CBOG kan niet sturen op capaciteit, maar wel druk van buiten uitoefenen op (interne) processen. Het probleem wordt zichtbaar en concreet en geadresseerd bij VWS, die het probleem in haar beleid zal moeten opnemen Tegelijkertijd zullen ook betreffende veldpartijen op hun verantwoordelijkheid moeten worden aangesproken.

¹ Het CBOG heeft niet de pretentie volledig te zijn geweest. Zie *bijlage 2*.

Leeswijzer

De opbouw van het rapport is als volgt. Elk thema begint met de visie van de sleutelfiguren, waarin zoveel als mogelijk recht wordt gedaan aan ieders mening. Het is geen letterlijke, wel een feitelijke weergave². De acht thema's eindigen met een of meer (voorlopige) conclusies op basis van alle gesprekken met de sleutelfiguren. Vervolgens geeft het CBOG zijn visie op de acht thema's en daarna volgen een of meer discussiepunten, indien relevant.

Het CBOG heeft bewust niet gekozen voor een samenvatting, daar dit onvoldoende de visie weergeeft van alle sleutelfiguren. Juist door deze aanpak is het lezen van de integrale versie een voorwaarde en komen de – soms ook tegengestelde - meningen voor het voetlicht.

Het rapport eindigt met een beschouwing van het CBOG, waarin ook het vervolg van dit project c.q. dit rapport is geschetst, zij het vooralsnog onder voorbehoud.

In *bijlage 1* is een literatuuroverzicht opgenomen, in *bijlage 2* een lijst met alle geïnterviewde sleutelfiguren.

Een visie op nieuwe rollen in een verander(en)de ouderenzorg (doelstelling 1)

De Gezondheidsraad³ meent dat de huidige gezondheidszorg voor ouderen met multimorbiditeit niet adequaat is ingericht. Om de voor deze groep zo wenselijk geïntegreerde zorg en behandeling te kunnen realiseren, staat de professionele zorg voor de taak de volgende vier zaken tot ontwikkeling te brengen:

- vroegtijdig signaleren van gezondheidsrisico's bij ouderen met multimorbiditeit
- betere regie over de zorg voor deze groep ouderen
- meer specialistische advisering aan de eerste lijn
- beter toepassen van specifieke kennis over complexe multimorbiditeit in de kliniek.

Om een samenhangend en goed gecoördineerd zorgaanbod aan ouderen met multimorbiditeit te kunnen realiseren is medische en verpleegkundige kennis nodig. Hiervoor zal extra opleiding en (na)scholing gegeven moeten worden. Gezamenlijke opleidingsmodules zijn zeer geschikt gebleken in het bevorderen van interdisciplinaire samenwerking en de Gezondheidsraad beveelt aan extra scholing over multimorbiditeit aan te bieden in een interdisciplinaire setting. Een setting, die niet alleen toegankelijk is voor medici, maar ook voor verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, paramedici en psychologen⁴. In de scholing zou naast aandacht voor vakinhoudelijke onderwerpen aandacht moeten zijn voor samenwerken in en coördineren van zorgtrajecten, alsmede hoe de omgeving (mantelzorgers) ondersteund kan worden.

In voornoemd rapport van de Gezondheidsraad en overige literatuur⁵ wordt ouderenzorg als een belangrijk aandachtsgebied beschouwd, gezien de toenemende – en complexere – zorgvraag van de oudere. In het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) van ZonMw wordt de regionale samenwerking benadrukt. Ook moet de zorg zodanig worden georganiseerd dat de oudere daar meetbaar beter van wordt. Het gaat dan onder meer om het (anders) inrichten van werkprocessen dat zo nodig consequenties heeft voor de huidige professionals. Hieronder volgt de uitwerking van de acht thema's.

1. Kwetsbare oudere; multimorbiditeit; toename zorgvraag

Gekozen is voor de kwetsbare oudere binnen de ouderenzorg. De *kwetsbare oudere* wordt in het proefschrift van Renee Melis (RU) als volgt omschreven: "the compensation capacities of these persons are diminished, and this implicates that relatively small changes in or around the patient can have large consequences for the individual's functioning". Vrij vertaald: "De buffer/compensatie mogelijkheden van de kwetsbare ouderen zijn verminderd. Dit heeft als gevolg dat relatief kleine veranderingen in of om de patiënt grote gevolgen kunnen hebben voor het individu's functioneren".⁶

² Zo feitelijk mogelijk weergegeven; de citaten zijn "cursief".

³ 'Ouderdom komt met gebreken', 2008, p.13.

⁴ Het gaat ook om de grote groep verzorgenden, die werkzaam zijn in de ouderenzorg (LV).

⁵ Zie bijlage 1.

⁶ Tijdsch Geront en Geriatrie, 198, december 29 (6), 276-278.

Een andere omschrijving van de kwetsbare oudere is 'een persoon waarbij de draaglast groter is dan de draagkracht'⁷. Een van de sleutelfiguren gaf de volgende definitie: "De kwetsbare oudere heeft twee of meer aandoeningen, die complex en daarnaast acuut of chronisch kunnen zijn".

Het zorggebruik onder ouderen neemt toe, evenals, respectievelijk als gevolg van een toename van multi-/comorbiditeit bij ouderen. Het SCP heeft naar het toenemend zorggebruik een studie gedaan ('Verklaringsmodel verpleging en verzorging 2007') en daarin geconstateerd dat zorggebruik sterk toeneemt met de leeftijd. Toch blijft onder alle leeftijden het gebruik van informele zorg hetzelfde: ongeveer 10%. Deze informele zorg kan dus niet als substitutie van formele zorg worden gezien. In aansluiting op voornoemde omschrijving van de kwetsbare oudere heeft het SCP ook geconstateerd dat alleenstaanden en verweduwd personen meer kans maken om potentieel zorgvrager te zijn. Ook bij oude ouderen is de kans om zorgvrager te worden duidelijk groter (blz. 42 e.v.). Leeftijd heeft daarnaast een positief effect op een toenemende manifeste vraag naar *persoonlijke verzorging* en de verschillende vormen van *verblijf*. Hoe ouder mensen zijn, hoe groter de kans dat ze hulp krijgen, dit komt duidelijk naar voren bij de intramurale zorg (blz. 53). De Gezondheidsraad heeft zijn studie naar de toename van multi-/comorbiditeit bij ouderen de voorkeur gegeven aan de term multimorbiditeit: *het optreden van verschillende (chronische) aandoeningen, ongeacht hun onderling verband. Het gaat om het optreden van verschillende, al dan niet aan elkaar gerelateerde aandoeningen*.

De prevalentie van multimorbiditeit bij alle ouderen neemt toe met de leeftijd. Ongeveer tweederde van alle personen tussen 65-75 jaar heeft meer dan twee chronische aandoeningen die medische behandeling en zorg behoeven. Bij de alleroudsten (85 jaar en ouder) heeft circa 85 procent meer dan twee aandoeningen. Te verwachten valt dat in de toekomst het absolute aantal ouderen met multimorbiditeit in de algemene bevolking zal toenemen van rond de 1 miljoen nu tot 1,5 miljoen in 2020. De Gezondheidsraad concludeert dan ook dat multimorbiditeit onder ouderen eerder regel is dan uitzondering. Circa tweederde van degenen tussen 65 en 75 jaar heeft verschillende chronische ziekten en het aantal personen met multimorbiditeit neemt nog verder toe met het stijgen der leeftijd. Na het 85e levensjaar heeft circa 85 procent meer dan twee chronische aandoeningen. Uit het onderzoek naar de prevalentie van multimorbiditeit bij personen in de huisartsenpraktijk en in het verpleeghuis blijkt dat het percentage personen met twee of meer aandoeningen in het verpleeghuis niet erg verschilt van dat bij de huisarts. Waarschijnlijk is de zorg die men ontvangt niet zo zeer afhankelijk van het aantal als wel van de aard van de aandoeningen en de mate waarin patiënten (daardoor) beperkingen ondervinden in hun dagelijks functioneren.

Conclusie sleutelfiguren

Er bestaat geen verschil van mening over de keuze van de omschrijving van de kwetsbare oudere en de definitie van multimorbiditeit. Het gaat in dit project om de kwetsbare oudere met multimorbiditeit: *het optreden van verschillende (chronische) aandoeningen, ongeacht hun onderling verband*. De zorgvraag van de kwetsbare ouderen neemt absoluut en relatief toe.

Visie CBOG

Het CBOG ondersteunt de conclusies en deze zijn uitgangspunt voor de uitwerking van de overige thema's.

2. Objectieve tekorten; subjectieve zorgvraag; reservecapaciteit

In vrijwel alle interviews komt naar voren dat de vraag van de oudere patiënt⁸ leidend moet zijn, terwijl iedereen dit tegelijkertijd vanzelfsprekend vindt. Ook beseffen de meeste sleutelfiguren dat dit uitgangspunt nog niet (altijd) leidt tot gewenste resultaten. Een sleutelfiguur vindt bovenstaande getuigen van 'politiek correct denken'. De vragen kunnen wel bij de patiënt worden geïnventariseerd, echter de oplossingsrichtingen en de prioritering ervan ligt elders. Dat sluit wel aan bij de visie van de patiënten- en ouderenorganisaties, immers

⁷ Draaglast wordt gedefinieerd in termen van beperkingen die de zelfredzaamheid in ernstige mate aantasten en draagkracht in termen van hulpbronnen die de zelfredzaamheid vergroten, namelijk het inkomen en het sociale netwerk (Rapportage ouderen, De Klerk 2004).

⁸ Patiënt is in casu de kwetsbare oudere. Tevens wordt/worden daarmee standaard ook de mantelzorger(s) bedoeld.

dé mondige patiënt bestaat niet: *“De patiënt voelt zich afhankelijk en kwetsbaar en met name ziekenhuizen worden als groot, intimiderend en imponerend ervaren, adequate begeleiding ontbreekt door de hele keten”*. Een andere sleutelfiguur heeft het treffend en bondig geformuleerd. *“Er moet respect zijn voor de (kwetsbare) oudere en een respectvolle benadering vooronderstelt een aantal sociale en communicatieve vaardigheden, waaraan het nu vaak ontbreekt. Er is een spanningsveld tussen mondig zijn en respect tonen voor de ander. Een functionele gezagsrelatie is nodig, maar dat laat respect voor de ander onverlet”*. De ontbrekende vaardigheden zitten vooral in het zich (onvoldoende) kunnen verplaatsen in de kwetsbare oudere, in zijn angsten, in zijn moeite alles op een rijtje te krijgen, in het aftakelen van zijn mentaal en sociaal handelen et cetera. Het vermogen zich te kunnen verplaatsen in de ander zal al een hoop schelen en aangegeven is dat *“verpleegkundigen dit min of meer van nature hebben, maar dat de dokters veel minder, in elk geval te weinig uitstralen”*. Opgemerkt is ook dat de professionals veel meer gebruik moeten maken van de ervaringen van ouderen, ook of juist in het onderwijs.

