

Verslag Invitational Conference Ouderenzorg

Locatie:

Universiteitsmuseum, Lange Nieuwstraat 106, Utrecht

Datum:

Woensdag 4 maart 2009

Opening en introductie

Mevrouw Henneman opent met dankzegging aan de aanwezigen de bijeenkomst om 16.12 uur. Zij licht kort toe welke onderwerpen tijdens deze bijeenkomst besproken zullen worden. Zij geeft aan dat het welzijn en de zelfredzaamheid van ouderen voornamelijk centraal staan in dit project. In vergelijking met andere landen, scoort Nederland niet slecht. De doelstellingen halen we wel, maar de vraag is: hoe gaan we dit organiseren?

In de aanloop naar dit project is er steeds meer behoefte aan een omschrijving van het woord 'verzilvering/vergrijzing' en het woord preventie valt steeds vaker. Bij het ministerie komt er steeds meer aandacht voor opleidingen in het algemeen, meent mevrouw Henneman. Moeten wij daar onze structuur op afstemmen? Er is ook veel aandacht voor regie en afstemming; met wie dit gaat gebeuren en welke beroepen en opleidingen zijn er nodig? Het CBOG heeft dit opgepakt. Vervolgens geeft mevrouw Henneman het woord aan mevrouw Vlaskamp om meer uitleg te geven over wat het CBOG precies gedaan heeft en wat de bevindingen zijn.

Inleiding project Ouderenzorg

Mevrouw Vlaskamp illustreert de huidige situatie met een column uit NRC van Frits Abrahams. Hij was gevraagd zitting te nemen in een forum over Ouderenzorg en kwam er als enige 'niet-deskundige' achter dat veel deskundigen op het gebied van ouderenzorg veel in abstracties praten. Ook vroeg hij zich af hoe de kwetsbare oudere zijn of haar weg weet te vinden in de ouderenzorg. Dat antwoord kreeg hij niet. De aanwezigen bij deze bijeenkomst zijn wel deskundigen en mevrouw Vlaskamp hoopt dan ook dat men vanavond niet in abstracties blijft hangen, maar met concrete adviezen komt.

De doelstelling van het project ouderenzorg is een visie ontwikkelen over nieuwe rollen binnen de ouderenzorg vanuit de zorgvraag en vervolgens een advies geven over de beroepen- en opleidingsstructuur passend bij die (toekomstige) zorgvraag.

In het rapport zijn verschillende interviews gehouden met inhoudsdeskundigen en de kernvraag daarbij is: wat is precies de zorgvraag van kwetsbare ouderen? Is het huidige aanbod voldoende om die zorgvraag te beantwoorden, of moet dit aanbod (in de toekomst) aangepast worden? Mevrouw Vlaskamp licht toe dat de uitspraken vrijwel letterlijk zijn weergegeven. De keuze van de ordening van de uitspraken en citaten is echter door het CBOG gemaakt en is ook een bewuste keuze om zo de discussie aan te wakkeren. In de rapportage is een aantal thema's benoemd waarvan een aantal geselecteerd zijn om vanmiddag te bespreken. De rode draad zou hierin volgens mevrouw Vlaskamp moeten zijn: wat is het dilemma, wat is de oplossing, en wie gaat wat oppakken.

De discussie zal gaan aan de hand van zes thema's. De opzet is als volgt: er zijn bij elk thema een paar vragen dan wel stellingen geformuleerd. Eén persoon geeft zijn of haar visie op een bepaald thema, als opmaat voor de discussie, waar vervolgens anderen op kunnen inhaken.

1. Hoofdbehandelaarschap/Regiefunctie/Consultfunctie

- *Een zo laag mogelijk deskundigheidsniveau is miskening van de regiefunctie*
- *Regiefunctie: wie en ten opzichte van wat?*
- *Centraal aanspreekpunt binnen 1e resp. 2e lijn én tussen 1e en 2e lijn*
- *Consultfunctie en regie*

De heer Timmermans doet de aftrap voor dit eerste thema. Volgens hem gaat de discussie voornamelijk over het hoofdbehandelaarschap en regiefunctie. De consultfunctie is volgens hem niet zo relevant. Het is volgens hem een simpel gegeven waarin men zorg vraagt en vervolgens zorg ontvangt. De heer Timmermans benadrukt dat het bij ouderenzorg voornamelijk gaat om de kwetsbare oudere, die in de meeste gevallen nog in de thuissituatie leeft. Daarbij moet ook onthouden worden, dat het niet alleen medische zorg betreft, maar ook welzijnswerk.

