

---

## De tijd is voorbij .....

**Auteurs:** Ton J. E. M. Bakker, R. E. Wulff

**Kernwoorden:**

---

### Inleiding

Op 22 April 2013 werd het symposium 'Transitie naar vitaal ouder worden' gehouden. De inhoud van het symposium was gebouwd op de vier pijlers die worden geacht essentieel te zijn om de transitie van reguliere, traditionele ouderenzorg naar een gezondheidszorg gericht op vitaal ouder worden te realiseren.

Het gaat hierbij om epidemiologisch en effectiviteitsonderzoek, deugdelijke opleiding, methodische preventie en interventie en als laatste, inhoudelijk besturen/managen van een zorgorganisatie.

Het symposium werd georganiseerd door Argos Zorggroep met het oog op de transitie van de bestuurder Behandeling & Zorg, dr. Ton Bakker, naar het lectoraat 'Functiebehoud bij ouderen' aan de Hogeschool Rotterdam en naar het directeurschap van de Stichting Wetenschap Balans. Het symposium vond plaats op een prachtige, inspirerende locatie in Rotterdam, de KunstHal.

### Langlevenrisico

Als eerste spreker koos prof. dr. Johan Mackenbach voor het perspectief van het 'langlevenrisico'. In de wereld blijkt Nederland, samen met Denemarken, een speciale positie in te nemen wat betreft de ontwikkelingen van de levensverwachting ten opzichte van de wereldkopgroep op dit gebied. Gedurende meer dan een eeuw stijgt in de kopgroep de vrouwelijke levensverwachting gestaag met drie maanden per jaar. Tot begin jaren '80 volgde Nederland deze trend, maar vanaf die tijd tot 2003 stagneerde de stijging bijna volledig; deels toe te schrijven aan doodsoorzaken, met name aan roken. 2002 is een keerpunt, hierna loopt de stijging in Nederland weer parallel aan de kopgroep. Er is echter geen sprake van een inhaaleffect. Noch klimaatfactoren (milde winters), noch determinanten van ziekten vertoonden een gunstige verandering. De enige uitzondering is de stijging in het gebruik en de kosten van de gezondheidszorg, in het bijzonder bij ouderen. Ziekenhuisopname, gebruik van statinen en bètablokkers stegen aanzienlijk onder 65+ (23,6%, 23, 8% en 12,5% respectievelijk). Kijkend naar de kosten zien we een beperkte groei van ca. 2,2% in de jaren '80 en '90 (budgettering!) en 5,6% na 2000. De grootste stijging vindt plaats bij 75+ kosten per persoon. Verdere substantiële groei in de levensverwachting is zeer waarschijnlijk met wellicht een onderschatting van de situatie in Nederland vanwege de achterstand op de kopgroep. Een inhaaleffect lijkt niet uitgesloten. Uit de zaal werd nog opgemerkt dat het kabinet Rutte II wellicht weer voor een periode van stagnatie kan zorgen. Een en ander betekent wel dat er serieuze politieke implicaties te verwachten zijn, bijvoorbeeld met betrekking tot de pensioenen, de (preventieve) gezondheidszorg, de werkgelegenheid en intergenerationale verhoudingen.

### Kwetsbare ouderen met dementie

Het aantal kwetsbare ouderen in 2050 wordt geschat op ca. 1 miljoen (bron: SCP). Ongeveer de helft van de kwetsbare ouderen lijdt aan cognitieve stoornissen, inclusief dementie. Over deze omvangrijke groep kwetsbare ouderen hield prof. dr. Rose-Marie Dröes een voordracht 'Dementie in behandelingsperspectief. Wat is er inmiddels bekend over welke behandelingen aantoonbaar werken? Hierbij is van belang te beseffen dat dementie de levensverwachting verkort. Patiënten en mantelzorgers lijden het meest onder de (neuro)psychiatrische stemmings- en gedragsstoornissen bij de patiënt en incompetentiegevoelens in combinatie met overbelasting en de vrees voor een vroegtijdige opname bij de mantelzorgers .<sup>1</sup>

Dröes begon met de vraag: "Hoe kan dementiezorg verbeterd worden?" Het gaat dan om kosteneffectievere behandeling en

efficiëntere zorgorganisaties. Hierdoor wordt dementiezorg per persoon goedkoper en kunnen er meer mensen van profiteren. Van belang zijn vroege diagnose, tijdige interventies, ook voor mantelzorgers, toepassen van bewezen effectieve, dus gepersonaliseerde behandeling en zorg en efficiënte oplossingen voor onvervulde behoeften. Zie de 'Zorgstandaard Dementie'.<sup>2</sup> Het doel is voorkomen van crisis- en ziekenhuisopnames en langer thuis wonen met goede kwaliteit van leven.

