



TOEKOMSTWIJZER OUDEREN

2019 – 2025

Redactie mr. drs. Jaap Jan Brouwer



ActiVite
samen voor de beste zorg



trajectum



Prof. dr. Wilco Achterberg, hoogleraar Ouderengeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum

Prof. dr. Mariëlle Emmelot – Vonk, hoogleraar Klinische Geriatrie, UMC Utrecht

Prof. dr. Jan Hamers, hoogleraar Ouderenzorg, Universiteit Maastricht

Prof. dr. Raymond Koopmans, hoogleraar Ouderengeneeskunde, in het bijzonder langdurige zorg,
Radboud umc Nijmegen en stichting de Waalborg

Prof. dr. Marcel Olde Rikkert, hoogleraar Geriatrie, Radboud umc Nijmegen

Prof. dr. Jos Schols, hoogleraar Ouderengeneeskunde, Universiteit Maastricht

Prof. dr. Sytse Zuidema, hoogleraar Ouderengeneeskunde en dementie, Rijksuniversiteit Groningen



1. INLEIDING

Voor u ligt de Toekomstwijzer Ouderen. Deze toekomstwijzer is tot stand gekomen op basis van gesprekken met een aantal deskundigen in samenspraak met de betreffende denktank. Het is een van de vijf Toekomstwijzers die het platform Koplopers in de Zorg in het voorjaar van 2019 wil publiceren. De andere Toekomstwijzers zijn de Toekomstwijzer GGZ, de Toekomstwijzer Kwetsbare groepen, de Toekomstwijzer Jeugd en de Toekomstwijzer Ziekenhuiszorg. Alle Toekomstwijzers worden besproken op invitational conferences van de respectievelijke denktanks. Op deze invitational conferences worden de Toekomstwijzers vertaald naar de praktijk van organisaties, professionals en gemeentes. De thema's die daar uit naar voren komen, worden onderdeel van de Agenda voor de toekomst, de meerjarige roadmap van het platform Koplopers in de Zorg.

BEWEGING 2025/AGENDA VOOR DE TOEKOMST

KOPLOPERS IN DE ZORG

Koplopers in de Zorg heeft op verzoek van een aantal organisaties begin 2019 twee projecten geïnitieerd, te weten Beweging 2025 en Agenda voor de toekomst.

Beweging 2025

De Beweging 2025 is een vereniging i.o. met als doel de zorg een volgende stap in haar ontwikkeling te laten zetten. Uitgangspunten van Beweging 2025 zijn:

- meer vertrouwen in mensen en organisaties en daardoor minder bureaucratie
- minder administratieve lasten en daardoor meer vrijheid voor mensen in de zorg
- politieke beslissingen die getoetst zijn op zinvolheid en ervaringsfeiten
- gebruiken van wetenschappelijke inzichten om besluiten te onderbouwen
- ontwikkelen en uitdragen van een inspirerend en uitdagend beeld van de zorg in de toekomst
- de juiste zorg op de juiste plaats.

De vereniging zorgt er voor dat de uitgangspunten levend blijven en inspireert mensen en organisaties om het anders te gaan doen. Om haar doelen te bereiken wil de vereniging de denk- en doekrachten van de wetenschappers, professionals, organisaties en cliënten rondom een aantal strategische thema's bundelen.

In de *Agenda voor de toekomst* worden deze thema's projectmatig verder uitgewerkt en naar de praktijk vertaald (van denken naar doen) met als doel dat het niet bij woorden blijft maar er ook daadwerkelijk verandering in de praktijk plaatsvindt. De thema's worden ook vertaald naar randvoorwaarden te stellen aan de centrale overheid, zorgverzekeraars et cetera.

Agenda voor de toekomst

Beweging 2025 heeft ook een eigen agenda om van denken naar doen te komen, de *Agenda voor de toekomst*. De Agenda wordt gevoed door de thema's uit de Toekomstwijzers en hun vertaling naar zorgorganisaties, thema's die door zorgbestuurders worden benoemd en thema's die cliënten aandragen. In deze Agenda analyseren wij met onze partners deze thema's en gaan na hoe we het beste op deze thema's kunnen inspelen met inachtneming van de uitgangspunten van Beweging 2025. Er wordt ook nagegaan wat in de omgeving moet veranderen willen overheid en zorgverzekeraars aan de uitgangspunten van Beweging 2025 voldoen.

Als u geïnteresseerd bent om lid te worden van Beweging 2025 of partner van de Agenda voor de toekomst, dan kunt u contact opnemen met het secretariaat: secretariaat@koplopersindezorg.nl

In de volgende hoofdstukken gaan we allereerst in hoofdstuk 2 op de actuele stand van zaken op met name politiek terrein. In hoofdstuk 3 gaan we in op de zorg van de toekomst met als onderwerpen de verhouding werkenden – niet-werkenden, de dubbele vergrijzing en de dreigende tweedeling onder ouderen en andere relevante thema's. Er wordt uitgebreider stilgestaan bij het belang van een sociale en veilige omgeving, en de rol van sociale netwerken. Daarnaast passeren ook zingevingsvraagstukken en de kwaliteit van leven en zorg de revue. Hoofdstuk 4 is gewijd aan wetenschappelijk onderzoek: de oudere blijkt qua ziektebeeld complex te zijn: veel actoren en factoren bepalen uiteindelijk de gezondheid van de oudere. Daar is nog weinig gestructureerd onderzoek naar gedaan en liggen grote uitdagingen. Nederland neemt op dit onderzoeksterrein overigens een vooraanstaande plaats in. In hoofdstuk 5 geven we aan hoe we verder willen gaan met deze Toekomstwijzer in het grotere kader van Beweging 2025 en de Agenda voor de toekomst.



2. ACTUELE STAND VAN ZAKEN

Knelpunten transitie

De ouderenzorg is als sinds 2015 in transitie, een thema dat ook de komende jaren nog een rol zal blijven spelen, vandaar de vraag welke knelpunten deze transitie de komende jaren op zal leveren.

We zien de volgende knelpunten:

- Toename crisisopnames in de intramurale zorg
- Toename van de druk op de eerstelijnsvoorzieningen.

