



Ouderenzorg
in CBOG-perspectief

Ouderenzorg in CBOG-perspectief

Oud worden wil iedereen, liefst op een gezonde manier. Gezondheid en welbevinden gaan meestal hand in hand. Behoud van zelfredzaamheid en regie over eigen leven zijn nauw verbonden met welbevinden. Wat is ervoor nodig om de toekomstige vraag naar zorg en ondersteuning te realiseren? Over het algemeen vraagt men zich af of de zorg zoals die nu is georganiseerd, kan voldoen aan de toekomstige vraag. Er zullen waarschijnlijk te weinig mensen zijn om deze zorg adequaat te verlenen, zoals Groot en Maassen van den Brink in deze bundel aangeven¹.

Het huidige systeem is onvoldoende in staat om flexibel te reageren op complexe vragen van toekomstige ouderen. Het verlenen van integrale zorg en ondersteuning, met behoud van zoveel mogelijk eigen regie, vraagt om een herinrichting van zorgprocessen en een cultuuromslag binnen de instellingen. Het vraagt een andere attitude van zorgverleners en management en dat betekent ook mogelijk aanpassingen van de beroepenstructuur en opleidingen. De bundel gaat over deze aanpassingen van beroepen en opleidingen binnen de ouderenzorg. Verschillende experts, ieder vanuit hun eigen vakgebied, hebben hieraan een bijdrage geleverd. In deze inleiding hanteren wij een brede definitie van beperking en dus ook van zorg. Het gaat niet alleen om het gezonde lichaam, maar om de kwaliteit van het bestaan die richtinggevend moet zijn voor de inrichting van het zorgsysteem.

11

Grip op het eigen leven

De “cliënt centraal” en “vraaggerichte zorg” dienen niet alleen uitdrukkingen te zijn van een bepaalde ambitie, maar ook herkenbaar te zijn in de praktijk. De oudere - soms kapitaalkrachtige - zorgvrager van de toekomst zal meer zelfbewust zijn eigen zorg organiseren. Dat geldt ook voor de kwetsbare oudere samen met de mantelzorg. Mantelzorgers zijn een belangrijke spil in het netwerk rondom de zorgvrager en kunnen bijdragen aan het behoud van de zelfstandigheid van de oudere. In toenemende mate wordt ook de ervaringsdeskundigheid van zorgvragers gebruikt als element in de zorg. Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid (het zogeheten HEE-concept) sluiten aan bij de gezonde kanten en de kracht van de zorgvrager. Afhankelijk van leefstijl en ernst van de beperking zullen ouderen zelf de regie willen houden

¹ Zie ook 'Zorg voor mensen, mens voor de zorg', advies ZorgInnovatiePlatform (ZIP), november 2009.

dan wel de regie deels of volledig overlaten aan zorgverleners met verschillende professionele achtergronden. Het is van belang om de zorgbehoeften dan wel de tekorten van de kwetsbare oudere expliciet te beschrijven in relatie tot de zorgvraag. Objectief geconstateerde zorgbehoeften leiden niet altijd tot subjectieve zorgvragen. Bovendien is niet elke zorgvraag een medische vraag. Het kan (ook) gaan om een psychisch of sociaal tekort, om een vraag naar ondersteuning, verpleging & verzorging dan wel om een mobiliteitsprobleem. Deze tekorten worden niet altijd direct (h)erkend door de zorgverleners en ook niet door de oudere zelf. Een deel van het huisartsengebruik betreft niet zozeer een medische zorgvraag, maar kan voortkomen uit onzekerheid over het eigen functioneren of bijvoorbeeld gebrek aan ondersteuning. Vanuit deze optiek mag men verwachten dat versterking van de sociale steun kan leiden tot een daling van zorgconsumptie, wellicht het voorkomen ervan. Daarop moeten de zorgverleners kunnen anticiperen. Dat betekent, zoals Hamers stelt in zijn essay, dat zij moeten inspelen op de restcapaciteit van ouderen in plaats van taken van hen over te nemen. Juist het niet meer volledig de eigen regie kunnen voeren is onderdeel van de zorgvraag en dat vraagt van de zorgvrager maar zeker ook van de zorgverleners andere vaardigheden en een attitude, die is gericht op behoud en herstel van de eigen regie.

