

ZonMw-signalement

Meer aandacht voor ouderen in het ziekenhuis

Kiezen voor zorg met
betere uitkomsten voor
de oudere patiënt



ZonMw-signalement

Meer aandacht voor ouderen in het ziekenhuis

Kiezen voor zorg met betere uitkomsten voor de oudere patiënt

Juni 2019



Colofon

ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie.

Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.

ZonMw heeft als hoofdpdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Voor meer informatie over het programma Ouderen kunt u contact opnemen met het secretariaat via e-mail ouderen@zonmw.nl of telefoon 070-3495472

Datum: 18 juni 2019

Oplagecode: 06/2019/OU

ZonMw
Laan van Nieuw Oost-Indië 334
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Tel. 070 349 51 11
www.zonmw.nl

Voorwoord

In dit ZonMw-signalement wijzen we op een niet te onderschatten probleem dat de zelfredzaamheid en de autonomie van ouderen in gevaar kan brengen. Acht professionals uit de praktijk hebben, op onze uitnodiging, de huidige zorg en potentiële verbeteringen in kaart gebracht, en vele andere hebben geholpen met hun eigen visie in interviews en als kritische lezers. Zij signaleren kort samengevat het volgende: bij ouderen die naar het ziekenhuis moeten, hebben de ziekte die zij hebben en de soms ingrijpende behandelingen of het verblijf in het ziekenhuis een onverwacht grote nadelige invloed op hun functioneren. Dat is voor veel ouderen en hun naasten¹ een onwenselijke uitkomst.

De soms ongewenste uitkomsten van ziekenhuiszorg voor ouderen komen beslist niet doordat de zorg in het ziekenhuis onveilig is of de betreffende zorgverleners geen goed werk leveren. Ze hebben er vooral mee te maken dat we onvoldoende weten wat de best passende zorg of behandeling is voor de zeer diverse groep oudere patiënten. Een deel van die groep is heel vitaal, terwijl anderen kampen met meerdere gezondheidsproblemen tegelijk. Ook zijn er soms grote verschillen in relevante factoren als opleidingsniveau en gezondheidsvaardigheden. De wetenschappelijk gefundeerde richtlijnen en protocollen waarmee medisch specialisten, paramedici en verpleegkundigen werken, zijn veelal opgesteld op basis van onderzoek met een veel jongere – en relatief gezonde – populatie. Die protocollen zijn meestal ziektespecifiek, terwijl de (niet zelden complexere) medische situatie en de persoonlijke omstandigheden en voorkeuren van oudere patiënten erom vragen hun ‘individualiteit’ te integreren in het geheel van de aangeboden zorg. Cruciaal hierbij is keuzevrijheid voor de oudere patiënt om samen met zorgverleners en naasten te kiezen voor de best passende behandeling. Dit zien we heel mooi terug in de vragen van de campagne ‘3 goede vragen’, een initiatief van Patiëntenfederatie Nederland en de Federatie Medisch Specialisten: ‘Wat zijn mijn mogelijkheden?’, ‘Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden?’ en ‘Wat betekent dat in mijn situatie?’.

Passende zorg is zorg die past bij de individuele oudere patiënt, in overeenstemming met reële verwachtingen en wensen en met gebruik van passende behandelmogelijkheden. Een voor oudere patiënten passende aanpak – waarin ook de ‘3 goede vragen’ in een proces van ‘samen beslissen’ adequaat worden beantwoord – is integraal, en omvat dus de gehele situatie van de patiënt. Naast het behandelen van de ziekte, leggen sommige (kwetsbare) ouderen zelf liever ook nadruk op behoud van kwaliteit van leven en zelfredzaamheid, terwijl andere ouderen graag willen en kunnen inzetten op de meest intensieve therapie. Een deel van de groep oudere patiënten is immers zeer vitaal en kan alle behandeling krijgen die mogelijk is. Een geïntegreerde aanpak, die is afgestemd op de door de oudere gewenste, haalbare uitkomsten, kan leiden tot betere uitkomsten. Zodat een oudere ziekenhuispatiënt na ontslag weer zelfstandig thuis kan wonen of eventueel – in betere gezondheid – in een verzorgende omgeving.

Van de meeste behandelingen in het ziekenhuis bestaat onvoldoende kennis over de uitkomsten bij ouderen, met name de effecten op zelfredzaamheid of bijvoorbeeld het geheugen. Het is onbekend hoe de diversiteit van ouderen – van kwetsbaar tot vitaal – een plaats kan hebben in de ziekenhuiszorg, die nu nog vaak ziektegericht is. Daardoor is niet goed een inschatting te maken welke oudere baat heeft bij welke behandeling en daarover kan de patiënt dus ook onvoldoende worden voorgelicht. Interventies binnen en buiten het ziekenhuis die kunnen helpen de uitkomsten voor de patiënt te verbeteren, zijn nog onvoldoende getest op effectiviteit. Kortom, voor de werkzame elementen van een voor oudere patiënten passende aanpak is nog onvoldoende wetenschappelijke én praktische onderbouwing beschikbaar. Dit signalement beschrijft wat we op korte, middellange en langere termijn kunnen doen om deze onderbouwing te realiseren.

Namens het bestuur van ZonMw
prof. dr. Jeroen Geurts, voorzitter

¹ Waar we verderop in dit signalement soms alleen ‘oudere’ of ‘patiënt’ schrijven, doen we dat omwille van de leesbaarheid. We bedoelen echter in die gevallen steeds ook de naasten en/of mantelzorg(er)s).

Inhoud

Samenvatting.....	1
1. Vier casussen.....	3
2. Inleiding.....	6
2.1. Een bredere kijk op gezondheid.....	6
2.2. Ouderen en ziekenhuiszorg.....	6
2.3. Wat is passende zorg of behandeling?	6
2.4. Pleidooien voor meer kennis	7
2.5. Het ziekenhuis binnen de zorgketen	8
2.6. Kennishiaten rond behandeling ouderen.....	8
2.7. Belang van een stevige wetenschappelijke basis	8
2.8. Aanknopingspunten voor verbetering.....	9
3. Probleemschets.....	11
3.1. Vergrijzing en de oudere patiënt in het ziekenhuis	11
3.2. Gebrek aan bruikbaar wetenschappelijk en contextgerelateerd bewijs.....	13
4. Probleemschets ingekleurd: uitwerking van de vier casussen.....	17
4.1. Waar lopen behandelteam, patiënt en naasten vooral tegenaan?	17
4.2. Welke vraagstukken vragen om een oplossing?	18
5. Oplossingsrichtingen.....	22
5.1. Kennis voor integratie ziekenhuiszorg in de keten.....	22
5.2. Welk onderzoek is nodig?	22
5.3. Mogelijkheden op korte, middellange en lange termijn.....	23
6. Conclusies en aanbevelingen	26
6.1. Impuls voor nieuwe kennis én gebruik van bestaande kennis.....	26
6.2. Noodzaak voor een geïntegreerd programma	26
6.3. Ten slotte.....	27
Verantwoording	28

Bijlagen

A. Huidige financiering van onderzoek bij ouderen	29
B. Context: het overheidsbeleid rond ouderen	31

Samenvatting

In dit ZonMw-signalement wijzen deskundigen uit het veld erop dat bij ouderen die naar het ziekenhuis moeten, de ziekte die zij hebben en de soms ingrijpende behandelingen of het verblijf in het ziekenhuis, een onverwacht grote nadelige invloed kunnen hebben op hun functioneren, hun zelfredzaamheid en hun autonomie. Dat is voor veel ouderen en hun naasten een onwenselijke uitkomst. Het is zinvol de zorg in en rond het ziekenhuis zodanig in te richten, dat deze optimaal bijdraagt aan herstel of het behoud van zelfredzaamheid. Dergelijke zorg is per definitie multidisciplinair.

We weten echter onvoldoende wat de best passende zorg of behandeling is voor de zeer diverse groep oudere patiënten. Een deel van die groep is heel vitaal, terwijl een ander deel kampt met meerdere gezondheidsproblemen tegelijk. Richtlijnen en protocollen zijn veelal opgesteld op basis van onderzoek met een veel jongere – en relatief gezonde – populatie. Ze zijn meestal ziektespecifiek, terwijl de (niet zelden complexere) medische situatie en de persoonlijke omstandigheden en voorkeuren van oudere patiënten erom vragen hun ‘individualiteit’ te integreren in het geheel van de aangeboden zorg.

Dit signalement illustreert de problematiek aan de hand van vier (fictieve) casussen van oudere patiënten met respectievelijk chronische nierschade, hart- en vaatziekten, kanker en acute gezondheidsproblemen. We constateren dat nog onvoldoende kennis aanwezig is om effectief passende zorg te leveren aan de zeer diverse groep oudere patiënten. Dus zorg die aansluit bij individuele niveaus van kwetsbaarheid of veerkracht en ook bij voorkeuren en wensen. We staan voor de urgente vraag hoe we de individuele situatie en voorkeuren systematisch in kaart kunnen brengen en dit vervolgens goed onderbouwd kunnen integreren in de zorg en een passende behandeling. En dat alles gekoppeld aan het juiste aanbod van ondersteuning en welzijn. En aansluitend op de keuzevrijheid van de patiënt en diens naasten/mantelzorgers, om datgene te kiezen wat aansluit bij wat voor hen van waarde is.

Gezien de duidelijke kennishiaten met betrekking tot passende ziekenhuiszorg voor ouderen én de te verwachten toename van deze groep patiënten, is het van groot belang de wetenschappelijke en praktische basis te verstevigen. Het beschikbare bewijs uit wetenschap en praktijk is welbeschouwd onvoldoende van toepassing op de oudere patiënt. Dat leidt onder meer tot over- en onderbehandeling en – bij gebrek aan houvast – tot ongewenste behandelvariëaties. ‘Medisch isolationisme’ zorgt ervoor dat behandelingen ziektespecifiek zijn en soms niet passen bij de doelen van de patiënt, bijvoorbeeld doordat ze negatieve effecten hebben op fysieke, cognitieve of sociale aspecten.

Let wel: het is niet zozeer een zaak van ‘laten of doen’. Veelal zijn er alternatieve, minder belastende behandelingen die de voorkeur verdienen. Of interventies – binnen of buiten het ziekenhuis – die de uitkomsten van de behandeling positief kunnen beïnvloeden. Het gaat erom samen met de oudere en diens naasten/mantelzorgers – en in afstemming met andere zorgverleners – te komen tot een goed afgewogen keuze die aansluit bij haalbare en gewenste uitkomsten. De huidige structuur-, proces- en uitkomstmaten die de kwaliteit van geleverde zorg meten, zijn daarvoor onvoldoende of (beperkt) toereikend.

In het signalement onderscheiden we in hoofdstuk 4 een aantal generieke vragen, onderverdeeld in de hoofdthema’s ‘Kenmerken van de oudere patiënt’, ‘Relevante uitkomsten’, ‘(Helpen bij) samen beslissen’, ‘Onderzoek en richtlijnontwikkeling’ en ‘Systeemvraagstukken en praktijkverbetering’. In hoofdstuk 5 doen we voorstellen voor oplossingen op korte, middellange en lange termijn, waarbij we aangeven welk soort onderzoek nodig is en wat we kunnen doen op het gebied van concrete praktijkontwikkeling.

Hoewel de noodzaak voor wetenschappelijk onderzoek en innovatie in de ouderengeneeskunde zeer groot is, is hiervoor binnen de gangbare grote landelijke subsidieprogramma’s weinig ruimte. De in dit signalement benoemde vraagstellingen passen niet binnen de doelstellingen, kaders en/of financieringsmogelijkheden van bestaande ZonMw-programma’s en de verwachting is dat deze vragen maar zeer beperkt worden opgepakt door gezondheidsfondsen, NWO-programma’s of vanuit de eerste geldstroom. Het verdient daarom sterk aanbeveling een geïntegreerd programma rond ‘ziekenhuiszorg voor ouderen’ op te zetten, waarbinnen de in dit signalement geschetste problematiek systematisch kan worden onderzocht en in de praktijk uitgetest. In een geïntegreerd

onderzoeksprogramma kunnen multicenterstudies op elkaar worden afgestemd met betrekking tot onderzoekspopulaties, te ontwikkelen instrumenten en de benodigde onderzoeksinfrastructuur. Ook biedt een dergelijk programma aanknopingspunten voor gerichte implementatie van kennis en innovatie in de zorgpraktijk. Zo kunnen de uitkomsten van de behandeling van ouderen in het ziekenhuis op grote schaal verbeteren. En daarmee de zelfredzaamheid van de patiënt en diens kwaliteit van leven.

1. Vier casussen

Oudere patiënten met chronische nierschade, hart- en vaatziekten, kanker en acute gezondheidsproblemen vormen een belangrijk deel van de populatie ouderen in de ziekenhuiszorg. Ook komen in de behandelingen die deze patiënten ondergaan een paar problemen rond ouderen in het ziekenhuis pregnant naar voren. We openen dit signalement met vier (fictieve) casussen, gebaseerd op de dagelijkse praktijk van de oudere patiënt in het ziekenhuis.

Casus 1: de nierfunctie van meneer Woudstra (83) holt achteruit

Meneer Woudstra heeft sinds zijn 50e hoge bloeddruk en suikerziekte. Kort na zijn pensioen kreeg hij een hartinfarct. Hij herstelde goed maar zijn uithoudingsvermogen is fors minder en hij houdt soms vocht vast. Inmiddels slikt hij dagelijks acht medicijnen en daarbij helpt zijn vrouw, omdat hij zijn pillen anders vergeet. Ondanks de medicijnen gaat de nierfunctie achteruit. Na een hevige buikgriep wordt meneer Woudstra opgenomen met uitdrogingsverschijnselen en een delier. Zijn nieren krijgen een klap. Meneer Woudstra komt bij de internist-nefroloog terecht, die concludeert dat de schade niet te herstellen is. Er is inmiddels sprake van ernstig nierfalen. De arts begint over een nierfunctievervangende behandeling, want voor een niertransplantatie is meneer Woudstra te zwak. De voorgestelde behandeling is zwaar: drie keer per week een dagdeel dialyseren of elke dag thuis buikspoelingen doen. In beide gevallen is vooraf een operatie nodig om een dialysetoegang te creëren. Het alternatief is niet dialyseren en ondersteunende maatregelen treffen met medicijnen en een dieet. Meneer Woudstra en zijn echtgenote vragen zich af of hij de zware behandeling kan verdragen. Zal hij zich wel beter voelen met dialyse en samen met zijn vrouw thuis kunnen blijven wonen? Of wordt hij afhankelijk van zorg? Welke impact heeft een dialysebehandeling op zijn cognitief functioneren? En leeft hij er langer mee?