Deze knelpunten zijn ontstaan doordat veranderingen in het systeem, de mensen en de financiering niet synchroon loopt met de verplaatsing van zorg door deze transitie. Zo zijn ziekenhuizen nog niet voldoende toegerust op de vraag van ouderen: er is nog onvoldoende sprake van de geriatriesing van ziekenhuizen, terwijl dat wel aan de orde zou moeten zijn. Ook de eerstelijns is nog niet goed toegerust op de vragen die voortvloeien uit de nieuwe structuur: de druk op de eerstelijns heeft deels wel geresulteerd in een verplaatsing van specialisten ouderengeneeskunde naar de eerstelijns, maar dit is nog onvoldoende geborgd, laat staan gefinancierd. De financiering is nog op het oude systeem gebaseerd, waardoor zorgkosten niet worden gedekt en het soms financieel aantrekkelijk is om dure zorg te leveren in plaats van – nu niet betaalde – goedkopere vormen van zorg. Er zijn daarnaast veel goede initiatieven, die door het bestaan van de schotten niet gefinancierd kunnen worden. Daardoor zijn er parallelle werelden ontstaan, die niet goed op elkaar aansluiten. De conclusie is dan ook gerechtvaardigd dat de regie van de overheid onvoldoende is en het financieringsstelsel achter loopt bij de realiteit.

Onduidelijke opbrengsten transitie

Daar speelt ook nog bij dat niet vaststaat of het politieke doel van de transitie – goedkopere zorg – wordt gehaald. Zorg thuis is niet per se goedkoper dan elders: de zorg zal pas goedkoper worden als de informele omgeving in staat is de zorg over te nemen. En zelfs als dat mocht lukken, dan zal het eindresultaat weliswaar minder formele zorg per individuele cliënt zijn, maar door de demografische ontwikkelingen zal op macroniveau per saldo meer formele zorg nodig zijn, door het groeiend aantal (kwetsbare) ouderen.

Het bovenstaande heeft zijn weerslag op de arbeidsmarkt, waar in toenemende mate krapte zal ontstaan. Hoe is deze krapte op te lossen? Het werken in de zorg moet allereerst weer meer status



krijgen, naast de materiële en immateriële waardering die het verdient. Naast meer status zouden de zorgprofessionals bovendien meer vrijheid moeten krijgen om hun werk zélf in te richten én straks ook meer van zinvolle en gebruiksvriendelijke technologieën gebruik moeten maken om in te spelen op de toenemende vraag. Ten aanzien van de hoge verwachtingen over innovatieve technologische ondersteuning, is het wel essentieel dat deze in nauwe samenspraak met de cliënten en zorgverleners ontwikkeld wordt: ouderen kunnen vaak veel minder met deze technologie dan de ontwikkelaars van deze technologieën denken.

Politiek mist over- en inzicht

Naast het feit dat de politiek structuurvraagstukken zoals het introduceren van de participatiemaatschappij niet handig heeft aangepakt, heeft ze ook de neiging om uit wanhoop maatregelen te nemen ter compensatie van negatieve effecten van eerdere besluiten, dan wel het wiel steeds weer opnieuw uit te vinden. Niet zelden dienen problemen en de daaraan gekoppelde maatregelen dan meer ter profilering van de politiek eindverantwoordelijke minister of staatssecretaris, dan dat er tot duurzame oplossingen wordt gekomen die door iedereen gedragen worden. Dat maakt dat de zorg tot op zekere hoogte het karakter van een achtbaan heeft. Schijnbaar is de politiek bij voortduring niet in staat om het totaal te overzien, terwijl dat echt niet ingewikkeld is, als je maar de tijd neemt en politieke vooronderstellingen laat voor wat ze zijn. Juist door telkens op onderdelen veranderingen door te voeren, is er een complex geheel ontstaan met sterk verschillende partijen, activiteiten, financierings- en verantwoordingsstromen en met allerlei onderlinge gevoeligheden. Dat vereist dan weer veel onderlinge afstemming en coördinatie, zoals bekend niet een van de sterke punten van onze gezondheidszorg. Resultaat is dat partijen vaker langs elkaar heen werken dan samen problemen op te lossen met als gevolg dat zorgvragers tussen de wal en het schip vallen. Dat moeten we ons anno 2019 wel aantrekken!!

‘Niet zelden dienen problemen en de daaraan gekoppelde maatregelen ter profilering van de politiek eindverantwoordelijke minister of staatssecretaris’



3. ZORG IN DE TOEKOMST

De zorg in de toekomst wordt in belangrijke mate bepaald door de demografische ontwikkelingen, vandaar dat we daar uitgebreider bij stil zullen staan aan de hand van de thema's

- verhouding werkenden – niet-werkenden
- dubbele vergrijzing
- tweedeling onder ouderen.

Daarnaast gaan we in op een aantal andere relevante thema's als domotica, robotica, medicijnen et cetera.

Verhouding werkenden – niet werkenden (WA)

Een van de belangrijkste thema's voor de komende jaren zijn de demografische ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen kennen twee dimensies: aan de ene kant neemt het aantal ouderen in hoog tempo toe, aan de andere kant neemt het aantal mensen dat kan deelnemen aan het arbeidsproces af. Was in het verleden de verhouding ouderen : werkenden 1: 12, in de nabije toekomst zal deze verhouding 1:4 zijn. De steeds grotere en complexe zorgvraag, die voortvloeit uit de vergrijzing moet worden opgevangen door een steeds minder groot wordende groep werkenden in de zorg, waarbij het een uitdaging is om de kwaliteit van zorg op een acceptabel niveau te houden. Het is een onderwerp waarover in de politiek zelden of nooit wordt gesproken, terwijl het in hoog tempo een zeer actueel probleem aan het worden is. Bovenstaande ontwikkelingen leiden tot de noodzaak tot arbeidsmigratie, een discussie die zeer beladen is, zelfs als het gaat over burgers uit andere EU-landen. De politiek loopt om dit onderwerp heen, maar daardoor zal het onderwerp niet verdwijnen.

'De politiek loopt t.a.v. het arbeidstekort steeds achter de feiten aan'

Als antwoord op de schaarste aan personeel wordt vaak technologie genoemd. Nu zal technologie zeker een plaats moeten krijgen, maar we moeten daar geen overdreven verwachtingen van hebben. Mensen, en dus ook ouderen hebben juist aandacht nodig en dat kan technologie hen niet bieden; wel kan technologie een aanvullende rol vervullen op een aantal deelterreinen.



Personeel

Aan de andere kant is het onderwerp ook anders te benaderen: veel prognoses uit het verleden bleken in de praktijk mee te vallen. Doordat men in een vroeg stadium al op de gesignaleerde problemen inspeelde, losten deze zich 'vanzelf' op. Nederland gaat hier goed mee om, net zoals het klassieke negativisme over de zorg leidt tot een voortdurende stroom aan vernieuwingen en innovaties. Het houdt ons met andere woorden scherp.