Het CBOG heeft gevraagd wat goede huisartsenzorg zou moeten inhouden. De heer Timmermans vindt dat de huisartsen een actieve rol moeten spelen om zicht te hebben en te houden op kwetsbare ouderen. Het is dus wel een regiefunctie die de heer Timmermans voor ogen heeft, maar hij vindt niet dat de huisarts het enige aanspreekpunt in de zorg moet zijn. De huisarts heeft de verantwoordelijkheid om zaken goed te regelen, maar dat wil niet zeggen dat hij/zij dit allemaal zelf moet doen. Dat kan zijn: samenwerken met mensen binnen de praktijk of met anderen binnen de zorg.

Volgens de heer Timmermans is deze regierol nu nog niet haalbaar, mede omdat het huidige systeem er nog niet klaar voor is. Het gaat hierbij onder andere om randvoorwaarden in de ICT. Groepen zouden bijvoorbeeld met behulp van ICT goed in kaart gebracht kunnen worden. De ICT zou zo geregeld moeten zijn dat het huisartsensysteem ook deze informatie biedt. Bij het huidige systeem staat in het medisch dossier van een patiënt welke ziekte hij of zij heeft, maar welke beperkingen deze patiënt vervolgens heeft staat er niet, terwijl dit toch veel bij ouderen voorkomt.

In het elektronisch dossier van de huisarts is niet een goede systematische mogelijkheid om die beperkingen in kaart te brengen en te monitoren.

Reacties:

De heer Hamers vraagt zich af wat precies de visie achter dit rapport is. Hij vindt ook dat het rapport nog teveel aanbodgericht is. Hij heeft de indruk dat het rapport zich veel richt op de medische kant van ouderenzorg en nog iets te weinig op welzijn, iets wat voor een groot deel van de ouderen minstens zo belangrijk is. De heer Hamers pleit voor een systeem van passende zorg bij ouderen die met zorg te maken krijgen. Dat wil zeggen zorg passend bij de zorgvraag op dat moment. De ene keer kan dat de huisarts zijn, de andere keer een verpleegkundige. Deze complexiteit van de ouderenzorg vereist volgens hem beter opgeleide mensen.

De heer Timmermans vraagt zich op zijn beurt af welke aspecten belangrijk zijn om mee te nemen in deze discussie. Uiteraard is de kwaliteit van het personeel volgens de heer Timmermans belangrijk, maar er moet ook naar het totaalplaatje van een patiënt gekeken worden. Al zijn medici in eerste plaats logischerwijs verantwoordelijk voor de medische zorg, vindt de heer Timmermans.

Mevrouw Kaljouw vindt het jammer dat de discussie begonnen wordt met een vraag waarvan zij vindt dat deze later aan de orde had moeten komen. Zij had graag een andere volgorde willen zien, namelijk: wat komt er op ons af, wat moet er gebeuren, wat moeten we daar voor kunnen en kennen en wie kan dan wat het beste doen. Met als de laatste vraag, wie neemt de regiefunctie op zich per patiënt, waarbij wordt gekeken naar wat het beste is voor de patiënt¹.

Mevrouw Henneman vraagt de aanwezigen of er nog bepaalde groepen in het kader van 'wie neemt de regie over zich', die volgens de aanwezigen zeker niet vergeten moeten worden. De heer Van den Bosch mist in het rapport de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

Mevrouw Hoogerduyn vindt dat men bij de ouderen die in een thuissituatie leven, de eventuele problemen voor zou moeten zijn. Het is volgens haar de vraag, hoe zo vroeg mogelijk de kwetsbare ouderen herkend kunnen worden. Mevrouw Hoogerduyn oppert een screening. Daar moet wel beter voor opgeleid worden, zodat er mensen zijn die kennis van zaken hebben en signalen beter kunnen oppikken (medisch, verpleegkundig en welzijn). Daarbij moeten de verpleegkundigen (HBO-niveau) in de huisartsenpraktijk een hoofdrol krijgen (tandem met de huisarts), en laat de patiënt daarbij bepalen bij wie hij het makkelijkste zijn verhaal kan doen, aldus mevrouw Hoogerduyn.