Gedeelde verantwoordelijkheid

Vermaatschappelijking van de zorg lijkt een onomkeerbaar proces: mensen blijven langer thuis wonen en verwachten daar de zorg en ondersteuning te krijgen die ze nodig hebben, zoals Tonkens en Brouns aangeven. De formele eerstelijnszorg en informele zorg worden lokaal georganiseerd, in buurten en dorpen. Eerstelijnsvoorzieningen moeten goed bereikbaar zijn. Omdat steeds meer ziektebeelden een chronisch karakter krijgen², en er veelal sprake is van multimorbiditeit, worden lange perioden van “zorg aan huis” afgewisseld met incidentele korte opnamen in een ziekenhuis. Pas als het echt niet meer kan en de oudere te kwetsbaar wordt, komt de verpleeghuiszorg in beeld.

Ook deze veranderingen zijn van grote betekenis voor de beroepen, functies en opleidingen in de ouderenzorg. Zonder uitputtend te zijn gaat het om veranderingen in de verhouding tussen zorgvrager en zorgverlener, tussen de betrokken beroepsgroepen, maar ook binnen de beroepsgroepen in de ouderenzorg. Naast de integratie van preventie en curatie is het vooral de samenhang tussen wonen, welzijn, zorg en begeleiding die een omslag in denken en cultuur betekenen. Werkprocessen rond de zorgvrager moeten beter op elkaar worden afgestemd.

² Ongeveer 75% van de zorgconsumptie houdt verband met chronische ziekten (RVZ, 2009).

Voor een meer geïntegreerde aanpak is het noodzakelijk om elkaars kennis op waarde te schatten en op de hoogte te zijn van elkaars deskundigheid. Pas dan is het goed mogelijk om met respect voor de inhoud van ieders vak ruimte te creëren voor zorg op basis van ketenafspraken en nauwe samenwerking. Het gaat erom kennis en ervaring te delen en daarmee ook de verantwoordelijkheid; zowel de zorgvrager als de zorgverlener hebben een eigen verantwoordelijkheid in dit proces. De zorg wordt steeds meer als een keten beschreven en sinds kort kent Nederland de eerste keten-DBC's. Het gaat daarbij ook om multidisciplinaire samenwerking binnen en tussen de diverse echelons³. Dit leidt tot steeds meer druk op de grens tussen maatschappelijke zorg en gezondheidszorg. Het financieringssysteem in Nederland, bestaande uit vier compartimenten van WMO, AWBZ, Zorgverzekering en eigen bijdrage verscherpt deze begrenzing en vormt soms een hindermacht voor zorginnovatie.

E-health, zorg op afstand en andere zorgtechnologieën zijn niet meer weg te denken. Als de internetrevolutie zich in de zorg heeft doorgezet en meer en meer formaliteiten en processen digitaal worden ondersteund, is de zorgvrager tot steeds meer zelf in staat⁴. Een betere kennispositie van de zorgvrager vraagt om een herijking van de positie van de zorgverleners. De zorgverlener zal soms meer acteren als ondersteuner dan als directe zorgverlener; het voornoemde HEE-concept gaat uit van de eigen mogelijkheden van de zorgvrager. Met andere woorden, zelfmanagement zal andere competenties van de zorgverleners vragen, maar ook een andere basishouding in de relatie met de zorgvrager. Zelfmanagement behoort tot de generieke interventies⁵ waarbij het gaat om de ondersteuning van de patiënt en de mantelzorg (educatie, begeleiding en hulpmiddelen). We hebben nog nauwelijks zicht op de risico's die een verschuiving in de richting van zelfmanagement met zich meebrengt. Het gaat over betrouwbaarheid van bronnen, over diversiteit onder burgers die toegang hebben tot deze bronnen en over risico's bij diagnose en medicatie. In de toekomst zal domotica bijdragen aan ondersteuning van zorgvragers en hun mantelzorgers, zoals Willems in zijn essay aangeeft, in de praktijk is de bijdrage echter nu nog gering. Dat neemt niet weg dat toekomstige beroepsbeoefenaren nu al in hun opleiding kennis moeten nemen van de mogelijkheid en reikwijdte van thuis-technologie.

