

Trefwoorden

- Ouderenzorg
- Opleiding
- Praktijkondersteuner

Opleiding praktijkondersteuning ouderenzorg

De komende twintig jaar stijgt het aandeel ouderen in de huisartsenpraktijk flink. Deze ouderen hebben steeds vaker complexe problematiek. Een ziektespecifieke benadering is bij veel van deze ouderen daarom ontoereikend. Structurele en proactieve ouderenzorg is te bereiken door samenwerking met een verpleegkundige binnen de huisartsenpraktijk. Dit artikel beschrijft de totstandkoming van een opleiding praktijkondersteuning ouderenzorg in de regio Amsterdam en de huidige ervaringen met de opleiding en de functie in de huisartsenpraktijk.

In 2025 is een kwart van de bevolking ouder dan 65 jaar (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2005). Niet alleen zijn er straks meer ouderen, ook worden zij steeds ouder. Ondanks het feit dat de algehele levensverwachting is toegenomen, de behandelmogelijkheden van ziekten sterk verbeterd zijn en beperkingen in het functioneren op steeds latere leeftijd optreden, krijgen de meeste ouderen in ieder geval in hun laatste levensjaren te maken met zorg (Christensen e.a., 2009). Deze zorg wordt steeds complexer, doordat ouderen vaak meerdere ziekten en geriatrische problemen hebben.

Ouderen blijven steeds langer thuis wonen. Al jaren neemt het aantal ouderen dat verblijft in een verpleeghuis of verzorgingshuis af en de verwachting is dat die daling blijft doorzetten. Het huidige beleid van de centrale en lokale overheden maakt dat deze tendens ook gestimuleerd wordt. Er is steeds meer ondersteuning in de thuissituatie moge-

lijk en de meeste ouderen willen ook zo lang mogelijk in hun eigen huis blijven. Een derde ontwikkeling die vooral binnen de grote steden zichtbaar is, is dat sommige ouderen minder kunnen uitgaan van hulp van familie en vrienden, doordat deze ver weg wonen of fulltime werken of dat ouderen zelfs helemaal geen mantelzorger hebben. Goede ondersteuning en een vangnet kan voor deze groep ook betekenen dat zij zelfstandig kunnen blijven wonen.

Complexe zorg

Doordat ouderen op hogere leeftijd langer thuis blijven wonen is de problematiek waarmee ouderen in de huisartsenpraktijk komen sterk veranderd. Veel ouderen hebben meerdere ziekten tegelijkertijd, aangeduid met de term multimorbiditeit. De prevalentie van multimorbiditeit varieert tussen de 35-65% voor ouderen van 60-69 jaar, tot 80-99% voor ouderen boven de 85 jaar (Gijsen e.a., 2001). Er ontbreken vaak nog

Auteurs

Dr. Bianca M. Buurman, verpleegkundig onderzoeker AMC
Drs. Elise Bos, Opleidingscoördinator InHolland Academy
Drs. Petra Wempe, huisarts met kaderopleiding ouderenzorg

Correspondentie

Bianca Buurman,
b.m.vanes@amc.nl

goede evidence-based richtlijnen wanneer er meerdere ziekten aanwezig zijn en in de bestaande richtlijnen zitten soms tegenstrijdige adviezen (Boyd e.a., 2005). Wat voor de ene ziekte een noodzakelijke leefregel of behandeling is, kan een contra-indicatie zijn in de behandeling van een andere ziekte. Daarnaast zijn veel ouderen met multimorbiditeit onder behandeling van verschillende specialisten, waardoor ouderen vaak heen en weer moeten naar het ziekenhuis. De aanwezigheid van chronische ziekten gaat vaak gepaard met zorgproblemen zoals een verhoogd valrisico, pijn, beperkingen in het ADL-functioneren en verminderde mobiliteit, waardoor ouderen minder vaak de deur uitgaan. Bij deze groep ouderen met complexe problematiek is duidelijk behoefte aan coördinatie en regie, waarin een integraal overzicht is van de ziekten, de zorgproblemen die voortvloeien uit de ziekten en het sociale systeem van de oudere en de eigen wensen van de oudere wat betreft wonen, zorg en welzijn.