2. Zelfmanagement/Zelfredzaamheid

- *Patiënt is eigen regisseur en kiest zelf zorgverlener als aanspreekpunt*
- *Consultatiebureau voor ouderen: ja of nee of tenzij...?*
- *Behoud zelfredzaamheid vraagt andere competenties van professionals*

De heer Kaarsgaren vindt het eerste aspect, zelfmanagement/patiënt eigen regisseur niet discussiewaardig, immers vanzelfsprekend. Zo illustreert hij met een voorbeeld: als iemand een huisarts niet zint, gaat diegene naar een ander. Het probleem is volgens hem echter, dat wanneer je als patiënt de zorg in stapt, je er achter komt dat de zorg zelf niet geregisseerd wordt. De patiënt raakt verdwaald in de jungle van formulieren en verschillende loketten.

De heer Kaarsgaren zegt op het tweede punt dat hij tegen een consultatiebureau voor ouderen is. De huisarts moet in eerste instantie de regie nemen met hulp uit de eerste lijns zorg. Ook in preventieve zaken. Het behoud van zelfredzaamheid vraagt om andere competenties, volgens de heer Kaarsgaren, omdat er een groot verschil is tussen kwieke ouderen en zwakke ouderen. Daarnaast is te veel sturing geven betutteling, en te weinig sturing is verwaarlozing. Hij pleit voor een individuele behandeling, waarbij niet wordt gehandeld naar prototype mensen, maar mensen betrekken in de zorg, en voornamelijk een respectvolle behandeling. Volgens hem is daar momenteel nog te weinig aandacht voor in de opleidingen. Volgens de heer Kaarsgaren is ook niet iedere hulpverlener in staat om dit soort (extra) hulp te geven.

Zijn voorstel is om in het begin van de opleiding, of vóór de opleiding, mensen te testen op dit vlak. Indien zij niet door de test komen, dienen deze mensen niet toegelaten te worden om de opleiding te vervolgen.

De heer Kaarsgaren meent verder dat de behoeftes vaak breder zijn dan alleen zorg. Als arts of verpleegkundige moet je ook oog hebben voor welzijn en het wooncomfort, vindt de heer Kaarsgaren. Volgens hem is de zorg te veel geïsoleerd en opleiding is een manier om deze drie aspecten dichterbij elkaar te brengen.

Reacties:

¹ In feite de verbetercyclus van het CBOG (LV)

De heer Dautzenberg merkt op dat het een schokkend feit is dat maar één universiteit in Nederland (Nijmegen) een co-schap ouderengeneeskunde verplicht heeft gesteld. Bij de overige universiteiten is dit optioneel. De heer Dautzenberg pleit voor een verplicht gesteld co-schap ouderengeneeskunde voor alle artsen in spé.

Mevrouw Weeder zegt dat ze het eens is dat de zorg zichzelf beter moet organiseren. Ze vindt het alleen jammer dat de regie bij de huisarts moet liggen. Zij zou liever zien dat er gekeken wordt bij welke competenties welke disciplines aanwezig zijn en hoe je die in overleg met die kwetsbare mensen zo goed mogelijk kunt inzetten.

Mevrouw Kaljouw geeft aan dat het probleem niet is dat er dingen niet goed geregeld zijn, maar dat we nu een aantal zaken tekort komen. In de ouderenzorg wordt nu meer dan 80 procent uitgevoerd door verpleegkundigen en verzorgenden, zegt mevrouw Kaljouw. Zij vindt dat dit anders moet. Wanneer het allemaal zo goed geolied liep, dan zouden we hier vanavond niet hoeven te zitten. Daarom vraagt mevrouw Kaljouw de aanwezigen om mee te kijken in de toekomst en uit te kijken naar invalshoeken buiten de gangbare paden om, om de zorg beter te kunnen organiseren. Inmiddels zijn er ook 100 buurtzorgteams, geïliede teams die de thuiszorg op orde hebben. Volgens mevrouw Kaljouw is het een voorbeeld voor een eventuele oplossing voor een goede samenwerking tussen de verpleegkundige specialist en de verpleeghuisarts, die daarmee de hele ouderenzorg aan het innoveren zijn. Mevrouw Kaljouw geeft bij dit voorbeeld wel aan, dat deze projecten vaak nog pilots zijn.