Meermalen komt ook de vraag naar voren hoe de oudere patiënt te benaderen: vanuit welzijn of vanuit de zorg en de meeste sleutelfiguren zijn daar nog niet uit. Wel zijn er reeds initiatieven over ‘zorgtrajectbegeleiding’, in de brede zin van het woord, als functie⁹ (zie onder thema 4, 4.2., p 14). De meerwaarde zit in de combinatie van zorg en welzijn, de integrale aanpak. Gezondheidsproblemen kunnen te maken hebben met sociale factoren. Het gaat om een wederzijdse afhankelijkheid tussen fysieke, mentale en sociale dimensies van de geriatrische patiënt¹⁰. *“Ouderen hebben behoefte aan goede zorg, op het juiste moment geleverd en het maakt hen niet eens uit door wie die zorg wordt geleverd. Zij moeten kunnen vertrouwen op goede zorg. Als daaraan wordt voldaan zullen de ouderen dit niet snel ervaren als bemoeizucht, zij willen als kwetsbare oudere ook graag worden ondersteund”*.

In het land ontstaan meer en meer *consultatiebureaus voor ouderen* (CBO). Een CBO in de wijk is laagdrempelig met een breed aanbod van gezondheidszorg en welzijn, zowel proactief als reactief, juist omdat ouderen niet altijd hun eigen problematiek (h)erkennen. De landelijke patiënten- en ouderenorganisaties zijn niet echt voorstander van deze consultatiebureaus. CBO's verschillen overigens in opzet en aanpak. Daar waar deze *onder regie van een huisartsenpraktijk* werken en zich beperken tot voorlichting en preventie¹¹, kunnen zij prima functioneren, maar niet naast de huisarts; de huisarts is en blijft de toegangspoort tot de zorg. Uitgangspunt is dat de patiënt zijn eigen regisseur is, tenzij de patiënt dit niet kan of wil. Daarnaast kan er een casemanager (of equivalent) zijn, die evenwel niet de regie gaat overnemen, maar aanvullend is en ondersteunt. Hij staat letterlijk naast de oudere: géén nieuwe coördinerende laag extra creëren en geen alternatief voor een hulpverlener. Uitgaan van de mogelijkheden van de patiënt, wat kan hij nog wel? Gelijkwaardigheid is een groot goed, hoewel *“het gros van de hulpverleners kiest voor het systeem en niet voor de patiënt”*, zo stelt een van de sleutelfiguren.

De kwetsbaarheid zit – met name- in de reservercapaciteit ofwel het verschil tussen draaglast en draagkracht. Hoe groot is deze én hoe wordt deze ervaren? Ziekte, gebreken of problemen bepalen een of meer – als objectief te waarderen - tekorten. De beleving ervan is echter subjectief. De vraag naar zorg wordt bepaald door de subjectieve behoefte en door andere kenmerken (bv. leeftijd, sociale context etc.). Er is een aantal tekorten te onderscheiden¹²:

1. Overwegend tekort in gezondheid
2. Overwegend tekort in psychisch functioneren
3. Overwegend tekort in sociale redzaamheid
4. Overwegend tekort in dagelijks functioneren: lichamelijke verzorging en huishoudelijke bezigheden.

⁹ Zie interview met prof. dr. M. Vernooij-Dassen nav inaugurele rede als hoogleraar: ‘Psychosociale aspecten van zorg voor kwetsbare ouderen’ (TVZ- 2008, nr. 10 p 28 e.v.).

¹⁰ Ook wel interdependentie genoemd, zie Probleemgeoriënteerd denken in de geriatrie, Een praktijkboek voor de opleiding en de kliniek, M.G.M. Olde Rikkert e.a., p. 26.

¹¹ Collectieve preventie is een taak van de GGd-en.

¹² Bewaakte overgangen; Continuïteit in de zorg voor de patiënt met kanker, IKZ 1997. Het model dat hierin wordt beschreven is mutatis mutandis ook van toepassing op de oudere patiënt.

De objectieve tekorten (kunnen) leiden tot dan wel worden vertaald in een subjectieve zorgvraag van de oudere patiënt. Deze zorgvraag is het startpunt en daar hoort een passend aanbod bij in de zin van functies, ketens of voorzieningen. De vraag van de patiënt wordt beantwoord door de zorgverleners met de juiste competenties. De zorgverleners maken afspraken met elkaar op basis van de zorgvraag, met als belangrijkste doel continuïteit van zorg. Het gaat niet meer zo zeer om de afzonderlijke disciplines of de individuele professional, maar om wat de patiënt nodig heeft en wie hem het beste kan helpen. Anders gezegd: welke mix van competenties levert de beste resultaten op?

Conclusie sleutelfiguren

Vrijwel alle geraadpleegde sleutelfiguren kunnen zich vinden in voornoemde indeling in objectieve tekorten, de vertaling in een subjectieve zorgvraag en een passend aanbod van voorzieningen. De discussie spitst zich toe op de vraag hoe deze voorzieningen er uit moeten gaan zien.

Visie CBOG

Het CBOG ondersteunt de conclusies met betrekking tot thema 2 en deze zijn uitgangspunt voor de discussiepunten bij de overige thema's.

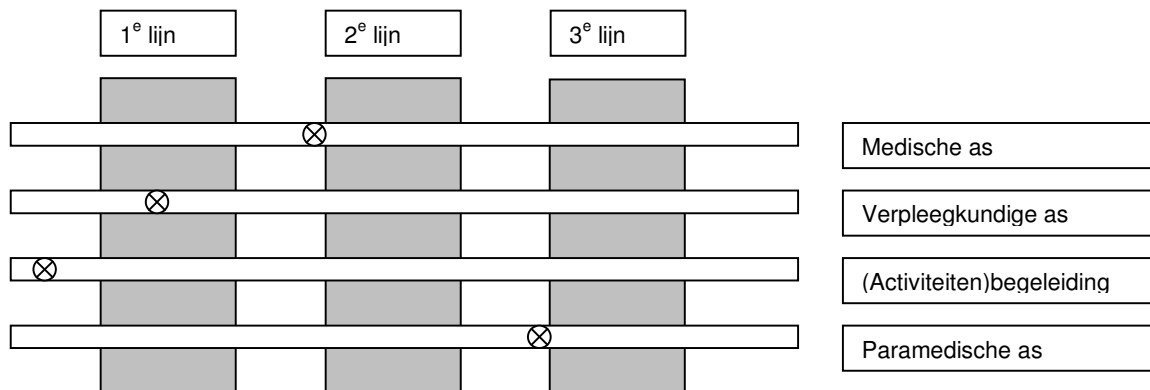
3. Huidig en toekomstig zorgaanbod

Bij de kwetsbare oudere gaat het om complexe multimorbiditeit. Als er sprake is van één tekort, komt de patiënt (veelal) terecht op de medische as, veelal bij de huisarts. Bij vier tekorten zal de patiënt in de meeste gevallen ook binnen de 1^e, 2^e lijn of binnen semi-/intramurale zorg terecht komen bij de medische dan wel verpleegkundige/verzorgende as of anderszins. Bij twee of drie tekorten valt de kwetsbare oudere patiënt (soms) tussen wal en schip. Het medisch tekort is niet altijd de primaire insteek en overige tekorten¹³ worden niet altijd (h)erkend. Ouderen zien of ervaren dit zelf overigens niet altijd als een probleem: zij onderkennen nog niet altijd hun problemen op het terrein van hun gezondheid en welzijn.

Indien een medisch tekort is geconstateerd, kan de patiënt worden doorverwezen¹⁴ en dat gebeurt meestal via de huisarts dan wel de verpleeghuisarts. Het denken in domeinen - in casu 1^e, 2^e, 3^e lijn - maakt plaats voor het denken in assen die dwars door de domeinen heenlopen (ketenzorg). De patiënt ontvangt de zorg op de plaats waar op dat moment de hoogste kwaliteit wordt verondersteld. Er ontstaan geen domeinen meer maar horizontale assen van bijvoorbeeld de medische as (huisarts, verpleeghuisarts, medisch specialist), de verpleegkundige as (praktijkverpleegkundige, verpleegkundig specialist et cetera) en de paramedische as (fysiotherapeut, ergotherapeut, revalidatiearts et cetera). De patiënt bevindt zich niet meer in een van de domeinen maar afhankelijk van zijn zorgvragen op een of meer assen. Zie figuur 1.

¹³ Zie noot 2.

¹⁴ Idealiter zou de patiënt dan wel zijn vertegenwoordiger rechtstreeks bij 2^e lijn/andere professional terecht moeten kunnen. Financiële drempels zijn vaak de reden. Doorverwijzing vindt veelal plaats binnen één (horizontale) as en weinig tussen de assen.



X

Figuur 1. Huidige zorgaanbod

Een van de sleutelfiguren acht het onderscheid tussen zorg (niet- medisch) en geneeskunde (medisch) irrelevant, het gaat om 'zorg voor de oude mens'. 85 % van de ouderen woont thuis, 15% woont in een verpleeg-/verzorgingshuis dan wel in aanleunarrangementen. "De aandacht en het geld is omgekeerd evenredig en er moet dus een nieuwe verdeling plaatsvinden naar rato; prioriteit ligt bij 'thuis' en mensen en middelen moeten uit het ziekenhuis worden overgeheveld naar 'thuis'".

"De zorgvrager wordt gevolgd, waar hij ook zit", is een uitspraak van een andere sleutelfiguur. Het onderscheid tussen 1^e of 2^e lijn is - voor de zorgvrager - niet relevant. Indien tot 'thuis' ook de verpleeg- en verzorgingshuizen en aanleunwoningen worden gerekend, is het percentage nog groter dan 85%. Er moet continuïteit van zorg zijn en daarmee goede communicatie en coördinatie tussen de 1^e en 2^e lijn, maar ook binnen de settings zelf. Dat is met name een logistiek probleem, op te lossen door de zorgverleners zelf. De patiënt is wel gebaat bij één aanspreekpunt binnen de gehele keten, aldus patiënten en zorgverleners.

Ondanks de mening dat het onderscheid tussen 1^e, 2^e en 3^e lijn voor de patiënt niet relevant zou zijn, gaan zorgverleners nog wel uit van dit onderscheid, maar spreken van voorzieningen als een 'conglomeraat van zorgaanbod op maat'.

3.1 Waar?

Eerstelijnsvoorziening

Het gaat om de huisartsenpraktijk als frontoffice. Op termijn zou de huisartsenpraktijk een eerstelijnsvoorziening moeten worden, waarin medische en verpleegkundige expertise aanwezig is, naast overige voorzieningen. Sommige sleutelfiguren vergelijken deze voorzieningen met de – meer 'welzijnachtige' – voorzieningen uit de jaren '70, maar dan in de huidige context. Anderen willen wel een duidelijke scheiding houden tussen 'gezondheidszorg' enerzijds en 'welzijn' anderzijds. Het gaat om andere doelstellingen en dat vraagt ook om verschillende competenties. Wel dient er een continue afstemming en samenwerking plaats te vinden. "De zorg aan ouderen moet kleinschalig zijn en dicht bij huis".

