

Geriatrische en gerontologische verpleegkunde: investeren in kwantiteit of in kwaliteit?

K. Milisen · E. Dejaeger

Het aantal 65-79 jarigen in Europa zal in de periode 2010-2030 toenemen met 37,4%. Indien de huidige trend zich verder zet zal deze groep ouderen actiever en gezonder zijn dan ooit tevoren. De groep 'oudste' ouderen (80 plus) zal in de periode 2005-2010 met 17 % toenemen en in de daarop volgende periode 2010-2030 nog eens met 57 %. In absolute cijfers bijna 34,7 miljoen in vergelijking met de huidige 18,8 miljoen. Ook voor deze groep van ouderen wordt verwacht dat ze in de toekomst meer zelfstandig blijven en ervoor zullen kiezen zo lang als mogelijk thuis te wonen. De nood aan intensieve verzorging zal door een gezonder leven van de huidige jongere generaties meer opschuiven naar het einde van het leven.¹

Anderzijds zullen er meer ouderen dan vandaag behoefte hebben aan verzorging, als resultaat van verlies aan onafhankelijkheid. Ouderen, en voornamelijk de oudste ouderen, worden vaak geconfronteerd met chronische, multiële pathologie en invaliditeit. Bovendien zal het aantal alleenstaande ouderen toenemen (minder huwen, vaker scheiden) en is er een afname in de informele zorgverlening (minder grote gezinnen, grotere beroepsactiviteit van de vrouw, geografische spreiding van het gezin).

De behoefte (in kwantiteit) aan verpleegkundigen in geriatrie en gerontologie zal dus toenemen, zeker als men wil tegemoet komen aan de trend naar meer thuiszorg ("community care"). In schril contrast staat de schaarste in de verpleegkunde die in bijna alle Westerse gezondheidszorgsystemen wordt vastgesteld. Goodin wijst op

een aantal belangrijke oorzaken.² In de eerste plaats de veroudering binnen de verpleegkundige groep met als gevolg dat de expertise en ervaring dreigen verloren te gaan. Ten tweede een onvoldoende instroom van studenten in de opleidingsprogramma's voor verpleegkunde, waarbij het steeds lager wordende vooropleidingsniveau extra zorgen baart. Ten derde de veranderingen in de werkomgeving. Ouderen zullen o.a. kritischer en mondiger worden en steeds meer kwaliteit van zorg eisen. Ten vierde het slechte imago en de onderwaardering voor de verpleegkunde in het algemeen en de geriatrische verpleegkunde in het bijzonder.

De maatschappij, en in het bijzonder jongeren, heeft een negatief beeld en een beperkte kennis over wat verpleegkundigen daadwerkelijk doen in de praktijk. Te vaak wordt de ontorechte vraag gesteld of wij als maatschappij wel behoefte hebben aan (hoog opgeleide) verpleegkundigen om te zorgen voor ouderen van morgen.

Eenzijds is ouderenzorg een interdisciplinair gebeuren, waar naast verpleegkundigen eveneens gelijk opgeleide (vb maatschappelijk werkers), hoger opgeleide (vb artsen), lager opgeleide (vb zorgkundigen, bejaardenhulp) alsook niet-professionele zorgverleners (mantelzorgers of vrijwilligers) noodzakelijk zijn.

Anderzijds spelen verpleegkundigen, door de eigenheid van hun beroep, een centrale rol in de zorg voor ouderen en is het hun verantwoordelijkheid te waken over een kwaliteitsvolle zorg. Kwaliteitsvolle en efficiënte ouderenzorg betekent preventief en proactief handelen. Dit laatste is primordiaal binnen de chronische ouderenzorg, die op zich een niet onbelangrijk deel van de totale ouderenzorg uitmaakt. Denken we bijvoorbeeld maar aan vaak voorkomende geriatrische syndromen zoals valproblematiek, cognitieve problematiek (dementie, delirium, depressie), decubitus en ondervoeding

K. Milisen (✉)
Verpleegkundig specialist, Dienst Geriatrie, UZ Gasthuisberg,
Katholieke Universiteit Leuven, België en voorzitter van de
European Nursing Academy for Care of Older persons
(ENACO)

waarbij de preventie en het vroegtijdig onderkennen van deze syndromen alsook de aanpak noodzakelijk voor deze complexe zorg (vb. het hanteren van case management principes en biopsychosociale interventies) een deskundigheid vereisen waartoe verpleegkundigen specifiek zijn opgeleid.³⁻⁷

Door tijd- en personeelstekort gaan echter veel van deze preventieve en proactieve handelingen verloren en wordt soms (te) snel gedelegeerd of overgelaten aan personeel met de minste opleiding. Hierdoor dreigt gevaar voor fouten en minder kwaliteitsvolle zorg.⁸