'De klassieke kritische houding over de zorg houdt ons scherp'

Het probleem is daarbij wel dat veel kritiek gratis is: men kent de zorg niet en het beeld dat men heeft doet geen recht aan de werkelijkheid. Dit vaak wat negatieve beeld straalt uit op de medewerkers wat op termijn de zorg onder druk kan zetten omdat dit de arbeidsmarktpositie van zorgorganisaties ondermijnt. Alle partijen zijn erbij gebaat om dit beeld aan te passen. Om alle bovenstaande veranderingen in goede banen te leiden, is leiderschap vereist, zowel bestuurlijk als inhoudelijk.

Dubbele vergrijzing

Naast de verschuiving in de verhouding tussen werkenden : niet-werkenden is er sprake van dubbele vergrijzing, waarbij het in de praktijk moeilijk blijkt om de laatste fase van het leven gezond door te brengen. Bij de politiek leeft het idee dat de demografische golf kan worden opgevangen door de oudere zo lang mogelijk thuis te houden. Maar naast opvang thuis, heeft de groep ouderen in de laatste levensfase baat bij opvang in een verpleeghuis, waar intensievere vormen van zorg mogelijk zijn. Deze behoefte aan opvang in dit type voorziening zal in de toekomst alleen maar toenemen, met als kanttekening dat verpleeghuiszorg tegenwoordig in grote mate ook thuis geboden kan worden.

Tweedeling onder ouderen

Een andere ontwikkeling is dat veel onderzoek zich richt op *gezonde* ouderen, die steeds ouder wordt. De meeste ouderen worden redelijk gezond oud, slechts 5-10% komt uiteindelijk in een instelling. De onderzoeksinspanningen richten zich onvoldoende op deze groeiende groep *zieke* ouderen, wat bijdraagt aan hun eerder overlijden. Dit past binnen het groter beeld van een tweedeling binnen de ouderen: er is een groep die succesvol ouder wordt, mede dankzij hun financiële mogelijkheden, en er is een groep, die al op achterstand staat, de financiële mogelijkheden



niet heeft en daardoor op allerlei terreinen steeds verder achterop raakt, met als resultaat dat ze eerder overlijdt. Over deze tweedeling wordt over het algemeen niet gesproken.

‘Over de groeiende tweedeling tussen ouderen wordt niet gesproken’

Een dergelijke tweedeling is overigens ook te zien bij de groep kwetsbaren (zie Toekomstwijzer Kwetsbaren).

Andere relevante thema’s

Andere relevante gedeeltelijk nog opkomende thema’s zijn:

- *Domotica en digitalisatie*: de vraag is hoe deze toepassingen zo optimaal aan te laten sluiten op de wensen en mogelijkheden van de oudere. De oudere is vaak nog minder ‘gedigitaliseerd’, net zo min als de apparatuur, die vaak niet aansluit op de fysieke mogelijkheden en de context van de oudere. Daarnaast spelen er ook allerlei vooroordelen over wat wel en niet kan; zo blijken in tegenstelling tot de algemene opinie sociale robots goed aan te sluiten op de wensen van de oudere.
- *Klimaat*: de zomers en winters laten in toenemende mate een oversterfte onder ouderen zien: het weer heeft wel degelijk invloed op de oudere, m.n. op de makkelijk te verstoren vochtregulatie. Daarnaast is de oudere ook kwetsbaarder voor fijnstof, elementen waar in de toekomst rekening mee moet worden gehouden. Dit past binnen het breder kader van de kwetsbaarheid van de ouderen: deze kan lichamelijk, psychisch, sociaal of omgevingsgebonden zijn (klimaat, temperatuur, veiligheid).
- *Medicijnen/preventie*: om de oudere gezond en fit oud te laten worden, kunnen preventie en/of medicijnen een rol spelen. Er zijn veel medicijnen in ontwikkeling tegen bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, diabetes, artrose, dementie en Alzheimer, aan de andere kant wordt er ook steeds meer aan preventie gedaan. Er zullen weliswaar nieuwe middelen op de markt komen, maar waarschijnlijk is preventie veel doelmatiger. Ook hier geldt dat een eenduidig antwoord op deze vraag niet mogelijk is door de grote variëteit en diversiteit aan uitkomsten. Voor dit en ook veel onderwerpen zal nog veel nader onderzoek noodzakelijk zijn met de noodzakelijkheid van (innovatieve) persoonsgerichte vertalingen als algemeen uitgangspunt in ouderengeneeskunde. Een ander punt is veilig medicijngebruik bij ouderen: veel vermijdbare ziekenhuisopnames zijn medicatiegebonden. Ouderen gebruiken vaak meerdere medicijnen tegelijk en dat moet goed gemonitord worden.



Oplossingen

De vraag is hoe op bovenstaande ontwikkelingen in te spelen. In het onderstaande lopen we de verschillende mogelijkheden langs.

Een sociale en veilige omgeving

Na een schets van de demografische en andere ontwikkelingen is de vraag aan de orde wáár precies de oudere in de toekomst zijn hulp en ondersteuning ontvangt. Nederland heeft gekozen voor een *'aging in place'* beleid, oftewel zolang mogelijk thuis met (informele) zorg: ouderen, ook kwetsbare ouderen blijven dus zolang mogelijk thuis wonen. Het is maar zeer de vraag of dit altijd realistisch is. Binnen het *'aging in place'*- beleid loopt men tegen twee belangrijke vraagstukken aan, namelijk:

- hoe om te gaan met ouderen met acute problemen: zij belanden nu vaak onnodig op de spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en kunnen vaak onvoldoende snel doorgeplaatst worden.
- hoe maken we de samenleving meer in zijn algemeenheid klaar om ouderen goed op te vangen en hen een betekenisvol leven te geven.

Het eerste aandachtspunt hebben we in het eerste hoofdstuk kort besproken. Het tweede aandachtspunt kan worden aangepakt door ons pro-actiever op te stellen en er voor te zorgen dat de oudere kan wonen in een sociale en veilige omgeving. Hierbij ondersteunen, naast familie, ook mensen in de wijk de oudere zo nodig en zorgen ze er voor dat de oudere een betekenisvolle plek in de wijksamenleving behoudt. Dit onderwerp heeft de overheid en de politiek nog niet voldoende op de radar en er zal veel extra aandacht en energie in moeten worden gestoken om dit voor elkaar te krijgen, het realiseren van *senior friendly communities*! Daarbij moeten we ons realiseren dat veel van de problemen van ouderen niet zozeer een somatische maar een *psychische* of *sociale* achtergrond hebben: eenzaamheid – een van de belangrijkste problemen onder thuiswonende ouderen - is bijvoorbeeld geen ziekte. Als de ontwikkelingen zich doorzetten, zullen we steeds meer alleenstaande ouderen zien, die eenzaam zijn en thuis verpieteren. Juist op deze meer sociaal – psychologische terreinen kan een zorgzame buurt een zinvolle bijdrage leveren. Los van de vraag of de participatiemaatschappij bestaat, is zij hier geen absoluut antwoord op en er zal ook naar andere vormen van sociale verbanden moeten worden gezocht, die de sociale samenhang rondom en met de oudere stimuleren.