Het betreffen *generalistische functies (inclusief kennis van psychiatrie en psychosomatiek)*:

- Huisarts
- Praktijkverpleegkundige en/of praktijkondersteuner (BIG-geregistreerd)
- Toegang tot experts (bewegingsapparaat, psychiatrisch etc.).
- Eventueel richting welzijn en wonen.

Om deze eerstelijnsvoorziening een schil van consulenten:

- Medisch specialisten
- Verpleeghuisarts, klinisch geriater
- In kader van overdracht de juiste deskundigheid benutten. De 2^e opvang kan geschieden in de 2^e lijn.

Tweedelijnsvoorziening

Het gaat ook hier om *generalisten*, bijvoorbeeld een klinisch geriater en/of een internist ouderengeneeskunde. Deze dient al op de 'eerste hulp' aanwezig te zijn voor de 1^e screening, een eerste opvang voor complexe problematiek¹⁵. Omgekeerd kan er vanuit de 1^e lijn een heldere verwijzing zijn op basis van *geriatrische syndromen*, mits deze duidelijk zijn. (Zie 3.3, p 11).

Aldus ontstaat er een zorgketen, een aantal voorzieningen, die tegemoet kan komen aan de zorgvraag van de kwetsbare oudere patiënt en mantelzorger(s). Zie figuur 2., p 10.

Conclusie sleutelfiguren

De sleutelfiguren onderschrijven grotendeels het beeld van het huidig en toekomstig zorgaanbod. Het gaat meer en meer richting ketenzorg, dwars door de domeinen (1^e, 2^e, en 3^e lijn) heen. Uiteraard is met name de invulling relevant: wie is hoofdbehandelaar, aanspreekpunt, welke competenties zijn vereist en bij wie aanwezig etc.

Visie CBOG

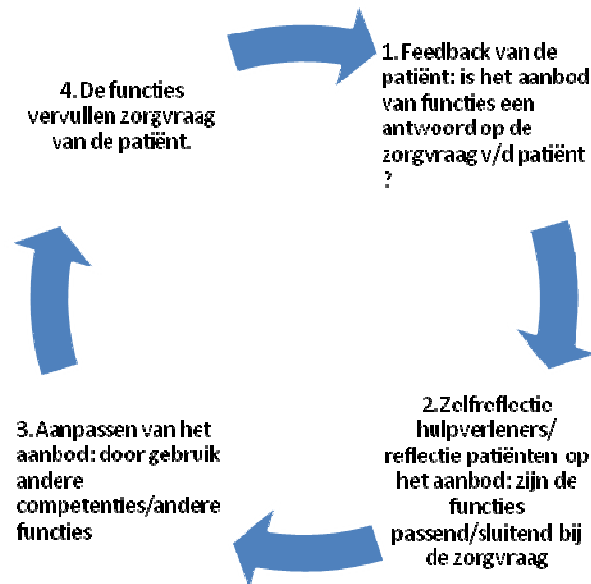
Het huidig en toekomstig zorgaanbod zijn nog niet zo heel duidelijk tegenover elkaar gezet. Het toekomst beeld hangt mede af van de nadere invulling van de beroepen en functies en de daarbij behorende competenties. Er wordt zo wel meer afstand genomen van het verwijssysteem.

Discussie

- Er is nog wel een 1^e, 2^e en 3^e lijn¹⁶, maar de patiënt kan gebruik maken van 'voorzieningen' waarbinnen de juiste zorgverlener op het juiste moment zijn vraag kan beantwoorden, dwars door de domeinen en settings heen, dicht bij huis of zelfs in huis (ketenzorg).
- Bent u het eens met het beeld van het huidige maar met name van het toekomstig zorgaanbod?
- Wat is uw visie op 'gezondheidszorg' enerzijds en 'welzijn' anderzijds? Moeten deze gebieden gescheiden blijven of juist meer integreren en wat betekent dit voor de benodigde competenties van de hulpverleners?

¹⁵Tenzij het overduidelijk is dat het bv. om een heupoperatie gaat (rechtstreeks naar orthopeed), maar ook dan kan er bij de oudere patiënt meer aan de hand zijn.

¹⁶Er ontstaan ook meer 'anderhalvelijnspraktijken', tussen 1^e en 2^e lijn in.



Figuur 2.

3.2. WIE?

Een sleutelfiguur spreekt zich duidelijk uit voor 'leadership' binnen de 1^e respectievelijk . 2^e lijn: de huisarts respectievelijk de internist. Hij acht beiden op dit moment niet competent genoeg om hun leadership waar te maken. "Zij zien oude mensen onvoldoende staan en hebben te weinig kennis van mult-morbiditeit". Dit is een weliswaar stellige uitspraak van een sleutelfiguur, de strekking ervan wordt door de anderen wel onderschreven.

De meeste sleutelfiguren zijn het eens over het accent op de eerste lijn met de huisarts als belangrijke professional, naast de (HBO)-verpleegkundige dan wel verpleegkundig specialist (VS). Deze laatste kan zowel binnen de eerste als tweede lijn geïntegreerd zijn.

Met enige nostalgie wordt teruggekeken op het tweespan huisarts - wijkverpleegkundige: "Het kennen van de mensen én hun situatie betekent dat sneller kan worden ingeschat of er iets afwijkends is of niet", aldus een van de sleutelfiguren. "Er zijn nu nieuwe functies gecreëerd zoals de praktijkondersteuner, waardoor veel taakdelegatie plaatsvindt, maar dat hoeft geen voordeel voor de patiënt te zijn". De kans op gefragmenteerde zorg neemt toe: wie is waarvoor verantwoordelijk en wie heeft de regie. Er moeten (weer) meer allrounders komen, meer generalisten (zie verder thema 4, 4.1, p 13 e.v.).

In Nederland is op dit moment 10% > 75 jaar en 90% daarvan heeft enkelvoudige hulp nodig (op basis van één tekort). Elke huisartsenpraktijk heeft 20 á 30 % oudere patiënten in zijn praktijk en dat betekent dus wel een forse belasting voor de 1^e lijn. Met het huidige aanbod in de 1^e lijn kan niet worden volstaan, qua capaciteit en expertise niet, aldus is geconstateerd door vrijwel alle geïnterviewden (zie verder thema 6, pagina 14-16).

Er is ook consensus over een medisch specialist als poortwachter voor de 2^e lijn, echter over *wie* dat moet zijn, zijn de meningen niet geheel gelijklopend. Er moet wel één hoofdbehandelaar zijn in de 2^e lijn, een generalist met een medische achtergrond en dan wordt de klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde genoemd, in elk geval geen orgaanspecialist. Voor de patiënt moet duidelijk zijn wie aanspreekpunt is¹⁷.

¹⁷ Zie ook SGZ rapport 'Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg', 2007 van de IGZ. Eén aanspreekpunt voor de patiënt is essentieel, zo blijkt ook uit de enquête Cliëntenperspectief Utrecht (2008), meer nog dan wie het aanspreekpunt is.

Door enkele sleutelfiguren is aangegeven dat de klinisch geriater op dit moment (aantal +/- 130) een poortwachterfunctie in de 2^e lijn niet *kunnen* waarmaken en de internisten dat niet *willen*, althans zij claimen deze functie onvoldoende. Interne geneeskunde kent op dit moment 14 á 15 aandachtsgebieden, waaronder ouderengeneeskunde, maar dit gebied is niet “sexy” (!). Verpleeghuisartsen vormen wel een substantieel aandeel (+/- 1700) en zij zouden meer met de klinisch geriater kunnen optrekken binnen een intramurale setting in plaats van elkaar te beconcurreren, is ook een geventileerde mening.

3.3 WAT, WANNEER en WIE?

Screening geriatrische syndromen¹⁸

Cruciale en prelabelle vraag is het helder krijgen van het probleem, het vaststellen van eventuele tekorten; vaak zijn startpunt noch de (juiste) indicatoren helemaal duidelijk. Er wordt wel meer en meer energie gestoken in een trapsgewijze screening van *Geriatrische Syndromen* op basis van verschillende indicatoren¹⁹:

- Leeftijd (75 +) (secundaire preventie)²⁰
- Polifarmacie
- Alle bewoners in verzorgingshuizen
- 2 x op eerste hulp na val
- Delier na OK
- Ondervoeding
- Depressie

Geconstateerd is dat het screenen van mensen > 75 jaar met alleen leeftijd als indicator onvoldoende resultaat oplevert. Gepleit wordt voor meer omschreven doelgroepen die al zorg/ondersteuning nodig hebben. Doelmatigheid speelt ook mee: “*waar is de nood het hoogst, wat is het probleem, welke interacties zijn mogelijk?*” Een van de sleutelfiguren is van mening dat de oudere stelselmatig moet worden gescreend, na consult bij de huisarts maar ook zónder een bezoek. “*De huisarts moet in plaats van reactief proactief worden: wie is deze mens die ik voor mij heb? Hoe vaak is hij op consult geweest, hoeveel medicijnen gebruikt hij? Bij hoeveel specialisten is hij onder behandeling waar de huisarts geen zich meer op heeft, et cetera*”.

“*De oudere mens ervaart in het algemeen screening op basis van lijst met geriatrische syndromen als prettig, maar wel op basis van vrijwilligheid; hij moet niet het gevoel krijgen dat hij iets moet!*” Aan de hand van een aantal indicatoren kan objectief worden gesignaleerd of iemand een of meer tekorten heeft. Signalen zijn bv. ook sleutels in koelkast, postbus niet leeghalen et cetera en dat kunnen belangrijke aanwijzingen zijn.

Door de meeste sleutelfiguren wordt met name de **proactieve**²¹ rol van de huisarts onderschreven. “*Hij dient dan wel op cruciale punten te worden bijgeschoold*”. Wié nu daadwerkelijk deze geriatrische screening moet verrichten en waar, is een heikel punt. Uit onderzoek blijkt dat veel oudere patiënten (+/- 50%) onnodig in de 2^e lijn terechtkomen. Een juiste screening met een juiste regie in de 1^e lijn zou dat (wellicht) hebben kunnen voorkomen, op zijn minst kunnen vertragen. Wederom is de kwestie hoe de ouderen te monitoren en hoe ‘diagnostische valkuilen’ te voorkomen? Op basis van de indeling in objectieve tekorten heeft een van de sleutelfiguren aangegeven dat indien er een á twee ziekten worden geconstateerd, deze kunnen worden afgehandeld binnen de reguliere zorg, via routines. Als er drie of meer tekorten worden geconstateerd, dan moet de oudere actief gevolgd worden dat wil zeggen “*weghalen uit het routinematig traject en aparte trajecten op maat bieden*”.

¹⁸ Probleemgeoriënteerd denken in de psychiatrie; een praktijkboek voor de opleiding en de kliniek, dr. M.G.M. Olde Rikkert e.a., p 26.