Structurele ouderenzorg

Een manier om deze regie te voeren en systematisch problemen op te sporen, is de complete geriatrische diagnostische beoordeling (ook wel comprehensive geriatric assessment (CGA) genoemd). Met een CGA worden zowel ziekten, geriatrische problemen als ook het dagelijks en sociaal functioneren in kaart gebracht (Ellis & Langhorne, 2004). Het uitvoeren van een CGA is dan de eerste stap naar interventies en begeleiding van de groep ouderen die dit nodig heeft. Deze integrale benadering van ouderen met complexe problematiek is in Nederland nog relatief nieuw binnen de huisartsenpraktijk. In zowel Amerika als Engeland

is al wel onderzoek gedaan naar deze vormen van proactieve zorg. Daaruit blijkt dat er nog wisselend bewijs is voor het uitvoeren voor deze vorm van zorg (Stuck e.a., 1993). Een aantal effectieve handelingen zijn echter:

- Het uitvoeren van een screening om ouderen met een verhoogd risico op achteruitgang in functioneren te selecteren. Bij die groep dient vervolgens een CGA plaats te vinden. Deze screening moet zich niet alleen richten op de meest kwetsbare groep, maar juist ook op de ouderen die problemen hebben, maar nog niet het stadium van kwetsbaarheid hebben bereikt. Daar zijn preventieve interventies mogelijk, die de gezonde levensverwachting kunnen verlengen; het aantal jaren dat met een goede gezondheidstoestand wordt doorgebracht.
- Ouderen met een verhoogd risico een CGA aanbieden en vervolgens ze minimaal 6 keer begeleiden.
- Multidisciplinair aanbieden van een CGA en begeleiding.

De beperkingen van het verrichte onderzoek zijn dat het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem moeilijk met het Nederlandse huisartsensysteem te vergelijken is en dat de 'follow up'-duur van de meeste onderzoeken 1-1,5 jaar is. Dat is kort, zeker voor interventies met een (gedeeltelijk) preventief karakter. Daarvan verwacht je pas na 4-6 jaar effecten te kunnen meten op bijvoorbeeld achteruitgang in functioneren en minder opnames in een verpleeghuis.

De huisartsenpraktijk

Vanaf 2007 is er vanuit meerdere gebieden steeds meer aandacht gekomen

voor deze vorm van structurele ouderenzorg binnen de huisartsenpraktijk. Er waren binnen Nederland al wel huisartsen die in deze vorm van zorg 'geloofden' en als early adapters deze vorm binnen hun eigen praktijk hadden geïntroduceerd, maar die waren nog een minderheid.

Het Nederlands Huisartsen genootschap (NHG) heeft in 2007 het Standpunt Ouderenzorg geïntroduceerd (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2007). Hierin staan aanbevelingen die betrekking hebben op (vroeg)signalering van aandoeningen waarvoor behandeling en begeleiding mogelijk is met aandacht voor behoud van zelfredzaamheid en kwaliteit van leven. Een deel van deze taken wordt ondergebracht bij de praktijkverpleegkundige. In de NHG praktijkwijzer ouderenzorg (2010) wordt een vertaalslag gemaakt van deze standpunten om huisartsenpraktijk te ondersteunen bij het systematisch organiseren en uitvoeren van de proactieve en integrale zorg (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2010).

