



Ouderengeneeskunde in vogelvlucht

M. van Oosterhout¹, J.M.G.A. Schols²

Het startpunt is een korte schets van de demografische ontwikkeling. Het aantal Nederlandse 65-plussers neemt tussen 2010 en 2030 naar schatting toe van 2,5 miljoen tot ongeveer 4,1 miljoen. Van deze populatie zal de groep 85-plussers vanaf 2025 het sterkst in aantal toenemen. Door deze dubbele vergrijzing bereikt het aantal kwetsbare 65-plussers in 2030 een geschatte omvang van 1 miljoen (toename van 68%) en zal de populatie kwetsbare 85-plussers zelfs verdubbelen. [1-3]

Ook de hoeveelheid mensen met dementie neemt toe door de toegenomen levensverwachting. Op dit moment zijn er ongeveer 300.000 mensen met dementie en dit zal verder stijgen tot circa 500.000 in 2040. [4] Deze demografische ontwikkeling heeft gevolgen voor artsen die werkzaam zijn in de eerste lijn, zoals huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde (SO) en ook voor medisch specialisten in het ziekenhuis en vraagt om meebewegen met de groeiende groep kwetsbare ouderen. Denk hierbij aan proactief patiëntgericht handelen en aan het door ontwikkelen van zorgpaden gericht op kwetsbare ouderen. [5-7] Voor de SO betekent dit alles een groeiende samenwerkingsrelatie met huisartsen, geriateren en andere medisch specialisten, onder wie ook de dermatoloog.

CHRONISCHE OUDERENZORG VANUIT DE HISTORIE

Voor thuiswonende ouderen is er altijd al de huisarts geweest. Met de toename van het aantal ouderen die opgenomen werden in het ziekenhuis, kwamen daar later klinisch geriateren en internisten ouderengeneeskunde bij. Voor ouderen en anderen die niet meer thuis konden verblijven en die aangewezen waren op zorg met 24-uurs verblijf ontstonden in het verre verleden de gestichten. Na het van kracht worden van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 1968 ontwikkelden zich vanuit deze traditionele gestichten de hedendaagse verpleeghuizen, die in 1990 een eigen dokter kregen met de titel verpleeghuisarts. Voorheen had de verpleeghuisarts met name een intramurale functie. In verband met de demografische toename van het aantal kwetsbare ouderen en de daarmee samenhangende noodzaak tot extramurale betrokkenheid, werd de naam in 2009 gewijzigd naar Specialist Ouderengeneeskunde (SO). [8,9]

Met het oog op de voortgaande demografische ontwikkelingen en het daaruit voortkomende advies van de Rijksoverheid om ouderen zo lang mogelijk thuis te kunnen laten verblijven (ook als de kwetsbaarheid zich al heeft aangediend), heeft sinds 2015 een hervorming van de ouderenzorg plaatsgevonden. Per 1 januari 2015 is de wetgeving sterk veranderd. De AWBZ verdween en voor de langdurige zorg kwamen de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en de Wet langdurige zorg (Wlz),

naast de Zorgverzekeringswet (Zvw), die vooral gericht is op de cure sector. [10,11]

Door deze landelijke ontwikkeling is het aantal verzorgingshuizen inmiddels drastisch verminderd, het aantal hulpbehoevende thuiswonende ouderen gestegen en ook de zorgzwaarte van opgenomen verpleeghuisbewoners fors toegenomen. Pas als zij vanwege aanzienlijke beperkingen door somatische en/of psychogeriatrische aandoeningen permanent toezicht of 24-uurs zorg nodig hebben, kunnen zij tegenwoordig aanspraak maken op intramurale Wlz-zorg, d.w.z. verpleeghuiszorg. [12,13] De hulpbehoevende ouderen betreffen een zeer heterogene groep met vanzelfsprekend ook een grote verscheidenheid aan zorgbehoeften. Hiervoor zijn de zorgprofielen (voorheen zorgzwaartepakketten of ZZPs) in het leven geroepen. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CiZ) is het bestuursorgaan dat kritisch bekijkt of er wordt voldaan aan de toegangscriteria. [14]

Momenteel is 94% van de hulpbehoevende ouderen thuiswonend. [15]

Met de vergrijzing zien we een stijging van de behoefte aan de Wlz-zorg en omdat het aantal verpleeghuisbedden niet toereikend is, zien we inmiddels ook een evidente toename van substituerende Wlz-zorg die in de thuissituatie geleverd wordt. [15]

NAAR EEN MEER PROACTIEVE OUDERENZORG

Aangezien kwetsbare ouderen steeds langer thuis wonen, is de samenwerking tussen de huisarts en SO verder geïntensiveerd. Denk hierbij aan tijdige consultatie of betrokkenheid van een SO op de huisartsenpost om vermijdbare ziekenhuisopnames te voorkomen. De groeiende samenwerking tussen huisarts en SO past in de ontwikkeling richting een meer proactieve ouderenzorg, waarin getracht wordt om kwetsbare ouderen vroegtijdig te detecteren en thuis zorg en ondersteuning op maat te geven. De SO is specialist in complexe zorgvragen waarvoor het antwoord niet makkelijk terug te vinden is in protocollen en richtlijnen en waarbij de kwaliteit van