Mevrouw Van Gilse meent dat patiënten gelukkiger worden als ze regie in eigen handen kunnen houden. Zij vindt dat er gezocht moet worden naar mogelijkheden om ervoor te zorgen dat patiënten zo lang mogelijk eigen regie kunnen houden. Bij verlies van regie, hebben ze iemand in de buurt nodig voor zorg.

Volgens mevrouw Van Gilse ligt de crux bij een centrale plek waar ouderen terecht kunnen voor zorg en vanuit daar doorverwezen worden naar de daarvoor geschikte deskundigen. Op die centrale plek hoeven volgens haar niet per se professionals te zitten, maar het kunnen net zo goed mantelzorgers zijn. Ook mevrouw Brouns mist de informele zorg. Volgens haar is er veel gepraat over sturing, maar door de complexiteit is er geen sprake van sturing, maar vertrouwen, zegt zij. Daaraan verbonden zit inlevingsvermogen, waardoor mensen in kunnen zien waar zij moeten ingrijpen. Ook moet je de grenzen van je eigen handelen kunnen aangeven en reflexief vermogen hebben aldus mevrouw Brouns. De heer Van Hombergh zegt dat een pas afgestudeerde huisarts geen regiefunctie op zich kan nemen, maar dat deze ondersteund moet worden door een goede buurtgerichte zorgvoorziening. Dit kan bijvoorbeeld een zorgvoorziening zijn naast een huisartsenpost, maar ook een verplegingszorgpost.

3. Geriatrische Syndromen

- *Screening ja, maar door wie, waar en wanneer c.q. bij welke doelgroepen?*
- *Signaleren en diagnosticeren*
- *Visie op 'pro-actief', 'actief' en 'reactief' screenen*

Bij het derde thema neemt de heer Dautzenberg het woord en zegt dat succesvol ouder worden niet gericht moet zijn op ziektes, maar op functies. Hoe moet je dan gaan screenen? Pro-actief, actief of reactief? Screening wordt volgens Dautzenberg erg lastig, omdat er bijvoorbeeld bij de klacht 'vallen', veel mensen zich ermee bemoeien. Screening kan pas werken als er een bepaald specialisme bestaat, bijvoorbeeld een valpolikliniek, meent de heer Dautzenberg. Hij geeft verder aan dat screenen alleen zin heeft als er een duidelijke voordeur bestaat zoals bijvoorbeeld de geheugenpoli en of valpoli. Maar hoe dat moet, laat hij over ter discussie. Een ding dat zeker is, is dat de artsen breed opgeleid moeten worden. Bij

een probleem als vallen komen veel artsen met de patiënt in aanraking. Daarom is het belangrijk om in de opleiding aandacht te besteden aan ouderenzorg.

De heer Hamers vraagt zich af of het haalbaar is om bij elk probleem een polikliniek op te richten. Bij veel problemen die ouderen hebben kun je je ook afvragen of ze alleen medische problemen hebben. De heer Hamers noemt deze andere problemen 'zorgproblemen'. Veel mensen met hoge preferentie, incontinentie in de thuiszorg of verpleegtehuizen.

Voorbeelden van deze zorgproblemen zijn bijvoorbeeld dat in verpleegtehuizen de helft van de mensen incontinentieproblemen heeft (waar vaak niet naar omgekeken wordt), decubitus, vastbinden, etc. Deze problemen moeten aangepakt worden. Hiervoor moet je mensen opleiden.

Verder zegt de heer Hamers dat er steeds meer ouderen komen en hij een licht capaciteitsprobleem in de toekomst verwacht.