³ Zie ook beleidsregel NZA: "Multidisciplinaire zorgverlening waarbij multidisciplinaire zorgaanbieders de noodzakelijke en wenselijke zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren".

⁴ "Langdurende zorg en technologie". Anneloes Cordia, Luc de Witte, Helianthe Kort. Lemma, 2008.

⁵ Rapport CVZ 'Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw', september 2009 in opdracht van de NZA: onderzoek naar te verzekeren zorg in drie zorgstandaarden (w.o. diabetes).

Competenties leidend

Wat betekent dit alles voor de beroepenstructuur en voor de opleidingen? Vooralnog is het CBOG het met Hamers eens dat het niet nodig is om te denken over nieuwe beroepen zolang de bestaande beroepen nog voldoende ruimte bieden voor aanpassing. Belangrijk is te denken in langere ketens en de benodigde competenties van zorgverleners te expliciteren die elk een specifieke bijdrage leveren binnen die keten: samenwerken, informeren, begeleiden, behandelen en ondersteunen. Het gaat om kennis en vaardigheden met betrekking tot preventie van ziekte en preventie van beperkingen in het functioneren in bredere zin, zoals ook Gussekloo aangeeft. Ondersteuning bij het leven en welbevinden van de oudere en zijn naasten tot en met praktische hulp bij het gebruik van ICT- middelen. Uit de verschillende bijdragen in deze bundel blijkt consensus te bestaan over het feit dat ingrijpende veranderingen in de opleidingenstructuur wenselijk is: meer interdisciplinariteit en meer integraliteit. Meij en Westendorp spreken van een paradigmaverschuiving van het opleidingsbeleid, dat gestoeld is op benodigde competenties: kennis, vaardigheden en een juiste attitude. Specifieke kennis van de oudere vooronderstelt tegelijkertijd een integrale benadering van de kwetsbare oudere. In een eerdere raadpleging die door het CBOG is georganiseerd onderschrijven de meeste professionele zorgverleners in de ouderenzorg de noodzaak van cultuurverandering⁶; zij geven aan dat er lacunes zijn in een aantal beroepsinhoudelijke-, maar ook beroeps-overstijgende competenties. Diezelfde professionals zijn niet direct voorstander van nieuwe beroepen, omdat dat kan leiden tot fragmentatie van zorg.

Al sinds enkele jaren is er een sterke roep om te investeren in taakherschikking en functiedifferentiatie⁷. Ook in de ouderenzorg worden substitutie en taakherschikking als kansrijk gezien⁸. Er is al veel onderzoek gedaan naar de voordelen van substitutie en taakherschikking, oorspronkelijk vooral gestimuleerd vanuit een (dreigend) tekort aan medici. Inmiddels zijn kwaliteit en (kosten) effectiviteit van zorg de belangrijkste parameters. Taakherschikking heeft toegevoegde waarde, ook voor de arbeidsmarkt in brede zin. Het versterkt het beroepsprofiel tussen verschillende beroepsgroepen. Een belangrijke voorwaarde is dat met een taak de daarbij behorende bevoegdheden en gezag eveneens worden overgedragen. Komende jaren moet meer onderzoek worden

⁶ Rapport 'Beroepen en Opleidingen in de Ouderenzorg' (CBOG 2008/2009) en verslag invitational conference 'Beroepen en Opleidingen in de Ouderenzorg' (maart 2009)

⁷ Zie recent weer in 'Zorg voor mensen, mens voor de zorg', advies ZIP, november 2009: 'Pak door als het gaat om taakherschikking en functiedifferentiatie'.