¹⁹ Deze indicatoren zijn genoemd in de interviews, niet uitputtend derhalve.

²⁰ Primaire preventie is overheidstaak aldus een van de sleutelfiguren.

²¹ Zie ook Zorgvisie magazine, nummer 10/oktober 2008; interview met Steven de Waal, p. 22 “ [...] Ze (huisartsen LV) zijn niet proactief. [...]”

Het is wel aan de medicus om de diagnose te stellen. Anders opgeleiden kunnen (en moeten) signaleren en anticiperen, maar diagnosticeren blijft voorbehouden aan de medicus, ook als op basis van signalen de diagnose kan veranderen; de medicus stelt deze vast. Het gaat om een 'klinische blik' respectievelijk het zorgvuldig interpreteren van de problematiek/tekorten. *"Effectieve interventies zijn noodzaak, anders stijgen de kosten nog meer. Ook belangrijk is dat de geriatrische screening gefinancierd wordt door zorgverzekeraars"*, wordt hierbij opgemerkt door een van de sleutelfiguren.

Waar de screening ook plaatsvindt, zowel in 1^e als in de 2^e lijn moet hetzelfde screeningsstelsel worden toegepast, met dezelfde instrumenten. De patiënt mag niet meer ongeleid het ziekenhuis in. De internisten onderschrijven dit: een risico-analyse van de oudere mens is nodig. *"De populatie van de internist bestaat voor 60% uit mensen met aandoeningen op terrein van neurologie, urologie en orthopedie. Deze risico-analyse kan tegelijkertijd met de pre-operatieve screening door de anesthesioloog²²"*.

Conclusie sleutelfiguren

- De noodzaak van het screenen van geriatrische syndromen wordt vrijwel unaniem onderschreven. Over de vraag waar, door wie en wanneer c.q. bij welke doelgroepen lopen de meningen uiteen.
- Het antwoord op de vraag **waar** en **wanneer** hangt mede af van de visie op 'pro-actief', 'actief' en 'reactief' in dit verband. De screening kan 'thuis' plaatsvinden zonder concrete aanleiding, op basis van een of meer voornoemde indicatoren, na of tijdens een bezoek aan de huisarts, op de polikliniek dan wel tijdens verblijf in een zorginstelling et cetera.
- Bij de vraag door **wie** deze screening zou moeten gebeuren, wordt duidelijk aangegeven dat er onderscheid is tussen signaleren en diagnosticeren en daarover zijn de meesten het eens. Het screenen in de zin van signaleren kan aan niet- medici worden overgelaten, de diagnose is aan de arts.

Visie CBOG

Het CBOG onderstreept van harte de noodzaak van het screenen van geriatrische syndromen en pleit voor het (verder) ontwikkelen van (uniforme) onderzoeksinstrumenten en -schalen en vragenlijsten, ter bepaling van de psychosociale en functionele status van de oudere patiënt²³.

Discussie

- Waar zou de screening van geriatrische syndromen moeten plaatsvinden?
- Door wie kan de screening van geriatrische syndromen worden uitgevoerd?
- Op welk(e) moment(en) c.q. bij welke doelgroepen?
- Wat is uw mening over consultatiebureaus voor ouderen (CBO) of equivalent?
- Wat betekent dit voor de (competenties van de) huidige professies?

4. Generalisten en specialisten; hoofdbehandelaarschap; consultfunctie; aanspreekpunt

In 85% is er sprake van monodisciplinaire zorg aan ouderen en deze is over het algemeen goed. Er wordt vaak ten onrechte gesproken van multidisciplinaire zorg en de problemen daaromtrent, zoals onvoldoende communicatie en afstemming. Communicatie is een conditio sine qua non, maar daarmee is er nog niet altijd sprake van multidisciplinaire zorg. *"Multidisciplinaire zorg is meer dan de som van de afzonderlijke delen"*, aldus de visie van een sleutelfiguur. Een juiste duiding van multidisciplinaire zorg is van belang voor afstemming en coördinatie door welke disciplines en voor de vraag wie het hoofdbehandelaarschap op zich neemt. Dat is in elk geval essentieel, wie is hoofdbehandelaar en wie is aanspreekpunt?

4.1. GENERALISTEN EN SPECIALISTEN

Een discussie die ook speelt: is de vraag 'generalistisch' dan wel 'specialistisch', twee tendensen die elkaar soms lijken uit te sluiten maar elkaar ook kunnen versterken. Bestaat er over vijf jaar nog wel een algemeen

²² Aanleiding is dan wel een operatie (LV).

²³ Probleemgeoriënteerd denken in de psychiatrie; een praktijkboek voor de opleiding en de kliniek, dr. M.G.M. Olde Rikkert e.a., p 24.

internist bijvoorbeeld. Welke specialist wil de oudere zorgvrager: een specialist die meer 'orgaangericht' is of een specialist die een meer integrale, holistische kijk op de oudere mens heeft et cetera.. Ook is de vraag gesteld of de huidige indeling van de medisch specialismen moet blijven. Het antwoord op deze vraag kan vanuit een generalistische maar ook vanuit een specialistische insteek worden gegeven. Een nieuw specialisme Ouderengeneeskunde kan eindresultaat zijn, maar niet a priori.²⁴

Dezelfde vraag, *generalistisch* dan wel *specialistisch*, speelt ook tussen verschillende beroepsgroepen. In de huisartsenpraktijk zijn naast huisartsen praktijkverpleegkundigen/ praktijkondersteuners (POH) aanwezig, een of meer doktersassistenten en soms ook een nurse practitioner/verpleegkundig specialist (VS)²⁵ of physician assistant (PA). Gefragmenteerde zorg is echter niet wenselijk en velen pleiten dan ook voor generalistisch opgeleide professionals naast de huisarts, die overigens ook een generalist moet zijn, met expertise op het terrein van de ouderengeneeskunde. Wie de professionals naast de huisarts moeten zijn, vinden de meesten niet heel relevant, als zij maar competent zijn en aanvullend ten opzichte van elkaar. Professionals zijn gelijkwaardig aan elkaar en complementair in plaats van concurrerend. Taakdelegatie alléén werkt niet, gezien het risico van afschuiven van verantwoordelijkheid; de meerwaarde van de professionals is hun complementariteit. De huisarts blijft derhalve de centrale figuur, waarbij de POH-er essentieel is. De POH is een generalist, alleen in grote eerstelijnsvoorzieningen kan worden gedifferentieerd. De POH hoeft niet per se een verpleegkundige te zijn, het gaat om denk- en werkniveau, wel HBO minimaal, aldus de sleutelfiguren uit de 'huisartsenhoek'. Anderen geven aan dat de praktijkondersteuner juist wél een HBO-verpleegkundige moet zijn, in elk geval een BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar.

4.2 HOOFDBEHANDELAARSCHAP

Het *hoofdbehandelaarschap*²⁶ is eveneens een actueel item en daarmee ook de vraag wie de regie heeft. Gesteld wordt -en is ook vaak praktijk- dat de verpleegkundige verantwoordelijk is voor de zorgcomplexiteit (de psychosociale context/het steunsysteem), de huisarts respectievelijk medisch specialist voor de cure/medische complexiteit. Er wordt in toenemende mate positief gereageerd op de 'niet-arts' als intermediair, als coördinator tussen de 1^e en 2^e lijn, maar ook binnen de settings zelf. Het gaat dan met name om de logistieke regie en -verantwoordelijkheid. Deze hoeft niet persé bij de arts te liggen. Maar een aantal sleutelfiguren geeft aan dat een en ander heel moeilijk te scheiden is. *"De regie kan zoveel als mogelijk bij een zo laag mogelijk deskundigheidsniveau liggen, maar welke deskundigheid is minimaal en (toch) verantwoord? Het gaat om een professional die autonomie heeft en autoriteit uitstraalt, competent is en zo nodig (pre) diagnostiek kan toepassen"*.

Hiervoor is gesproken over 'zorgtrajectbegeleiding' als functie (thema 2, p 7). De zorgtrajectbegeleider is dan aanspreekpunt voor medische en ander zaken en dat is veelal de verpleegkundige of praktijkondersteuner of ouderenadviseur. Deze functie hoeft niet te bijten met de functie van de huisarts als hoofdbehandelaar. De constructie wordt vergeleken met de 'ideale' tandem huisarts -wijkverpleegkundige²⁷.

In paragraaf 3.3 (p 12) is het onderscheid aangegeven tussen signaleren en diagnosticeren en de consensus die aanwezig is over 'diagnostiek door een medicus'. Het signaleren, observeren, maar ook de logistiek en coördinatie zijn taken die bij 'anders opgeleiden' kunnen liggen en een aantal sleutelfiguren geeft aan dat het afhankelijk is van de zorgvraag van de kwetsbare oudere. Zijn zorgvraag kan wisselen en daarmee het aanbod en de regie. Een roulerend regisseur ligt in de rede en in 'rustige tijden' kan dit een verpleegkundige of VS zijn. Echter bij transities gaat het juist vaak mis en die wisseling kan heel verwarrend en zelfs ongewenst zijn voor de patiënt, maar ook voor de betrokken professionals. Dat pleit weer voor een regisseur in de 1^e én in de 2^e lijn, maar ook, of juist dan, blijft een volledige en zorgvuldige overdracht noodzakelijk. De patiëntenorganisaties pleiten voor een eigen keuze van de patiënt, voor zover mogelijk. Vertrouwen is een belangrijk basisprincipe en de huisarts wordt meestal als zodanig gezien. Toch is ook realiteit dat hij deze functie niet

²⁴ Zie bij kindergeneeskunde, waar nu een omgekeerde beweging plaatsvindt: van generaal specialisme naar orgaangeneeskunde.

²⁵ De nurse practitioners worden naar verwachting de eerste verpleegkundig specialisten cf. artt. 14. e.v. Wet BIG.

²⁶ De KNMG werkt op verzoek van de IGZ het hoofdbehandelaarschap uit. Eind 2008 worden de centrale normen voor verantwoordelijkheidsverdeling binnen ziekenhuizen vastgesteld door het bestuur KNMG (zie MC 8 april 2008). Deze centrale normen staan niet meer ter discussie, maar vraag is wel of deze een voldoende handreiking bieden voor de implementatie in de praktijk (aldus KNMG op 260808).

²⁷ Zie noot 8, interview met mevrouw M. Vernooij-Dassen, pagina 30.

waar kan maken; *“hij is niet altijd competent, werkt te veel onder tijdsdruk en oudere patiënten voelen zich niet serieus genomen”*. De patiënt is over het algemeen zeer tevreden over de verpleegkundige (in de functie van praktijkondersteuner of nurse practitioner), als vaste contactpersoon en vaak met meer tijd voor de oudere patiënt.