Het voeden van dementerende ouderen lijkt op het eerste zicht een eenvoudige handeling die gemakkelijk gedelegeerd kan worden. Dit voeden is echter een complex proces waarbij zowel organisatorische, conceptuele, fysieke en sociaal-culturele vaardigheden noodzakelijk zijn. Wanneer er op onoordeelkundige wijze gehandeld wordt (vb. geen systematisch assessment van de voedingstoestand of het ontbreken van verpleegkundige expert begeleiding of supervisie tijdens de maaltijden van dementerende ouderen) neemt de kans op ondervoeding, gewichtsverlies en aspiratiepneumonie toe. Dit leidt daarenboven vaak tot een versnelde afname in fysiek en mentaal functioneren bij dementerende ouderen.⁹

Ook recent internationaal onderzoek wijst uit dat het niet alleen de kwantiteit is die telt, maar eveneens de kwaliteit en het niveau van opleiding en deskundigheid een belangrijke rol spelen in de zorg-outcome.¹⁰ Onvoldoende personeel wordt vaak als excuus gebruikt voor het niet kunnen waarborgen van de kwaliteit van de zorg. Hoewel er inderdaad valabele argumenten zijn voor een juiste patiënt/verpleegkundige ratio¹¹, primeert de kwantiteit niet altijd. Zo werd in een Amerikaanse studie van 15000 verpleeghuizen aangetoond dat verpleeghuizen met fixatievrije zorg in vergelijking met verpleeghuizen zonder fixatievrije zorg niet verschilden in het aantal personeelsleden per bewoner. Anderzijds werden in verpleeghuizen met fixatievrije zorg meer voltijdse equivalenten (VE) verpleegkundigen tewerkgesteld en minder VE hulpverpleegkundigen en verzorgenden per bewoner. In het gebruik van psychoactieve medicatie was er geen verschil tussen beide typen van verpleeghuizen.¹² Zeer recent is daarenboven aangetoond dat investeren in psychosociale verpleegkundige zorg een waardig, zo niet een beter en goedkoper alternatief is voor het overvloedig gebruik van antipsychotica bij ernstig dementerende ouderen.¹³

Vanuit ethisch perspectief zijn er eveneens argumenten om voor kwetsbare ouderen goed opgeleide gezondheidswerkers te voorzien. Een voorbeeld vanuit de hygiënische zorg. Het wassen van een oudere patiënt kan op het eerste zicht een banale activiteit lijken waarvoor een beperkte deskundigheid noodzakelijk is. Hygiënische zorg bij

ouderen verdient echter grote ethische aandacht, aangezien hierin een kruising van belangrijke ethische waarden kan plaatsvinden: waarden van autonomie, lichamelijke integriteit en privacy, alsook de zorg voor het lichamelijk welzijn, het relationele karakter van het wasgebeuren zelf en de psychische beleving ervan.¹⁴

Wil men dus veilige en humane zorg aan ouderen bieden, dan is er naast kwantiteit duidelijk behoefte aan kwaliteit. Verpleegkundigen blijken echter niet altijd over de nodige geriatrie kennis, competenties en attitudes te beschikken.¹⁵ Meer investeren in opleiding en leiderschap op het vlak van geriatrie zorg is dus de boodschap.¹⁶ Kwaliteitsvolle opleiding en zorg bevordert trouwens het imago van de verpleegkunde, met een toename van de instroom en een verhoogde aantrekkingskracht voor jonge kandidaten.¹⁷

Bij het analyseren van de curricula van de basisopleidingen verpleegkunde in de Verenigde Staten van Amerika wordt echter vastgesteld dat er nog veel ruimte is voor de voorbereiding van werkkrachten die met de nodige competenties kwaliteitsvolle “state of the art” geriatrie zorg kunnen leveren.¹⁸ Hoewel sommige scholen voor verpleegkunde slechts recentelijk hun curricula aanpasten, beschikken de meeste scholen niet over een opleiding geriatrie en/of gerontologische verpleegkunde als een integraal deel van hun programma. Ook in Europa is weinig reden om aan te nemen dat de situatie anders is. Dergelijke programma’s zijn ook hier zeldzaam en de inhoud verschilt vaak van land tot land of van regio tot regio.¹⁶

Europa heeft nood aan een standaard curriculum voor de basisopleiding verpleegkunde waarin voldoende aandacht wordt gegeven aan de zorgaspecten van ouderen. In de Verenigde Staten werden de aanbevolen basiscompetenties geriatrie voor het opleidingsprogramma bachelor verpleegkunde reeds uitgewerkt door de American Association of Colleges of Nursing en de John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing.¹⁹ Ook het “National Framework for Core Skills and Competencies” in het Verenigd Koninkrijk geeft de krijtlijnen aan waar iedere gezondheidswerker die met ouderen werkt aan moet voldoen.²⁰ Beide kaderwerken kunnen als basis gebruikt worden voor het ontwikkelen van een Europese standaard waaraan lokale verpleegkundige opleidingsprogramma’s zouden moeten voldoen. Een ander lovenswaardig initiatief is de recente ontwikkeling van een Europees curriculum voor kanker bij oudere personen door de European Oncology Nursing Society.²¹