Dröes onderscheidde drie behandelperspectieven: het medische, het functionele en het belevings-psychosociale. Alle drie zijn uiteindelijk gericht op verbetering van de kwaliteit van leven. De behandelingen bestaan uit psychiatrische, paramedische en farmacotherapeutische behandelingen. Verder zijn revalidatie, zorg, psychosociale behandeling en welzijnsdiensten van belang. Onontbeerlijk zijn een goede multidomeinanalyse en een multidisciplinair zorgbehandelplan.<sup>3,4,5</sup> Al deze elementen werden door Dröes verder toegelicht met een indrukwekkende opsomming van concreet beschikbare mogelijkheden met bewezen effectiviteit. Onduidelijk is nog welke behandelingsmix op welk moment aan wie gegeven moet worden. Voorop staat dat de keuze 'gepersonaliseerd' is, toegesneden op het individu en de mantelzorger en op maat door middel van 'shared decision making', vertrekkend uit de ervaren problemen van de oudere mens met dementie en de mantelzorger.

Naast de zoektocht naar de factoren die een rol spelen bij het ontstaan van dementie, is het belangrijk wetenschappelijk onderzoek te stimuleren naar de betekenis en achtergrond van de (neuro)psychiatrische symptomen, stemmings- en gedragsproblemen en de prognostische implicaties ervan bij de verschillende typen dementie. Het gaat hierbij om inzicht in de biologische, omgevings- en psychosociale 'veroorzakers' van stemmings- en gedragsproblemen om te komen tot een effectievere en efficiëntere behandeling.

### **Deugdelijke opleiding**

Recente onderzoeken naar de inhoud van opleidingen voor artsen/medisch specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden leveren een onthutsend beeld op wat betreft het thema ouderen. Alle opleidingen waren of zijn onder de maat.<sup>6,7,8</sup> Lector dr. Marleen Goumans sprak hierover vanuit het perspectief van de verpleegkundige opleidingen onder de titel 'Onderwijs en ouderenzorg: een paar apart'.

Wat is er aan de hand? De heersende visie is: 'Oud is een kostenpost'. Deze visie behoeft dringend verandering van invalshoek naar: 'Oud zijn is een zinvol gedeelte van de levensloop'. De nadruk ligt op een zinvolle manier om deze levensperiode gestalte te geven: gericht op (ervaren) kwaliteit in plaats van op gebrek. Het onderwijs heeft een grote achterstand op dit gebied. De aanwezige kennis in curricula is mager en onevenwichtig. Bij studenten is de intrinsieke motivatie laag om te kiezen voor ouderenzorg, een spannende toekomstvisie ontbreekt. Maar de vraag om gerichte na-en bijscholing neemt toe. Opleidingsinstellingen moeten aan de slag willen wij goede professionals hebben in de wijk als casemanager, medisch specialist of huisarts, maar ook als verzorgenden IG. De tijd van geïmproviseerde ouderenzorg kan afgesloten worden. Wat staat ons te doen om deze transitie te bevorderen?

### **Leiderschap in de ouderenzorg**

Een belangrijke voorwaarde is deugdelijk leiderschap, dat bestand is tegen de vele en continu wisselende overheidsbeleidsdoelen sinds 1955 in het ouderenbeleid met als sleutelwoorden: decentralisatie, deregulering van intra- naar extramuraal, van formele naar informele zorg, van categoriaal naar algemeen beleid, van bescherming naar zelfstandigheid, van sectoraal naar integraal beleid.

Effectief leiderschap is hierbij onontbeerlijk, in een succesvolle organisatie, stelde prof. dr. Robbert Huijsman in zijn lezing. Echter, er zijn vele stromingen in leiderschapstheorieën, uitgaande van aangeboren talent, via leiderschapstijlen/-gedrag en situationeel leiderschap tot het creëren van verbindende inspiratie door middel van visie, zingeving en dialoog. Machiavelli speelt echter altijd nog een rol, meer of minder op de achtergrond met aandacht voor het verwerven van macht, het behouden ervan en het vergroten van de macht als dit mogelijk is. Het behalen van de overwinning is het hoofddoel. Hierbij is de organisatie het legioen, de concurrentie de strijd en de concurrent de vijand, kortom een onvervalst kapitalistisch concurrentiemodel.

Vervolgens schetste Huijsman de nieuwere trends gebaseerd op inspirerend leiderschap, vooral gericht op het functioneren van teams. Belangrijke aandachtspunten binnen het team-doelmatigheidsmodel van Rubin e.a. zijn de onderlinge

verhoudingen, afspraken en procedures en doelen van het team. Toekomstig leiderschap richt zich voornamelijk op het coachen van teams met aandacht voor het managen van de teamgrenzen (omgeving/externe relaties), managen van het team zelf (formatie/ondersteuning) en de effectiviteit van het team (output/teamervaring/lerend vermogen).