Andere sociale verbanden

Deze andere sociale verbanden kunnen meerdere vormen hebben zoals het als groep ouderen met elkaar samen wonen of intergenerationeel samenwonen (ouderen met andere generaties). Maar je kan ook denken aan de postbode in Frankrijk die fungeert als een *'early warning system'* en een systeem om contact te houden met de oudere. In Nederland maar ook in het buitenland wordt hier onderzoek naar gedaan en het is een van de grote opgaves voor een ieder werkzaam in de ouderenzorg om hier in de komende jaren met aansprekende concepten te komen.

Daarnaast kenmerkt iedere gemeente, ja zelfs iedere wijk, zich door een eigen dynamiek op het terrein van sociale verbanden, waardoor er een grote diversiteit aan 'buurtpower' bestaat. Een land als België bijvoorbeeld speelt daar al actief op in: daar wordt extra geïnvesteerd in de woonomgeving om alert te zijn op de kwetsbaarheid van ouderen en deze tijdig te signaleren. Men heeft hierbij kwetsbaarheid van de oudere breed gedefinieerd:

- kwetsbaarheid op sociaal terrein
- kwetsbaarheid op psychisch terrein
- fysieke kwetsbaarheid
- kwetsbaarheid van de leefomgeving; denk aan de veiligheid.

Uitgangspunt is een continue dialoog met de oudere en diens informele omgeving. Men hanteert hierbij integrale welzijnsmodellen en investeert in 'collateral care' programma's: programma's die zich parallel aan het welzijn richten op de gezondheidszorgaspecten van de problematiek.

Uiteraard blijft de formele zorg een belangrijke rol spelen bij de zorg en ondersteuning van de oudere. Daarbij is het uiterst zinvol de huisartsenzorg en sociale dienstverlening te versterken om zo vroegtijdige en onnodige institutionalisering te voorkomen. Een groot knelpunt op dit moment is de nog steeds aanwezige grote fragmentatie binnen het brede domein van de zorg en ondersteuning: zorg- en welzijnsteams werken vaak nog teveel langs elkaar heen, terwijl er veel mee gewonnen zou worden als de zorg en ondersteuning integraal wordt opgepakt.

Rol netwerken

Investeren in netwerken is zinvol want burgers zijn wel degelijk een bron van ondersteuning: ze blijken over veel meer veerkracht te beschikken dan men in eerste instantie zou denken. In de toekomst zal men het vooral moeten hebben van een mix van een ander type zorgprofessional in



combinatie met mantelzorgers en buurtnetwerken. De oudere zal in de toekomst ook meer gebruik gaan maken van technologie gericht is op het behoud van zelfredzaamheid. Denk bijvoorbeeld aan praktische ondersteuning bij bijvoorbeeld toiletgebruik of het gebruik van gps bij thuiswonende ouderen met dementie. Andere interessante ontwikkelingen op dit terrein zijn het gebruiken van robotica en virtual reality met thema's, die aansluiten bij de interesse van de oudere als natuur en muziek.

Duurzame zorg voor kwetsbare ouderen

De aantallen ouderen nemen toe en de kwetsbaarheid van de oudere speelt vooral in de laatste fase van het leven een rol. Daarbij overschat men vaak de omvang van de groep ouderen die daadwerkelijk gebruik maakt van zorgvoorzieningen als bijvoorbeeld het verpleeghuis. In werkelijkheid betreft dit niet meer dan 3 à 4% van de ouderen (65+), oplopend naar 10% op hogere leeftijd (80+). Uiteindelijk komt dus een bescheiden groep in het verpleeghuis. De keerzijde van minder geïnstitutionaliseerde zorg is een groot beroep op de oudere en zijn/haar netwerk in de thuissituatie. Hierbij verstaan we onder thuis zelfstandig wonen met behoud van regie over het leven. Dit kan zowel in het eigen huis of in een beschermende woonomgeving zijn. Een complicerende factor is dat de wensen en behoeften van ouderen veranderen en naast goed kunnen wonen welzijn als steeds belangrijker wordt ervaren. Deze veranderingen hebben grote impact op de zorg en de zorgmedewerkers. Deze laatsten zijn vroeger opgeleid in een context die nu steeds meer als achterhaald kan worden beschouwd. De kern van de verandering zit hem dan ook in ander type medewerker en niet in meer personeel: meer personeel (meer van hetzelfde) zal niet bijdragen aan een betere zorg.

'Er is niet zozeer behoefte aan meer, maar ander personeel'

Zingeingsvraagstukken

Daarnaast zullen zingeingsvraagstukken en de kwaliteit van leven/zinvolheid van het bestaan een steeds belangrijker thema's gaan worden, waar de maatschappij een antwoord op moet zien te formuleren. Er is weliswaar op het terrein van ziektes en ziektebestrijding steeds meer mogelijk, maar er is aan de grenzen van zorg en leven ook steeds meer discussie over hoe nu verder?



Kwaliteit van zorg in transitie

Met dergelijk grote uitdagingen is de kwaliteit van zorg ook een belangrijk punt van aandacht: wat is kwaliteit precies, hoe meet je dat en hoe verbeter je dat zijn hierbij centrale vragen. Twee ontwikkelingen zijn van belang. Allereerst is de definitie van kwaliteit van zorg in transitie: meer dan in het verleden toetst men de kwaliteit van zorg op de plaats waar ze ook daadwerkelijk wordt geleverd, namelijk bij de cliënt en in de relatie medewerker – cliënt. Op deze wijze krijgt men het beste een beeld van hoe een organisatie in praktijk met de cliënt omgaat. De *relationele* component binnen de zorg wordt als steeds belangrijker gezien. Bij het toetsen van de wijze waarop binnen de organisatie met kwaliteit wordt omgegaan, kijkt men naar de bestuurder en de wijze waarop hij/zij zaken, die niet goed lopen aanpakt. Bij nadere analyse blijkt dat door zaken *praktisch* op te pakken, de kwaliteit snel kan worden verbeterd: verbetering in de zorg moeten vooral komen vanuit de zorgprofessionals. Wetenschappers kunnen dit faciliteren.