Casus 2: mevrouw Soeroredjo (80) heeft een groeiend aneurysma

Mevrouw Soeroredjo wordt al jaren onder controle gehouden voor een aneurysma (een abnormale verwijding) van de grote lichaamsslagader in haar buik. In de afgelopen jaren is het aneurysma heel langzaam gegroeid. Bij de laatste controle bleek het een omvang van 6 centimeter te hebben. Naast een diabetes type 2 en wat cardiovasculair risico met bijbehorende medicatie, is mevrouw Soeroredjo redelijk gezond. Ze woont zelfstandig zonder hulp en wil naar eigen zeggen 'nog jaren mee'. Is het nu verstandig het aneurysma te opereren nu er geen klachten zijn? De kans op een spontane scheuring – waarbij het risico op overlijden hoog is – is klein maar reëel. De kans op complicaties rond een eventuele operatie is juist groot. Het is volstrekt duidelijk dat mevrouw Soeroredjo haar kwaliteit van leven nu heel goed vindt en daar geen concessies aan wil doen. Maar ze zegt ook dat ze, als het misgaat, elke mogelijkheid wil aangrijpen om niet te overlijden. Terwijl in zo'n acute situatie de kans op complicaties en zelfs overlijden vele malen groter is. Samen met haar arts wil mevrouw Soeroredjo een goed afgewogen beslissing nemen. Kan de arts haar vertellen wat de mogelijke uitkomsten van de verschillende scenario's zijn?

Casus 3: meneer El Hamdi (78) heeft niet-uitgezaaide slokdarmkanker

De laatste tijd voelt meneer El Hamdi zich niet zo lekker: hij is slap en futloos en het eten zakt niet goed. De huisarts stelt bloedarmoede vast en verwijst voor verder onderzoek naar het ziekenhuis. Op de poli doet de internist aanvullend onderzoek en vraagt een endoscopie aan. Daar komt uit dat meneer El Hamdi slokdarmkanker heeft. Gelukkig blijkt uit nadere diagnostiek dat er geen uitzaaiingen zijn. Voor vitale mensen weten we dat een combinatie van chemotherapie en bestraling, gevolgd door een zware operatie, de grootste kans op genezing geeft bij deze vorm van slokdarmkanker. Meneer El Hamdi en zijn familie vragen zich echter af: kan hij deze behandeling aan? Hij is tenslotte al 78 jaar. Bij een geriatrische screening blijkt meneer El Hamdi milde geheugenstoornissen te hebben en verminderde fysieke reserves. Wat is voor meneer El Hamdi en zijn familie eigenlijk het belangrijkste doel van de behandeling? Wat gebeurt er als de tumor niet behandeld wordt, of op een minder ingrijpende manier? Hoe groot is de kans dat hij de zware behandeling kan doorstaan en dus kan genezen? En hoe groot is het risico op ernstige bijwerkingen, zoals een delier of langdurige ziekenhuisopnames? Hoe ziet zijn hersteltraject eruit na ziekenhuisopname? En kan hij nog zijn hobby's blijven doen?

Casus 4: mevrouw Jansen (84) valt en breekt haar heup

Mevrouw Jansen is 84 jaar, woont alleen en heeft hartfalen en longemfyseem. De laatste tijd is ze minder mobiel en voelt ze zich soms wat rillerig. In de keuken valt ze en kan niet meer overeind komen. Haar dochter – bezorgd omdat haar moeder de telefoon niet opneemt – vindt haar een halve dag later. Ze belt 112. Mevrouw Jansen is niet goed aanspreekbaar. Heeft ze letsel? Met de ambulance gaat ze naar de spoedeisende hulp. Daar onderzoekt de arts-assistent heelkunde haar.

De arts-assistent neurologie wordt alvast in consult gevraagd omdat mevrouw Jansen verminderd aanspreekbaar is. Uit een foto blijkt dat haar heup gebroken is. Een CT van de hersenen laat, behoudens atrofie en 'witte stofschade', geen afwijkingen zien. Omdat mevrouw Jansen koorts heeft, komt de internist bij haar. Die constateert een blaasontsteking en start antibiotica. Haar cardioloog en longarts moeten adviseren of zij een heupvervangende operatie kan ondergaan. Inmiddels is het midden in de nacht, dus de operatie kan hoe dan ook pas de volgende dag. Om 5 uur in de ochtend arriveert mevrouw Jansen op de afdeling heelkunde. Om 6 uur belt de verpleegkundige met de dienstdoende arts: de patiënt is onrustig en wil uit bed stappen. Wat is eigenlijk het behandeldoel van mevrouw Jansen? Moet de operatie wel plaatsvinden nu? Hoe kunnen de onrust en verwardheid het beste behandeld worden? Wat is haar kans op goed herstel en op een daadwerkelijke winst van een ingreep? Hoe revalideert ze effectief?

In hoofdstuk 4 pakken we deze vier casussen weer op om onze probleemschets neer te zetten. Voordat we dat doen, geven we in het volgende hoofdstuk eerst een beschouwing op de context waarbinnen een voor de oudere patiënt passende aanpak rond en in het ziekenhuis een plek kan krijgen.

Interview 1²

Hanna Willems: 'Driekwart van de oudere patiënten wil boven alles zelfredzaam blijven'

Hanna Willems (41) is klinisch geriater in het Amsterdam UMC, locatie AMC. Er valt, zegt ze, op het gebied van 'samen beslissen' nog veel te leren in veel ziekenhuizen. Het gaat erom tijdig de vraag te stellen: welke meerwaarde gaat een ingreep hebben voor de oudere patiënt? Niet dat zij daar zelf altijd een antwoord op heeft, want onderzoek op de specifieke uitwerking van behandelingen voor (zeer) oude patiënten is nog dun gezaaid. Daarbij komt dat kalenderleeftijd niet altijd overeenkomt met iemands biologische leeftijd. De ene 75-jarige is nog heel vitaal, de andere kan al heel hulpbehoevend en kwetsbaar zijn.

Eén ding staat voor Willems vast: voor oudere mensen, die vaak meerdere kwalen tegelijk hebben, gaat de keus voor al dan niet behandelen niet in de eerste plaats om overlevingskansen. 'Driekwart van de oudere patiënten wil boven alles zelfredzaam blijven. Daarom zijn al die studies over overlevingskansen bij een ingreep voor hen ook niet relevant. Bij hen moet onderzoek gaan over zelfredzaamheidskansen. Hoe groot is de kans dat de patiënt na de operatie weer zelfstandig thuis kan verder leven?'

Het een immens voordeel voor de patiënt en diens familie als die eerder weten voor welke keuzes ze staan. 'Neem slokdarmkanker, een nare ziekte met doorgaans een slechte prognose. Daar is de keuze: het alleen plaatsen van een stent met weinig gedoe en dan nog een klein jaar overleven, versus bestralen en dan een grote operatie met daarna een kleinere kans dat je die operatie goed overleeft. Een 60-jarige denkt dan misschien: ik heb nog een stuk te gaan, ik ga ervoor! Terwijl een 75-plusser mogelijk liever kiest voor dat goede half jaar. Dat soort alternatieven aanbieden, dat doen wij in het ziekenhuis nog veel te weinig.'

Willems: 'Alleen al de vraag aan mensen met dementie wat hun wensen zijn, levert waarschijnlijk gezondheidswinst op. Gemiddeld liggen er zeven jaren tussen de diagnose en het overlijden. Helpen de gesprekken die je met zo'n patiënt voert en hoe onderzoek je dat? Bij gesprekken over wensen rondom de laatste levensfase, denk ik aan een oudere patiënt die bloedverdunners, cholesterolverlagers en hoge bloeddrukpillen slikt en zegt: ik wil eruit, ik heb geen zin meer in het leven! Dan zeg ik: die pillen, waarom slikt u die dan?'

Hanna Willems is klinisch geriater en internist ouderengeneeskunde in het Amsterdam UMC, locatie AMC. Zij is voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) en voorzitter van de Adviescommissie Zorgevaluatie van de Federatie Medisch Specialisten. Ze studeerde in 2002 cum laude af als arts aan de Universiteit van Amsterdam en promoveerde in 2014 aan de Vrije Universiteit op wervelfracturen bij ouderen.

² Verspreid door de tekst staan kaders met vijf korte interviews die de problematiek vanuit verschillende perspectieven illustreren. Dit is interview 1.

2. Inleiding

'Te veel zorg wordt nog geleverd binnen de muren van het ziekenhuis of de instelling. Alleen waar nodig zou de zorg in het ziekenhuis verleend moeten worden.' Dat schreef minister Bruno Bruins (Medische Zorg) op 11 oktober 2018 aan de Tweede Kamer³. Hij reageerde daarmee op het eerder dit jaar verschenen rapport van de Taskforce 'De juiste zorg op de juiste plek'⁴. Hierin staat het samenspel van specialisten, paramedici en verpleegkundigen in en buiten het ziekenhuis rond de vraag/problematiek van een patiënt centraal. Volgens de minister past niet op elke behoefte een medisch antwoord. Een medische behandeling zal niet altijd het gewenste resultaat opleveren voor mensen, aldus Bruins. 'Het is noodzakelijk dat er naast de medische disciplines aandacht is voor het mentaal welbevinden, de kwaliteit van leven, preventie, het sociale systeem, de woonomgeving en de wijk.'

2.1. Een bredere kijk op gezondheid

Deze inzet sluit aan bij het concept Positieve Gezondheid, waarin de dimensie 'lichaamsfuncties' in onderling verband is gebracht met vijf andere dimensies: mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Deze bredere kijk zorgt ervoor dat we meer zien dan alleen de medische situatie. Het antwoord op de vraag of bepaalde uitkomsten, ook bijvoorbeeld die van een medische behandeling, 'positief' of 'negatief' zijn, is mede afhankelijk van wat voor iemand persoonlijk belangrijk is. Voor de één kan dat optimaal functieherstel zijn, voor de ander is het eerder (weer) van betekenis kunnen zijn voor de persoonlijke omgeving. Het accent ligt zo dus niet op ziekte of gebrek, maar op mensen zelf, op hun veerkracht en op wat hun leven betekenisvol maakt⁵.

2.2. Ouderen en ziekenhuiszorg

Zorg thuis is terecht het vertrekpunt voor het beleid van de overheid (zie bijlage 2). Maar intussen is het ook een realiteit dat mensen naarmate ze ouder worden relatief vaker ziekenhuiszorg nodig hebben. Niet alleen vanwege acute zaken als een heupfractuur na een val⁶, maar ook voor behandelingen van ziekten als kanker, die vooral ouderen treffen. Uit de NZa-Monitor Zorg voor ouderen 2018 blijkt dat de meeste ouderen vitaal zijn en nauwelijks meer zorg gebruiken dan de gemiddelde Nederlander⁷. Toch gaat 48% van de totale zorguitgaven naar ouderen en dat heeft onder meer te maken met het gegeven dat de aard van de zorg verandert naarmate mensen ouder worden. De NZa becijfert dat meer dan de helft van de ouderen gebruik maakt van ziekenhuiszorg, waarbij het vaak gaat om intensieve behandelingen. Zo'n 60% van de patiënten met kanker is 65 jaar of ouder⁸. Voor dialysepatiënten geldt zelfs een percentage van tegen de 65%⁹.

2.3. Wat is passende zorg of behandeling?

Het ziekenhuis is voor ouderen hoe dan ook een belangrijke setting als het om zorg gaat en vormt dus ook een cruciaal onderdeel van het totale pakket aan benodigde zorg. Toch is er met betrekking tot de wijze waarop de oudere patiënt in het ziekenhuis wordt behandeld – en de keuzes die daar worden gemaakt – nog onvoldoende kennis aanwezig om effectief passende zorg te leveren aan de zeer diverse groep die oudere patiënten zijn. Interventies moeten altijd leiden tot gezondheidswinst (of het voorkomen van schade in de nabije toekomst). In de balans tussen de winst van een behandeling (ziekte bestrijden of schade voorkomen) en het eventuele verlies (bijwerkingen en verlies van functie, zelfredzaamheid en/of autonomie), weegt het laatste met het toenemen van de kwetsbaarheid steeds zwaarder. We weten van veel behandelingen niet wat de effecten zijn op uitkomsten die voor de oudere patiënt relevant zijn, zoals zelfredzaamheid. Kalenderleeftijd is hierbij een slechte maat; ouderen zijn zeer divers in hun individuele niveaus van kwetsbaarheid of veerkracht en ook in hun voorkeuren en wensen. De huidige geneeskunde is onvoldoende ingericht om die individualiteit een plaats te geven.

³ Kabinetsreactie op Rapport van de Taskforce 'De juiste zorg op de juiste plek', minister Bruno Bruins voor Medische Zorg, 11 oktober 2018, 1429869-182411-Z.

⁴ Rapportage van de Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek, 6 april 2018.

⁵ Zie <https://iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>.

⁶ De gemiddelde leeftijd van patiënten met een heupfractuur is 79. Er is een piek tussen de 85-89 jaar. Zie www.inaz.nl/cms/LTR_2012_Factsheet-heupfracturen_140611.pdf.

⁷ Monitor Zorg voor ouderen 2018, Nederlandse Zorgautoriteit, april 2018.

⁸ Zie www.kwf.nl/over-kwf/Pages/Kanker-en-ouderen.aspx.

⁹ Zie www.nefrovisie.nl.

'Een tijd geleden hadden wij een mevrouw opgenomen van 92 jaar met hartfalen. Ze was voor de eerste opname heel zelfstandig, deed nog alles zelf, fietste nog. In een half jaar tijd werd ze vier keer opgenomen en iedere keer leverde ze een beetje in. De benauwdheid werd steeds erger, met als resultaat dat ze steeds afhankelijker werd en niet meer naar buiten kon. Dan is wel de vraag: doen we nog het goede? De vijfde keer dat ze werd opgenomen, overleed ze in het ziekenhuis. Niemand die het echt had zien aankomen en besproken had met haar: wat wilt u zelf nog, wat is voor u belangrijk? Goede palliatieve zorg bij ouderen staat nog in de kinderschoenen, artsen en verpleegkundigen herkennen de signalen nog onvoldoende.'