Reacties:

Voordat de valpolikliniek er is, moet er wel eerst een indicatie gemaakt worden, vindt de heer Schellevis. Ongeveer 80 à 90 procent van de patiënten die regelmatig vallen, kent de huisarts al. Volgens de heer Schellevis zou juist bij de huisarts de voorscreening kunnen plaatsvinden. De heer Westendorp komt terug op de betutteling. Dit is een groot probleem, voornamelijk omdat de pensioenen naar beneden gaan, zegt hij. Wanneer moeten wij ons ter zijde houden en wanneer moeten wij ingrijpen, vraagt hij de heer Kaarsgaren. Opvallend is dat de oudere generatie van nu minder mondig is dan de oudere generatie die er nog aan gaat komen, antwoordt de heer Kaarsgaren. De zorg moet daar op anticiperen, zegt hij. Gepaste afstand en zelfregie bevorderen, aldus de heer Kaarsgaren.

4. Bestaande Professions/Nieuwe Beroepen/Competenties

- *Eerst beroepenstructuur medici transparant, daarna pas andere beroepen*
- *Juiste mix van competenties, professionals complementair*
- *Naast medici meer verpleegkundigen en verzorgenden; geen ongeschoolde medewerkers meer!*
- *Taakdelegatie niet altijd in voordeel patiënt: gefragmenteerde zorg, geen overzicht*

Bij de introductie van het vierde thema is mevrouw Kaljouw aan het woord. Zij begint met een verwijzing naar de oprichting van het MBOG, met de slogan: "Te knap, te oud en te duur" wanneer het ging over artsen. Het MBOG kreeg de opdracht om ook vooral in de toekomst te kijken rekening houdend met het eventuele tekort voor verschillende disciplines dat door vergrijzing zou ontstaan. Ingaand op het eerste punt, de transparantie van de beroepenstructuur *medici* is zij van mening dat het beter is de beroepenstructuur *medici* niet eerst transparant te maken, omdat dit ontzettend veel werk is, wat nog jaren kan duren. Volgens haar gaat het voornamelijk om het tweede punt, waarbij het streven een juiste mix van competenties en professionals is. Een probleem daarbij is, is dat er sprake is van een zware onderschatting van wat huidig personeel kan. Het komt nu zelfs veel voor dat mensen op functies ingezet worden, waarvoor ze eigenlijk te hoog geschoold zijn. Ook zijn er binnen huisartsenpraktijken verpleegkundigen die helemaal zelfstandig poliklinieken runnen, meent mevrouw Kaljouw. Deze verpleegkundigen overleggen vervolgens met medische specialisten indien dat nodig is.

Over het derde punt zegt zij: "Natuurlijk moeten er veel meer verpleegkundigen en verzorgenden komen." Er zijn er al veel maar er moeten er ook nog veel meer bijkomen. Er moet vooral worden gekeken naar kosteneffectiviteit en doelmatigheid en uiteraard ook naar kwaliteit. Geen ongeschoolde medewerkers meer? Dat hangt er maar net vanaf van welke opdrachten er gedaan moeten worden. Je hebt niet voor alle taken dure en hoog opgeleide professionals nodig en daarbij zegt zij dat we deze professionals straks ook niet meer hebben.

Voor wat betreft het vierde punt, - taakdelegatie is niet altijd in het voordeel van de patiënt, de zorg is gefragmenteerd, er is geen overzicht, vindt mevrouw Kaljouw vindt het een goed idee om eens na te denken over een voorbeeld als de valpolikliniek. Zij wil hierbij niet ter discussie stellen of zo'n soort poli wel werkt, maar hoe kun je dit vertalen naar een bredere toegangspoort om mensen de weg te wijzen? Er zijn volgens haar veel kansen als het gaat om reorganisatie in de zorg en er is veel meer te doen, dan nu geregeld is. En er moet absoluut niet gewacht worden op het transparant maken van de beroeps cultuur, daar is simpelweg geen tijd voor, aldus mevrouw Kaljouw.

“Als we doen wat we moeten doen, hebben we dan nieuwe professionals nodig?”, is de (retorische) vraag van mevrouw Meyboom.