Ook werd in die periode vanuit het ministerie van VWS het Nationaal Programma Ouderenzorg geïnitieerd met als doel de zorg voor kwetsbare ouderen meer vraaggericht te maken (Nationaal Programma Ouderenzorg, 2011). Screening en interventie binnen de huisartsenpraktijk was daarin één van de belangrijke terreinen voor wetenschappelijk onderzoek en praktijkimplementatie in zogenaamde transitie-experimenten. Een aantal zorgverzekeraars was, mede hierop geïnspireerd, gestart met het ontwikkelen van een module ouderenzorg, waarbij een gedeelte screening en geriatrisch assessment vergoed zou worden.

Opleiding

Vanuit deze ontwikkelingen was er medio 2009 in de regio Amsterdam vanuit de HuisartsenKring Amsterdam (HKA) en de Kring Ouderenzorg AMC & partners behoefte aan een opleiding voor praktijkondersteuning ouderenzorg. In de regio Amsterdam had Agis Zorgverzekeringen (nu Achmea) een module ouderenzorg opgenomen in het vergoedingspakket. Dat betekende dat huisartsen in de regio Amsterdam, verenigd in de HKA deze zorg in hun praktijk vorm konden gaan geven en daartoe verpleegkundigen op opleidingsniveau 5 wilden gaan scholen. Anderzijds was er binnen de Kring Ouderenzorg AMC & partners, een van de acht geriatrienetwerken binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg, ook de behoefte om verpleegkundigen te scholen. Deze verpleegkundigen zouden gaan werken als praktijkondersteuner ouderenzorg, onder andere binnen het innovatieproject 'Functiebehoud in Transitie (FIT)', een transitie-experiment naar de effectiviteit van praktijkondersteuning ouderenzorg. Omdat bij beide partijen eenzelfde scholingswens bestond en er meerwaarde werd gezien in samenwerken door wederzijdse beïnvloeding van praktijk en wetenschap, werd besloten om deze opleiding samen met Hogeschool Inholland te ontwikkelen. Hogeschool Inholland had veel ervaring met praktijkondersteuning in de huisartsenpraktijk somatiek, omdat zij al sinds 2001 de opleiding verzorgen.

Competentieprofiel

Een van de eerste discussies ging over de inhoud van het competentieprofiel van de praktijkondersteuner ouderenzorg. De bestaande ondersteuningsfunc-

ties in de huisartsenpraktijk zijn vooral ziektegericht en geprotocolleerd, zoals diabetes, cardiovasculair risicomanagement en astma/COPD. Al snel was duidelijk dat het competentieprofiel van de praktijkondersteuner ouderenzorg breder zou moeten zijn en dat een verpleegkundige opleiding (niveau 5) een vereiste is. Omdat ouderen zich kunnen presenteren met een zeer uiteenlopend scala aan ziekten, psychische aandoeningen, zorgproblemen, sociale problemen en wensen, is allround kennis noodzakelijk, die meer probleemgericht dan ziektegericht van aard is. Competenties op gebied van vraag (probleem)verheldering, begeleiding, behandeling, ondersteuning, informatie geven, continuïteit bieden en preventie werden belangrijk geacht. Daarnaast moet de verpleegkundige meerdere rollen kunnen vervullen, kunnen schakelen tussen oudere, mantelzorger en professionals.

Eigen regie

Eigen regie en empowerment van de oudere en zijn mantelzorger zijn bij de ontwikkeling van de opleiding centrale uitgangspunten geweest. Empowerment wordt gedefinieerd als 'een proces om mensen te helpen om controle te krijgen over de factoren die invloed hebben op hun leven'. Het wordt veel toegepast binnen disease- en casemanagement waarbij de persoon wordt gezien als volwaardig lid van het behandelteam. Deze vaardigheden bij ouderen stimuleren is niet altijd gemakkelijk. Niet vanuit de oudere zelf; veel ouderen zijn dit niet gewend, omdat de arts-patiëntrelatie vroeger meer autoritair was en er veel minder informatie te vinden was over aandoeningen. Maar ook van artsen en verpleegkundigen

vraagt dit een andere houding en benadering. Mensen moeten worden uitgedaagd om zelf beslissingen te nemen en goed-geïnformeerde keuzes te maken. Artsen en verpleegkundigen zijn vaak oplossingsgericht opgeleid. Empowerment vraagt echter te kijken naar de mogelijkheden die iemand nog heeft en die zodanig stimuleren dat mensen het zelf kunnen doen. Dit kost op de korte termijn meer tijd, maar op langere termijn zou de zorg effectiever en efficiënter kunnen worden ingezet.