4.3. CONSULTFUNCTIE; AANSPREEKPUNT

Zoals eerder aangegeven moet de huisarts veel meer een generalist zijn en meer dan tot nu toe de continuïteit van het zorgproces bewaken. Ook is opgemerkt dat het behandelaarschap niet alléén bij de huisarts hoeft te liggen en in dat kader is de *consultfunctie* genoemd. De meeste sleutelfiguren voelen daar niet veel voor, omdat er niet wordt uitgegaan van gelijkwaardigheid, althans zo wordt het niet altijd ervaren door de geconsulteerde artsen. De adviezen worden te vaak als vrijblijvend beschouwd en óók is onduidelijk wie nu hoofdbehandelaar is en wie aanspreekpunt. De consultfunctie wordt als ‘verliespost’ gezien en deze functie leidt met name in het ziekenhuis tot een eendimensionale benadering.

Er zijn echter ook geluiden dat er juist *méér consulten* moeten plaatsvinden en *minder verwijzingen*. Internisten hebben wel goede ervaringen met consulten/consulentschap, mits de reden voor het consult legitiem is: *“de consulent weet het beter en/of heeft mogelijk een andere visie en beide moeten leiden tot een betere diagnose en behandeling van de betreffende patiënt”*. De huisarts houdt het hoofdbehandelaarschap en is verantwoordelijk voor integrale zorgverlening aan de oudere patiënt. Consulten betreffen doorgaans een eenmalig advies.

De logistieke verantwoordelijkheid, het aanspreekpunt kan wel bij een ander liggen. De rol van hoofdbehandelaar en die van aanspreekpunt kunnen door twee verschillende professionals worden uitgevoerd, de hoofdbehandelaar is wel altijd een medicus.

Vanuit de patiënten is expliciet aangegeven dat de zorgverlener met wie de patiënt het meeste contact heeft, aanspreekpunt is, ook als deze wisselt. De patiënt bepaalt dit zelf idealiter, maar wil meestal iemand die letterlijk en figuurlijk dichtbij is. De oudere patiënt wordt *“gestoord van alle hulpverleners die hem voorzien van goedbedoelde adviezen”*. Hij blijft zelf de regie houden en weet meestal zelf goed wat hij wil, dat is het uitgangspunt. Wisselende aanspreekpunten vindt de patiënt meestal niet erg. *“De patiënt vindt iedereen aardig, totdat het tegendeel is bewezen maar hij mag dat zelf bepalen”*. Zoals al eerder is opgemerkt moet elke overdracht wél goed worden geregeld.

De coördinatie van zorg kan zeker worden uitgevoerd door een verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Het gaat dan om de coördinatie van de zorgvraag, het zijn van aanspreekpunt voor de kwetsbare oudere, maar óók om de coördinatie van het aanbod van zorg, de onderlinge afstemming en zo nodig de overdracht.

Conclusie sleutelfiguren

- Er is consensus over de behoefte aan generalisten binnen de medische beroepsgroepen, maar ook bij de verpleegkundige - en ondersteunende beroepen, zij het aangevuld met specialisten dan wel met specialistische kennis, zowel in de 1^e als in de 2^e lijn.
- De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijk voor de diagnostiek en/of behandeling en is een medicus. Hij is uit dien hoofde tevens verantwoordelijk voor een juiste overdracht aan een nieuwe hoofdbehandelaar, medebehandelaar, consulent en overige professionals.
- Een ander dan de hoofdbehandelaar kan aanspreekpunt zijn voor de oudere en zijn naaste(n) en coördinator van het zorgaanbod, mits een en ander duidelijk wordt gecommuniceerd en vastgelegd.
- De oudere zelf kiest als aanspreekpunt voor die zorgverlener, met wie hij het meeste contact heeft en deze kan dus wisselen. Adequate en zorgvuldige communicatie is een absolute voorwaarde.

Visie CBOG

Het CBOG onderschrijft de visie van de sleutelfiguren en merkt op dat er veel – semantische – verwarring bestaat over de verschillende functies. Voor de oudere patiënt, maar ook voor de zorgverleners zelf is het noodzaak om eenduidige en duidelijke afspraken daarover te maken en deze vast te leggen. De centrale normen, opgesteld door de KNMG kunnen de basis zijn.

Discussie

- Onderschrijft u de behoefte aan (meer) generalisten in zowel 1^e als 2^e lijn?
- Wat is uw visie op de huisarts als hoofdbehandelaar in de 1^e lijn? (zie ook onder thema 5.)
- Wat is uw visie op een medisch specialist als hoofdbehandelaar in de 2^e lijn en wie zou dat moeten zijn? (zie ook onder thema 5.)
- Wat is uw mening over een wisselend aanspreekpunt - uitgeoefend door óók niet-medici - naar gelang het contact met de oudere patiënt,?
- In het kader van het hoofdbehandelaarschap zijn centrale normen opgesteld 'Verantwoordelijkheidsverdeling binnen ziekenhuizen'²⁸. Zijn deze mutatis mutandis bruikbaar voor een verantwoordelijkheidsverdeling binnen en tussen settings, respectievelijk binnen en tussen beroepsgroepen?

5. Bestaande professies, nieuwe beroepen

Taakherschikking²⁹ is inmiddels realiteit in de praktijk, zij het dat er verschillend invulling aan wordt gegeven wat betreft taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Het proces is echter onomkeerbaar. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) constateert dat taakherschikking positief uitpakt voor patiënten en bewoners, maar ziet ook wel enige risico's, zoals versnippering van zorg en de kans dat het overzicht ontbreekt. Ook ziet de IGZ de toegankelijkheid tot specialistische zorg bij taakherschikking in de care-sector als risicofactor en noemt expliciet de ouderenzorg³⁰. Dat zijn belangrijke bevindingen, die ook zijn genoemd door een aantal sleutelfiguren.

Het is noodzaak om de huidige professionals te voorzien van meer toegesneden competenties op het gebied van ouderenzorg. Al langer is het de vraag – en niet alleen binnen de ouderenzorg - of er meer specifieke competenties moeten worden ontwikkeld voor bestaande beroepsbeoefenaren óf dat er méér nieuwe beroepen en functies moeten komen of allebei. In het licht van de verander(en)de zorgvraag van ouderen en het daarop toegesneden aanbod is deze vraagstelling actueel. Permanente educatie van de huidige professionals is noodzaak, ook gezien de toekomstige arbeidsmarktproblematiek. Zij zullen moeten worden geschoold om tegemoet te blijven komen aan de vraag van de patiënt. Mochten zij alsnog onvoldoende competenties bezitten of niet in staat zijn deze te verwerven dan is er de mogelijkheid van nieuwe beroepen. Vrijwel alle geïnterviewde sleutelfiguren geven aan, dat tot op heden de focus te veel gelegd is op nieuwe beroepen - in de praktijk vaak functies - en minder op het toerusten van de huidige professies. Daarbij komt dat gefragmenteerde zorg voor complexe zorgvragen niet alleen duur is, maar – vanuit de vraag- ook niet wenselijk.

Een van de sleutelfiguren wil zich niet uitspreken over de *bestaande aanpalende niet-medische* beroepen. Hij is van mening dat eerst de positie en functie van de huisarts en internist als hoofdbehandelaar 1^e respectievelijk 2^e lijn goed en adequaat geregeld moeten zijn. Wel denkt hij dat er dan alsnog minder (nieuwe) beroepen nodig zijn en dat onderschrijven de meeste sleutelfiguren. *“Nu is het middel- marktdenken, taakherschikking, nieuwe beroepen et cetera - erger dan de kwaal. Het basisprobleem is ‘desintegratie van het totale systeem’ en dat los je niet op door de effectiviteit van het systeem te verbeteren”*.

²⁸ Zie ook noot 26.

1. Voor de patiënt is duidelijk wie van de betrokken hulpverleners als aanspreekpunt fungeert voor vragen over de zorgverlening en de behandeling;
2. Duidelijk is wie verantwoordelijk is voor de monitoring van het gehele zorgtraject rondom de patiënt;
3. Betrokken hulpverleners voorzien in dekkende afspraken over de samenwerking en de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling bij de zorgverlening aan de patiënt;
4. De voor goede hulpverlening noodzakelijke gegevens zijn voor betrokken hulpverleners beschikbaar en toegankelijk;
5. Bij toenemende complexiteit in de zorgverlening en samenwerking vindt verfijning van afspraken plaats die wordt gebaseerd op risicoanalyses.

²⁹ Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen, RVZ 2002.

³⁰ Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg, Staat van de Gezondheidszorg 2007, IGZ.

Conclusie sleutelfiguren

- Er is consensus over 'het primaat van bestaande professies' in de ouderenzorg, zij het dat er meer generalisten moeten komen en minder specialistische – medische - disciplines.
- Meer generalisten en minder specialismen raakt ook aan de discussie over domeinen. Een sleutelfiguur geeft aan dat medici eerst hun probleem onderling moeten oplossen.

Visie CBOG

- Het CBOG onderschrijft de mening dat eerst gekeken moet worden naar de bestaande professies, hun competenties en de lacunes daarbinnen. Mochten de competenties onvoldoende blijven dan wel niet passend bij de huidige beroepen, dan kunnen nieuwe beroepen worden ontwikkeld.
- Het CBOG merkt op dat er te weinig aandacht is besteed aan de niet-medische beroepen, die in de optiek van het CBOG zeker in de ouderenzorg een essentiële rol vervullen. Het gaat dan met name om de verpleegkundige en verzorgende beroepen, maar ook om ondersteunende en paramedische beroepen.

Discussie

- over de zienswijze dat eerst de medici hun domeinenprobleem moeten oplossen, waarna helder moet zijn, welke competenties en functies voor welke beroepen overblijven. Bent u het eens met deze zienswijze én de daaruit volgende consequenties? NB. Het project van de KNMG is overigens met name gericht op de medici binnen de ouderenzorg.
- over het primaat van de bestaande beroepen, zij het dat deze professionals meer specifieke competenties op het terrein ouderenzorg moeten verwerven.

6. Competenties bestaande professionals

De huisarts is de hoofdbehandelaar, zeker de komende 20 jaar en een van de sleutelfiguren ziet geen aparte taak voor de verpleeghuisarts, tenzij samen met de huisarts. Hij beschouwt de thuissituatie van de oudere patiënt als 24-uurs zorg, waar en door wie dan ook geleverd en daar hoort ook de verpleeghuisarts bij. De verpleeghuisarts is voor de meer complexe ouderenzorg³¹ en dat onderschrijven meer sleutelfiguren. Hierbij wordt wel weer gewezen op het risico van het wegvloeiën van essentiële taken van de huisarts. De vergelijking met verloskunde wordt gemaakt, de huisarts heeft nu nauwelijks verloskunde in zijn praktijk³². Hij zou dan wel de medebehandelaar moeten zijn, op consultbasis werken werkt niet. Er is ook gezegd dat er veel meer overeenkomsten zijn met de arts verstandelijk gehandicapten (AVG) en de revalidatiearts: allemaal intramuraal werkend, maar ook de populatie heeft overeenkomstige kenmerken.