⁸ VBOC-project Implementatie Verpleegkundig Specialist dat medio 2009 is afgerond; Prismanrapport "Taakverschuiving bij de medische zorg vanuit het verpleeghuis" (november 2009) in opdracht van het Capaciteitsorgaan.

verricht naar daadwerkelijke substitutie en de kosteneffectiviteit die daaraan is verbonden.

Naast functiedifferentiatie is er ook functie-integratie. Er zullen meer functies ontstaan vooral op het snijvlak van zorg en welzijn⁹. Zorgverleners die vanuit een integrale visie, en met kennis van zaken een belangrijke schakel vormen in de netwerkzorg rond de zorgvrager, die de coördinatie van zorg regelen, die de communicatie en afstemming onderhouden et cetera. Zorgverleners zijn zich er in toenemende mate van bewust, zo geven ook Schumacher en Driest aan, dat integrale zorgverlening, dicht bij de mensen in hun eigen leefomgeving de-specialisatie en de-institutionalisering van zorg inhouden. Belangrijk is die continuïteit van zorg maar zeker ook continuïteit qua persoon, ergo zoveel mogelijk dezelfde zorgverlener. Dat vraagt om een meer generalistische en integrale blik, met kennis en inzicht van de sociale kaart, maar ook van de deskundigheid van de overige betrokken zorgverleners. Dit is een van de redenen waarom de huidige staatssecretaris van VWS opnieuw ruim baan geeft voor de wijkverpleegkundigen.

Aantrekkelijkheid beroep

Steeds minder artsen en verpleegkundigen zijn in de ouderenzorg werkzaam, zoals meerdere auteurs in deze bundel aangeven. Dat heeft ten dele te maken met het matige imago van de ouderenzorg en het ontbreken van financiële middelen en concurrerende arbeidsvoorwaarden. Ook zijn er vragen rond het management. Groot & Maassen van de Brink zijn pessimistisch hierover. Zij verzuchten dat het management de arbeidsmarktkrapte in de zorg niet als een prikkel ervaart om meer arbeidsbesparende en kwaliteitsverhogende innovaties toe te passen. Ook de Algemene Rekenkamer constateert dat het zorgstelsel te weinig prikkels tot innovatie kent. Hoe kunnen we dit probleem ombuigen tot een kans en de ouderenzorg meer aantrekkelijk maken en een werkomgeving creëren met veel mogelijkheden en uitdagingen voor de (aankomende) zorgverleners? De zorg voor ouderen kan anders en slimmer worden georganiseerd met een sterke focus op kwaliteit. Modernisering van de opleidingen zal ook bijdragen aan een sterker imago. Meij en Westendorp benadrukken deze kansen in hun essay, uitgaande van de arbeidsmogelijkheden na het afronden van de

⁹ In Friesland is een interessante praktijk ontwikkeld rond het concept van 'omtinkers' in een omgeving van radicale kanteling van aanbodsturing naar vraagsturing. Een omtinker is een onafhankelijke persoon die elke dag bij de cliënt komt en nagaat welk type zorg of ondersteuning die dag nodig is. In vele gevallen is niet de hoeveelheid zorg nodig die wel door het CIZ is vastgesteld. De omtinker die het aanbod voor die dag regelt is een vast punt in het dagritme van de cliënten. Daarmee draagt het concept bij aan verminderen van onzekerheid en overconsumptie van zorg. Ook de mantelzorgers weten zich gesteund.

studie geneeskunde. Dat geldt ook voor andere zorgverleners. In de praktijk zijn er al de eerste signalen dat het imago verbetert. Wanneer jonge mensen in aanraking komen met ouderenzorg stijgt over het algemeen ook de aantrekkelijkheid van een baan met en voor ouderen.

Visie CBOG

De vraag is nu wat deze trends en ontwikkelingen betekenen voor een toekomstbestendige beroepen-, functie- en opleidingenstructuur.