Tot slot dienen voldoende middelen vrijgemaakt te worden voor de ontwikkeling van verpleegkundig (klinisch) leiderschap in de geriatrie en gerontologie, aangezien dit een belangrijke voorwaarde is voor sterke

rolmodellen voor de praktijk, alsook voor een gedegen beleidsvisie, opleiding en onderzoek. Verpleegkundige leiders en klinische experts moeten erover waken dat ouderen voldoende betrokken worden in de ontwikkeling van nieuwe diensten voor gezondheid en welzijn. De oudere zorgvrager en zijn familie zijn immers de belangrijkste partners in patiëntgeoriënteerde en geïntegreerde zorg.²²

Literatuur

- Commission of the European Communities (2005). Green Paper “Confronting demographic change: a new solidarity between the generations”. http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2005/mar/comm2005-94_en.pdf
- Goodin, H.J., 2003. The nursing shortage in the United States of America: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs* 43 (4), 335–350.
- Bourbonniere, M, Evans, LK. Advanced practice nursing in the care of frail older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50 (12):2062-76.
- Crogan NL, Evans B. Guidelines for improving resident dining experiences in long-term care facilities. *J Nurses Staff Dev.* 2001;17(5):256-9.
- Defloor T, De Bacquer D, Grypdonck MH. The effect of various combinations of turning and pressure reducing devices on the incidence of pressure ulcers. *Int J Nurs Stud.* 2005;42(1):37-46.
- Milisen, K., Lemiengre, J., Braes, T., Foreman, M.D. Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review. *J Adv Nurs*, 2005, 52 (1), 79–90.
- Robertson MC, Gardner MM, Devlin N, McGee R, Campbell AJ. Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 2: Controlled trial in multiple centres. *BMJ.* 2001 24;322(7288):701-4.
- Eaton L. Care of Englands older people still unacceptably poor. *BMJ* 2006;332;746.
- Dierickx, K., Milisen, K. Effect van patiëntgerichte verpleegkundige zorg op de voedingstoestand van geïnstitutionaliseerde ouderen: een systematische review. *Verpleegkunde*, 2002, 17, 4: 186-198.
- Aiken, L., Clarke, S., Cheung, R., Sloane, D., Silber, J., 2003. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA* 290 (12), 1617–1623.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., Silber, J.H., 2002. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 288 (16), 1987–1993.
- Castle NG, Fogel B. Characteristics of nursing homes that are restraint free. *Gerontologist.* 1998;38(2):181-8.
- Fossey J, Ballard C, Juszcak E, James I, Alder N, Jacoby R, Howard R. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ.* 2006 332(7544):756-61.
- Gastmans. Hygiënische zorg bij ouderen: een ethische interpretatie. In Milisen, K., De Maesschalck L., & Abraham, I. L. (eds.) *Verpleegkundige zorgaspecten bij ouderen.* Elsevier Bedrijfsinformatie, Nederland, 2002, pp.403-424.
- Simoens, D., Milisen, K., Braes, T., Sermeus, W. Geriatrie hulpverlening in het algemeen ziekenhuis: Een pilot-onderzoek naar percepties, ervaren belemmeringen en kennis van Vlaamse verpleegkundigen en verzorgenden, *Acta Hospitalia*, 2004, 3, 39-51.
- Milisen, K., De Geest, S., Schuurmans, M., Steeman, E., Habets, H., Defloor, T, Schwendimann, R., European Nursing Academy for Care of Older persons. Meeting the challenges for gerontological nursing in Europe: The European Nursing Academy for Care of Older persons (ENACO). *J Nutr Health Aging*, 2004, 8, 3:197-199.
- Milisen, K., Abraham, I., Siebens, K., Darras, E., Dierckx de Casterlé, B., representing the BELIMAGE group. Work Environment and Workforce Problems: A Cross-sectional Questionnaire Survey of Hospital Nurses in Belgium. *Int J Nurs Stud* (in press).
- Mezey M, Fulmer T. The future history of gerontological nursing. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2002 57(7):M438-41.
- American Association of Colleges of Nursing, The John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing. Older Adults: Recommended Baccalaureate Competencies and Curricular Guidelines for Geriatric Nursing Care. Geraadpleegd op: <http://www.aacn.nche.edu/Education/gercomp.htm>
- Skills for Health (2004) Older People’s National Workforce Competence Framework Guide Skills for Health. Geraadpleegd op: <http://www.skillsforhealth.org.uk>.
- EONS Curriculum for Cancer in older people, 2006. Geraadpleegd op: <http://www.cancerworld.org/eons>
- Milisen, K., Schuurmans, M., Hayes, N. Urgent need for leadership in nursing care for older persons. *Appl Nurs Res* (in press).