Aangegeven is ook dat de verpleeghuisarts waarschijnlijk minder frequent zal worden geraadpleegd, als de huisarts de kaderopleiding Ouderengeneeskunde heeft gevolgd. De verpleeghuisarts zou in opleiding meer kennis en inzicht moeten verkrijgen in prediagnostiek ouderen.

De verpleeghuisarts blijft een belangrijke professional binnen een intramurale setting. Een op de tien mensen zal dement worden en langdurige residentiële zorg nodig hebben van onder meer de verpleeghuisarts. Eén sleutelfiguur is uitgesproken over de verpleeghuisarts. De verpleeghuisartsgeneeskunde is te klein als specialisme om zich academisch te (blijven) ontwikkelen en er wordt gepleit voor het in elkaar schuiven van de opleidingen huisarts en verpleeghuisarts. In de opleiding tot huisarts moet een differentiatie ouderenzorg komen. Is er dan nog plaats voor de verpleeghuisarts intramuraal en voor welke doelgroepen dan? De oudere patiënt komt bij de huisarts, dan wel klinisch geriater, revalidatiearts of wordt binnen psycho-geriatrie opgevangen. Er is wel een rol voor de verpleeghuisarts binnen een 'gezondheidscentrumachtige' voorziening.

³¹ Door diverse deskundigen is de vraag gesteld wat complexe zorg inhoudt. Het antwoord daarop (overigens niet gegeven LV) is mede bepalend voor de kwaliteit en kwantiteit van de professionals.

³² De vervolgvraag is evenwel voor wie dat gewenst dan wel ongewenst is.

Een andere sleutelfiguur acht de verpleeghuisarts weinig attractief, gezien de intramurale setting, het ontbreken van ondernemerschap en het niet zelf kunnen inrichten van de zorg en het feit dat de verpleeghuisarts niet bezig is met diagnostiek, maar met regelzaken met en rondom patiënt. Anderen geven weer aan dat de verpleeghuisarts 'de huisarts is die zich voornamelijk bezighoudt met ouderen in het verpleeghuis', wel een generalist in de intramurale setting én nodig is voor de medische/medisch-technische insteek en voor de continuïteit van zorg.

In de intramurale setting moet de internist – als generalist, met specialistische kennis van de oudere mens – zijn rol oppakken. *“Hij is ‘de huisarts van het ziekenhuis’, zij het met specialistische kennis”*. Vanuit dat perspectief is de klinisch geriater niet echt nodig, vanwege het zelfde fenomeen als bij de huisarts-verpleeghuisarts. Het gros van de patiënten is oud, heeft multi-morbiditeit, een doelgroep om rekening mee te houden en dat pleit dan ook voor een aantal generalisten, met kennis van de kwetsbare oudere³³. Weer anderen zijn van mening dat de verpleeghuisarts en de klinisch geriater complementair zijn, evenals de klinisch geriater en de internist ouderengeneeskunde. De *klinisch geriater* is een generalist evenals de *internist ouderengeneeskunde*. Ondanks overlap zijn zij ook complementair.

De *klinisch geriater* benadert de kwetsbare oudere meer vanuit een functionele, psychiatrische insteek, de internist ouderengeneeskunde vanuit een somatische insteek. De internisten betreuen toch dat de (geformaliseerde) samenwerking met de klinisch geriater is mislukt³⁴. *“De klinisch geriater is geen internist, hij is ‘van alles een beetje: beetje interne, beetje neurologie en beetje psychiatrie”*. Als er voldoende internisten zijn met kennis van ouderengeneeskunde dan zijn er in principe geen klinisch geriater nodig. De internisten moeten wel worden bij- en nageschoold en aan een aangepast curriculum (vanaf 2009) wordt hard gewerkt³⁵.

De verpleeghuisarts richt zich op de complexiteit en multimorbiditeit van de oudere patiënt en – en dat zien zij zelf als een belangrijke meerwaarde - zij hebben de sociale context van de patiënt goed in beeld. De verpleeghuisarts ziet ook een complementaire rol ten opzichte van de *huisarts*. Daar waar de huisarts enkelvoudige problematiek behandelt en vaak ad hoc, probeert de verpleeghuisarts een totaalbeeld te schetsen én te anticiperen. De klinisch geriater heeft een rol in de 2^e lijn en met name op terrein van de diagnostiek (achter de vraag). De klinisch geriater is vooral medisch en klinisch gericht en heeft – uit dien hoofde – geen weet van de thuissituatie, de sociale context en dergelijke, is weer een andere mening.

Klinisch geriateren werken met het zgn. geriatisch model (binnen de 2^e lijn) waarin alle disciplines vertegenwoordigd die nodig zijn voor de kwetsbare ouderen met meervoudige morbiditeit, zoals psychologen, fysio- en ergotherapeuten, gespecialiseerde verpleegkundigen, activiteitenbegeleiders etc..

Welke keuze ook wordt gemaakt, heel expliciet is verwoord door vrijwel alle sleutelfiguren dat aanvullende competenties nodig zijn en de betreffende opleidingen moeten worden aangepast/vernieuwd: meer ouderengeneeskunde en – zorg in opleiding tot huisarts/specialist maar ook in de opleidingen tot verpleegkundige dan wel tot praktijkondersteuner.

“De huisarts is nu nog niet voldoende geëquipeerd en zijn attitude is onvoldoende dwz hij bedrijft nu nog teveel ‘loketgeneeskunde”. Er moeten substantiële blokken worden samengevoegd in de opleiding tot huisarts en medisch specialist en in feite moet ouderengeneeskunde/-zorg al in het initieel onderwijs aan bod komen. Dat geldt voor alle disciplines die in de ouderenzorg werkzaam zijn.

In de thuiszorg werken veel verschillende (niet-medische) professionals en in de thuissituatie is de sociale controle tussen de medewerkers veelal afwezig; dat vraagt om meer regie en meer competenties. *“Het oplei-*

³³ Door meer sleutelfiguren is aangegeven dat alle poortspecialismen meer integrale competenties over ouderengeneeskunde/-zorg in hun curricula moeten opnemen.

³⁴ De NVKG betreft dit overigens ook.

³⁵ De opleiding tot internist bestaat uit een basis van 4 jaar en daarna 2 jaar vrije keuze wat betreft specialisatie:

- één aandachtsgebied (één profiel) (bv. Ouderengeneeskunde met stage van 24 maanden) of
- drie aandachtsgebieden met stages van elk 8 maanden.

In de eerste 4 jaar sowieso een stage van 4 maanden en 8 maanden in het 5^e en 6^e jaar Ouderengeneeskunde.

dingsniveau van de thuiszorgmedewerkers en medewerkers in V&V sector moet drastisch omhoog. Geen ongeschoolde beroepsbeoefenaren meer!", aldus meerdere sleutelfiguren, maar als zodanig expliciet uitgesproken door patiënten/mantelzorgers. Kwaliteitsindicatoren verantwoorde zorg vormen het kader waarop de opleidingen moeten anticiperen, waaronder samenwerken, sturen op inhoud en leidinggeven.

6.1. SPECIFIEKE COMPETENTIES: INHOUD EN PROCES

De competentieprofielen van werkers in de ouderenzorg dienen te worden geactualiseerd/aangevuld. Preventie is een belangrijk aandachtsgebied. Er is bijvoorbeeld nog heel weinig onderzoek gedaan naar het effect van preventieve huisbezoeken. Ook (nader onderzoek naar) de effectiviteit van (protocolmatig) handelen vraagt expliciet aandacht, evenals het introduceren van gezondheidsmaten. Dit onderzoek dient plaats te vinden voor implementatie, voor alles al 'vastligt'.

Aangegeven is dat er – in elk geval - specifieke competenties zijn vereist over³⁶:

- Preventie
- Voedingstoestand ouderen
- Psychische gesteldheid ouderen
- Inzicht en toepassing technologische innovaties
- Polifarmacie
- Domotica/ technische hulpmiddelen (met name relevant bij ouderen)

De patiënten benadrukken met name competenties met betrekking tot het **proces**, zoals het monitoren van de patiënt, expliciet aandacht voor de transfer/transitie *"De keten werkt alleen als elke transitie goed verloopt"* en daaruit volgt de noodzaak van samenwerking tussen de professionals, zodat de patiënt duidelijke en eenduidige informatie krijgt en hij een aanspreekpunt heeft.

Vanuit met name de eerste lijn wordt gepleit voor meer competenties op het terrein van personeel: leiderschap, delegeren, superviseren, begeleiden etc. Ook 'ondernemerschap'³⁷ wordt gemist en dat is wel essentieel met alle disciplines rondom de huisarts. *"De huisarts is hoofdbehandelaar en heeft de regie, maar hij moet wel in staat zijn te delegeren"*.

Naast de vraag **wélke** competenties nodig zijn om de vraag van kwetsbare ouderen met co-morbiditeit te beantwoorden is de vraag **wié** deze competenties allemaal moeten verwerven en tot welk niveau³⁸? Niet iedereen hoeft alles te weten en te kunnen, aldus enkele sleutelfiguren. Naast specialisten zijn generalisten nodig, wel generalisten die specifieke kennis verwerven in het vakgebied geriatric vanuit 'hun primaire deskundigheid en bekwaamheid', opdat de professionals zo veel als mogelijk complementair zijn. Hierbij past ook weer de vraag wie het signaal op kwetsbaarheid af moet geven c.q. medische en niet-medische tekorten kan vertalen in subjectieve zorgvragen (screening geriatrische syndromen).

Conclusie sleutelfiguren

- Het huidig aanbod professionals is niet (in alle opzichten) competent met betrekking tot ouderengeneeskunde en – zorg, zo is geconstateerd en unaniem onderschreven.
- Door alle sleutelfiguren wordt bevestigd dat de competenties van de bestaande professies moeten worden vernieuwd en aangevuld.
- De bestaande professionals zijn generalisten, zij het met specifieke competenties op het gebied van ouderenzorg en –geneeskunde.
- Professionals moeten zo veel als mogelijk complementair zijn, het gaat om een juiste mix van competenties .

³⁶ Niet uitputtend, genoemd door de sleutelfiguren.

³⁷ Zie noot 20: "[...] Ondernemerschap in de eerste lijn komt moeizaam van de grond[...]".

³⁸ Pyramide van Miller: Does, Shows how, Knows how, Knows. Deze vier niveaus kunnen **binnen** een beroepsgroep aan de orde zijn en **tussen** beroepsgroepen.

Visie CBOG

- Het CBOG onderschrijft de visie van de sleutelfiguren. Het accent dient te liggen op generalisten in de 1^e en 2^e lijn, met de kanttekening dat hun competenties nu ontoereikend zijn en moeten worden aangevuld.
- Opnieuw merkt het CBOG op dat er onvoldoende aandacht is voor de niet-medische beroepen, in het bijzonder voor de verpleegkundige en verzorgende beroepen. In de optiek van het CBOG is 'er nog een wereld te winnen door te investeren in deze professionals'. Als zij worden genoemd, is het vaak in positieve zin.
- Ook het 'belang van psychische en psychiatrische componenten' komt onvoldoende uit de verf. Juist bij kwetsbare ouderen is de interdependentie groot tussen fysieke, mentale en sociale dimensies.