¹ Specialist ouderengeneeskunde, Avoord, West-Brabant

² Hoogleraar ouderengeneeskunde, Maastricht UMC, Maastricht

leven leidend is. [16] De rol van de SO is om de hulpbehoevende heterogene groep ouderen de best passende medische zorg te geven en waar mogelijk verwijzing naar het ziekenhuis te vermijden. Kijkend naar het steeds groter wordende belang van de inzet van de SO buiten de muren van het verpleeghuis, is het voor de beroepsgroep belangrijk om naast de samenwerking met de huisarts ook in te zetten op een nauwere samenwerking met medisch specialisten in het ziekenhuis.

AANDACHT VOOR KWETSBAARHEID EN VEERKRACHT VS. LEEFTIJD

Een goede samenwerking begint bij het begrijpen van de populatie, want wanneer is een patiënt echt kwetsbaar en wanneer is deze 'simpelweg oud.' Of een behandelaar een SO dient te betrekken, hangt af van de mate van kwetsbaarheid en veerkracht van de patiënt. Het wel of niet kwetsbaar zijn, zegt namelijk meer over de kans op overlijden of op complicaties bij aandoeningen of ingrepen dan sec de leeftijd van een patiënt. Onderzoek heeft aangetoond dat de prevalentie van kwetsbaarheid overigens begrijpelijkerwijs wel stijgt met de leeftijd. Gerapporteerde percentages kwetsbaren zijn respectievelijk 27%, 38% en 50% bij achtereenvolgens 65-, 75- en 80-plussers. [17] Er is sprake van evidente kwetsbaarheid met een secundaire complexe zorgbehoefte bij bijna iedere bewoner van een verpleeghuis, hetgeen hun verblijf aldaar rechtvaardigt.

Door het grote aantal definities en operationalisaties van kwetsbaarheid is het niet altijd makkelijk een kwetsbare oudere te herkennen. Om over- en onderhandeling van kwetsbare ouderen te voorkomen en gericht wetenschappelijk onderzoek te doen naar kwetsbare ouderen is het belangrijk



Marleen van Oosterhout behandelt een (pre)maligne huidaandoening met een stikstofpen.

dat er eenduidigheid bestaat over het begrip kwetsbaarheid, dat in de literatuur ook wel aangeduid wordt met de term frailty. [18] Inmiddels is duidelijk dat het tijdig detecteren van echt kwetsbare ouderen betekent dat binnen de ouderengeneeskunde vooral gezocht moet worden naar ouderen waarbij de balans verstoord is tussen kwetsbaarheid en veerkracht.

De dermatoloog en de SO worden uitgedaagd om in een proactieve ouderenzorg een betekenisvolle samenwerking te realiseren.

Want puur kijken naar kwetsbaarheid betekent alleen maar denken in deficiënties, terwijl kwetsbare ouderen altijd nog een zekere veerkracht hebben. Deze veerkracht wordt in de literatuur ook wel aangeduid met de term resilience, de countervailing power tegenover frailty. Denkend vanuit de gedachte van positieve gezondheid, moet men bij ouderen waarbij de balans verstoord is, proberen deze weer te herstellen om hen en hun omgeving zo weer in hun eigen kracht te zetten. [19] Dat is ook wat men beoogt met een proactieve ouderenzorg en deze kan alleen duurzaam succesvol zijn door een optimale interdisciplinaire samenwerking door de hele zorgketen heen.

SAMENWERKING IN DE KETEN

Samenwerking is niet alleen nodig voor de verbetering van de patiëntenzorg, maar met het oog op de toekomst ook voor de betaalbaarheid en dus houdbaarheid van de zorg. In Nederland werken daarom steeds meer professionals samen in regionale en lokale zorgnetwerken. Proactieve ouderenzorg is echte netwerkzorg, waarbij verschillende disciplines informatie delen om te komen tot behandeling op maat samen met de patiënt. [20,21] Het RIVM stipte vijf belangrijke elementen aan voor goede integrale samenwerking in de ouderenzorg: elkaar begrijpen, korte lijnen hebben, kennis en expertise delen, gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen en de behoeften van ouderen en mantelzorgers staan centraal. [22]

In een proactieve ouderenzorg is ook de samenwerking tussen SO en dermatoloog van belang. Positieve ontwikkelingen waarbij de ouderengeneeskunde en dermatologie elkaar reeds hebben gevonden, betreffen regionale MDO's en varianten van anderhalvelijns dermatologie, waaronder consultatie en gezamenlijk spreekuur. De artikelen in dit themanummer geven blijk van een landelijke en regionale variatie in werkwijze. Deze variatie in de praktijk biedt de mogelijkheid te exploreren welke randvoorwaarden en verbeterpunten kunnen bijdragen aan kwalitatief goede huidzorg voor kwetsbare thuiswonenden en patiënten in het verpleeghuis.