Verbetering in de zorg moeten vooral komen vanuit de zorgprofessionals. Wetenschappers kunnen dit faciliteren

Kwaliteitskader ouderenzorg

Dat de wijze van kijken naar kwaliteit is veranderd, blijkt ook uit de visie en opzet van de huidige Kwaliteitskaders Verpleeghuiszorg en Thuiszorg. Terwijl in eerste instantie het Kwaliteitskader kwaliteit uitdrukte in maat en getal, wordt tegenwoordig vooral gekeken of een organisatie meet om te verbeteren. De verzamelde informatie dient om na te gaan waar de verbeterpunten in de organisatie zitten. Men realiseert zich dat het set indicatoren behapbaar voor de sector moet zijn en kwantitatieve en kwalitatieve gegevens moet opleveren. Deze gegevens moeten naast cijfermatige informatie, informatie geven over de wijze van bejegening van en reageren op de cliënt; het is met andere woorden een combinatie van harde en zachte elementen. Bij het werken en verder ontwikkelen van het kwaliteitskader moet men er voor waken dat het aantal harde elementen niet groeit, opdat de evenwichtige opbouw behouden blijft.



Innovatie in de ouderenzorg

De wijze van innoveren vanuit de wetenschap is ook veranderd. Vroeger hadden de onderzoekers de kennis en was de praktijk nodig als experimenteerruimte om te kijken of de ontwikkelde interventie ook daadwerkelijk werkte. En daar bleef het vaak bij. Het eindresultaat was een proefschrift voor de universiteit. Tegenwoordig wordt de praktijk er eerder en intensiever bij betrokken en wordt niet alleen gekeken of het werkt in de modelpraktijk, maar ook in de bredere praktijk door middel van actiegericht onderzoek. Het eindresultaat is een model voor de praktijk.

Een voorbeeld van een dergelijke onderzoeksopzet is het landelijke project 'Beter af met minder', dat wordt uitgevoerd door Vilans en UMCG. Dit project richt op het reduceren van het onjuist psychofarmacagebruik. Hierbij kijkt men waar binnen de organisatie het probleem ligt. Op basis van deze analyse wordt er een interventie geformuleerd en vervolgens kijkt men of het ook daadwerkelijk werkt in de praktijk.

Beeldvorming sector

De beeldvorming over de sector en dan met name de verpleeghuizen is en blijft een punt van aandacht en moet veel beter. Het beleid wordt gemaakt door mensen met een specifiek beeld van het verpleeghuis, als een organisatie waar men niet moet zijn. Dat is begrijpelijk, maar doet niets van het feit af dat er duidelijk behoefte bestaat aan een dergelijke voorziening. Ook cliënten zullen niet makkelijk bijdragen aan de beeldvorming of van zich laten horen, omdat ze daarvoor te kwetsbaar zijn. De beeldvorming zou kunnen worden verbeterd als wordt benadrukt dat verpleeghuizen organisaties zijn die complexe zorg leveren. De complexiteit van de zorg in een verpleeghuis komt naar voren in vragen als 'hoe lever je zorg aan mensen met een beperkte levensverwachting', 'hoe bereid je mensen voor op het naderende einde', 'hoe communiceer je met mensen die niet kunnen communiceren?' Juist dit type vragen maakt de verpleeghuiszorg complex. Met verpleeghuizen onderscheidt Nederland zich - zeker qua samenstelling en professionaliteit van de medewerkers en geleverde kwaliteit van zorg - positief ten opzichte van het buitenland. Überhaupt neemt Nederland op het terrein van de ouderengeneeskunde een bijzondere positie in: zo wordt een derde tot de helft van presentaties op buitenlandse congressen verzorgd door Nederlanders, wat een goed beeld geeft van de (top)positie van Nederland op het terrein van de ouderengeneeskunde.



Meeromvattend en proactief model

Alles op een rijtje zettend kunnen we concluderen dat er behoefte is aan een brede en meer omvattende benadering van de zorg voor ouderen wil de zorg voor de oudere in Nederland 'fit for the future' zijn. In veel opzichten heeft men prematuur en te gehaast het concept van de participatiemaatschappij geïntroduceerd zonder zich rekenschap te geven van de demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen en hun effecten op de zorg. De daaruit voortvloeiende transitie is chaotisch georganiseerd en geregisseerd. Het eindresultaat is een door de overheid geïnstigeerde varkenscyclus, waarbij in de afgelopen jaren veel intramurale voorzieningen overhaast zijn gesloten voordat de samenleving klaar was om een groot deel van de ouderenzorg op zich te nemen. Verzorgingshuizen, een van de zogenaamde 'overbodige' voorzieningen (lees verzorgingshuizen), speelden in het verleden bijvoorbeeld een belangrijke rol bij de tijdelijke opvang van ouderen, dus als vorm respijtzorg maar ook als tijdelijke opvang na een ziekenhuisopname. Vandaar de last die we tot op de dag van vandaag ervaren van het gapende gat tussen thuis en het ziekenhuis; d.i. dus het gebrek aan voldoende tijdelijke opvangmogelijkheden.

Dit pleit er voor om in de toekomst veel prudenter om te gaan met dit soort transitie in de zorg.

4. UITDAGINGEN OP HET TERREIN VAN ONDERZOEK

Gezondheidsproblemen van ouderen zijn vaak erg complex en door middel van onderzoek wordt geprobeerd vat te krijgen op de hoeveelheid factoren en actoren die de gezondheid en het welzijn van de oudere bepalen. In dit hoofdstuk zullen we eerst stilstaan bij de oudere in het algemeen en dan ingaan op de oudere in het ziekenhuis.

Thema's in onderzoek

Een van de belangrijkste thema's op het terrein van ouderen in zijn algemeenheid zijn de *groeïende verschillen tussen ouderen*. We kunnen in feite twee groepen onderscheiden:

- Een groep is fit en gezond tot op hoge leeftijd
- Een andere groep kenmerkt zich door allerlei risicofactoren als hart- en vaatziekten, obesitas en eerdere ziekten die de gezondheid bedreigen.

Een en ander houdt in dat dé oudere niet bestaat, maar er een nog grotere variatiebreedte zal ontstaan dan er al is, die een grote uitdaging zal vormen op het terrein van zorg en ondersteuning. Het zal veel moeite kosten om zorg en ondersteuning op de wensen en behoeftes van de individuele oudere af te stemmen; dit vereist een maatwerk aanpak met veel ruimte voor creativiteit, gericht op de individuele oudere. Als we er niet in slagen om te komen tot een goede aansluiting van ondersteuningsvraag en – aanbod is de consequentie dat er veel ondoelmatige zorg zal worden geleverd.