Bianca Buurman, hoogleraar acute ouderenzorg en verpleegkundige

Dit alles geldt zowel voor de vitale oudere als voor de oudere patiënt die met meerdere gezondheidsproblemen tegelijk kampt. We weten nog onvoldoende – juist door die grote verschillen binnen de groep oudere patiënten – wat de best passende zorg of behandeling is. Dit is zorgelijk, omdat de behandeling in het ziekenhuis vaak een grote impact heeft op de oudere, zeker als deze kwetsbaar is¹⁰. Niet alleen de behandeling van hun medische problemen is nodig (denk naast acute zorgproblemen ook aan kanker of ernstig nierfalen¹¹), maar het gaat bij de kwetsbare groep vaak ook om geriatrische problemen als verminderde zelfredzaamheid, ondervoeding, vallen, medicatiebijwerkingen, stemmings- of cognitieve stoornissen. Het is cruciaal te onderkennen dat de acute ziekte zelf in de belangrijkste mate de achteruitgang bepaalt. Het hoeft dus op zich ook niet te verbazen dat een acute ziekteperiode voor een kwetsbare oudere een moment is van verder functieverlies, waarvan het herstel eigenlijk bij ontslag uit het ziekenhuis vaak nog moet beginnen. Als we daarbij niet al vanaf de opname gericht investeren in herstel na een acute ziekte, ontstaat het risico dat een oudere patiënt verzwakt het ziekenhuis weer uitkomt en daarna niet meer op het oude niveau terugkomt. Juist de oudere patiënt heeft behoefte aan snelle herkenning van die risico's, omdat daarmee de mogelijkheid bestaat snel in te zetten op 'de juiste zorg op de juiste plek' en betere uitkomsten voor de patiënt te realiseren. We weten alleen nog niet welke zorgmodellen (binnen en buiten het ziekenhuis) daarin effectief zijn. De ontbrekende kennis over de best passende zorg of behandeling heeft zo niet alleen impact op de oudere zelf, maar ook op (aansluitende) zorg, thuis of in het verpleeghuis.

2.4. Pleidooien voor meer kennis

Verschillende rapporten hebben argumenten aangedragen voor de noodzaak onderzoek te doen om betere zorg te helpen realiseren. Deze argumenten gelden naar onze overtuiging zeer zeker voor de zorg voor en behandeling van ouderen. In het rapport 'Onderzoek waarvan je beter wordt'¹² pleit de Gezondheidsraad voor 'structurele samenwerking [tussen umc's, zorgverleners, patiënten en gemeenten] zodat de vragen worden onderzocht die er in de praktijk toe doen.' Het NFU-rapport 'Sustainable Health'¹³ stelt: 'Duurzaamheid is noodzakelijk, omdat [we] bij ongewijzigd beleid [...] met z'n allen de zorg voor de groeiende groep kwetsbare ouderen niet meer kunnen bolwerken.' In het advies 'Zonder context geen bewijs'¹⁴ kritiseert de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving de aanname dat bewezen zorg ook altijd goede zorg is: 'Wat is dan het bewijs, hoe is het tot stand gekomen en is het bewijs ook houdbaar in verschillende situaties?' Het KNMG-rapport 'Niet alles wat kan, hoeft'¹⁵ gaat specifiek over passende zorg in de laatste levensfase. De opstellers schetsen de mechanismen die overbehandeling veroorzaken, met als gevolg een tekort aan aandacht voor de kwaliteit van leven en voor andere keuzes dan doorbehandelen. Hun ideaal: richtlijnen zijn niet alleen gericht op 'doen', maar ook op 'laten'. Overigens zullen richtlijnen – ook als we deze 'breder' formuleren – niet per se dé oplossing zijn. Juist bij de zeer diverse groep oudere patiënten ligt de oplossing waarschijnlijk veel meer hoe we weloverwogen weten af te wijken van de richtlijnen. Daarvoor is nieuwe kwantitatieve én kwalitatieve kennis nodig, namelijk over het omgaan met

¹⁰ 'Haastige spoed is zelden goed; het belang van samenwerken bij acute zorgvragen van ouderen', lectorale rede d.d. 11 oktober 2016 door Bianca Buurman, lector Transmurale Ouderenzorg aan de Hogeschool van Amsterdam.

¹¹ In dit signalement gaan we vooral op deze gezondheidsproblemen in, maar uiteraard moeten we ook denken aan andere veelvoorkomende problemen bij ouderen, zoals hart- en vaatziekten en stoornissen van het bewegingsapparaat, de zintuigen en de hersenfunctie.

¹² 'Onderzoek waarvan je beter wordt; een heroriëntatie op umc-onderzoek', Gezondheidsraad, 12 oktober 2016.

¹³ 'Sustainable Health; nationaal plan academische geneeskunde, biomedische wetenschap en gezondheidsonderzoek', NFU, februari 2016.

¹⁴ Zonder context geen bewijs; over de illusie van evidence-based practice in de zorg, Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, juni 2017.

¹⁵ 'Niet alles wat kan, hoeft; passende zorg in de laatste levensfase', KNMG, januari 2015.

onvermijdbare onzekerheid. En het is nodig om manieren te ontwikkelen om 'interprofessioneel lerend' die kennis te gaan toepassen en zorgverleners en patiënten handvatten te bieden om 'in onzekerheid' te kunnen handelen.

2.5. Het ziekenhuis binnen de zorgketen

Al deze argumentaties en pleidooien komen mooi samen in een recent plan van vijf samenwerkende zorgkoepels: 'Tijd voor verbinding'¹⁶. Dit plan beschrijft de noodzaak stappen te zetten om potentieel vermijdbare schade en sterfte in de ziekenhuiszorg te verminderen en geeft aan hoe daarin binnen vier jaar 'een aanmerkelijke en betekenisvolle daling' te realiseren is. Onder de pijler 'Verder bouwen aan de patiëntveiligheid voor kwetsbare ouderen' schrijven de koepels: 'Kwetsbaarheid, chronische ziekten en co-morbiditeit zorgen ervoor dat het risico op zorggerelateerde schade bij ouderen toeneemt. De zorg voor deze groep binnen het ziekenhuis en in de zorgketen of -netwerk is op teveel plekken nog niet optimaal. Om de patiëntveiligheid te verbeteren zou het zorgproces zoveel mogelijk georganiseerd moeten worden vanuit het perspectief van de patiënt en zijn omgeving. Hierbij is oog voor de aansluiting op, afstemming met en overdracht in de gehele zorgketen¹⁷. Er is veel ontwikkeld voor veilige zorg aan kwetsbare ouderen dat nu geïmplementeerd kan worden. Focus op het toepassen in de dagelijkse praktijk is nu wenselijk.'

'Mijn 84-jarige vader had uitgezaaide prostaatcancer. Zijn prognose was slecht, maar hij had nog wel de regie over zijn leven. Tot hij van de trap viel, met een flinke hoofdwond als gevolg. Hij werd met de ambulance naar het ziekenhuis gebracht. Met een MRI constateerden ze daar een scheurtje dat mogelijk kon gaan bloeden. Ze hebben hem in een bed gelegd en om de twee uur wakker gemaakt. Na een week kregen wij niet alleen een lichamelijk, maar ook een geestelijk wrak mee naar huis. Hij is met een delier naar huis gestuurd, zonder ons daarover te informeren. Nooit is aan mijn vader of aan ons de vraag gesteld of nader onderzoek wenselijk of opportuun was, gezien zijn uitgezaaide kanker. Na vijf weken is hij overleden. Die laatste weken waren afschuwelijk, voor hem, mijn moeder en voor ons.'

Een naaste

2.6. Kennishiaten rond behandeling ouderen

Het plan van de vijf zorgkoepels sluit aan bij de verschillende kennisagenda's van beroepsverenigingen, waarin zij de kennishiaten rond de behandeling van ouderen in het ziekenhuis agenderen en prioriteren. Voorbeelden zijn de kennisagenda's van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)¹⁸ (waarin naast internisten-ouderengeneeskunde ook oncologen, nefrologen, hematologen en andere specialisten zijn vertegenwoordigd) en de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)¹⁹. Ook de kennisagenda's van paramedici spelen hierop in. Onderzoek naar ouderen in het ziekenhuis past daarnaast ook goed in de Nationale Wetenschapsagenda²⁰ omdat het de facto 'personalised medicine voor ouderen' en de 'preventie van gezondheidsverlies' betreft.

2.7. Belang van een stevige wetenschappelijke basis

Bij al deze duidelijke pleidooien voor het verbeteren van het geheel van beschikbare zorg voor ouderen, komt duidelijk naar voren dat het niet alleen gaat om de organisatie van die zorg (een punt wat in het maatschappelijke en professionele debat over de inrichting van de ouderenzorg vaak de boventoon voert) maar vooral ook over de inhoud ervan. Met name dat laatste aspect is een ondergeschoven kindje. Het gaat hierbij om de urgente vraag hoe we de individuele situatie en voorkeuren van de zeer diverse groep oudere patiënten systematisch in kaart brengen en dit vervolgens goed onderbouwd integreren in de zorg en een passende behandeling. En dat alles gekoppeld aan het juiste aanbod van ondersteuning en welzijn en aansluitend op de keuzevrijheid van de patiënt en diens naasten/mantelzorgers om datgene te kiezen wat aansluit bij wat voor hen van waarde is. Gezien de duidelijke kennishiaten met betrekking tot passende ziekenhuiszorg voor ouderen én de te verwachten toename van deze groep patiënten in het ziekenhuis, is het dan ook van

¹⁶ 'Tijd voor verbinding; de volgende stap voor patiëntveiligheid in ziekenhuizen', FMS, NFU, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland en V&VN, 1 oktober 2018.

¹⁷ Te denken valt aan initiatieven als een transmurale zorgbrug (red.).

¹⁸ NIV Kennisagenda, Nederlandse Internisten Vereniging, 2017.

¹⁹ NVKG-wetenschapsagenda, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2015.

²⁰ Zie <https://www.nfu.nl/wetenschap/nationale-wetenschapsagenda/>

groot belang de wetenschappelijke en praktische basis te verstevigen voor passende en doelmatige zorg gericht op relevante uitkomsten voor ouderen. Behandeldoelen van ouderen zijn lang niet altijd te definiëren aan de hand van begrippen als genezen, ziektevrije periode of overleving; kernbegrippen in de richtlijnen en protocollen waarmee medisch specialisten werken. Voor ouderen zijn bijvoorbeeld behoud van zelfstandig functioneren, minder belasting van hun mantelzorgers en een optimale kwaliteit van leven vaak van een minstens zo groot belang. Wetenschappelijk bewijs ('evidence') waarop richtlijnen nu gebaseerd zijn, houdt onvoldoende rekening met de specifieke situatie en behoeften van ouderen, en met hun diversiteit. Het streven moet zijn om ook de geneeskunde voor ouderen met wetenschap te onderbouwen, maar daarvoor is meer contextgerelateerde kennis nodig.

2.8. Aanknopingspunten voor verbetering

In het vervolg van dit signalement zetten we uiteen waar de belangrijkste problemen zitten en hoe we die met systematisch gezondheidszorgonderzoek en door onderzoek begeleide praktijkexperimenten kunnen helpen oplossen. Daarbij geven we aan welke winst er te behalen is op korte, middellange en lange termijn en welke stappen ook nu al gezet kunnen worden om de behandeluitkomsten van ouderen in het ziekenhuis te verbeteren. Het gebrek aan evidence en contextgerelateerde kennis is generiek en niet ziektespecifiek. Toch kiezen we voor een focus op vier grote thema's: nefrologie (nieraandoeningen), cardiovasculaire zorg (hart- en vaatproblemen), oncologie (kanker) en acute zorg. Dit zijn onderdelen van de ziekenhuiszorg voor ouderen waarin we te maken hebben met grote aantallen patiënten en ingrijpende behandelingen. En het zijn thema's waarin ook al aanknopingspunten en landelijke initiatieven zijn voor verbetering. We kleuren de probleemschets (die we in hoofdstuk 3 uiteenzetten) in aan de hand van een nadere analyse van de concrete casusbeschrijvingen uit het begin van dit signalement (hoofdstuk 4) en vertalen de schets vervolgens naar generieke voorstellen voor mogelijke oplossingsrichtingen (hoofdstuk 5).

Interview 2

Arno Karstens: 'We behandelen dezelfde patiënt, met hetzelfde doel'

In de tweemans huisartsenpraktijk van Arno Karstens (50) in Oudewater gaat het hem als huisarts met speciale aandacht voor ouderen vooral om de 65-plussers die hij als 'kwetsbaar' ziet. En die hij, als het tot een opname in het ziekenhuis komt, goed gewapend met een tevoren met hem doorgesproken wensen- en mogelijkhedenlijstje, in handen van de ziekenhuisbehandelaars geeft. Als een situatie urgent wordt omdat er iets met die kwetsbare patiënt gebeurt, dan heeft de huisarts diens mogelijke opties en verlangens al doorgesproken en kan hij het ziekenhuis goed geïnformeerd adviseren. De kans op over- of onderbehandeling wordt daardoor kleiner. 'Beter voor de patiënt, beter voor het ziekenhuis,' zegt Karstens.

Uiteindelijk draait het erom dat mensen de behandeling krijgen die ze zelf willen en die voor hun leeftijd én medische situatie haalbaar is. Het gaat om vragen als: wilt u wel naar het ziekenhuis? Wilt u wel gereanimeerd worden? Karstens: 'Als zulke vragen worden gesteld in een crisissituatie waarin mensen pijn hebben, bang zijn, kortademig vaak, dan zijn ze mogelijk geneigd om maar mee te gaan in een behandeling. Omdat ze denken: straks sturen ze me in deze toestand nog naar huis!'

Intussen zouden Karstens en zijn collega's ook graag zien dat medisch specialisten op hun beurt met de huisarts overleggen wanneer een oudere patiënt uit het ziekenhuis wordt ontslagen. 'Eigenlijk doet alleen de oncoloog dat, in de praktijk. Maar wat zou het mooi zijn als een longarts of een cardioloog tegen de huisarts zou kunnen zeggen: praat eens met die patiënt, zodat je kunt uitleggen: u bent beter af thuis, waarbij we de pijn of de benauwdheid daar bestrijden, dan weer in het ziekenhuis.' In de praktijk komt het voor dat de huisarts soms helemaal niet wéét dat een patiënt naar huis is gestuurd, vaak in een slechtere conditie dan voorheen en niet zelden met een ander medicijnenpakket. 'Dan hoor je van de thuiszorg: mevrouw heeft andere pillen.'

Volgens Karstens moeten huisartsen proactief gaan werken en is het aan artsen in en buiten het ziekenhuis om veel meer samen te werken. 'We behandelen dezelfde patiënt, met hetzelfde doel. Wat is een zinvolle behandeling en wat niet? Kwaliteit van leven staat bij ouderen voorop. Ik kom bij mensen thuis om daarover met ze te praten. Dat maakt mijn vak zo leuk.'