Discussie

- Willen de huidige professionals de uitdaging aan om vanuit de zorgvraag over hun eigen domeinen en beroepen heen te kijken, ook als dit consequenties heeft voor - benodigde dan wel 'overbodige'- competenties én voor aantallen? (*communicerende vaten*). Het gaat om kwaliteit en kwantiteit.
- Anders gezegd: Welke mix van competenties levert de beste resultaten op voor de kwetsbare oudere? Het gaat om respect voor elkaars deskundigheid en deze dan ook optimaal te benutten. Waar zitten eventuele lacunes in competenties en wie kan deze het beste verwerven? Heel vaak genoemd is het screenen van geriatrische syndromen: essentieel, maar wie kan dit het beste oppakken?
- Als duidelijk is *wie welke* competenties moet bezitten, komt de *hoe*-vraag aan de orde wat betreft het verwerven van (specifieke) competenties: *hoe* en *wanneer*: mono- en/of multidisciplinair, in initieel en/of in vervolgonderwijs, bij- en nascholingstrajecten et cetera. (Zie thema 7.)

7. Multiprofessioneel en integraal opleiden binnen initieel en/of vervolgonderwijs

Er wordt al lang gesproken over (de voordelen van) multiprofessioneel opleiden, maar dit komt om diverse redenen nog te weinig en te ad hoc van de grond. Veel sleutelfiguren geven aan dat de (Canmeds) competenties grosso modo hetzelfde zijn voor de professionals met uitzondering van de competentie 'klinisch handelen'. Onderwijs over de andere competenties kan in veel gevallen gezamenlijk dan wel in een aantal gemeenschappelijke modules. Ook moet ouderengeneeskunde en -zorg integraal onderdeel worden van de initiële opleidingen³⁹. Daarnaast dienen er compacte modules ouderengeneeskunde/-zorg binnen alle grote specialismen te worden ontwikkeld en deze moeten al worden meegenomen in de opleidingsplannen die nu worden vernieuwd⁴⁰.

Meer kennis van elkaars vakgebieden is absoluut een must, daar is iedereen het over eens. Over de wijze waarop deze kennis wordt verkregen, zijn de meningen verdeeld. De meesten zijn – ondanks de met de mond beleden voordelen - terughoudend over multiprofessioneel opleiden. Zelfs binnen de medische beroepsgroep is er al sprake van grote cultuurverschillen. Zoals iemand het verwoordt: "*Multidisciplinair opleiden is mooi, maar in de praktijk zijn er vaak vele obstakels met betrekking tot cultuur en logistiek en twijfels over de meerwaarde*". Anderen vinden dit onzinargumenten: "*Hoezo niet samen opleiden als je straks zéker moet samenwerken?*" Dit moet dus al gebeuren in de initiële opleidingen. "*Identificatie met het eigen beroep is goed, echter na negen jaar studie sta je niet meer echt open voor andere professies*".

'Pikorde' is veel genoemd, men kent elkaars deskundigheden en bekwaamheden niet en is bij voorbaat wantrouwend. Dit wantrouwen geldt binnen beroepsgroepen en tussen beroepsgroepen. Het doorbreken van de cultuur/ de 'pikorde' is het grootste breekpunt en dat wordt door het merendeel van de sleutelfiguren ook (letterlijk) genoemd. Meer vanuit de patiënt denken, minder vanuit domeinen, ook al is elke professional geneigd (vanuit sociologisch oogpunt) om alleen naar zijn eigen kwaliteiten te kijken en zich af te schermen voor andermans kwaliteiten. Hoe dit te doorbreken? Incentives /prikkelers zijn nodig omdat alleen intrinsieke motivatie kennelijk niet voldoende is. De salariëring is een negatieve prikkel, zo lijkt: "*Salariëring is*

³⁹ Vergelijk Kindergeneeskunde als apart specialisme. Dit wordt integraal, niet gefragmenteerd aangeboden (zoals nu gebeurt bij ouderengeneeskunde, een deel door de huisarts, deel door internist, deel door verpleeghuisarts etc.).

⁴⁰ Zie www.cbog.nl : projecten MMV en IN VIVO.

een groot probleem, omdat aan de hoogte daarvan ook de status wordt afgemeten en het (vermeende) gezag”.

Vanuit de kant van de zorgvraag wordt de rol van de patiënt in dit proces benadrukt. “Alle disciplines van verschillend opleidingsniveau moeten met elkaar kunnen samenwerken en óók met de patiënt. Dat vraagt veel flexibiliteit van de patiënt, hij moet kunnen schakelen, maar ook van de verschillende hulpverleners. Verbinding maken is essentieel en respect voor elkaar en elkaars kwaliteiten is een must. Weten wat de ander kan en doet, is voorwaarde, dat kan de pikorde verminderen en komt de patiënt ten goede”.

Er zijn al wel initiatieven, die leiden tot meer kennis van en inzicht in elkaars competenties en dat is een basis voor vertrouwen. Diverse (medische) beroepsorganisaties werken al wel veel samen, deels uit ‘noodzaak’ gezien de toenemende zorgvraag van de oudere mens. Meer en meer worden bij de diverse zorgverleners lacunes in de huidige competenties zichtbaar, hetgeen ‘gewoonweg’ neerkomt op onbekendheid met de oudere patiënt. Onbekend maakt onbemind: verplichte stages in de ouderenzorg kunnen meer studenten enthousiast maken. Ook bij verpleegkundigen is nog veel winst te boeken wat betreft de juiste competenties, van voldoende niveau en diepgang.

Multiprofessioneel opleiden en samenwerken is een mooi streven en dat gebeurt al veel meer dan 20 jaar geleden. Een van de sleutelfiguren is voorstander van het ‘diabetesmodel’ wat betreft organisaties: samenwerking tussen patiënten, medici en verpleegkundigen....rondom ziektebeeld in plaats van aparte (beroeps)organisaties; de inhoud prevaleert!

Conclusie sleutelfiguren

- Een aantal sleutelfiguren heeft aangegeven dat samenwerken in de ouderenzorg vooronderstelt dat de betreffende beroepsgroepen ook (deels) gezamenlijk moeten worden opgeleid. Tegelijkertijd is benadrukt dat dit zeer veel vraagt van alle disciplines en dat velen er ‘nog niet aan toe zijn’.
- De zorgvrager benadrukt de samenwerking in de praktijk, ook met de patiënt en dat moet al beginnen bij de opleiding. Disciplineoverstijgend onderwijs is genoemd, dat wil zeggen binnen de *medische* disciplines en dat wordt al als een grote cultuuromslag gezien.
- Disciplineoverstijgend onderwijs tussen de verschillende professies – medisch, paramedisch, verpleegkundig etc. – is voor velen een brug te ver, waarbij principiële en praktische bezwaren door elkaar lopen.

Visie CBOG

- Het CBOG is van mening dat ‘samen opleiden’ absoluut moet gaan gebeuren. Het samenwerken in de praktijk vooronderstelt kennis van en inzicht in elkaars deskundigheid en competenties.
- Dat betekent ook afstemming met het ministerie van OC&W.

Discussie

- Onderschrijft u de visie dat *‘Iedereen die in de Ouderenzorg wil werken, multiprofessioneel moet worden opgeleid, desnoods verplicht’?*
- Het gaat om het principe – multiprofessioneel dan wel disciplineoverstijgend onderwijs -, de uitwerking kan op diverse manieren. De vraag is of iedereen in het veld en onderwijs voornoemde uitspraak wil onderschrijven en zo ja, hoe dit dan vervolgens vorm kan geven?
- Zijn er andere opties (sancties) om samenwerking en samenhang binnen en tussen de betrokken beroepsgroepen te bereiken?

8. Financiering en ketenzorg

Door meer sleutelfiguren is aangegeven dat de verschillende financieringsstromen een groot struikelblok zijn voor ketenzorg. De fusies tussen het kruiswerk én met de gezinszorg zijn funest geweest, maar ook de huidi-

ge verschillende financieringsstromen in 1^e en 2^e lijn. Niet helder wordt wat dan precies de consequenties zijn voor de beroepen en opleidingen in de ouderenzorg⁴¹.

Keten DBC's worden niet door iedereen omarmd, zeker niet als de financiering van de diverse disciplines nog apart gaat én ziektespecifiek blijft. Het gaat immers om integrale zorg, wat meer inhoudt – zeker in de ouderenzorg – dan alleen behandeling van ziekten. Preventie wordt veelal nog niet gefinancierd⁴².

Transities lukken veelal niet vanwege de verschillende financieringsvormen. Een van de sleutelfiguren is heel expliciet tegen marktwerking en voorstander van overheidsingrijpen. *“Geld als organiserend principe is een verkeerd uitgangspunt, het is geen generaal concept, alhoewel het in het kader van kosteneffectiviteit bruikbaar kan zijn”*.

Patiënten met name geven aan dat de financiering een drama is, de meeste kwetsbare ouderen hebben – in het ergste geval - te maken met de WMO, AWBZ en ZVW: verschillende bronnen met elk verschillende berekeningswijzen voor een eigen bijdrage et cetera. Deze verkokering werkt ook door in de uitvoering van deze wettelijke regels en daar hebben de ouderen zelf en de diverse hulpverleners veel last van: *“Je creëert nieuwe functies en daarmee nieuwe bureaucratie om hiermee om te gaan, de weg vinden in dit doolhof vraagt een bepaald kennis- en denkniveau. Ook de indicatiestelling voor een PGB is een bureaucratische ramp”*. Dit alles moet echter ook niet op de mat terecht komen van de bestaande beroepen.

Op de (retorische) vraag of er na twintig jaar nu eigenlijk wel iets veranderd is - alle uitgangspunten staan mooi op papier, maar.... - reageren de meeste sleutelfiguren genuanceerd. Een kleine greep:

“De wereld om ons heen is veranderd. De focus ligt nu veel meer op doelmatigheid, de macht van het getal gaat spreken (de ‘grijze golf’ als dreiging), de intensieve thuiszorg wordt niet meer voldoende gefinancierd en er is toenemende kritiek op de verpleeg- en verzorgingshuizen”.

Al deze factoren leiden tot meer sense of urgency. Daarnaast is er ook wel scepsis: *“Hoeveel geld heeft de maatschappij over voor de ouderen? Hoe solidair willen de burgers zijn?”* De patiënt moet veel meer samen optrekken met de zorgaanbieder(s), maar óók met de zorgverzekeraar. Deze laatste heeft een belangrijke faciliterende rol.

Verschil met twintig jaar geleden is dat zowel de vraag- als aanbodzijde zijn veranderd. *“Nu is de maatschappij meer vraaggeoriënteerd, er is meer marktwerking, er is meer sprake van inkoopgedrag, andere zorgverzekeringswetgeving, technologische ontwikkelingen etc. Nu zijn er meer mogelijkheden, maar er is ook meer druk. Toen veeleer een overschot aan arbeidskrachten, nu zijn er fricties. Ontschotting tussen geldstromen is nu zeker een vereiste om vraag en aanbod af te stemmen”*.