De kwetsbaarheid van de oudere is de grootste risicofactor en met wetenschappelijk onderzoek wordt er geprobeerd zicht te krijgen op het evenwicht tussen *veerkracht* en *kwetsbaarheid* bij de oudere, de zogenaamde *frailty balance*. Daar bestaan nu nog geen instrumenten voor om dat te meten. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de vraag of de oudere chemotherapie of een operatie goed kan doorstaan: de fysieke en psychische gesteldheid en hun samenhang zijn daarbij voor de oudere veel complexer dan bij jongeren, comorbiditeit zorgt hierbij voor extra complicaties. Dit alles leidt tot een nog grote variatiebreedte in ondersteuningsbehoefte, die een maatwerkaanpak noodzakelijk maken. Bij dit alles hebben we het alleen nog maar over de medische kant, en hebben we nog onvoldoende grip op sociale factoren als welzijn, zingeving en opvattingen over het einde van het leven bepalen mede de context waarbinnen zorg en ondersteuning moet worden geboden. En ook dat laatste zal in de loop der tijden veranderen: de 'babyboom'-generatie bijvoorbeeld zal weer



andere opvattingen hebben over het gewenste levenseinde dan de voorafgaande generaties, zij zullen vooral veel dingen zélf willen bepalen.

Deze hele verzameling aan factoren en actoren, binnen de oudere zelf en in zijn/haar omgeving vormen een grote uitdaging voor wetenschappelijk onderbouwde innovatie in de ouderenzorg. Zij zal zich vooral moeten richten op een aantal generieke onderwerpen en niet allerlei specifieke combinaties van ziekten voor relatief geringe groepen moeten onderzoeken. Met andere woorden: het gaat er om de inspanningen te richten op die mechanismen (bv herstelmechanismen na een medische interventies), die bepalen of meerdere interventies die praktisch gezien effect hebben en meer winst dan risico opleveren en voor welke persoonskenmerken dat dan geldt. Door de variatiebreedte onder ouderen vereist dit alleen al een andere wijze van bewijsvoering, waarbij men zich er rekenschap van moet geven dat de context van de oudere ook medebepalend voor de uitkomst van de interventie is. Deze thema's leven ook in het buitenland in landen als Amerika, Groot-Brittannië en de Scandinavische landen, binnen de EU richt het onderzoeksprogramma Horizon 2020 zich hier gelukkig ook gedeeltelijk op.

Complexe problematiek ontrafelen

Naast de bovenstaande ontwikkelingen is er in de intramurale zorg voor ouderen sprake van een toename van het aantal complexe vraagstukken. Dit maakt verdergaande specialisatie en professionalisering rondom specifieke groepen als Korsakov, mensen met ernstig probleemgedrag of gerontopsychiatrische problemen, jonge mensen met een dementie, Parkinson et cetera, noodzakelijk. Om vat op de problematiek te krijgen is nader wetenschappelijk onderzoek nodig. Dit is tegenwoordig makkelijker dan in het verleden doordat deze groepen meer en meer zijn samengebracht op afdelingen in plaats van dat ze zoals voorheen verspreid door de regio/het land op veel verschillende plekken te vinden waren. Opmerkelijk is dat er weinig wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar specifiek deze groepen, ook niet op mondiaal niveau. Dit is al wel aan het veranderen, mede door de leidende rol van Nederland met haar academische netwerken ouderenzorg. De reden waarom dat er op onderzoeksterrein een achterstand is, is dat wetenschappelijk onderzoek in zijn algemeenheid vooral wordt uitgevoerd door ziekenhuisspecialisten en deze specifieke groepen ouderen juist daar weinig te vinden zijn. Er ligt hier wat dat betreft nog een heel terrein braak, waarop Nederland een zekere koppositie inneemt.



Om vat te krijgen op de complexe vraagstukken bij ouderen beginnen we basaal: wat zijn de kenmerken, hoe is het verloop, welke interventies zijn mogelijk, wat draagt bij aan de kwaliteit van het leven. Hierbij moet men zich realiseren dat ouderen op alle terreinen van het leven hulp kunnen gebruiken. Dat maakt het ontrafelen van de effecten van interventies en handelen zo moeilijk: er is sprake van een complexe zorgvraag, waarbij alles met alles samenhangt en men te maken heeft met een veelheid van factoren en actoren. Deze complexiteit vereist een geheel andere type onderzoek, zoals een aantal jaren geleden al door het Zorginstituut Nederland is beschreven in het rapport over passend onderzoek.¹

Daarnaast is het van belang op zoek te gaan naar die 'best practices' in zorgorganisaties, die kunnen bijdragen aan het inzicht hoe deze complexe problematiek kan worden benaderd. Het traceren van deze 'pareltjes' blijkt in de praktijk moeilijk omdat zorgorganisaties erg in zichzelf zijn gekeerd, weinig reflecteren of uit zichzelf met successen naar buiten treden. Er zijn meerdere nationale programma's die zich richten op het ontsluiten van deze kennis en ervaring, en de samenwerkende academische netwerken ouderenzorg verzameld in SANO hebben zich tot doel gesteld deze mooie praktijkvoorbeelden boven tafel te halen². Bij het in kaart brengen van deze kennis en ervaring onderscheidt men een kwantitatieve en een kwalitatieve kant: met name die laatste in de vorm van een narratief blijkt van belang om de het succes in een specifieke casus te kunnen begrijpen. De casuïstiek geeft inhoud aan de eerder geschetste complexiteit met haar veelheid aan factoren en actoren. Om vat te krijgen op de dynamiek van de complexiteit gebruikt men concept- mapping, maar ook 'n = 1' studies, methoden om te doorgronden hoe een en ander met elkaar samenhangt. Er is met andere woorden sprake van een zoektocht naar manieren om de complexiteit en samenhang in de problematiek van ouderen toegankelijk en reproduceerbaar te maken

Onderzoekscultuur in zorginstellingen

Naast *interventie-onderzoek* is *procesevaluatie* van groot belang: is de interventie toegepast zoals deze bedoeld was en wat waren de bevorderende of belemmerende factoren. Ook *actie-onderzoek* is een wat nieuwere vorm van onderzoek, die al is toegepast bij het wetenschappelijk onderbouwen van werkwijzen als die van sociotherapeutische leefmilieus, een zorgconcept dat in de praktijk van

¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2016/12/15/passend-onderzoek-effectiviteit-langdurige-zorg>

² www.academischeouderenzorg.nl



zorginstellingen is ontstaan. De vraag is vervolgens of het mogelijk is om deze wetenschappelijke kennis en inzichten terug naar de praktijk van de zorginstellingen te brengen. Het zijn haast klassieke innovatievraagstukken van opschaling en verspreiding, maar nu voor complexe vraagstukken waarbij de context van groot belang voor het slagen. Het is dus niet zo eenvoudig vat te krijgen op de problematiek van de oudere en daarbij passende interventies en methodieken, het bovenstaande geeft een beeld van de uitdagingen waar men voor gesteld staat.