- Voorkomen moet worden dat er te veel vanuit bestaande uitgangspunten en verschillende professionele belangen wordt gewerkt. Werken aan verbetering van de eigen opleiding(en) zou hand in hand moeten gaan met meer generalistische opvattingen en wijzigingen van de opleidingenstructuur. Dit gaat de verkokering tegen en genereert innovatief vermogen. Komende jaren zal het netwerk tussen verschillende opleidingen en beroepsgroepen moeten worden versterkt, zodat afstemming mogelijk is. Een herontwerp van opleidingen in de care-sector is tegen de achtergrond van maatschappelijke ontwikkelingen wenselijk. Aanpassing van opleidingen in de cure-sector, door naast specialisatie ook integratie te realiseren binnen het scala van deze opleidingen, wordt ook door veel deskundigen bepleit. Het CBOG ziet voor zichzelf een rol weggelegd. Het CBOG faciliteert en ondersteunt het innovatievermogen van verschillende partijen, probeert waar nodig de verbinding te leggen en
 - indien opportuun - de rol van regisseur op te pakken.

- Relevant is het kunnen ondersteunen van de primaire levenssfeer van zorgvragers, het leren inspelen op de 'restcapaciteit' en ervaringsdeskundigheid van ouderen, adequate kennis vergaren van ouderdomsziekten bij de mantelzorgers, maar vooral kennis over de gevolgen daarvan op functieverlies van ouderen en hoe daarop kan worden geanticipeerd. Het onderwijs zal daaraan meer aandacht moeten besteden om 'zelfmanagement' daadwerkelijk invulling te geven; herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van de zorgvrager (HEE-concept) zijn daarbij sleutelbegrippen. Dit betekent dat studenten in medische -, verpleegkundige- en zorgopleidingen alsmede in maatschappelijke opleidingen kennis moeten nemen van de diversiteit onder ouderen en de verschillende leefstijlen die mede bepalend zijn voor de vraag hoe de oudere de zorg geregeld wil hebben. Het CBOG zal ontwikkelingen op dit terrein blijven volgen en hier aandacht voor vragen bij relevante organisaties en partijen.

- Opleidingen moeten in zijn algemeenheid meer inspelen op de care, maar ook op preventie en welzijn. Dat betreft de integrale visie op ouderenzorg. Er is steeds meer aandacht voor een welzijnsmodel, naast en in aanvulling op een medisch model met bijbehorende competenties en opleidingsdoelen. Daarnaast moeten de opleidingen meer inspelen op de ICT mogelijkheden voor zorgvragers en zorgverleners. Daarmee kan ook de ketenzorg worden gefaciliteerd. Het CBOG zal ontwikkelingen op dit terrein blijven volgen en hier aandacht voor vragen bij relevante organisaties en partijen.

- Een belangrijke optie om de opwaartse druk op de vraag naar zorg voor ouderen te pareren is het verder stimuleren van taakherschikking en substitutie. Zoals gezegd zijn taakherschikking en substitutie kansrijk, met name in de ouderenzorg. Om de kwaliteit van zorg en leven op een nog hoger peil te brengen, is wel een kritische massa nodig van de betreffende zorgverleners die taken overnemen. Daarvoor moeten zorginstellingen, zorgverzekeraars en overheid de organisatorische en financiële voorwaarden voor een optimale inzet verbeteren, naast beroepsinhoudelijke randvoorwaarden. In het bijzonder de overheveling van bevoegdheden is een conditio sine qua non voor de kwaliteit van de zorg. Het CBOG wil daarin een coördinerende rol spelen en heeft dit ook besproken met VWS. Het CBOG kan gezien zijn onafhankelijke positie vanuit het algemeen maatschappelijk belang alle betrokken partijen consulteren over de benodigde voorwaarden. Vervolgens kan het CBOG in samenwerking met veldpartijen komende periode concrete voorstellen ontwikkelen. Inmiddels is ingestemd met een wijziging van de Wet BIG om taakherschikking c.q. het overhevelen van bevoegdheden naar andere zorgverleners mogelijk te maken. Vaak genoemd worden de verpleegkundig specialisten en de physician assistants, maar de wijziging geldt in potentie ook voor andere beroepsgroepen. Zij moeten uiteraard allen voldoen aan de benodigde deskundigheid en competenties. Meer onderzoek naar de effecten van substitutie is nodig. Het CBOG beveelt dan ook van harte aan onderzoek hierop te entameren.