Leiderschapskenmerken die hierbij passen zijn: innoverend en inspirerend, gericht op mensen vanuit vertrouwen; met aandacht op de "waar toe"-vraag op vooral de lange termijn en gericht op de horizon waarbij de 'status quo' wordt uitgedaagd. Een dergelijk (toekomstig?) leiderschap biedt professionals het speelveld en de spelregels om de noodzakelijke transitie in de ouderenzorg te maken naar evidence based, methodische gezondheidszorg voor ouderen binnen betaalbare grenzen! Professionalisering van leiderschap in besturing vergt ook een transitie.

### **Gezondheidszorg voor ouderen**

De traditionele ouderenzorg legt veel nadruk op verzorging en welzijn van ouderen vanuit het perspectief dat het onontkoombaar is voor een groot aantal ouderen om niet meer in zelfstandigheid te kunnen leven. De tijd lijkt gekomen om het roer om te gooien richting een gezondheidszorg voor ouderen gericht op vitaal ouder worden gebaseerd op functiebehoud. Dit betoogde lector dr. Ton Bakker in zijn afsluitende lezing op dit symposium. Zijn recent ingestelde lectoraat aan de Hogeschool Rotterdam betreft 'Functiebehoud bij ouderen in levensloop perspectief'.

Bakker startte als 'specialist ouderengeneeskunde avant la lettre' in 1972 binnen de psychogeriatric, direct in aansluiting op zijn medische basisopleiding. In zijn lezing kenmerkte hij de jaren '70 en '80 als een periode waarin de vraag aan de orde was: 'wat heeft potentiële werking' en 'hoe geef je dit vorm binnen een ouderenorganisatie?'. Vanaf 1990 tot 2010 vond er een doorontwikkeling plaats, in combinatie met het vergaren van wetenschappelijk bewijs op onderdelen. Het bleek bijvoorbeeld mogelijk de ernst van psychische problemen bij ouderen, lijdend aan milde tot matige cognitieve stoornissen (voornamelijk in het kader van dementie) door psychotherapeutische interventies met 60% te reduceren en tevens de belasting van de mantelzorger te halveren.<sup>4</sup> Zie voor meer voorbeelden de lezingen van prof. dr. Rose-Marie Dröes en prof. dr. Johan Mackenbach. Vanaf 2010 is de periode aangebroken om door middel van wetenschappelijke onderbouwing de effecten van diverse zorgprogramma's op functiebehoud bij (kwetsbare) ouderen aan te tonen en breed te implementeren.

Goed opgeleide professionals, zoals geschetst door lector dr. Marleen Goumans en een vernieuwd bestuurdersperspectief met de door prof.dr. Robbert Huijsman geschetste toekomstige leiderschapsaspecten zijn hierbij onontbeerlijk. Echter, alle ingrediënten liggen klaar om de transitie te bevorderen, zowel wat betreft preventie van functieverlies als (vroegtijdige) behandeling en zorg gericht op functiebehoud. Een passende definitie van kwetsbaarheid gaf het Sociaal Cultureel Planbureau in 2011:

- *Een opeenstapelingsproces (van)*
- *Lichamelijk, psychisch en/of sociale tekorten in functioneren (met als gevolg)*
- *Vergroting van de kans op negatieve gezondheids (bestaand uit)*
- *Functiebeperkingen, opname, overlijden.*

De definitie draait geheel om functionele aspecten (lichamelijk, psychisch en/of sociaal). Het gaat in wezen om 'multifunctieproblematiek'.

Vanuit een oogpunt van preventie is het van belang te weten wat voorspellende risicofactoren zijn, te onderscheiden naar 1<sup>e</sup> lijn en ziekenhuisopname. In de 1<sup>e</sup> lijn gaat het volgens Bakker om leefstijlpreventie bij jongeren (vooral kinderen van ouders met een lage sociaaleconomische status (SES), bij volwassenen (met name lijdend aan het metabool syndroom) en bij 'jonge ouderen' (60+) die voor het eerst klagen over loop-en balansproblemen, overgewicht en/of vermoeidheid. Vanuit WMO-perspectief is het een grote uitdaging om in de 1<sup>e</sup> lijn, in combinatie met preventie vanuit GGD, voor deze risicogroep die eveneens een verhoogd beroep doet op sociale voorzieningen en de gezondheidszorg, een integraal preventiebeleid te ontwikkelen, gericht op functiebehoud in de oudere levensfase.