Waarom doen de zorginstellingen dit niet zelf? De reden is dat zij (nog) geen onderzoekscultuur kennen, waardoor men zelf niet documenteert, reflecteert, leert en daarover communiceert. Een manier om dit te bevorderen, is het werken met *science practitioners*, welke de verschillende academische werkplaatsen meer en meer aanstellen. Dit zijn wetenschappers die een deel van hun tijd in zorginstellingen werken, en voor een ander deel wetenschappelijk onderzoek doen. Deze *science practitioners* toetsen wetenschappelijke inzichten aan de praktijk, en halen praktijkvragen – en ervaringen op uit zorginstellingen t.b.v. de wetenschap.

Meer in zijn algemeenheid komt men veel knelpunten tegen in deze wisselwerking tussen wetenschap en praktijk. Een daarvan is het grote verloop in de zorg. Hierdoor is het niet mogelijk een kennisbasis te ontwikkelen, aangezien kennis en kennisopbouw vaak sterk persoonsgebonden is. Met alle aandacht die er is voor langdurige zorg, is op deze wijze de situatie ontstaan dat er wel geld is maar voornamelijk onvoldoende mensen om gestructureerd te reflecteren en leren, en de zorg inhoudelijk verder te ontwikkelen.

Academische werkplaatsen: een betere koppeling onderzoek - praktijk

Om de wisselwerking tussen wetenschap en praktijk verder te verbeteren, hebben de universiteiten werkplaatsen opgericht, verenigd binnen de zogenaamde samenwerkende *academische netwerken ouderenzorg (SANO)*. Sano bestaat uit 6 academische werkplaatsen, te weten:

- Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid Limburg
- Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen
- Universitair Netwerk Ouderenzorg UMCG
- Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid Holland
- Universitair Netwerk Ouderenzorg VUmc
- Academische Werkplaats Ouderen Tranzo/Tilburg University.

Drie van deze werkplaatsen worden hier kort beschreven.



van dergelijke netwerken. Landelijk gezien is een groot aantal van de op ouderen gerichte organisaties aangesloten bij een van de netwerken.

Universitair Netwerk Ouderenzorg – UMCG

Zo is het UMCG op deze wijze verbonden met 20 zorgorganisaties. In deze netwerken worden projecten samen opgepakt, inclusief de begeleiding bij implementatie met het accent op wetenschappelijk onderzoek, scholing en leren verbeteren. In het [Universitair Netwerk Ouderenzorg – UMCG \(UNO-UMCG\)](#) wordt gewerkt met thema's en themagroepen ter structurering van de veelheid aan (mogelijke) onderwerpen. Thema's zijn probleemgedrag en pijn bij mensen met dementie, zorgethiek/zorgrelaties en medicatieveiligheid voor kwetsbare ouderen binnen en buiten het verpleeghuis. Het instrument van netwerken blijkt in de praktijk goed te werken.

Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON)

Het [Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen \(UKON\)](#) is een samenwerking tussen de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboud UMC en 15 zorgorganisaties. Het doel van het UKON is het verbeteren van de kwaliteit van leven van én de kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken, die intensieve zorg en begeleiding nodig hebben, thuis of in een beschermde woonvorm. De visie van het UKON is gericht op zowel de specialisatie als de vermaatschappelijking van de zorg en behandeling. Het UKON richt haar activiteiten op zeven speerpunten die voor de komende jaren geformuleerd zijn:

1. Stimuleren van praktijkgericht onderzoek;
2. Verhogen van wervend vermogen en wetenschappelijke output;
3. Vergroten samenwerking met opleidings- en onderwijsinstellingen;
4. Borgen participatie cliënt en/of mantelzorger;
5. Stimuleren van wetenschappelijk onderzoek binnen verpleging en verzorging;
6. Bevorderen van het delen van kennis en leren van elkaar tussen UKON-organisaties en SANO;

Werken aan implementatie: Resultaten van praktijkgericht en wetenschappelijk onderzoek moeten meer zichtbaar en toegankelijk gemaakt worden en worden geïmplementeerd.



Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid Limburg

De Universiteit van Maastricht op haar beurt is een spin in het web van de zorg voor ouderen in de regio o.a. door de [Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg](#) (AWO-ZL). Het sterke aan het concept van deze werkplaats is dat alle partijen hier structureel in samenwerken: zeven Limburgse zorgorganisaties (MeanderGroep Zuid-Limburg, Sevagram, Envida, Cicero Zorggroep, Zuyderland, Vivantes, Mosae Zorggroep) en vier mbo/hbo/wo kennisinstellingen (Gilde Zorgcollege, Vista College, Zuyd Hogeschool en de Universiteit Maastricht). Op deze wijze sluit de praktijk nauw aan op de wetenschap, het onderwijs en andersom. De missie van de AWO-ZL is om via wetenschappelijk onderzoek bij te dragen aan de optimalisering van kwaliteit van leven van ouderen, kwaliteit van zorg en kwaliteit van het werk. De activiteiten van de AWO-ZL richten zich op verschillende niveaus:

- Ondersteuning en zorg; bijvoorbeeld bevorderen van zelfredzaamheid en stimuleren van bewegen(micro-niveau);
- Personeels- en innovatiemanagement; bijvoorbeeld het streven naar de optimale teammix (mesoniveau);
- Redesign ouderenzorg; bijvoorbeeld nieuwe vormen van verpleeghuiszorg (macro-niveau).

Daarbij werkt de AWO-ZL ook aan de vernieuwing van het onderzoek en onderwijs.

De visie achter de Academische Werkplaatsen is dat men zoveel mogelijk van elkaar leert en de cliënten ook daadwerkelijk profiteren van de aangedragen verbeteringen. Zorgverleners, docenten en cliënten zijn bij deze veranderingen betrokken. Daarvoor heeft de Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg twee centrale kenmerken: duobanen en multidisciplinariteit.

Gepromoveerde medewerkers werken een dag per week binnen een van de zorgorganisaties en medewerkers van zorgorganisaties en kennisinstellingen werken deels bij de Universiteit Maastricht: deze van twee kanten komende linking pins werken in wederkerigheid. Verder is de aanpak altijd multidisciplinair opdat een onderwerp vanuit allerlei gezichtspunten wordt bekeken en het eindresultaat ook aansluit op de verschillende dimensies van de zorg. De ervaring leert overigens dat veranderingen veel tijd en aandacht kosten en dat het veranderproces taai is.