Arno Karstens is sinds 2004 huisarts in Oudewater. Hij is daarnaast kaderhuisarts ouderengeneeskunde en voorzitter van de Landelijke Adviesgroep Eerstelijngeneeskunde voor Ouderen (LAEGO), een netwerk van 130 huisartsen. Karstens studeerde in 1995 af als arts aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hij vertrok als tropenarts naar Namibië en koos na terugkeer alsnog voor de huisartsenopleiding, opnieuw in Rotterdam.

3. Probleemschets

De vier casussen die we aan het begin van dit signalement hebben uitgewerkt (meneer Woudstra, mevrouw Soeroredjo, meneer El Hamdi en mevrouw Jansen), maken duidelijk hoe complex de situatie bij oudere patiënten kan zijn. En ook hoe uiteenlopend de oudere in kwestie zelf met die complexiteit – of met andere grote vraagstukken – kan omgaan, mede afhankelijk van de thuissituatie, beschikbaarheid van mantelzorg en ondersteuning vanuit het sociale netwerk. En van een goede afstemming met overige zorg en ondersteuning. Hoe dan ook is het onmiskenbaar dat er niet één protocol naadloos past. Artsen (en andere zorgverleners) zullen in elke situatie opnieuw afwegingen moeten maken, als het kan samen met de patiënt en de mensen om hem of haar heen. De voorbeelden leveren anekdotische informatie op over de breedte van de problematiek die kan spelen en over de geïntegreerde aanpak die nodig is om daarbij passende zorg te kunnen bieden. Voordat we verder gaan met de uitwerking van de probleemschets, eerst een paar feiten en cijfers.

3.1. Vergrijzing en de oudere patiënt in het ziekenhuis

In de periode tussen 2005 en 2015 steeg het aantal 65-plussers in Nederland van 2,3 miljoen naar 3,0 miljoen, een toename van 30%. Naar verwachting stijgt dit aantal tot 4,8 miljoen in 2040, onder meer door een stijgende gemiddelde levensverwachting van 81,5 jaar in 2015 tot 86 jaar in 2040, zo constateert het RIVM in de VTV2018²¹: 'Nagenoeg alle jaren die we erbij krijgen, zijn in goede ervaren gezondheid. Ook gaan we niet meer beperkingen ervaren. Wél stijgt het aantal mensen met een chronische aandoening. We worden steeds ouder doordat mensen vaker aandoeningen zoals hart- en vaatziekten en kanker overleven, onder meer door betere behandelingen.' Verreweg de meeste ouderen (94%) wonen thuis²². Ook van de 85-plussers woont 70% nog thuis, vaak met ondersteuning van wijkverpleging. 6% van de ouderen woont in een verpleeghuis. Het gaat om 189.000 mensen. Als het gaat om ziekenhuiszorg, zijn de getallen indrukwekkend. Per jaar komen maar liefst 800.000 ouderen op de spoedeisende hulp terecht. In de recente Monitor acute zorg²³ constateert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) dat door de vergrijzing meer complexe patiënten op de spoedeisende hulp belanden. Om 'drukke in de acute zorg' op te kunnen blijven vangen, is samenwerking tussen ziekenhuizen, huisartsen en andere partijen in de acute zorgketen 'het sleutelwoord', aldus de NZa.

3.1.1. Hoe ouder, hoe meer 'acute events'

In de Startnotitie 'Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis'²⁴ schetst het Zorginstituut Nederland op basis van data-analyses hoe vaak een zogeheten 'acuut event' voorkomt bij een kwetsbare thuiswonende oudere. Bij een acuut event gaat het om gebeurtenissen die een oudere uit zijn of haar evenwicht halen of daar het gevolg van zijn, bijvoorbeeld het in korte tijd escaleren van eerstelijns zorg, een bezoek aan de huisartsenpost of een ziekenhuisopname via de spoedeisende hulp. Van een groep van ruim 2,5 miljoen thuiswonende ouderen kreeg 14% minstens één acuut event in het jaar 2016. Met een toenemende leeftijd neemt ook het jaarlijkse risico op meerdere events toe. Van de 85-plussers ondergaat 42% binnen hetzelfde jaar een tweede event en 19% drie of meer events. De ouderen met een acuut event gebruiken meer zorg dan andere ouderen. Met name huisartsenconsulten en -visites, gebruik van wijkverpleging en het krijgen van meerdere geneesmiddelen ligt bij ouderen met een acuut event hoger. Ook is gekeken of er in het zorggebruik mogelijke 'voorspellers' zijn aan te wijzen voor het optreden van een acuut event. Zo blijken ouderen voorafgaand aan een acuut event vaker opgenomen te zijn in een eerstelijnsverblijf. Als een oudere alleenwonend werd, bijvoorbeeld als gevolg van het verlies van een partner, werd de kans op een acuut event in het jaar daarna beduidend groter.

3.1.2. Grote diversiteit in de groep ouderen

Iedereen herkent dat ouderen in veel opzichten heel divers zijn. Kalenderleeftijd is geen goede maat om die diversiteit te beschrijven: twee mensen van 80 jaar oud kunnen heel verschillend zijn in hun mate van kwetsbaarheid of vitaliteit, hun zelfredzaamheid of geheugen, hun sociale netwerk. En evengoed kunnen ze sterk verschillen in hun wensen: waar de ene oudere als doel heeft zo lang mogelijk te overleven, kiest de ander misschien voor behoud van zelfredzaamheid, ook als dat een korter leven betekent. Artsen en patiënten maken ook nu al dagelijks inschattingen van de individuele situatie van de oudere patiënt. Dat gaat goed als de patiënt evident heel vitaal of heel kwetsbaar is. Of

²¹ Zie <https://www.vtv2018.nl/gezonder-en-zieker>.

²² Monitor Zorg voor ouderen 2018, Nederlandse Zorgautoriteit, april 2018.

²³ Monitor Acute zorg 2018, Nederlandse Zorgautoriteit, januari 2019.

²⁴ Marjolein de Booy (red.). Startnotitie 'Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis'. Zorginstituut Nederland, 21 juni 2018.

als de patiënt heel duidelijk zijn behandelwens uitspreekt. Maar voor een 'tussengroep', waarbij het minder duidelijk is wat er aan hand is, ontbreekt het aan expertise, kennis en instrumenten om de situatie goed in kaart te brengen en de betekenis ervan voor ziekte en behandeling een structurele plaats te geven in de spreekkamer.

3.1.3. Een combinatie van problemen

Zoals eerder aangegeven vormen ouderen de meerderheid van de totale patiëntenpopulatie bij ziekten als kanker en ernstig nierfalen. Het is niet overdreven om te stellen dat ziekenhuiszorg voor een belangrijk deel ouderenzorg is. Veroudering gaat gepaard met een grotere kans op ziekte, functionele achteruitgang, verlies van zelfredzaamheid en verlies van kwaliteit van leven. Bij oudere patiënten is, naast de ziekte waarmee ze bij de dokter komen of voor naar het ziekenhuis moeten, vaak sprake van een samengaan van problemen op lichamelijk, geestelijk en sociaal vlak. Als groep zijn ouderen gemiddeld kwetsbaarder dan jongere patiënten, omdat zij vaak meerdere ziekten tegelijk hebben en een sociaal vangnet soms ontbreekt. Multimorbiditeit (meerdere ziekten en aandoeningen tegelijk) komt voor bij 75% van de ouderen boven de 80 jaar²⁵. Ook slikken ouderen vaak meerdere verschillende medicijnen (polyfarmacie) en hebben zij verminderde fysieke reserves, waardoor de kans op herstel kleiner is. De behandeling die bij vitale patiënten vanzelfsprekend is, verhelpt bij een oudere patiënt weliswaar misschien de ziekte, maar kan op andere gebieden een reeds wankel evenwicht verstoren en door onbedoelde achteruitgang van cognitie of functioneren zelfs tot afhankelijkheid leiden. Bij dit alles is het steeds goed te bedenken dat de groep ouderen zeer heterogeen is. Kalenderleeftijd is geen goede maat voor kwetsbaarheid of vitaliteit en maakt geen onderscheid in de individuele situatie van de patiënt op lichamelijk, geestelijk en sociaal gebied. Bovendien kan kwetsbaarheid ook een tijdelijke toestand zijn, mede afhankelijk van specifieke omstandigheden.

3.1.4. Risico's rondom een ziekenhuisopname

Met de toename van het aantal ouderen ontstaat ook een toenemende vraag naar zorg. Deze wordt voor een substantieel deel geleverd in het ziekenhuis (meer dan de helft van de ouderen maakt zoals gezegd gebruik van ziekenhuiszorg²⁶). Met name voor acuut opgenomen ouderen geldt dat ze vaak kwetsbaar zijn, waardoor de ingrijpende behandelingen in het ziekenhuis bij hen een extra grote invloed kunnen hebben op hun functioneren en zelfredzaamheid²⁷. Deze patiënten ervaren een functionele en/of cognitieve en/of sociale achteruitgang. Ouderen die acuut in het ziekenhuis worden opgenomen hebben bijvoorbeeld vaak een terugslag na een ziekenhuisopname^{28 29 30}. Zij raken in de war, hebben moeite met lopen, of komen kort na ontslag uit het ziekenhuis opnieuw op de spoedpost terecht³¹. Uit onderzoek in het LUMC en andere ziekenhuizen bleek dat drie maanden na een bezoek aan de spoedeisende hulp van alle 70-plussers 10% was overleden. En nog eens 20% zo was verzwakt dat ze voortaan minder zelfstandig konden leven. Van de ouderen die werden opgenomen in het ziekenhuis, was 20% drie maanden later overleden en nog eens 20% er fors op achteruit gegaan³².

3.1.5. Meer waarde toevoegen

Dit alles komt niet doordat de betreffende zorgverleners geen goed werk zouden leveren, maar begint met het gegeven dat de huidige zorg veel ouderen onbedoeld 'schade' toebrengt en niet is ingericht om snel te starten met behoud en herstel van zelfredzaamheid. Niet-passende en een soms te belastende behandeling – met onvoldoende ondersteuning bij herstel – eisen hun tol. Het heeft er verder mee te maken dat we onvoldoende weten wat voor de oudere patiënt – zeker als die kampt met meerdere gezondheidsproblemen tegelijk – de best passende zorg of behandeling is. Het gevolg is dat de huidige ziekenhuiszorg voor oudere patiënten niet optimaal effectief en daarmee ook niet doelmatig is. Dat gaat niet alleen ten koste van de levenskwaliteit en gezondheid van de patiënt, het

²⁵ Zie <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie#!node-prevalentie-multimorbiditeit-naar-aantal-chronische-ziekten>.

²⁶ Monitor Zorg voor ouderen 2018, Nederlandse Zorgautoriteit, april 2018.

²⁷ Jelle van Gelder et al. (2018). Optimization of the APOP screener to predict functional decline or mortality in older emergency department patients: Cross-validation in four prospective cohorts. *Experimental Gerontology*, september 2018, 110:253-259.

²⁸ In de Startnotitie 'Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis' van Zorginstituut Nederland (21 juni 2018) staan veel cijfers over het zorggebruik door kwetsbare ouderen voor en na een 'acuut event'.

²⁹ Rosanne van Seben et al. (2018) The Course of Geriatric Syndromes in Acutely Hospitalized Older Adults: The Hospital-ADL Study. Geraadpleegd via www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30270027.

³⁰ Rosamme van Seben et al. (2018). "I Feel Worn Out, as if I Neglected Myself": Older Patients' Perspectives on Post-hospital Symptoms After Acute Hospitalization. Geraadpleegd via www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29304202.

³¹ Bianca Buurman et al. (2011). Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. *PLoS One*, 6(11), 1-7.

³² Bron: Interview met Simon Mooijaart, in: NRC Handelsblad, 23 april 2018.

uit zich ook in de zorguitgaven. Heropnames, verplaatsing naar de IC en het behandelen van complicaties drukken op de budgetten, maar verlies van zelfredzaamheid doet dat via een omweg misschien nog wel veel sterker. Door beter passende ziekenhuiszorg kunnen we tegen dezelfde inspanning (en dus ook per geïnvesteerde euro) veel meer 'waarde voor de patiënt' toevoegen, zoals ook het uitgangspunt is van het concept value based health care.

Value based health care

Steeds sterker klinkt de roep om zorg te evalueren en in te richten op de hoeveelheid waarde die de zorg toevoegt, in plaats van op de financiële kosten alleen. Het zogeheten 'Linnean initiatief' wil de infrastructuur van de Nederlandse gezondheidszorg klaarmaken voor het implementeren van de principes van value based health care (VBHC). De filosofie van VBHC is bij uitstek geschikt om toe te passen bij zorg voor ouderen: voor hen wordt waarde niet alleen bepaald door afname van sterfterisico door een bepaalde behandeling, maar ook door het behouden of toevoegen van kwaliteit van leven, zelfredzaamheid en functionele capaciteit. Het vormgeven van de gezondheidszorg voor ouderen volgens de principes van VBHC, vergt een investering in de wetenschappelijke onderbouwing die dit signalement beschrijft.

Triple aim

Nauw verwant aan value based health care is triple aim, een uit de Verenigde Staten overgewaaid concept voor het duurzaam organiseren van zorg, waarbij drie doelen tegelijk worden nagestreefd:

- *Het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg.*
- *Het verbeteren van de gezondheid van een populatie.*
- *Het verlagen van de kosten per hoofd van de bevolking.*

Voor een duurzaam zorgstelsel dat aan deze drie doelen beantwoordt, is het realiseren van passende zorg voor ouderen in het ziekenhuis een cruciale stap.

3.1.6. Wat zijn de 'juiste' uitkomstmaten?

Het ziekenhuis werkt met ziektespecifieke protocollen, terwijl de complexe problematiek van een (kwetsbare) oudere patiënt juist om een geïntegreerde aanpak vraagt. De ziektespecifieke aanpak heeft vaak een tamelijk 'simpele' uitkomstmaat: genezing of ziektegerelateerde symptoomvermindering. Terwijl dit voor veel oudere patiënten niet per se de belangrijkste behandeluitkomst is (nog afgezien van het feit dat de meeste chronische ziekten – zoals hartfalen, artrose, COPD, nierfalen of diabetes – sowieso niet te genezen zijn). Zo divers als de problemen van ouderen in het ziekenhuis zijn, zo verschillend zijn ook hun individuele wensen en behoeften. Oudere patiënten hechten bijvoorbeeld vaak meer waarde aan zelfredzaamheid en kwaliteit van leven dan aan lange overleving. We moeten de zorg in het ziekenhuis dus zo inrichten dat de behandeling wordt afgestemd op de door de betreffende oudere gewenste en haalbare uitkomsten. Er is kennis en kunde nodig om goed met een oudere patiënt te kunnen overleggen over het soort behandeltraject dat hij of zij wil ingaan. In alle ziekenhuizen kan een zogeheten volledig geriatrisch onderzoek ('geriatrisch assessment') worden uitgevoerd, met als doel de diverse problemen te herkennen en daarmee de capaciteiten van de oudere in kwestie én de benodigde (zorg)behoeften voor een behandeling vast te stellen. Zo'n volledig geriatrisch onderzoek is echter tijdrovend en maar voor een heel klein deel van de ouderen nodig en haalbaar. De uitdaging is om te beslissen wie baat heeft bij deze analyse en zich intussen de vraag te stellen wat de behandelend arts zelf kan. Welke kennis en competenties zijn daarvoor nodig? Hoe richten we de zorg zodanig in dat we de individuele situatie van de patiënt een systematische plaats geven? Het gaat er uiteindelijk om (samen) te kiezen voor een passende behandeling, die aansluit bij wensen en behoeften en die bijdraagt aan herstel, zelfredzaamheid en autonomie. Er is meer informatie nodig op basis waarvan een oudere de juiste keuze kan maken tussen behandelopties. Voor ouderen relevante uitkomstmaten ontbreken nog goeddeels, waardoor het proces van samen beslissen niet optimaal is.