Conclusie sleutelfiguren

- De wijze waarop de zorg is gefinancierd, wordt door het merendeel van de geïnterviewde sleutelfiguren als heel frustrerend ervaren. Financiële prikkels zijn nog te veel gericht op alleen maar verrichtingen, niet op preventie, coördinatie, samenwerking, samenhang et cetera, terwijl dit nu juist belangrijke, zelfs noodzakelijke voorwaarden zijn om ouderenzorg op maat te leveren.
- Financiële en organisatorische factoren worden vaak als belemmerend gezien, evenals de huidige cultuur en het vasthouden aan bestaand gedrag. De laatste twee factoren zijn het meest hardnekkig en moeilijk grijpbaar.

Visie CBOG

- Het CBOG herkent de genoemde obstakels, maar vraagt zich tegelijkertijd af welke invloed de inrichting en financiering van het zorgsysteem heeft op de beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg.
- In hoeverre hebben bijvoorbeeld de *verschillende* financieringsstromen consequenties voor de beroepen en met name voor de opleidingen. De financiering van de zorg is uitermate complex, maar is er een correlatie met de opdracht van het CBOG?

⁴¹ Daar is ook niet expliciet op doorgevraagd.

⁴² Momenteel wordt een Advies Preventie Ouderen voorbereid door de Gezondheidsraad.

Discussie

- In hoeverre is de inrichting en financiering van het zorgsysteem van invloed op de beroeps- en opleidingsstructuur?
- Opleiden en bij- en nascholing zijn nu vaak sluitpost. Kan een andere financieringssysteem daar verandering in brengen en zo ja welke?
- Moeten randvoorwaarden als bijvoorbeeld samenwerking en samenhang ook worden gefinancierd?

Nabeschuiving

Het CBOG is ingesteld om 'een optimale kwalitatieve en kwantitatieve bemensing in de zorg in Nederland te bevorderen'. De wijze waarop het CBOG zijn opdracht operationaliseert, is 'des CBOG's', zij het binnen de gestelde kaders. Een van de doelen die het CBOG zichzelf in elk geval heeft gesteld is te voorkomen '*dat zijn rapport of advies in de la verdwijnt*'. De aanpak is in die zin onorthodox en naar het CBOG meent innovatief. Het is geen project in de klassieke zin van het woord. We zijn niet te werk gegaan met uitgewerkte problemen en vraagstellingen, maar hebben eerst de praktijk gehoord. Dat heeft geleid tot onderhavig rapport met een aantal conclusies, die het CBOG geheel of (soms) ten dele onderschrijft. De conclusies zijn niet helemaal verrassend, maar komen wel verrassend overeen. Er is dus zeker draagvlak voor een andere ordening en inrichting van de ouderenzorg c.q. voor een omslag in denken van aanbodgericht naar vraaggericht. Verandering in cultuur en omslag in denken zijn de belangrijkste, maar ook de moeilijkst grijpbare factoren. Zoals ook in de inleiding is aangegeven, is de eerste en prealabele vraag of de huidige professionals bereid zijn om vanuit de zorgvraag over hun eigen domeinen en beroepen heen te kijken. Vrijwel iedereen is daartoe bereid, maar het gaat uiteraard om de concrete uitwerking en consequenties in de praktijk. Het herschikken van taken en bevoegdheden tussen en binnen professies zal – op termijn- (kunnen) leiden tot andere – kwantitatieve- verhoudingen (aantallen).

Onderhavig rapport is een tussenrapportage en deels een uitwerking van de eerste doelstelling, te weten 'het ontwikkelen van een visie op nieuwe rollen in een verander(en)de ouderenzorg'.

Advies beroeps- en opleidingsstructuur in de ouderenzorg (doelstelling 2)

Om de tweede doelstelling binnen het CBOG project te bereiken, namelijk 'het adviseren over een beroeps- en opleidingsstructuur in de ouderenzorg die past bij de toekomstige zorgvraag' is een aantal vervolgstappen noodzakelijk, die zullen worden uitgewerkt.

De insteek van het CBOG is dat het rapport input is voor een (vervolg)discussie met de geïnterviewde sleutelfiguren en overige stakeholders, vanuit het referentiekader Beroepen en Opleidingen. Wat zijn consequenties voor de beroepen en opleidingen in de ouderenzorg. Waarover is commitment, waarover niet en wat is een alternatief. Wie gaat wat oppakken en wat is ieders rol en verantwoordelijkheid. Ergo wat is de verantwoordelijkheid van de overheid (VWS en OC&W), van de betrokken stakeholders en wat kan of zelfs moet het CBOG oppakken. Deze discussie zal plaatsvinden in een invitational conference (IC), georganiseerd door het CBOG. Het resultaat van de discussie wordt verwerkt en zal ook dienen als tussenrapportage.

Tot slot

Het CBOG gaat nauw samenwerken met ZonMw. Medio 2009 presenteren ZonMw en CBOG een voorstel voor onderzoek en evaluatie op het gebied van vernieuwing en kwaliteit van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg.



BIJLAGE 1

- Ouderdom komt met gebreken, Gezondheidsraad, 2007
- Medische ouderenzorg in de toekomst, STG/HMF, 2007
- Advies onderzoek medische zorg voor Ouderen (In het bijzonder ouderen met multiple en complexe aandoeningen), Raad voor Gezondheidsonderzoek, 2006
- Caring for vulnerable older people who live in the community, René Melis UMC Radboud, 2008
- Verpleeghuiszorg op de goede weg, IGZ, 2008
- Een nieuwe verpleegkundige in het verpleeghuis, NIZW, 2004
- Professionalisering van de verpleeghuisgeneeskunde, oratie Koopmans, UMC Radboud, 2005?
- Beleidsvisie NVKG, 2007
- NHG standpunt- toekomstvisie huisartsenzorg voor ouderen, NHG (2007)
- 'Meer dan gezondheid', Graas, Slaets e.a. Medisch Contact 2008
- Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen, SCP, november 2004.
- Probleemgeoriënteerd denken in de psychiatrie; een praktijkboek voor de opleiding en de kliniek, dr. M.G.M. Olde Rikkert e.a., 2008, De Tijdstroom.



BIJLAGE 2

Lijst met geïnterviewde personen

NAAM	ORGANISATIE	POSTBUSNR.	PLAATS	TEL. NR.	E-MAIL-ADRES
Mevr. Margo Brands, adviseur Collectieve Belangenbehartig. ANBO en	ANBO	Postbus 18003	3501 CA Utrecht	030-2330060	info@anbo.nl
Mevr. Marjolein de Booy, teammanager Kwaliteit, Ned. Pat. Clienten Fed.	NPCF	Postbus 1539	3500 BM Utrecht	030-2970303	npcf@npcf.nl
Dhr. dr. P.L.J. Dautzenberg, voorzitter Ned. Ver. voor Klin. Geriatrie (NVKG) en Judith Wilner, bestuurslid NVKG	Carolusziekenhuis	Hervensebaan 4	5232 JL Den Bosch	073-6996000	p.dautzenberg@jzb.nl
Mevr. drs. G.M. Drayer, voorzitter Ned Ver. voor Verpleegh.artsen) en Mevr. W. Weeder, directeur NVVA	NVVA	Postbus 20069	3502 LB Utrecht	030-2823481	nvva@verpleeghuisartsen.nl
Mevr. dr. P.H.L.M. Geelhoed-Duijvestijn, voorzitter Ned. Internisten Ver. en Dhr drs. B. X. Oude Elberink, directeur Ned. Internisten Vereniging	NIV (Domus)	Postbus 20066	3502 LB Utrecht	030-2823229	secr@niv.knmg.nl
Mevr. drs. Yvonne C.M. van Gilse, directeur Landel. Org. Clientenraden	LOC	Postbus 700	3500 AS Utrecht	030-2314679	loc@loc.nl
dr. Pieter van de Homburg, Landelijke Huisartsen Vereniging + Mevr. dr. Jetty Bont, bestuurslid LHV	LHV (Domus)	Postbus 20056	3502 LB Utrecht	030-2823723	lhv@lhv.nl
Dhr. Marcel Kaarsgaren, adviseur Zorg, Welzijn & Mobiliteit en Mevr. M.C. Greweldinger-Beudeker, voorzitter Unieadviescomm. GGZ	C.S.O.	Postbus 2069	3500 GB Utrecht	030-2769985	m.kaarsgaren@ouderenorganisaties.nl
Prof. dr. F. Schellevis, bijzonder hoogleraar afd. Artsgeneesk. en hoogler. Multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk en programmaleider NIVEL	NIVEL - VUMC	Postbus 1568	3500 BN Utrecht	030-2729653	f.schellevis@nivel.nl
Mevr. dr. M. J. Schuurmans, Lector Ouderenzorg HU	Hogeschool Utrecht	Bolognalaan 101	3500 BN Utrecht	030-2585221	marieke.schuurmans@hu.nl
Dhr. Victor A.J. Slenter, directeur Capaciteitsorgaan	Capaciteitsorgaan	Postbus 20051	3500 LB Utrecht	030-2823331	v.slenter@caporg.nl
Dhr. A. E. Timmermans, med. Dir. en best. voorz. Ned. Huisartsen Gen. en Dhr. R.S.M. Helsloot, senior beleidsmedewerker	NHG	Postbus 3231	3502 GE Utrecht	030-2823500	info@hg.org
Dhr. Peter Holland, voorz. KNMG en dr L. Wigersma, dir. Beleid & Advies	" "	" "	" "	" "	p.holland@fed.knmg.nl/l.wigersma@fed.knmg.nl
Prof. dr. R.G.J. Westendorp, Hoogleraar Afdeling Ouderengeneesk.; internist; epidemioloog, LUMC	UMC Leiden (C2R133A)	Postbus 9600	2300 RC Leiden	071-5266640	r.g.j.westendorp@lumc.nl
Mevr. dr M. van Rees, Prog. Man. Ouderenzorg ZonMW en drs. H. Smid, directeur ZonMW	ZonMW	Postbus 93245	2509 AE Den Haag	070-3495111	info@zonmw.nl
Prof. dr M.G.M. Olde Rikkert, Hoofd Kenniscentrum Geriatrie en (coördinator van het Alzheimer Centrum Nijmegen)	UMC St. Radboud	Postbus 9101	6500 HB Nijmegen	030-2585221	M.Olde.Rikkert@ger.umcn.nl
en Mevr. drs. M. Nieuwboer, beleidsmedewerker Staf Zorg	" "	" "	" "	" "	
Prof. dr J.P.J. Slaets, Univ. Centrum voor Ouderengeneesk.	UMC Groningen	Postbus 30001	9700 RB Groningen	050-3612943	uco@int.umcg.nl