Reacties:

Mevrouw De Been heeft vanuit haar organisatie gepleit voor werken vanuit het perspectief van de patiënt in de ouderenzorg. Hiervoor is echter wel een meer geïntegreerde opleiding nodig. Integraal opleiden is de combinatie zorg (verpleegkundig/verzorgend) en welzijn (sociaalagogisch), volgens mevrouw De Been. Daarbij hoort meer samenwerking met mantelzorg en de zuster is niet alleen de boodschapper, maar ook degene die een dialoog met de patiënt aangaat. Iedere patiënt is anders, vindt zij, en daardoor kan er geen sprake zijn van routinewerk binnen de zorg. Er moet rekening gehouden worden met de dagelijkse behoefte van de patiënt. Volgens mevrouw De Been hoeven niet alle werkzame mensen in de zorg een mbo-opleiding te hebben, maar ze moeten ze wel enige vorm van opleiding genoten hebben, dus geen ongeschoolde medewerkers.

Er wordt veel gesproken over nieuwe beroepen, maar de heer Timmermans wil graag een pleidooi houden voor 'oude'(bestaande) beroepen. Mevrouw Henneman vraagt hem of een generalistische opleiding eigenlijk de leidraad zou moeten zijn. De heer Timmermans vindt dit een ingewikkelde vraag, maar in principe is hij het daar wel mee eens. Hij vindt dat met name in de basisopleiding een verschuiving moet plaatsvinden naar meer aandacht voor een integraal generalistische opleiding, in plaats dat de opleiding alleen maar specialisme gestuurd is. Hij denkt dat dit voor een deel al ingezet is binnen de opleidingen.

5. Multiprofessioneel Opleiden

- *Samen - werken STRAKS betekent samen - opleiden NU: artsen, verpleegkundigen en patiënten als ervaringsdeskundigen*
- *Discipline overstijgend onderwijs: principiële en/of praktische bezwaren?*

Aan de hand van alle voorgaande discussies concludeert de heer Meininger dat er een grote onvrede binnen de zorg is over de huidige gang van zaken. De vraag daarbij is: wat kan opleiden hierin betekenen? Opleiden kan niet alleen gebruikt worden om competenties te ontwikkelen, er is meer nodig. Organisatorisch moet er een omslag gemaakt worden, vindt de heer Meininger, alsmede een complete cultuuromslag. Hierdoor moeten er keuzes gemaakt worden: welke aspecten moeten het eerste aangepakt worden? De heer Meininger heeft vanuit zijn organisatie gekozen voor primair de eerste lijn, de samenwerking met een huisarts met verpleegkundigen. De opleiding moet volgens hem ingezet worden als veranderinstrument. Dit moet gedragen worden door bestuurders en managers, door 'mensen die ook over het geld gaan', vindt de heer Meininger. De opdrachten in de opleiding moeten daar ook op aansluiten. Hij benadrukt hierbij dat wanneer mensen bijvoorbeeld een cursus hebben gedaan er dan verwacht wordt dat die mensen doen wat ze geleerd hebben. "Maar", zo stelt hij, "zo werkt dat niet". Het effect is dan vaak dat wanneer een individu die een cursus heeft gevolgd weer terug naar zijn groep gaat waar hij werkt, collega's zeggen 'je bent zeker naar cursus gegaan', en men gaat weer over naar de orde van de dag. Opleiden/scholen betekent dus collectief opleiden, verbindingen leggen en werken aan verandering. Hij stelt voor te werken met kleinschalige pilots waarin de nieuwe ideeën wat

betreft opleiden verwerkt zijn. Hij voorspelt een sneeuwbaaleffect, dat de hele zorg zal veranderen.

Mevrouw Henneman vraagt hem over de exacte betekenis van collectief opleiden, de term die hij eerder noemde. De heer Meininger legt uit dat hij daarbij gezamenlijk opleiden voor ogen had. Daarbij moet vooral gericht worden op de samenwerking op de werkplek. Vanuit daar moet er verandering in de opleidingen aangebracht worden. De heer Meininger vindt vooral de samenwerking belangrijk, want tot nu toe wordt er voornamelijk individueel opgeleid.