3.2. Gebrek aan bruikbaar wetenschappelijk en contextgerelateerd bewijs

Er zijn veel kansen voor verbetering van de ziekenhuiszorg in de dagelijkse klinische praktijk, maar in het tijdperk van 'evidence based medicine' wordt deze praktijk toch gedomineerd door de hierboven genoemde ziektespecifieke richtlijnen en protocollen. Ziekenhuizen zijn zo ook georganiseerd. De inhoud van de protocollen wordt gevoed door resultaten uit onderzoek waarin ouderen met meerdere aandoeningen niet of nauwelijks vertegenwoordigd zijn. Zij worden veelal uitgesloten vanwege multimorbiditeit en polyfarmacie, de afname van hun nierfunctie, cognitieve stoornissen of functionele beperkingen waardoor ze niet naar een studiecentrum kunnen komen. De ouderen die wel kunnen en

'mogen' deelnemen aan studies, zijn niet representatief voor de zeer diverse groep ouderen die in het ziekenhuis een arts bezoeken.

3.2.1. Geen contextgerelateerde kennis voor behandelkeuzes

Het is maar de vraag of het beschikbare bewijs uit wetenschap en praktijk van toepassing is op de oudere patiënt en zo ja, op welke patiënt dan wel en op welke niet. Deze onduidelijkheid leidt onder meer tot niet goed passende behandelingen, over- en onderbehandeling en – bij gebrek aan houvast – tot ongewenste behandelvariaties. Arts en patiënt komen zonder het te willen tot behandelkeuzes die onbedoeld kunnen leiden tot langdurige opnames en een netto gezondheidsverlies. Gezondheidswinst wordt gemeten als de afwezigheid van de behandelde ziekte of overleving. Dit 'medisch isolationisme' leidt tot behandelingen die niet passen bij de doelen van de patiënt, bijvoorbeeld doordat ze negatieve effecten hebben op fysieke, cognitieve of sociale aspecten. Ook leidt het gemakkelijk tot het achterwege laten van ondersteunende maatregelen om het herstel te bevorderen, zoals geriatrische revalidatie. We benadrukken overigens nog maar eens dat het niet altijd een zaak is van 'laten of doen'. Veelal zijn er alternatieve, minder belastende behandelingen die de voorkeur verdienen. Het gaat erom samen met de oudere en diens naasten/mantelzorgers – en in afstemming met andere zorgverleners – te komen tot een goed afgewogen keuze die aansluit bij haalbare en gewenste uitkomsten.

3.2.2. Relevante uitkomstmaten ontbreken

Het ontbreekt dus aan wetenschappelijke en praktische onderbouwing van passende ziekenhuiszorg voor ouderen, gericht op voor ouderen belangrijke uitkomsten. Op dit moment bouwt de medische wereld slechts zeer beperkt kennis op door juist in de groep ouderen onderzoek te doen naar de beste behandeling. Van de klinische studies naar het effect van behandelingen, richt slechts 7% zich specifiek op ouderen³³. De gebruikelijke effectstudies rapporteren bovendien zeer weinig over uitkomsten die voor ouderen van belang zijn, zoals zelfredzaamheid, autonomie en cognitief functioneren. De studies richten zich vaak op uitkomsten als vijfjaarsoverleving. Zo'n uitkomst kan voor de oudere patiënt een heel andere betekenis en relevantie hebben dan voor de jongere patiënt. Bovendien bestaan veel van de behandelingen uit meerdere componenten en zijn deze gebonden aan een specifieke (lerende) context, waardoor andersoortig onderzoek noodzakelijk is. De gerandomiseerde trial is meestal niet uitvoerbaar en er is daardoor vaker een combinatie van kwalitatief en kwantitatief monitorend onderzoek nodig.

3.2.3. Ziekenhuiszorg mogelijk niet optimaal effectief

De kwestie is vervolgens: wat is de plaats van ziekenhuiszorg in het totale aanbod van zorg voor de oudere patiënt? Deze uiterst urgente vraag is nu eigenlijk niet te beantwoorden. Bij gebrek aan wetenschappelijke en praktische onderbouwing geven richtlijnen onvoldoende houvast bij de behandeling van ouderen, en bij de vraag hoe om te gaan met de individuele situatie en voorkeuren van de oudere patiënt en op basis daarvan als arts en patiënt tot een goede gezamenlijke besluitvorming te komen ('samen beslissen'). In de klinische praktijk is bij veel specialisten ongemak voelbaar om af te wijken van richtlijnen en om te gaan met onzekerheid die onvermijdelijk samenhangt met een specifieke situatie van een individuele patiënt in diens context. Argumenten om af te wijken van de richtlijnen zijn lastig hard te maken door arts en patiënt, omdat de kennis over de betekenis van veroudering voor de uitkomsten ontbreekt. Diagnostiek en behandeling van ouderen in het ziekenhuis zijn soms niet alleen weinig zinvol of ondoelmatig, maar kunnen dus zelfs leiden tot netto gezondheidsverlies. Zoals hierboven geschetst, ontbreekt het aan kennis over de invloed van ziektespecifieke behandelingen op de verschillende domeinen van gezondheid. Maar nog minder heeft het een structurele plaats in de zorg om systematisch bij de oudere patiënt te achterhalen en samen te benoemen welke doelen in de resterende levensverwachting belangrijk zijn. Dit geeft een groot risico op een niet-passende behandeling van (kwetsbare) ouderen.

3.2.4. Consequenties in de hele keten

Dit probleem is het duidelijkst aanwezig bij intensieve behandelingen in het ziekenhuis, zoals dialyse, chemotherapie of grote operaties. Deze behandelingen hebben vaak op korte termijn forse gevolgen voor de patiënt. Eerder is onderzocht dat bijvoorbeeld van alle ouderen met kanker 67% niet eerder onderkende geriatrische aandoeningen heeft, die van belang zijn voor de uitkomsten van ziekte en behandeling³⁴. De verminderde draagkracht die hiermee samenhangt, heeft consequenties door de hele keten heen: bijwerkingen, complicaties en vertraagd herstel leiden tot meer acute zorgproblemen

³³ Broekhuizen et al., PLoS ONE, 2015.

³⁴ Hamaker et al., Acta Oncologica, 2014.

en een grotere behoefte aan zorg, zowel thuis als in het verpleeghuis. Daarbij blijft onduidelijk in hoeverre deze intensieve behandelingen uiteindelijk tot overlevingswinst en/of betere kwaliteit van leven leiden³⁵.

In het Nationaal Programma Ouderenzorg is samen met ouderen het zogeheten 'Toetsingskader' (<https://www.beteroud.nl/toetsingskader-ouderen.html>) ontwikkeld. In hoofdstuk 3 staan vijf aandachtspunten voor ouderen en zorgorganisaties om rekening mee te houden bij een ziekenhuisopname. Het is van belang dat het ziekenhuis:

- Bij opname de oudere test op risico's (zoals een delier).
- Zorgt voor een integraal behandelplan (over afdelingen en specialismen heen).
- Vraagt naar de rol van familie en vrienden.
- Gedurende de opname al voorbereidingen treft voor de overgang naar huis (of verpleeghuis).
- Duidelijke informatie geeft bij ontslag en dit mondeling toelicht.

3.2.5. Passende kwaliteitsstandaarden nodig

Al met al is de geneeskunde voor ouderen in het ziekenhuis niet optimaal effectief en doelmatig. Zolang we niet in staat zijn om kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen die passend zijn voor zowel vitale ouderen als patiënten met complexe problemen (inclusief die in hun leef- en sociale omgeving), zijn de huidige structuur-, proces- en uitkomstmaten die de kwaliteit van geleverde zorg meten voor ouderen onvoldoende of (beperkt) toereikend. Intussen kunnen ziektespecifieke en niet op kennis over ouderen en hun context gebaseerde richtlijnen juist leiden tot onderbehandeling, omdat ouderen vanwege hun kalenderleeftijd mogelijk ten onrechte van bepaalde behandelingen worden 'weggehouden' of er onvoldoende aandacht wordt besteed aan behoud of herstel van zelfredzaamheid. Het is van groot belang de wetenschappelijke basis te verstevigen voor effectieve en doelmatige zorg voor ouderen, om daarmee de kwaliteit van leven voor ouderen te verbeteren en de zorgbudgetten doelmatiger te besteden. Hoe we aan deze wetenschappelijke en contextgerelateerde basis kunnen bouwen, werken we in het volgende hoofdstuk uit aan de hand van concrete casussen uit de nefrologie, de cardiovasculaire zorg, de oncologie en de acute zorg.

³⁵ De aanwezigheid van geriatrische problemen is mogelijk een verklaring waarom de effectiviteit en doelmatigheid van de zorg voor de oudere kankerpatiënt lager is dan voor jongere patiënten.

Interview 3

Anjo Geluk: 'Het integrale in ouderenzorg, dáár moeten we aan werken'

Toen Anjo Geluk (73) zich tien jaar geleden ging bemoeien met het Nationaal Programma Ouderenzorg, nu BeterOud, deed ze dat uit de overtuiging dat het ook haar eigen verantwoordelijkheid is na te denken over het bestaan als je ouder wordt. Intussen is ze ook een ervaringsdeskundige expert geworden inzake ouderen in ziekenhuizen, met zes jaar ongemak in heupen en knieën, borstkanker en infecties na de laatste knieoperatie. 'In het ziekenhuis werd ik soms als oudere, soms als gewone patiënt gezien. Het door de inspectie verplicht voorgeschreven testje, met vragen over vallen en delier, is bij mij nooit afgenomen. Contact met de geriater is er ook niet uit voortgekomen. Als ik daar wel eens iets over zei, was het: ja, maar u bent nog zo vitaal!'

Geluk pleit voor een integraal behandelplan. 'Zie een oudere patiënt als meer dan alleen een optelsom van meer kwalen tegelijk, die van afdeling naar afdeling wordt verhuisd om weer een nieuwe aandoening te behandelen met wéér soortgelijke onderzoeken. Ik vroeg tijdens mijn opnames wel eens: wie gaat er eigenlijk over mij? Je bent voor het ziekenhuis een knie, een heup, een infectiegeval, maar daar hangt nog wél een mens aan. En je wordt nauwelijks geïnformeerd, laat staan betrokken bij het overleg over je behandeling. Ik voelde me vooral afhankelijk, geen gesprekspartner en niet in staat daar verandering in te brengen.'

Wie als oudere naar het ziekenhuis gaat, moet volgens Geluk tijdig maatregelen nemen en nadenken over de eigen leefomstandigheden. En eventueel de nodige hulp organiseren na terugkeer in het geval van zo'n opname. 'Vóór een ziekenhuisopname moet je weten wie er daarna voor je zorgt, waar en hoe je gaat wonen, wat je nog kunt doen en hoe je je leven gaat inrichten. Laat niet alles je zomaar overkomen.'

Een aanbeveling voor het ziekenhuis: 'Geef de oudere patiënt een ontslagbrief mee waarin álles staat wat er met hem of haar besproken is en alles wat er verder op praktisch gebied van nut is. Dus van medicijnen tot adviezen voor verdere behandeling en het voortgangsperspectief. Het integrale in ouderenzorg, dáár moeten we aan werken. Je boekt uiteindelijk toch gezondheidswinst als je je patiënt als persoon bekijkt. En hem of haar niet in stukjes opknijpt.'

Drs. Anjo Geluk-Bleumink is voorzitter van Denktank 60+ Noord en betrokken bij BeterOud/NPO. Zij is lid van de ledenraad van MantelzorgNL en voorzitter van de centrale cliëntenraad van Zorggroep Oude en Nieuwe Land in haar woonplaats Steenwijk. Ze is sociologe én verpleegkundige. Ze schreef zo'n twintig boeken over medische en aanverwante onderwerpen.

4. Probleemschets ingekleurd: uitwerking van de vier casussen

Oudere patiënten met chronische nierschade, hart- en vaatziekten, kanker en acute gezondheidsproblemen vormen een belangrijk deel van de populatie ouderen in de ziekenhuiszorg. Ook komen in de behandelingen die deze patiënten ondergaan een paar van de hierboven geschetste problemen pregnant naar voren. Hier lijkt de nood het hoogst te zijn en zijn kansen op verbetering tegelijkertijd het grootst. In dit hoofdstuk geven we duiding aan de problemen die de patiënt en zijn of haar naasten uit de vier (fictieve) casussen uit het begin van dit signalement ervaart. Deze problemen komen niet allemaal direct voort uit de specifieke ziekte, aandoening of beschadiging waarvoor de patiënt naar het ziekenhuis is gekomen, maar hebben soms ook te maken met kwetsbaarheden en complicerende factoren die eigen kunnen zijn aan de situatie van een oudere.

4.1. Waar lopen behandelteam, patiënt en naasten vooral tegenaan?

In de vier casussen – fictief maar gebaseerd op reële ervaringen uit de klinische praktijk – komen vele vragen naar boven, zowel bij de behandelend artsen en andere zorgverleners als bij de patiënten zelf en zijn of haar naasten. Het zijn belangrijke vragen, die niet alleen gaan over technische aspecten van de ziekte, maar vooral ook 'over het leven zelf'. Hieronder geven we per casus duiding aan de vraagstukken en uitdagingen waarvoor behandelaars, patiënt en naasten staan. En we geven aan waar op dit moment nog duidelijke hiaten in de benodigde kennis zitten. Ten slotte omschrijven we de generieke vragen waarop antwoorden moeten worden gevonden om tot passende zorg voor de oudere ziekenhuispatiënt te komen.