Niet alleen binnen de zorg wordt meer de nadruk gelegd op eigen regie en verantwoordelijkheid. Het beleid van de gemeentes is er bijvoorbeeld steeds meer op gericht dat mensen zo lang mogelijk moeten meedoen in de maatschappij en hulpmiddelen pas worden vergoed als het niet anders kan.

De inhoud van de opleiding

Het competentieprofiel en de genoemde uitgangspunten voor goede ouderenzorg hebben geleid tot een onderwijsprogramma van 10 dagen bestaande uit 3 modules.

In de eerste module *Oriëntatie op de ouderenzorg* ligt het accent op de kaders die de basis vormen voor zorgverlening aan ouderen in de thuissituatie. De competenties van de praktijkondersteuner, voorwaarden voor goede zorg, probleemgeoriënteerd denken, complexiteit van zorg en het maken van een zorgbehandelplan zijn onderwerpen die aan bod komen. Er wordt kennisgemaakt met verschillende screeningsinstrumenten om kwetsbare ouderen op te sporen en er wordt kennisgemaakt met meetinstrumenten om bepaalde problemen verder te diagnosticeren. Deze module wordt afgesloten met het

maken van een sociale kaart van de wijk/buurt waar de verpleegkundige op dat moment werkzaam is.

Bij de tweede module Somatische problematiek worden veelvoorkomende somatische problemen behandeld aan de hand van de eerder genoemde competenties. Er wordt onder andere aandacht besteed aan functieverlies, gewichtsverlies, polyfarmacie, valrisico, oorzaken van vallen, incontinentie, visus- en hoorproblemen, pijn en duizeligheid. In deze module zit een training communicatieve vaardigheden, waarbij het accent ligt op individuele verschillen van ouderen in de zorgverlening.

De laatste module richt zich op psychogeriatrische problematiek, zoals cognitieve problemen, depressie, gedragsverandering, angst, eenzaamheid, alcoholproblematiek. Er is een ochtend over mantelzorg en mantelzorgbelasting. Er worden rollenspelen gedaan waarbij geoefend kan worden in het omgaan met problematisch gedrag van ouderen en in de communicatie met mantelzorgers. Bij de zorg van dementie wordt er aandacht besteed aan casemanagement.

Zowel module 2 als module 3 wordt afgesloten met een opdracht waarbij de cursisten een screening en CGA verrichten, waarna ze een zorgbehandelplan opstellen. De ene keer gericht op de somatische problemen, de andere keer gericht op psychogeriatrische problematiek. Bij de laatste opdracht wordt ook de mantelzorg betrokken.

De cursisten krijgen de laatste evidence-based informatie over zorgproblemen en er wordt een vertaalslag gemaakt hoe je ouderen actief kunt betrekken in de behandeling van het probleem. Bij het samenstellen van het cursusmateriaal is er veel interactie geweest tussen oplei-

ding, onderzoek en praktijk. Zo is er binnen de Kring Ouderenzorg AMC & partners door ruim 40 professionals een Toolkit Ouderenzorg ontwikkeld voor de 25 meest voorkomende geriatrische problemen, waarbij evidence-based multidisciplinaire stappenplannen zijn ontwikkeld voor screening, diagnostiek en behandeling in de huisartsenpraktijk (www.effectieveouderenzorg.nl, zie onder toolkit). Deze stappenplannen worden als cursusmateriaal ingezet binnen de opleiding. Tijdens twee intervisiebijeenkomsten in een kleine groep, wordt er aandacht besteed aan het individuele leerproces van de cursisten met betrekking tot de zorgverlening.