Reacties:

Een opleiding als veranderinstrument kan niet, volgens mevrouw Kaljouw. Hiervoor moet er wel draagvlak, een gevoel van noodzaak zijn in de praktijk. 90 procent van de verzorgenden heeft een mbo-opleiding of lager. Voor deze groep is veel bij- en nascholing nodig zegt mevrouw De Been. Ook ervaart zij in de praktijk dat er veel behoefte is aan dialoog binnen de organisatie en management met een heldere visie. Momenteel wordt er over de hoofden van de mbo-opgeleiden heen gepraat, vindt mevrouw De Been. Men beschikt nog over te weinig kennis hoe je met een lager opgeleide beroepsgroep werkt aan innovatie en vernieuwing.

De heer Timmermans vraagt om voorbeelden van delen van opleidingen die wel goed verlopen. De heer Dautzenberg haakt in en vertelt over twee disciplines (huisarts en verpleegkundige) die vlak naast elkaar zijn en samen (delen van) een opleiding volgen. De heer Hamers peilt of het vaker mogelijk is om bepaalde modules samen te voegen in opleidingen. De studies Geneeskunde en Verpleegkunde werd ook al in Amsterdam samengevoegd, zegt mevrouw Kaljouw. Dit werkte volgens haar niet, het zijn twee verschillende culturen.

6. Herordening Beroepen en Functies

- *Versnippering binnen beroepenstructuur ouderenzorg op centraal niveau aanpakken; resultaat kan leiden tot herordening bestaande beroepen en functies...*
- *'Desintegratie van het totale systeem' is kern probleem; verbetering effectiviteit van het systeem - marktdenken, taakherschikking, nieuwe beroepen etc. – is niet de oplossing...*

De heer Westendorp neemt hierbij als eerste het woord. Hij schetst het voorbeeld van een oudere die om medische zorg vraagt en het huidige systeem dat meerdere specialistische kanalen aanbiedt. Geen wonder dat je met z'n allen soms de weg kwijt raakt, zegt hij. Wie gaat dit probleem oppakken? Volgens de heer Westendorp moeten dit de nieuw-opgeleiden zijn. Een breed opgeleide, pro-actieve beroepsbeoefenaar. De heer Westendorp heeft ambivalente gevoelens met een casemanager. Iemand met veel geld regelt een casemanager. De heer Westendorp pleit wel voor een 'lijfarts' als metafoor, "de heruitvinding van oude beroepen". Deze lijfarts neemt niet alle functies op zich, maar staat wel het dichtst bij de patiënt. Volgens de heer Westendorp kan er ook niet één soort lijfarts zijn, maar moeten verschillende lijfartsen aanwezig zijn binnen de eerste lijn, tweede lijn en de nullijn waar nog niet werkelijk een probleem is, maar waar preventief en pro-actief naar eventuele problemen gekeken wordt.

Afronding:

Mevrouw Henneman somt met medewerking van de aanwezigen de belangrijke punten/conclusies op.

Deze zijn:

- Een nieuwe beroepenstructuur, maar daarvoor moet eerst duidelijk zijn wat de visie op ouderenzorg is;

- Verbetering in de competenties. De manier van communiceren, bijscholing, nascholing: het kan allemaal beter;
- Er moet iets gedaan worden aan het organisatievraagstuk;
- Bij de opleidingsnoodzaak moet er ook gekeken worden naar de capaciteit;
- Financiering en het effect dat het heeft op het bestaan van een vak (niet aan bod geweest in de discussie);
- Extra aandacht voor laag-/anders opgeleiden;
- Behoeftte aan lijfarts/generalist in opleiding;
- Rol van de werkplek in de opleiding;
- Digitale wereld en welk effect dit heeft op de medische wereld in de toekomst (niet aan bod geweest in de discussie);
- Het screenen van risicopatiënten.

Wie doet wat?

- KNMG voert project uit over de medische ouderenzorg waar nog een rapport over zal verschijnen;
- UMCG, wil ook participeren om ontwikkelingslijnen goed af te stellen;
- NVKG en ouderenbonden zijn bezig met een *senior friendly hospital*, verwachting is dat dit binnen nu en een jaar zal worden gerealiseerd;
- Orde van Medisch specialisten, kwaliteitsprojecten zijn misschien een mogelijkheid;
- GGZ - Nederland wil meedenken over dit thema;
- VWS is bezig met een aantal projecten, onder andere 'Beter thuis in de buurt'.