Casus 1: meneer Woudstra

De nierdialyse die de arts van meneer Woudstra overweegt is een zware behandeling die niet genezend werkt. Het vergt veel van de patiënt om deze behandeling vol te houden. De vraag die het echtpaar Woudstra zich stelt is reëel. Meneer Woudstra is op leeftijd, gebruikt veel medicijnen en heeft niet alleen nierfalen, maar ook een verminderde hartfunctie. Wat gebeurt er nu als hij geen dialyse als behandeling kiest, maar een medicamenteuze ondersteuning? Zou meneer Woudstra daar minder klachten bij hebben en cognitief goed blijven functioneren? Wat voor ondersteuning is nodig om zo goed mogelijk te kunnen functioneren? Net als in de oncologie zijn dit soort vragen over de te verwachten behandeluitkomsten bij nierschade nooit eenduidig. Zo lang mogelijk leven of vooral kwaliteit van leven (zonder belastende behandelingen); elke oudere kan daar weer andere prioriteiten in leggen, mede afhankelijk van hun mate van veerkracht of kwetsbaarheid. En van de mogelijkheden van mantelzorg of andere (al dan niet professionele) ondersteuning. Ook hier geldt dat artsen en patiënten voor hun afweging onvoldoende kunnen terugvallen op kennis om hun behandelkeuze beter te onderbouwen. Het gaat bij ernstig nierfalen om een ingrijpende ziekte, met zware (en kostbare) behandelingen die soms blijvende impact hebben op de patiënt en diens naasten. Terwijl onduidelijk is welke ouderen daadwerkelijk langer leven met dialyse. En tegen welke prijs, in termen van bijkomende klachten.

Casus 2: mevrouw Soeroredjo

In de casus van mevrouw Soeroredjo hebben we te maken met een vitale oudere. Maar wel iemand bij wie deze vitaliteit niet vanzelfsprekend is. Haar aandoening, een aneurysma, is immers potentieel levensbedreigend en een preventieve operatie brengt serieuze risico's met zich mee. Dat leidt tot dilemma's voor arts én patiënt. Om samen tot een goed afgewogen besluit te komen, is meer kennis over uitkomsten van de verschillende scenario's nodig. Het is de vraag hoeveel levenswinst een preventieve operatie oplevert en wat er aan tijd tegenover staat die mevrouw Soeroredjo rond die behandeling in het ziekenhuis doorbrengt. Ook is het relevant te weten welke aspecten van haar gezondheid het meest worden bedreigd door de eventuele complicaties en wat haar herstelvermogen is. En wat voor impact heeft een en ander volgens mevrouw Soeroredjo op haar kwaliteit van leven? Wat vinden haar naasten verstandig? Mogelijk zijn er in het voor- en natraject handelingen te verzinnen die de kans op complicaties of de impact daarvan verkleinen. In het geval van afwachten is de vraag hoe te handelen bij een indicatie voor spoedingrijpen. En na de eerste fase daarna: hoe lang en onder welke voorwaarden is het zinvol – medisch én voor de patiënt zelf – om door te gaan met het behandelen van de mogelijke complicaties? En niet in de laatste plaats: hoe kunnen we het beste omgaan met de onzekerheid die vaak aanwezig zal blijven door de bijzondere combinatie van aandoeningen van individuele patiënten?

Casus 3: meneer El Hamdi

Door de vooruitgang in de behandeling is kanker lang niet altijd meer een 'doodvonnis'. Aan de andere kant komen er steeds meer ouderen met kanker. Sommigen zijn heel vitaal, anderen

kwetsbaar op lichamelijk, geestelijk en/of sociaal gebied. En waar sommigen er alles aan willen doen zo lang mogelijk te blijven leven, geven anderen de voorkeur aan behoud van zelfredzaamheid of kwaliteit van leven. De wetenschappelijke literatuur – bij kanker vrijwel uitsluitend gebaseerd op onderzoek bij jongere, vitale patiënten – geeft te weinig houvast voor een afgewogen behandelbeslissing. Ouderen met voldoende veerkracht kunnen wellicht behandeld worden alsof zij jong zijn, voor sommige kwetsbare ouderen is dat overduidelijk geen goed plan. Daartussen zit een groep voor wie de keuze niet evident is, met risico's op over- of onderbehandeling als gevolg. Behandelend artsen maken nu dagelijks de best mogelijke inschattingen, maar het ontbreekt ze aan instrumenten en kennis om de behandelvoorstellen beter te onderbouwen. Het gaat erom de individuele situatie en voorkeuren met de persoon in kwestie te bespreken en de patiënt en diens naasten te betrekken in de behandelbeslissing.

Casus 4: mevrouw Jansen

Het probleem van mevrouw Jansen ontstaat niet pas als zij valt. Haar verminderde mobiliteit en rillerigheid zijn signalen waar misschien eerder op had kunnen worden ingespeeld. Maar hoe verloopt die signalering? Daarover is maar weinig praktijkkennis beschikbaar. Welke rol kunnen andere professionals hierbij spelen? Het is goed dat mevrouw Jansen naar de spoedeisende hulp (SEH) wordt overgebracht, want ze blijkt inderdaad haar heup te hebben gebroken. Toch laat de casus scherp zien dat het probleem daarmee niet eenduidig is. De vraag wat nu een passende behandeling is, laat zich namelijk niet goed beantwoorden. Zo ontbreekt goeddeels de evidence over factoren die bijdragen aan negatieve zorguitkomsten en over de vraag welke interventies de risico's daarop kunnen verminderen, zoals maatregelen om een delier te voorkomen. En hoe zit het met de evidence voor interventies die bijkomende problemen kunnen tegengaan, bijvoorbeeld orthogeriatrische zorg? Nog los hiervan is nog weinig bekend over welke organisatie van de SEH (inrichting, werkproces, beschikbare disciplines) effectief is voor kwetsbare ouderen. Mevrouw Jansen verblijft uiteindelijk bijna de hele nacht op de SEH. Eenmaal op de afdeling heelkunde wordt zij onrustig, een situatie die risico's met zich meebrengt voor de patiënt. De conclusie is evident: op alle niveaus is nog extra kennis nodig hoe we dit soort onaangename (en risicovolle) situaties kunnen voorkomen.

4.2. Welke vraagstukken vragen om een oplossing?

De verschillende concrete vragen waar artsen, de oudere patiënt en naasten tegenaan kunnen lopen, zijn per situatie weer verschillend. Toch zijn er ook een paar duidelijke algemene vraagstukken uit de hier gepresenteerde casuïstiek te destilleren. De antwoorden op de vragen en de mogelijke oplossingen van de meest urgente kwesties hebben een duidelijk doel: we moeten in de ziekenhuiszorg zien te komen tot effectieve en doelmatige geneeskunde voor ouderen, gericht op preventie van functionele en cognitieve achteruitgang na ziekte en behandeling, en op het realiseren van (voor patiënten) zinvolle en haalbare behandeluitkomsten. Ook moeten we op zoek naar manieren om te kunnen werken aan meer zelfredzaamheid (ook bijvoorbeeld met fysiotherapie en andere ondersteunende zorg), zodat we alle zorg goed kunnen afstemmen op de doelen van de patiënt. Daarbij heeft de eerste lijn een rol om samen met de patiënt en diens naasten te bekijken of de patiënt in een specifieke situatie kan profiteren van een intensieve behandeling in het ziekenhuis, en zo ja onder welke voorwaarden? Let wel: het gaat er niet om vooraf de kwetsbare ouderen te identificeren en die vervolgens zoveel mogelijk buiten het ziekenhuis te houden, maar veeleer andersom: hoe stel je samen vast welke oudere patiënt een bepaalde behandeling goed aankan, om deze behandeling dan zodanig in te richten dat de patiënt er ook optimaal baat bij heeft? De uiteindelijke behandeling – inclusief de eventueel noodzakelijke flankerende zorg en ondersteuning – moet tot stand komen in intensief multidisciplinair overleg en in nauwe afstemming met de oudere en diens naasten/mantelzorger(s).

We onderscheiden de volgende generieke vragen:

– Kenmerken van de oudere patiënt

- Welke kenmerken van ouderen met betrekking tot veerkracht als voorspeller van herstelvermogen, lichamelijk/geestelijk/functioneel/sociaal functioneren, kwetsbaarheid en multimorbiditeit voorspellen de uitkomsten van intensieve behandelingen, zoals dialyse, chemotherapie of operaties? En gelden deze kenmerken ook voor bijzondere doelgroepen, zoals laagopgeleiden, niet-westerse migranten, 80-plussers, mensen met dementie, et cetera?
- Hoe identificeren we de onderliggende biologische mechanismen die maken dat de impact van ziekte en sommige behandelingen (zoals een chemo bij kanker) bij oudere patiënten fysiologisch vaak erg groot is? En wat zijn de gevolgen daarvan op het functioneren? Kunnen we met deze kennis betere interventies ontwikkelen en daarmee de uitkomsten verbeteren?
- Welke voorspellers zijn er voor 'acute events' bij oudere patiënten? Bijvoorbeeld het vóórkomen

van meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd, cognitieve of andere geriatrische problemen, of sociale factoren als het wegvallen van partner of de afwezigheid van een sociaal netwerk? En hoe werken die factoren op elkaar in? Draagt vroege herkenning van dat risico bij aan de preventie van acute events?

- Relevante uitkomsten
 - Wat zijn voor ouderen relevante uitkomsten van intensieve behandelingen als dialyse, chemotherapie of operaties? Hoe meten we bijvoorbeeld functionele capaciteit, cognitieve vermogens, zelfredzaamheid, welzijn of kwaliteit van leven? En hoe geven we dit alles een structurele plaats in onze medische behandelingen?
 - Welke interventies (inclusief eventuele prehabilitatie en revalidatie buiten het ziekenhuis, en bijvoorbeeld stoppen met bepaalde medicatie) zijn effectief en doelmatig in de preventie of het herstel van ongunstige uitkomsten? Kunnen deze interventies bijvoorbeeld functionele of cognitieve achteruitgang en verlies van kwaliteit van leven na een intensieve behandeling helpen voorkomen?
- (Helpen bij) samen beslissen
 - Welke voorspelmodellen en hulpmiddelen voor ‘samen beslissen’ kunnen we ontwikkelen, en welke bestaande kunnen we implementeren? Kunnen deze de patiënt, diens naasten en de arts/zorgverlener helpen om een behandeling te kiezen op basis van een inschatting van iemands individuele situatie, voorkeuren en gewenste uitkomsten? En op basis van een gezamenlijke afweging van behandelopties, inclusief zorg in laatste levensfase? Hoe leren we het beste van de onzekerheid die deze besluitvorming vaak kenmerkt?
 - Hoe kunnen bewezen effectieve en doelmatige keuzestrategieën en behandelingen succesvol worden geïmplementeerd in de klinische praktijk, waarbij steeds wordt ingezet op ‘samen beslissen’? Welke veranderingen in het zorgsysteem en in de opleiding van professionals kunnen deze beweging stimuleren?
 - Hoe komen we tot goede generieke (dus niet-ziektespecifieke) interdisciplinaire strategieën waarin het multidisciplinaire team het meest doelmatig kan bijdragen aan behandelbeslissingen bij ouderen in het ziekenhuis? Welke tools, kennis, competenties en acties zijn nodig om tot goede behandelbeslissingen te komen?
- Onderzoek en richtlijnontwikkeling
 - Hoe kunnen de specifieke en individuele wensen en behoeften van oudere patiënten een structurele rol krijgen in wetenschap en richtlijnontwikkeling, zodat studies en de daarop gebaseerde richtlijnen en protocollen optimaal aansluiten op de klinische praktijk?
 - Zijn er integrale richtlijnen te ontwikkelen voor de behandeling van (kwetsbare) ouderen in het ziekenhuis? Of kunnen er structurele aanvullingen op bestaande (ziektespecifieke) richtlijnen worden ontwikkeld, zodat passende zorg voor de oudere patiënt daarin concreet een plek krijgt?
 - Zijn er (bijvoorbeeld in met onderzoek begeleide praktijkexperimenten) handreikingen of organisatiemodellen te ontwikkelen voor de verbetering van de afstemming in de (spoedeisende) zorg? Kan de organisatie van de zorg zodanig worden verbeterd dat het aanbod voor ouderen met meerdere aandoeningen integraler wordt?
- Systeemvraagstukken en praktijkverbetering
 - Hoe kunnen we de zorg voor ouderen rond en in het ziekenhuis multidisciplinair en transmurale inrichten, zodat de uitkomsten aansluiten bij wat voor een specifieke oudere en diens naasten gewenst is?
 - Wat is het meest effectieve model om passende, effectieve en doelmatige zorg te leveren aan ouderen die in het ziekenhuis zijn opgenomen? Welke kennis en competenties zijn daarvoor nodig en welke professionals kunnen daaraan bijdragen?
 - Welke rol in verandering en verbetering is er voor de diverse betrokken partijen? Dus de overheid (stimulerend beleid), zorgaanbieders (faciliteren experimenten), verzekeraars (willen kijken naar andere prikkels), de inspectie (toezicht willen verbeteren op multimorbiditeit en doelen van de oudere patiënt) en zorgprofessionals (willen samenwerken en interdisciplinair willen leren)? En hoe betrekken we de oudere patiënt en diens naasten bij dit alles?

Om antwoorden en oplossingen te vinden voor de hier genoemde vraagstukken, is een breed spectrum aan wetenschappelijke onderzoeksdisciplines en -methodologieën nodig. Ook zijn systematisch opgezette experimenten in de praktijk noodzakelijk om praktisch bruikbare innovaties te kunnen realiseren. En het is zinvol om kennis en goede voorbeelden in het veld meer met elkaar te delen. Dit onderzoek en de zoektocht naar innovaties en best practices, bevinden zich voor de meeste aandoeningen nog in de kinderschoenen. Toch zijn er ook al snel stappen te zetten die tot een

wezenlijke verbetering kunnen leiden. In het volgende hoofdstuk schetsen we oplossingsrichtingen op de korte, middellange en langere termijn. Het laatste – de verre horizon – moeten we niet uit het oog verliezen, maar de *quick wins* waar de oudere patiënt al op korte termijn profijt van kan hebben, kunnen we mogelijk al spoedig realiseren.

Interview 4

Ellen Vreeburg: 'Laat behandelaars van elkaar leren hoe je 'de hele mens' ziet'

'Alle veranderingen in de financiering in ons vak hebben toch ook wel tot een enorme professionalisering geleid. Als specialist ouderengeneeskunde zijn we over de grenzen van het verpleeghuis gestapt. We worden door huisartsen in consult geroepen en overleggen met specialisten in het ziekenhuis: wat is haalbaar voor deze patiënt na de ziekenhuisopname? Kan iemand naar huis met thuiszorg of moet er toch nog iets anders?'