Ervaringen

Momenteel zijn ruim 60 verpleegkundigen opgeleid en in november 2011 is nog een groep van 20 verpleegkundigen gestart. Ondanks dat de deelnemende verpleegkundigen in eerste instantie niet allemaal het nut van de opleiding inzagen, 'dat weten we toch wel', is de ervaring ronduit positief. De verpleegkundigen ervaren de opleiding als een verrijking van hun vak en passen de kennis zowel toe in hun huidige werk als praktijkondersteuner, als in hun werk als wijkverpleegkundige. Vooral de integrale benadering, vakinhoudelijke kennis en het stimuleren van de eigen mogelijkheden van de ouderen en zijn mantelzorger, wordt als positief beschouwd. Een aantal citaten van verpleegkundigen over de opleiding:

'Ouderen hebben de toekomst en daarmee heeft de POH Ouderenzorg absoluut nut!

De oudere mens is soms nog erg bescheiden en wil de dokter niet tot last

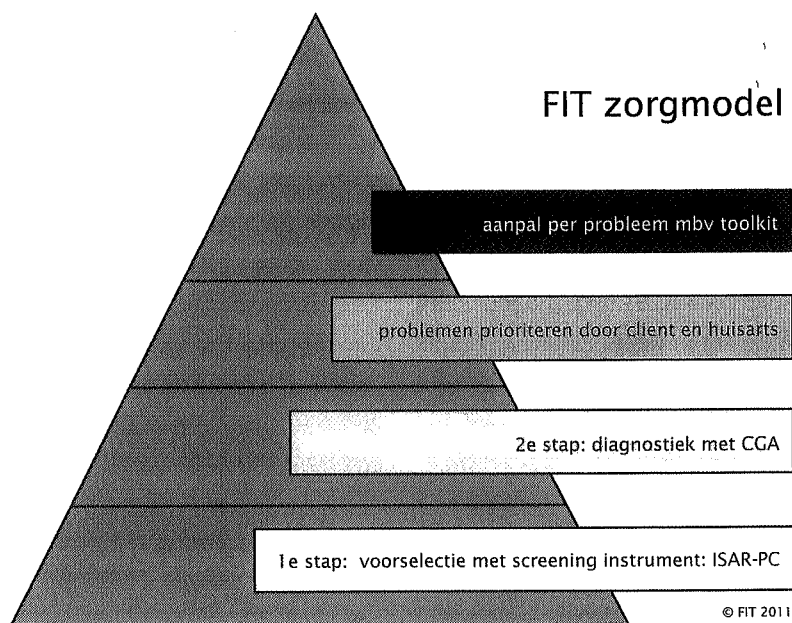
zijn. Wij kunnen veel dingen ondervangen en daarmee de oudere en de huisarts tot steun zijn!'

'De oudere patiënt komt steeds meer voor in de huisartsenpraktijk, daar wij steeds meer ouderen onder ons krijgen. Deze hebben specifieke zorg en aandacht nodig. Dit leer je niet tijdens de "gewone" opleiding tot verpleegkundige, en je kunt dit niet ondervangen door een lesuur of twee hieraan te wijden.'

'Ik zou de opleiding zeker aanbevelen aan al mijn collega-wijkverpleegkundigen. Als wijkverpleegkundige krijgen we te veel scholing op het vaktechnisch gebied en al helemaal niet over ziektebeelden en geriatrische problemen. Ik heb deze studie als een verrijking ervaren en ik werk nu "beter" met ouderen.'

'Ik vond het vooral heel nuttig om te leren om meer 'met mijn handen op de rug' te handelen. Uitgaan van de kracht van mensen.'