Afsluiting

De voorzitter van het CBOG, de heer Van der Veen spreekt een dankwoord uit aan de aanwezigen voor hun ideeën, speciaal diegenen die zich voor het rapport hebben laten interviewen. Het viel de heer Van der Veen op dat de discussie voornamelijk ging om de kwaliteit, hij miste echter de angst voor de kwantiteit. De moeilijkheden waarvoor de zorg in de toekomst zal staan. Hiervoor is een verandering in het denken wat betreft de ouderenzorg voor nodig, zegt de heer Van der Veen. De conclusie die de heer Van der Veen trekt is dat een avond praten niet voldoende is om tot oplossingen te komen, omdat de materie erg complex is. De heer Van der Veen vindt het buitengewoon plezierig dat verschillende instellingen aangeboden hebben om in een vervolgotraject mee te praten en mee te helpen. Hij sluit de bijeenkomst om 19.14 uur.

Aanwezig:

Naam	Functie	Organisatie
Mevr. A. Bits	Adviseur	ANBO
Dhr. P.L.J. Dautzenberg	Voorzitter	NVKG
Mevr. J.A.M. Wilmer	Bestuurslid	NVKG
Mevr. Y.C.M. van Gilse	Directeur LOC	LOC
Mevr. J. Bont	Bestuurslid	LHV
Dhr. M. Kaarsgaren	Adviseur Zorg en Welzijn	C.S.O.
Dhr. F. Schellevis	Bijzonder hoogleraar	NIVEL -VUMC
Dhr. J.G. Meegdes	Beleidsmedewerker	Capaciteitsorgaan
Dhr. A.E. Timmermans	Voorzitter	NHG
Dhr. R.G.J. Westendorp	Hoogleraar	UMC Leiden
Mevr. M. van Rees	Programma manager Ouderenzorg	ZonMW
Dhr. A.K. Meininger	Coördinator MOC	UMCG
Mevr. Weeder	Directeur/bestuurder	NVVA
Mevr. P.H.L.M. Geelhoed- Duivenstijn	Voorzitter	NIV

Dhr. J.P.H. Hamers	Bijzonder hoogleraar	V&VN Maastricht
Mevr. I. van Bennekom	Directeur Langdurige zorg	Ministerie VWS
Mevr. M. de Been	Afdelingsmanager	STING
Mevr. J. Willemse	Beleidsadviseur	NFU
Mevr. M.J. Kaljouw	Voorzitter	V&VN
Mevr. B. Meyboom	Voorzitter NPO	NPO
Dhr. W.G. van Aken	Vice-voorzitter NPO	NPO
Dhr. P. van den Hombergh	Beleidsmedewerker	LHV
Dhr. H. van den Bosch	Bestuurslid Actiz	ACTIZ
Dhr. M. De Munck Keizer	Interim-hoofd werkgevers en arbeidszaken	GGZ Nederland
Dhr. E. van der Veen	Voorzitter	CBOG
Mevr. M.I.M. Brouns	Bestuurslid	CBOG
Dhr. E. Schadé	Bestuurslid	CBOG
Mevr. A.A.C. Vlaskamp	Senior beleidsadviseur	CBOG
Dhr. M.J. van Houwelingen	Beleidsmedewerker	CBOG
Mevr. O.S. Butterman	Beleidsmedewerker	CBOG
Mevr. G.G.H. de Jong-Meijerink	Secretaresse	CBOG
Mevr. M. Henneman	Journaliste	
Mevr. J. Hoogerduyn	(i.p.v. Mevr. Schuurmans)	Hogeschool Utrecht
Mevr. F. Boersma	UMCG	
Mevr. R. Buyse		LEVV
Afwezig:		
Naam	Functie	Organisatie
Mevr. M.C. Greweldinger- Beudeker	Voorzitter	C.S.O.
Dhr. V.A.J. Slenter	Directeur	Capaciteitsorgaan
Dhr. A. Mellema	Beleidsmedewerker	GGD Nederland
Dhr. Takx	Senior beleidsadviseur	CBOG
Dhr. R.S.M. Helsloot	Senior beleidsmedewerker	NHG