Volgens Vreeburg krijgt de specialist ouderengeneeskunde met een beperkt budget veel voor elkaar. 'Zo'n 80 procent van onze patiënten gaat weer naar huis. Maar de druk wordt steeds groter. Omdat het ziekenhuis zijn dure bedden zo efficiënt mogelijk wil gebruiken, is de instroom bij ons ook groter. En omdat ik ook maar een beperkt aantal bedden heb, is de druk om mensen sneller naar huis te krijgen ook hier steeds intenser. Dat knelt in de praktijk van alledag, want die druk gaat soms in tegen het welbevinden van de oudere patiënt. Die wil zich veilig voelen en wil rustig revalideren. En soms wordt een patiënt gedwongen dat laatste stukje revalidatie toch thuis te voltooien.'

Vreeburg zegt dat ze bij de triage over het vervolgpad van een oudere patiënt na een ziekenhuisopname steeds de vraag stelt: wat is wenselijk of haalbaar? Wat is 'beter maken'? 'Mijn rol is om te zeggen dat we even goed de tijd moeten nemen voor overleg. Met de patiënt, maar in een acute situatie vaak met de familie namens de patiënt. Dat is een heel moeilijk moment: de familie voelt zich dikwijls overrompeld. Dan leg je uit: het is heel ernstig. Of: de kans dat uw naaste weer zichzelf wordt na deze opname of ingreep is heel klein. Daar leg ik de nadruk op bij die arts-assistenten: je kunt dus óók kiezen voor niet-behandelen. Dat moet je, per casus, heel goed bekijken. De juiste zorg op het juiste moment – dat is ook een maatschappelijk belang.'

Vreeburg pleit voor een structuur waarin behandelaars, van huisarts tot geriater, in regulier overleg van elkaar leren hoe je 'de hele mens' ziet. Vreeburg: 'Een nieuwe hartklep voor een 80-jarige is niet bij voorbaat niet-geïndiceerd, als wél doen tenminste betekent dat zo iemand toch weer naar huis kan. Meteen zeggen: het kan niet, dat is mij te gemakkelijk.' Maar toch: aan de veronderstelde maakbaarheid van een leven komt ook een einde. Steeds maar behandelen, steeds maar verlengen; je moet soms ook de kans hebben om te overlijden, zegt Vreeburg. 'Niet uit kostenoverwegingen, nee. Uit menselijke overwegingen.'

Ellen Vreeburg (53) is sinds 2007 specialist ouderengeneeskunde bij Vivium Naarderheem. Daarnaast is zij kaderarts geriatrische revalidatie en stafdocent bij Gerion/VUmc en voorzitter van de raad van toezicht van Verenso. Ellen Vreeburg haalde in 1993 haar artsexamen aan de Universiteit van Amsterdam en promoveerde daar in 1997 op een proefschrift over diagnose en herstelvooruitzichten van maag- en darmbloedingen.

5. Oplossingsrichtingen

Uit de casussen wordt duidelijk dat een ziektespecifieke aanpak niet zonder meer toereikend is voor een grote groep oudere patiënten. De zorg voor de ouderen in het ziekenhuis is vaak ingewikkeld. Het gaat niet zelden om patiënten met complexe problematiek, die meerdere aandoeningen en kwalen hebben, gecombineerd met een niet al te beste fysieke en mentale conditie. Curatief behandelen van hun specifieke ziekte of aandoening is dan niet voldoende. De zorg voor deze patiënten moet aandoening- en interventieoverstijgend zijn – en daarmee multidisciplinair – met ruimte voor keuzes die de oudere patiënt zelf maakt (samen met zijn of haar naasten). Voor alle ingrijpende behandelingen in het ziekenhuis gelden dezelfde soort problemen (zowel op het gebied van de organisatie van de zorg als waar het gaat om het maken van de best passende behandelkeuzes). En net als de generieke vragen die we hierboven op basis van deze constatering hebben geformuleerd, zullen we ook de oplossingsrichtingen vooral in generieke termen moeten formuleren. Het is met andere woorden onwenselijk en onmogelijk dat iedere ziekte of medisch probleem een specifieke oplossing krijgt.

5.1. Kennis voor integratie ziekenhuiszorg in de keten

Op deze plek grijpen we terug naar het eerder aangehaalde rapport 'De juiste zorg op de juiste plek', waarover de minister schreef: 'Alleen waar nodig zou de zorg in het ziekenhuis verleend moeten worden.' Bij de terechte focus op zorg thuis in het overheidsbeleid, is het dan wel van cruciaal belang te kunnen vaststellen wat de juiste zorg in het ziekenhuis is, als dat inderdaad de juiste plek is. Met andere woorden: voor die gevallen waar ziekenhuiszorg aangewezen is (bijvoorbeeld voor een dialyse, een behandelbare tumor, een nieuwe heup of een acuut gezondheidsprobleem), is het cruciaal dat de betrokken zorgprofessionals alles in het werk stellen om de betreffende oudere zo snel mogelijk weer naar de vertrouwde omgeving terug te laten gaan. Bij voorkeur gaat dat in een optimale conditie, in een goede voedingstoestand en met behoud van bijvoorbeeld cognitie. Vaak is daarvoor na ontslag aanvullende ondersteuning noodzakelijk vanuit de eerste lijn (huisarts, fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtetic). Daarnaast is een ingesteld pijnbeleid of in voorkomende gevallen een advies over goede palliatieve zorg voor de laatste levensfase een minstens zo waardevolle uitkomst. Onderzoek, praktijkexperimenten en kennisuitwisseling zijn nodig om de ziekenhuiszorg zodanig te verbeteren dat de keten als geheel betere behandeluitkomsten voor de oudere patiënt en zijn of haar naasten kan realiseren. Daarbij zijn niet alleen wetenschappers en artsen aan zet, ook de rol van verpleegkundigen en de ouderen en naasten zelf is cruciaal in de met evidence en contextgerelateerde kennis te onderbouwen vormgeving van passende ziekenhuiszorg voor de oudere patiënt.

5.2. Welk onderzoek is nodig?

Onder ziektespecifieke behandelaars – zoals veel van de medisch specialisten in het ziekenhuis – groeit het bewustzijn dat multimorbiditeit en andere typisch geriatrische problemen van grote invloed zijn op de keuze voor behandelopties bij de oudere patiënt. Kruisbestuiving tussen onderzoek bij ouderen met verschillende (hoofd)aandoeningen krijgt daardoor inmiddels meer ruimte, waardoor onderzoek al effectiever en doelmatiger kan plaatsvinden. We zien hier grote kansen voor het helpen realiseren van de hierboven geschetste noodzakelijke kennisvermeerdering ten behoeve van integrale, multidisciplinaire zorg, waarvan de behandeling in het ziekenhuis onderdeel uitmaakt. Deze kruisbestuiving in onderzoek – en de daarop onder meer te baseren doorontwikkeling van richtlijnen – kan in relatief kort tijdsbestek en op doelmatige manier bijdragen aan beter afgestemde zorg. Toch zijn we er niet met deze gecombineerde studies op verschillende hoofdaandoeningen.

5.2.1. Klassieke RCT niet altijd toereikend

Voor de kennisontwikkeling die nodig is, zijn klassieke onderzoeksmethoden niet toereikend en vaak zelfs niet haalbaar. Het verrichten van randomized controlled trials (RCT's) om elk van de onderscheiden generieke vragen te beantwoorden is te kostbaar, zowel in tijd als in geld. Een RCT is in veel gevallen niet eens uitvoerbaar, alleen al vanwege het noodzakelijke volume aan respondenten en de problemen die juist de groep ouderen kan ondervinden om deel te nemen aan een klassieke RCT. Bij de oplossingsrichtingen die we willen onderzoeken gaat het om complexe interventies (bijvoorbeeld de effecten van een zorgpad of meerdere interventies achter elkaar) die in een bestaand systeem geïmplementeerd moeten worden. Die systemen laten zich niet randomiseren.

5.2.2. Ook ander onderzoek is nodig

Naast de klassieke RCT zijn daarom ook andere onderzoeksopties noodzakelijk, zoals before-after designs, mixed-methods designs, stepped wedge-studies, prospectieve cohortstudies en

pragmatische trials (waarin de effectiviteit van complexe en samengestelde interventies in de dagelijkse praktijk getoetst wordt). Ook valt te denken aan stopstudies (het gericht afbouwen van medicatie of andere behandelingen). En aan implementatiestudies, waarin complexe interventies als screeningsprogramma's of keuzehulptrajecten in de praktijk in voor- en nastudies op effectiviteit worden onderzocht, met de verbetering van de zorg en patiëntrelevante eindpunten als uitkomstmaten. Ook is het bij complexe interventies belangrijk een procesevaluatie te doen (bijvoorbeeld via focusgroepen met professionals) om vast te stellen in hoeverre nieuwe werkwijzen in de praktijk worden gevolgd. Inbreng van ouderen over de doelen en uitkomsten, alsmede de uitvoerbaarheid van deze studies, is van groot belang voor de relevantie en de haalbaarheid. Bij verandering van zorg moet bovendien rekening worden gehouden met de complexiteit van de ziekenhuiszorg en de methodologie die inmiddels bekend is om deze in beweging te krijgen.

5.3. Mogelijkheden op korte, middellange en lange termijn

Om antwoord te vinden op de generieke onderzoeksvragen uit het vorige hoofdstuk, zien we de volgende mogelijkheden voor onderzoek en andere initiatieven die tot betere ziekenhuiszorg voor ouderen leiden:

- Op korte termijn:
 - Exploreren welke informatie en kennis ouderen nodig hebben om tot een afgewogen behandelbeslissing te komen als zij een acute aandoening of ander medisch probleem hebben waarmee ze in het ziekenhuis komen. Wat willen ze weten over hun eigen situatie, de ziekte, hun medische toestand, de behandeling en de te verwachten uitkomsten? Hoe kunnen we leren omgaan met onvermijdbare onzekerheid in de gezamenlijke besluitvormingsprocessen? Welke ondersteuning vinden ouderen en naasten verder belangrijk bij het maken van deze beslissing (naast informatie en kennis)? En wat zijn effectieve strategieën rond participatie van de oudere en naaste in het gehele proces?
 - Het analyseren van bestaande data in databases, bijvoorbeeld met cohortstudies en met uitkomsten uit het Nationaal Programma Ouderenzorg. Hoeveel en welke ouderen krijgen welke behandeling? En hoe loopt het met ze af? Door met bestaande data nieuwe kennis te genereren (en eventueel ook nieuwe cohorten te starten) wordt het mogelijk om op grote schaal onderzoek te doen naar voorspellers van ongewenste uitkomsten, het kwantificeren van de uitkomsten van de behandeling en het kwantificeren van de waarde voor de patiënt in termen van niveau van functioneren, zelfredzaamheid of kwaliteit van leven. Het gaat dus om veel meer dan 'alleen' de vraag of de operatie is geslaagd, bij wijze van spreken.
 - In bestaande registers en databases het effect van specifieke behandelingen van ouderen in de dagelijkse praktijk (en dus niet in geselecteerde groepen) onderzoeken en vergelijken met het effect van die behandeling bij jongere patiënten met dezelfde aandoening.
 - Het opzetten van met onderzoek begeleide praktijkexperimenten om handreikingen of organisatiemodellen te ontwikkelen, en zo de afstemming in de zorg te verbeteren voor de oudere patiënt die in het ziekenhuis belandt én die weer terugkeert in de vertrouwde omgeving.
 - Het faciliteren van (multidisciplinaire) uitwisseling van kennis en goede voorbeelden op het gebied van passende ziekenhuiszorg voor ouderen en het inventariseren en ontsluiten van best practices op dat terrein.
- Op middellange termijn:
 - In nauwe samenspraak met ouderen en naasten implementeren van een vorm van geriatrische screening van ouderen die een positieve 'selectie' mogelijk maakt, dus: welke oudere heeft potentieel baat bij een behandeling in het ziekenhuis? Hoe selecteren we veerkrachtige ouderen die wel baat hebben bij een ingreep? Welke factoren belemmeren of stimuleren de implementatie? Hoeveel ouderen zijn veerkrachtig, bij hoeveel is sprake van kwetsbaarheid op lichamelijk, geestelijk of sociaal vlak? Verandert de screening iets aan de behandelkeuze? Hoe selecteren we ouderen die baat zouden kunnen hebben bij prehabilitatie? Hoe selecteren we enerzijds ouderen die risico lopen op functieverlies of mortaliteit, en anderzijds de ouderen die naar verwachting goed kunnen herstellen tijdens en na een ziekenhuisopname?
 - Onderzoek naar het effect van het implementeren van geriatrische screening en keuzehulpinstrumenten. Verbeteren deze ook de eindpunten voor de patiënt? Verloopt de implementatie effectief en doelmatig?
 - Onderzoek naar welke interventies in het acute ziekteproces effectief zijn om risico's te reduceren en herstel te bevorderen.
 - Onderzoek naar welke interventies voorafgaand aan de behandeling of erna (prehabilitatie en revalidatie) uitkomsten bij ouderen verbeteren.

- Onderzoek naar de effectiviteit van scholingsprogramma's voor zorgprofessionals.
 - Ontwikkelen van hulpmiddelen voor 'samen beslissen'; hoe kan de behandelkeuze worden afgestemd op de individuele situatie van de oudere patiënt? Hoe combineren we het voorspellen van uitkomsten met de individuele wensen van de patiënt? Hoe zorgen we voor passende zorg in een proces van gedeelde besluitvorming?
- Op lange termijn:
- Ontwikkelen van predictie-instrumenten op basis van follow-up studies: wat zijn de voorspellers van (on)gewenste uitkomsten? Hoe kunnen we voorafgaand aan de behandeling een uitspraak doen over de vooruitzichten voor een individuele oudere patiënt?
 - Het leveren van bewijs dat het implementeren van de hier genoemde oplossingsrichtingen daadwerkelijk leiden tot betere uitkomsten. En dat deze ook doelmatiger zorg opleveren.

Interview 5

Bart Berden: 'De vraag is steeds: wat voegt deze behandeling toe aan iemands herstel?'

Gaat het nadenken over ouderen in het ziekenhuis nou écht over medische inhoud, of stiekem ook over kosten? Berden: 'Over beide! Maar het medische argument – voegt deze behandeling iets toe aan het herstel van de patiënt? – staat altijd voorop. Onder ouderen die op oncologie terecht komen, sterven er nog steeds wel mensen gedurende de chemobehandeling. Is dat de manier waarop je je laatste maanden wilt doorbrengen; doodziek van de bijwerkingen van een chemokuur en dan tijdens die kuur toch doodgaan? Wat wij automatisch – want volgens geldend protocol – doen, blijkt dan niet van toegevoegde waarde.'