In de regio Amsterdam en Alkmaar werken momenteel verschillende opgeleide verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. Grofweg wordt volgens twee systemen gewerkt. In het eerste systeem is de verpleegkundige als praktijkondersteuner verbonden aan de huisartsenpraktijk en verleent zij in deze functie de zorg aan ouderen. Dit gebeurt in meerdere huisartsenpraktijken in Amsterdam. De tweede variant is de inzet van de wijkverpleegkundige als praktijkondersteuner. Deze wijkverpleegkundige is dan twee dagen per week verbonden aan de huisartsenpraktijk en werkt de overige dagen in de wijk. Deze constructie wordt vooral in de regio Alk-



Figuur 1. Het FIT-zorgmodel (zie www.effectieveouderenzorg.nl).

maar toegepast als onderdeel van het FIT-transitie-experiment.

In beide gevallen wordt er gewerkt met een systematisch model van screening en geriatrisch assessment. Bij interventie in de vorm van 8 huisbezoeken wordt het FIT-zorgmodel gebruikt (figuur 1). In dit transitie-experiment wordt verder onderzocht wat de meerwaarde is van de praktijkondersteuner ouderenzorg op het gebied van dagelijks functioneren van ouderen.

In de huisartsenpraktijken die onder de regeling van de zorgverzekeraar vallen is interventie en verder vervolgen vaak nog niet mogelijk, door het ontbreken van financiering hier voor.

Aandachtspunten

Het ontwikkelen van de opleiding en de implementatie van de functie binnen de huisartsenpraktijk heeft nog een aantal aandachtspunten voor de toekomst opgeleverd:

- Het stimuleren van de eigen regie is soms nog lastig voor verpleegkundi-

gen. Motivational interviewing kan mogelijk in de toekomst een grotere plaats binnen de opleiding krijgen.

- Er is momenteel sprake van een grote hoeveelheid verpleegkundige functies binnen de eerste lijn: wijkverpleegkundige, casemanager dementie, praktijkondersteuner ouderenzorg/diabetes/astma/COPD. De verdere ontwikkeling van een eerstelijns verpleegkundige functie is een goede ontwikkeling. Maar de valkuil is onduidelijkheid over de verschillende functies voor de patiënt.
- De wijkverpleegkundige wordt als een belangrijke spil gezien in de zorg voor ouderen in de toekomst. Deze zorg moet wel in nauwe samenwerking met de huisarts plaatsvinden. De wijkverpleegkundigen die momenteel in een dergelijke constructie aan de huisartsenpraktijk verbonden zijn, ervaren de samenwerking met de huisarts als een grote meerwaarde.
- De verschillende onderzoeken van het Nationaal Programma Ouderen-

zorg moeten de komende periode uitwijzen of deze vorm van zorg inderdaad meerwaarde heeft; zowel voor de patiënt, de professionals, als ook op gebied van betaalbaarheid van zorg. ■

Referenties

- Nationaal programma ouderenzorg (2011). www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl. Accessed 31-10-2011.
- Boyd, C. M., Darer, J., Boulton, C., Fried, L. P., Boulton, L., & Wu, A. W. (2005). Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*, 294, 716-724.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2005). *Gezondheid en zorg in cijfers 2005*. Voorburg/Heerlen.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*, 374, 1196-1208.
- Ellis, G. & Langhorne, P. (2004). Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *Br.Med.Bull.*, 71, 45-59.
- Gijzen, R., Hoeymans, N., Schellevis, F. G., Ruwaard, D., Satariano, W. A., & Bos, G. A. van den (2001). Causes and consequences of comorbidity: a review. *J.Clin.Epidemiol.*, 54, 661-674.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (2007). *NHG-standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen* Utrecht.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (2010). *NHG-Praktijkwijzer Ouderenzorg* Utrecht.
- Stuck, A. E., Siu, A. L., Wieland, G. D., Adams, J., & Rubenstein, L. Z. (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 342, 1032-1036.