Ouderen en het ziekenhuis

Ouderen in het ziekenhuis is een geheel eigenstandige categorie, waar we hier apart bij zullen stilstaan. Er komt in de komende jaren een grote stroom ouderen op de ziekenhuizen af, die



behoefte hebben aan steeds ingrijpender medische behandelingen. Het betreft behandelingen op het terrein van o.a. dialyse, oncologie en grote operaties. De vraag is bij wie doen we dit wel en bij wie niet. Wie er wordt behandeld is op dit ogenblik vooral op de mening van de behandelaar gebaseerd, er is geen sprake van een duidelijk denkkader dat de medicus en de patiënt hierbij behulpzaam is. In de praktijk leidt dit tot onder- en overbehandeling: sommige patiënten krijgen teveel, andere te weinig zorg, met alle daaraan gekoppelde kosten van dien. In de toekomst wil men evidence based en gekoppeld aan de individuele patiënt beslissingen kunnen nemen. Dit is onderwerp van onderzoek, waarbij er tot nu toe weinig aandacht is voor deze kant van de tweedelij.

In de toekomst zou men het als volgt kunnen benaderen. Allereerst kan men kijken met wat voor patiënt men te maken heeft op psychisch, somatisch, cognitief en sociaal terrein. Hoe beter deze parameters, des te meer kans is er op een goed herstel na de operatie. In de tweede plaats kan men *shared decision making* toepassen: de oudere en familie voelt zich vaak overvallen door de operatie en wil het ook niet altijd, er blijken vaak hele andere factoren te spelen, waarmee men het leven bekijkt, waarbij behoud van zelfstandigheid door veel ouderen als belangrijk wordt ervaren.

'Zo oud mogelijk worden is niet per se hun grootste wens'

In de laatste plaats zou men moeten zorgen voor de inzet van preventieve interventies tijdens het verblijf in het ziekenhuis zoals goed eten en bewegen om verlies van zelfredzaamheid zoveel mogelijk te voorkomen. Patiënten in het ziekenhuis liggen teveel in bed en zijn te passief. Daardoor treedt er functieverlies op, waardoor de zelfredzaamheid in het gedrang komt. Deze interventies moeten worden gekoppeld aan een goed natraject, om te voorkomen dat de oudere er uiteindelijk slechter aan toe is dan voorheen. Bovenstaande invalshoed wordt op dit ogenblik fragmentarisch toegepast, maar zou standaard onderdeel van de werkwijze moeten worden.

Los van het bovenstaande is een ander punt van aandacht de slechte communicatie en coördinatie tussen eerste- en tweedelij, en tussen specialisten onderling in de tweedelij. Met simpele afspraken is veel winst te behalen op dit terrein.

'Met simpele afspraken is veel winst te behalen op het terrein van communicatie en coördinatie'



Wetenschappelijk onderzoek

Ook op het terrein van wetenschappelijk onderzoek zijn de nodige lacunes te vullen: er is opmerkelijk genoeg weinig specifiek op ouderen gericht wetenschappelijk onderzoek beschikbaar. De meeste onderzoeken:

- richten zich op de groep 50 – 75 jarigen, niet ouder
- het betreft meestal een selecte, relatief gezonde groep.

Interventies bij ouderen zijn dus slecht wetenschappelijk onderbouwd en de traditionele richtlijnen voor medisch handelen bieden weinig soelaas: zo leidt bijvoorbeeld het uitgangspunt hoe lager de bloeddruk des te beter bij de oudere tot bijvoorbeeld duizeligheid met het gevaar van valincidenten. Veel richtlijnen zijn te algemeen, er wordt te weinig rekening met de oudere patiënt met multimorbiditeit gehouden, er is bovendien ook nooit specifiek onderzoek naar kwetsbare ouderen gedaan. Onderzoek naar ouderen is complex omdat er meerdere zaken door elkaar heen kunnen spelen, waardoor je complexe interventies moet uitvoeren, die een andere wijze van denken vereisen. Een andere versturende factor is dat subsidieverstrekkers voor onderzoek hechten aan harde eindpunten, bijvoorbeeld hoeveel personen van de onderzoeksgroep zijn aan het einde van het jaar nog in leven? De oudere patiënt kan heel andere zaken van belang vinden als bijvoorbeeld de kwaliteit van leven of de zelfredzaamheid.

Acute opnames ouderen

Ouderen blijven langer thuis en dit leidt tot meer SEH-opnames. Men zegt dan dat de oudere een acuut probleem heeft gekregen, maar het is beter te spreken van een *acuut moment*: het probleem bestaat vaak al veel langer, maar komt op een gegeven moment aan de oppervlakte door een luxerende factor. Er is veel winst te behalen door het probleem eerder te signaleren en te interveniëren. De omgeving ziet het vaak al aankomen en signaleert allerlei specifieke symptomen – de oudere is anders dan anders -, maar kan ze niet duiden. Dit proces cumuleert naar een acuut moment, bijvoorbeeld een valincident, waardoor de patiënt op de SEH belandt.

'De patiënt is anders dan anders'

Eenmaal in het ziekenhuis zie je dat de patiënt er vaak op achteruit gaat door de andere omgeving en de passiviteit. Thuis in de eigen omgeving is voor de oudere veel beter. Alternatieven die ontwikkeld zouden moeten worden zijn:



- het ziekenhuis komt naar de patiënt toe, bijvoorbeeld door middel van wearables om in het kader van monitoring de bloeddruk en de zuurstofsaturatie etc. in de gaten te houden, aangevuld met het bezoeken aan de patiënt thuis of contact via beeldschermen.
- Als opname niet te voorkomen is, zouden in ziekenhuis veel meer bewegingsmogelijkheden aangeboden moeten worden: de spiermassa van de oudere verdwijnt makkelijk en komt heel langzaam weer terug.

Er is met andere woorden een brede mix van praktijkgerichte veranderingen die op korte termijn winst kunnen opleveren, én wetenschappelijk onderzoek nodig om optimaal te kunnen inspelen op de complexe problematiek van de oudere.



5. HOE NU VERDER?

Deze Toekomstwijzer Ouderen is een van de vijf Toekomstwijzers die Koplopers in de Zorg als voorbereiding op de Agenda voor de toekomst heeft opgesteld op basis van interviews met hoogleraren. Al deze toekomstwijzers zullen op invitational conferences worden besproken waarna de effecten van de geschetste ontwikkelingen op zorgorganisaties worden geanalyseerd. Op basis van deze analyses wordt een aantal strategische thema's benoemd, die door de zorgtafels en de learning communities in het kader van de Agenda voor de toekomst worden uitgewerkt. Geregeld zullen de resultaten worden teruggekoppeld om te toetsen of de gevonden oplossingen ook daadwerkelijk het antwoord op de gestelde vraag zijn. Dit dient een dynamisch geheel te worden dat bijdraagt aan de volgende stap in de ontwikkeling van de zorg en zorgorganisaties. Voor meer informatie, zie het project Agenda voor de toekomst.