- Intra- en interdisciplinair opleiden is een kans om kennisdomeinen aan elkaar te verbinden en ketenvaardigheden te ontwikkelen. Er zijn diverse mogelijkheden genoemd voor de uitwerking. Bijvoorbeeld een gemeenschappelijke opleiding ouderenzorg met een eerste basisjaar voor cure- en care-studenten gezamenlijk. Naast een specifieke opleiding voor ouderenzorg zijn er nieuwe modules nodig over veroudering en ouderenzorg die geïntegreerd kunnen worden in alle opleidingen, van verpleegkundigen tot medici, van verzorgenden tot paramedici. Brede aandacht voor ouderen is nodig in alle opleidingen.

Het CBOG is inmiddels begonnen aan de uitwerking van een project Interdisciplinair opleiden in de ouderenzorg, dat start met de ontwikkeling van een gemeenschappelijk innovatief opleidingsmodel. Dit model zal vervolgens worden getoetst onder een brede mix van zorgverleners binnen verschillende werkplaatsen.

- De BaMa-structuur biedt mogelijkheden tot flexibele onderwijspaden die op dit moment nog onvoldoende worden benut. Opleidingen kunnen worden gezien als een verzameling legoblokken, elk met hun eigen kleur. Op basis van persoonlijke ambities en voorkeuren en arbeidsmarktanalyse kunnen opleidingstrajecten worden vastgesteld. De resultaten tellen, de routing is minder interessant en kan al naar gelang de omstandigheden worden aangepast. Het CBOG zal deze mogelijkheden aankaarten bij het ministerie van VWS en bij het ministerie van OC&W.
- Het CBOG vindt dat er geïnvesteerd dient te worden in praktijkgericht onderzoek in opleidingen, zodat de praktijk in aanraking komt met nieuwe inzichten en vice versa. Op deze wijze kan nieuwe wetenschappelijke kennis (onder andere over werkmethodeken en interventies) efficiënter en effectiever worden geïmplementeerd in de beroepsopleidingen.
- Er ligt een belangrijke taak voor de betreffende opleidingen om hun studenten – meer dan nu het geval is – bewust te maken van het feit dat zij straks een schakel zijn in een lange keten en niet uitsluitend verantwoordelijk zijn voor hun eigen specifieke stuk in de keten. Samenwerken, coördineren en afstemmen zijn belangrijke vaardigheden, die vanaf het begin van de studie – en liefst nog eerder - moeten worden aangeleerd. Het gaat vooral om bewustwording; in de gezondheidszorg werk je niet alleen, maar met de zorgvrager en zijn naasten én met andere zorgverleners. Deze cultuur- en gedragsverandering realiseren betekent daadwerkelijk innoveren in de opleidingen en het CBOG zal dat zeker stimuleren.

De grote druk die zal ontstaan in de zorg voor ouderen is aanleiding voor aanzienlijke veranderingen in het aanbod en de organisatie van de zorg. De ouderenzorg is daarmee voorloper in een noodzakelijke modernisering die leidt tot een meer toekomstbestendige zorgverlening. Het CBOG is dan ook voornemens het beleid in deze richting krachtig te stimuleren, te faciliteren en daar waar wenselijk ook te regisseren.

*Dr. M.L.M. Brouns, manager Kennis- en OnderzoekscentrumTalent,
voorzitter CBOG*

Prof. dr. E. Schadé, hoogleraar Huisartsgeneeskunde, lid bestuur CBOG

Mr. A.A.C. Vlaskamp, senior adviseur CBOG.