In het ziekenhuis gaat het om geheel andere voorspellers. Deze moeten kunnen aangeven welke opgenomen oudere patiënt een verhoogd risico loopt om slechter functionerend uit het ziekenhuis te worden ontslagen. Dit geldt nu voor ± 35% van de

patiënten van 70 jaar of ouder. Dit zijn meer dan 160.000 ouderen elk jaar opnieuw in Nederland (ca. 400–450 per dag). In het kader van het Nationaal Programma Ouderen van ZonMw kan een prognosticum ontwikkeld worden om deze ouderen te identificeren en adequate behandeling te geven, gericht op functiebehoud naast de medisch specialistische ingreep.

Kortom, vele mogelijkheden dienen zich aan om een gezondheidszorg voor ouderen gericht op functiebehoud vorm te geven. Het is ook vanuit kosten(effectiviteit) noodzakelijk om aan de slag te gaan. Immers, ziektekosten scenario's tot en met 2050 laten vanaf 2030 een ombuiging en kostenafname zien. Behandeling van (multi)morbiditeit lukt steeds beter. Het moeilijke nieuws is dat de langdurige zorgkosten scenario's tot en met 2050 een gestaag doorstijgende lijn laten zien van miljarden meerkosten. De langdurige zorgkosten vloeien voort uit functieverlies. Het is daarom een profijtelijke inspanning te investeren in kosteneffectieve zorgprogramma's die zich hierop richten en waarvoor de ingrediënten klaarliggen. Toekomstgericht leiderschap in de gezondheidszorginstellingen kan hierbij het verschil maken.

Dit geldt in gelijke mate voor wetenschappelijk onderzoek. In verband hiermee is onlangs de Stichting Wetenschap Balans opgericht die wil investeren in kennis en kunde, (co-)creatie/innovatie, verspreiding/implementatie en netwerkvorming ten behoeve van kwetsbare ouderen.

Transitie naar vitaal ouder worden luidt een periode in waarin VVT-organisaties (voor verpleging, verzorging en thuiszorg) consistente kennisproducten in meerjarig perspectief kunnen inzetten. De ad hoc-tijd in de ouderenzorg is voorbij.

Wat dit vanuit een individueel-persoonlijk perspectief betekent, laat onderstaand bericht van een kwetsbare oudere zien:

Onwetend van wat er met je gebeurd is. Losgeslagen van al het vertrouwde en bekende om je heen, kom je binnen in een voor jou volkomen onbekende wereld, waarvan er van je wordt verwacht, dat je dingen doet die je totaal niet begrijpt. Je loopt ervan weg, maar je wordt door bezorgde mensen weer teruggehaald. Zo sukkel je enkele maanden door.

Er breekt een klein lichtje door en hoe onwaarschijnlijk ook, wordt dat lichtje een brede straal, die je langzaam terugbrengt naar je eigenlijke wereld. Jouw herkenning, weer openstaan voor de mensen om je heen. Voor velen, en voor ons in het bijzonder, is het een wonder!

---

## **Auteurs**

### ***T. J. E. M. Bakker***

Stichting Wetenschap Balans, Hogeschool Rotterdam  
Specialist Ouderengeneeskunde

Directeur Stichting Wetenschap Balans, Rotterdam

Lector Kenniscentrum Zorginnovatie. Lectoraat Functiebehoud Ouderen, Hogeschool Rotterdam, Rotterdam

### ***R. E. Wulff***

voorzitter Raad van Bestuur Argos Zorggroep  
voorzitter Raad van Bestuur Argos Zorggroep, Schiedam

---

## **Literatuurlijst**

1. Peeters, J. e.a. Problemen en wensen van mantelzorgers van mensen met dementie. Nivel en Alzheimer Foundation, fact sheet 2, 2007.
2. Zorgstandaard Dementie. Alzheimer Nederland en Vilans, 2012.
3. Achterberg, W.P. Caring for quality; the use of the Minimum Data Set (MDS) for research into quality of care and patient functioning in nursing homes. VUMC. Proefschrift, 2004.
4. Bakker, T.J.E.M. Integrative reactivation and rehabilitation to reduce multiple psychiatric symptoms of psychogeriatric patients and caregiver burdens. VUMC. Proefschrift, 2010.

5. Vernooij-Dassen, M.J.E. Homecare for persons with dementia. Radboud Universiteit. Proefschrift, 1993.
6. Hamers. J. e.a. Ouderenzorg in het middelbaar beroepsonderwijs. Rapport Maastricht University, 2012.
7. Schuurmans, M.J. e.a. Gerontologische en geriatrische inhoud van verpleegkundige opleidingen in Nederland. Rapport ZonMw, 2011.
8. Westendorp, R. e.a. Inventarisatie medische opleidingen. Rapport Leyden Academy, 2011.