LITERATUUR

1. Stoeldraaijer L, Van Duin C, Huisman C. Kernprognose 2019-2060: 19 miljoen inwoners in 2039. 2019.
2. NIDI & CBS. Bevolking 2050 in beeld: opleiding, arbeid, zorg en wonen. Eindrapport verkenning bevolking 2050. 2021. Opgehaald van: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/15/in-2050-zijn-er-twee-tot-drie-keer->

zoveel-80-plussers-als-nu.

3. Van Rooijen M, Goedvolk R, Houwert T. A vision for the dutch health care system in 2040: Towards a sustainable, high-quality health care system. *World Economic Forum*. 2013;1-24.
4. Volksgezondheid en zorg. Aantal mensen met dementie. 2018. Opgehaald van: <https://www.volksgezondheinzorg.info/onderwerp/dementie/cijfers-context/huidige-situatie#node-aantal-persoonen-met-dementie-de-bevolking>.
5. Van Ooijen M, van Nistelrooij A, Veenswijk M. Opposing views on the urgency for healthcare changes in the Netherlands: A temporal narrative struggle. *Journal of Service Science and Management*. 2018; 11:343-359.
6. Verbeek-Oudijk D, Koper I. Het leven in een verpleeghuis landelijk overzicht van de leefsituatie, ervaren kwaliteit van leven en zorg van oudere verpleeghuisbewoners in 2019. 2021. Opgehaald van: <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2021/02/19/het-leven-in-een-verpleeghuis>.
7. Schols JM, Crebolder HF, van Weel C. Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience. *J Am Med Dir Assoc*. 2004; 5(3): 207-12.
8. Schols JM. Verpleeghuisgeneeskunde al langer officieel erkend; maar ook herkend en gekend? Oratie, 2008. Maastricht: Universiteit Maastricht.
9. Garssen JH, Harmsen C. Ouderen wonen steeds langer zelfstandig. Den Haag. 2011. Opgehaald van: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2011/28/ouderen-wonen-steeds-langer-zelfstandig>.
10. De Jonge H, Kamerbrief: Programma Langer thuis. VWS. Editor. 2018. Den Haag.
11. Campen C van. Kwetsbare ouderen. Landelijk beeld van de groeiende groep ouderen met meervoudige gezondheidsproblemen. Sociaal en Cultureel Planbureau. 2011. Opgehaald van: https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2011/Kwetsbare_ouderen.
12. Koopmans RT, Lavrijsen JC, Hoek F. Concrete steps toward academic medicine in long term care. *J Am Med Dir Assoc*. 2013; 14(11): 781-3
13. Koopmans R, Pellegrom M, Van Der Geer ER. The Dutch move beyond the concept of nursing home physician specialist. *J Am Med Dir Assoc*. 2017. 18(9): 746-749
14. Wessels K, Kraaijeveld K. Zó werkt de ouderenzorg. De argumentenfabriek. 2018. 1-119.
15. Daalhuizen F, Van Dam F, De Groot C. Zelfstandig thuis op hoge leeftijd. Verkennen van knelpunten en handelingsperspectieven in beleid en praktijk. 2019. Den Haag. Opgehaald van: http://www.pbl.nl/sites/default/files/downloads/PBL2019_zelfstandig-thuis-op-hoge-leeftijd-3663.pdf.
16. Barnhoorn H, Bertholet E. Kernelementen en resultaten van multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde in Velp. *Bijblijven*. 2015(31): 900-914.
17. Centraal Bureau voor de Statistiek. Hoeveel ouderen zijn er in Nederland? 2022. Opgehaald van: <http://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>.
18. De Vries NM, Staal JB, van Ravensberg CD. Outcome instruments to measure frailty: a systematic review. *Ageing Res Rev*. 2011;10:104-114.
19. De Donder L, Smetcoren A, Schols JM, D-SCOPE Consortium. Critical reflections on the blind sides of frailty in later life. *J Aging Stud*. 2019 Jun;49:66-73. doi: 10.1016/j.jaging.2019.100787.
20. Verenso. Specialist ouderengeneeskunde 2030 handelingsperspectieven en positionering. 2022. Opgehaald van: https://www.verenso.nl/_asset/_public/Over_Verenso/Verenso_Specialist_ouderengeneeskunde_2030.pdf.
21. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Methodiek op ouderen afgestemde richtlijnontwikkeling bij medisch specialistische richtlijnen 2.0. 2018.
22. Bruin SR, Lemmens LC, Beijer M. Netwerken integrale ouderenzorg: door welke elementen pakt de samenwerking goed uit en wat leveren ze op voor ouderen en professionals? RIVM: Bilthoven.

CORRESPONDENTIEADRES

Marleen van Oosterhout

E-mail: ma.van.oosterhout@avoord.nl