Berden vindt het zorgelijk dat naar de zorg wel heel erg wordt gekeken als (alleen) een enorme kostenpost. 'Dat leidt inderdaad soms tot wantrouwen jegens de artsen. Als dat er eenmaal is, wordt het een moeilijke discussie. Maar het kan anders. Wie als arts na goed nadenken en praten met de familie – en in het juiste vocabulaire – de opties voor wel of niet een ingrijpende handeling voorlegt, ziet dat de meeste patiënten vaak óók vinden: dat moesten we maar niet meer doen.' De gebroken heup (waarna statistisch gezien patiënten vanaf 80 jaar gemiddeld nog zes maanden overleven) is volgens Berden het klassieke voorbeeld. 'Oudere patiënten kiezen vaak liever voor pijnloos in een rolstoel dan voor stabiliseren door een operatie, met een heel kleine kans op blijvend succes.'

Volgens Berden is de mondigheid van de oudere patiënt geen gegeven. 'De afdeling psychologie van de Tilburg University helpt ons met instrumenten. Als behandelaar praat je met patiënten over percentages; in kansen en geschatte uitkomsten van al dan niet behandelen. Veel patiënten blijken dat niet echt goed te begrijpen. Dus hebben we nu vellen met poppetjes, in blauw en in rood. Dan wordt het wel duidelijk.'

Het ziekenhuis van Berden werkt met een combinatie van specialisten, waarbij de geriater kennis opbouwt over oudere mensen, door steeds deel uit te maken van het behandelteam. Integratie is hier: kennis bij elkaar brengen.' En besparingen, nu er niet altijd automatisch wordt doorbehandeld? Die hoopt Berden mogelijk na 2020 duidelijker in kaart te hebben. In zijn algemeenheid, niet specifiek ten aanzien van ouderen. 'We zijn hier tenslotte een ziekenhuis. Geen financiële instelling!'

Prof. dr. Bart Berden is voorzitter van de raad van bestuur van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg en bijzonder hoogleraar aan de TiasNimbas Business School (leerstoel 'Organisation Development in Hospital Care'). Berden is opgeleid als arts (Nijmegen, 1985) en behaalde in 1988 een MBA aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. In 1993 promoveerde hij cum laude aan de Universiteit Utrecht.

6. Conclusies en aanbevelingen

In dit signalement is in kaart gebracht hoe we de wetenschappelijke én praktische basis kunnen leggen voor effectieve en doelmatige ziekenhuiszorg, die leidt tot voor ouderen relevante uitkomsten. Dergelijke zorg is niet vanzelfsprekend dezelfde als die voor jongere patiënten. Goede ziekenhuiszorg voor ouderen vereist voldoende contextgerelateerde kennis van de impact van medische behandelingen op deze zeer diverse patiëntengroep, en die kennis is lang niet altijd aanwezig. De bestaande medische richtlijnen leiden bij oudere patiënten soms eerder tot verdere verslechtering dan tot herstel. Het gaat erom kennis te ontwikkelen die artsen, ouderen en hun naasten handvatten geeft voor de gezamenlijke overweging welke behandeling wel of niet bijdraagt aan de door de patiënt gewenste uitkomst, inclusief de kwaliteit van leven. Die weloverwogen keuze is te meer relevant, nu de opnameduur in een ziekenhuis alsmear korter wordt en het herstel in de meeste gevallen thuis plaatsvindt. Wanneer een oudere na een ziekenhuisopname weer naar huis gaat, moet er dus ook goede opvang en zorg aan huis zijn, die aansluit op de gekozen behandeling in het ziekenhuis.

6.1. Impuls voor nieuwe kennis én gebruik van bestaande kennis

Om optimale zorg te bieden in en rond het ziekenhuis is kennis nodig voor de ontwikkeling van specifieke behandelstrategieën gericht op individuele oudere patiënten. Denk aan risicoscreening én het voorspellen van behandelwinst vooraf en methodieken voor gedeelde besluitvorming over de beste (of meest passende) behandelopties. Onderzoek en systematisch opgezette experimenten zijn nodig om deze kennis te genereren en ouderen in ziekenhuizen de meeste passende zorg te bieden. Dat onderzoek is soms ook noodzakelijk bij interventies die al geëvalueerd zijn voor gebruik in de algemene populatie. Zoals we eerder vaststelden, passen ouderen vaak niet binnen de inclusiecriteria van dergelijke studies (bijvoorbeeld vanwege hun multimorbiditeit). De studies zeggen dus niet noodzakelijkerwijs iets over de effectiviteit bij de oudere patiënt. Intussen kunnen we overigens ook de al wel bestaande kennis over goede zorg voor ouderen een impuls geven, zodat deze kennis breder doordringt in de praktijk. In experimenten kunnen we potentieel veelbelovende interventies in diezelfde praktijk testen. Een deel van de benodigde kennisontwikkeling kan bovendien op korte termijn worden gerealiseerd door gebruik te maken van bestaande data en infrastructures. Voor complexe onderzoeksvragen zullen we meer tijd nodig hebben om ze te beantwoorden.

6.2. Noodzaak voor een geïntegreerd programma

Hoewel de noodzaak voor wetenschappelijk onderzoek en innovatie in de ouderengeneeskunde zeer groot is, is daar binnen de gangbare grote landelijke subsidieprogramma's weinig ruimte voor³⁶ (zie ook bijlage 1). Internationaal zijn er geen voorbeelden van een geïntegreerd onderzoeksprogramma op dit gebied³⁷. Door dergelijk onderzoek en praktijkontwikkeling in een georganiseerde structuur vorm te gaan geven, maken we kruisbestuiving tussen onderzoek bij ouderen met verschillende (hoofd)aandoeningen mogelijk en bevorderen we de innovatie van de behandeling. Hierdoor kan het onderzoek effectief en doelmatig plaatsvinden en in relatief korte tijd leiden tot beter afgestemde zorg in de praktijk. In een geïntegreerd onderzoeksprogramma kunnen multicenterstudies op elkaar worden afgestemd met betrekking tot onderzoekspopulaties, te ontwikkelen instrumenten en de benodigde onderzoeksinfrastructuur. Ook biedt een dergelijk programma aanknopingspunten voor gerichte implementatie van kennis en innovatie in de zorgpraktijk. Dit brengt ons tot het volgende pleidooi:

Het verdient sterk aanbeveling een geïntegreerd programma rond 'ziekenhuiszorg voor ouderen' op te zetten, waarbinnen de in dit signalement geschetste problematiek systematisch kan worden onderzocht en in de praktijk uitgetest. Zo kunnen de uitkomsten van de behandeling van ouderen in het ziekenhuis op grote schaal verbeteren. En daarmee de zelfredzaamheid van de patiënt en diens kwaliteit van leven.

Het voorgestelde geïntegreerde programma kan worden opgezet op initiatief van het ministerie van VWS en ondergebracht bij ZonMw. Mogelijke medefinanciers zijn onder andere gezondheidsfondsen³⁸ en zorgverzekeraars. In de uitvoering is het essentieel dat de relevante medisch-wetenschappelijke

³⁶ De huidige programma's zetten vaak in op de traditionele RCT's of op de gebruikelijke harde eindpunten (genezing en sterfte en dergelijke). In deze programma's is weinig ruimte voor patiëntuitkomsten als primaire uitkomstmaat.

³⁷ Wel zijn er onderzoeksgemeenschappen op specifieke deelgebieden, maar die voorzien niet in onderzoekssubsidies.

³⁸ De bijdrage vanuit gezondheidsfondsen kan zonder coördinatie vanuit een geïntegreerd programma leiden tot ziektespecifieke oplossingen en instrumenten. Dat zou onwenselijk zijn, gezien het doel van het beoogde programma, dat juist inzet op een integrale aanpak rond de oudere patiënt in het ziekenhuis.

verenigingen actief deelnemen, zoals bijvoorbeeld de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) en de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso). Ook is deelname van beroepsorganisaties als V&VN en ouderen- en patiëntenorganisaties onmisbaar³⁹ voor het beoogde programma. Voor een effectieve kennisverspreiding (via leren en opleiden) en implementatie – en zo meer impact te realiseren in de complexe ziekenhuisorganisatie – is het wenselijk veel te leren van de opbrengsten en ervaringen uit het NPO. Toch zijn we er daarmee niet, al was het maar omdat de ontwikkelingen snel gaan en verder onderzoek nodig blijft.

6.3. Ten slotte

Een gerichte strategie rond oudere patiënten is nodig voor elke afdeling en binnen elk zorgdomein in het ziekenhuis. Voordat we daar zijn, is nog veel werk te verzetten. Bij het benodigde onderzoek en de implementatie van de opbrengsten gaat het om complexe projecten waarvoor een stevige investering noodzakelijk is. We kunnen het beste beginnen waar de nood het hoogst is en de kansen op verbetering het grootst. Bijvoorbeeld in de nefrologie, de cardiologie/cardiothoracale chirurgie, de oncologie en in de spoedeisende zorg. Zodat daar op een zo kort mogelijke termijn de juiste zorg aangeboden kan worden aan de oudere patiënt. Zorg die écht werkt voor hem of haar.

³⁹ Zie ook 'Oud of wijs: ervaringsdeskundige maakt het verschil in onderzoek naar ouderenzorg', NFO, juni 2015.

Verantwoording

Dit ZonMw-signalement is samengesteld door een schrijfgroep met acht deskundigen uit het veld. De leden hebben hun bijdrage op persoonlijke titel geleverd. De volgende personen namen deel aan de schrijfgroep:

- Dr. Simon Mooijaart, internist-ouderengeneeskunde (LUMC)
- Prof. dr. Marielle Emmelot-Vonk, hoogleraar klinische geriatrie (UMC Utrecht)
- Dr. Gerrit-Jan Liefers, oncologisch chirurg, onderzoeker kanker bij ouderen (LUMC)
- Dr. Hanneke Joosten, internist-nefroloog en internist-ouderengeneeskunde (Maastricht UMC+)
- Dr. Yvonne Schoon, klinisch geriater en afdelingshoofd Spoedeisende Hulp (Radboudumc)
- Prof. dr. Johanneke Portielje, hoogleraar geriatrische oncologie (LUMC)
- Prof. dr. Bianca Buurman, hoogleraar acute ouderenzorg en verpleegkundige (Amsterdam UMC), tevens lector transmurale ouderenzorg (HvA)
- Ellen Willemsen/Marielle van Oort, KBO-PCOB

Verspreid door de tekst staan kaders met korte interviews⁴⁰ die de problematiek vanuit verschillende perspectieven illustreren:

- Hanna Willems, klinisch geriater en internist ouderengeneeskunde (pag. 5)
- Arno Karstens, huisarts en kaderhuisarts ouderengeneeskunde (pag. 10)
- Anjo Geluk, patiëntvertegenwoordiger (pag. 16)
- Ellen Vreeburg, specialist ouderengeneeskunde en kaderarts geriatrische revalidatie bij Vivium Naarderheem (pag. 21)
- Bart Berden, ziekenhuisbestuurder (pag. 25)

De tekst is meegelezen door:

- Marjolein de Booy, adviseur Zorginstituut Nederland
- Marcel Olde Rikkert, hoogleraar klinische geriatrie aan de Radboud Universiteit
- Carlijn Van Aalst, coördinator Raad van Ouderen en beleidsadviseur KBO-PCOB
- Rosalie Hendriks, programmamanager NPO
- Renata Klop, adviseur paramedische zorg, ZonMw
- Henk Smid, directeur ZonMw

Samenstelling en adviezen: Benien Vingerhoed-Van Aken, Cule Cucic, Harald Moonen en Erlinde Dekker (ZonMw)

Tekst- en eindredactie: Marc van Bijsterveldt

Interviews: Hieke Jippes

Foto omslag: Studio Oostrum:

De arts (gehurkt) was al onderweg naar huis maar de patiënt wil hem graag nog bedanken voor zijn goede zorgen.

⁴⁰ De volledige versies zijn te vinden op <https://publicaties.zonmw.nl/meer-aandacht-voor-ouderen-in-het-ziekenhuis/>

A. Huidige financiering van onderzoek bij ouderen

Binnen ZonMw lopen verschillende programma's gericht op onderzoek bij ouderen. Tot begin 2019 is het Nationaal Programma Ouderenzorg⁴¹ uitgevoerd met als doel de zorg voor ouderen met complexe hulpvragen te verbeteren door samenwerking in de regio rond behoeften van ouderen te versterken. De inbreng van ouderen had in het programma een centrale rol. Dit programma is inmiddels afgesloten.

Op het gebied van langdurige zorg⁴², hulpmiddelen^{43 44}, verpleeghuiszorg, huisartsenzorg⁴⁵, dementie⁴⁶ en palliatieve zorg⁴⁷ lopen onderzoeks- en praktijkprogramma's bij ZonMw. Het benodigde onderzoek dat in dit signalement wordt beschreven richt zich echter niet op deze aandachtsgebieden. Vanuit ZonMw wordt ook de Kennisinfrastructuur Academische Werkplaatsen Ouderenzorg (KAWO⁴⁸) gefinancierd. Deze werkplaatsen zijn gericht op verbetering van de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van het werk in de verpleeghuiszorg, dus niet op de zorg voor de oudere patiënt in het ziekenhuis.

Op internationaal vlak werken Nederlandse onderzoekers mee in programma's gericht op maatschappelijke uitdagingen van vergrijzing (JPI-MYBL⁴⁹) en neurodegeneratieve ziekten (JPND⁵⁰). De thema's in dit signalement vallen hier niet onder.

Een deel van het benodigde onderzoek dat we in het signalement beschrijven, richt zich op zorg waarvan geneesmiddelen of niet-farmacotherapeutische interventies onderdeel uitmaken. Afzonderlijke doelmatigheidsvraagstukken gericht op een interventie of onderzoek naar gepast gebruik van geneesmiddelen kunnen vanuit de programma's DoelmatigheidsOnderzoek⁵¹ of Goed Gebruik Geneesmiddelen (GGG⁵²) worden gefinancierd. Het signalement adresseert echter complexe vraagstukken die overstijgend en geïntegreerd moeten worden aangepakt, onafhankelijk van een gerichte interventie of de betreffende geneesmiddelen. Het gaat om grote multidisciplinaire onderzoekstrajecten met specifieke focus op factoren die van belang zijn voor een vitale of kwetsbare oudere. En om vraagstukken waarbij aandacht is voor kenmerken van ouderen met betrekking tot veerkracht als voorspeller van herstelvermogen, lichamelijk/geestelijk/functioneel/sociaal functioneren, kwetsbaarheid en multimorbiditeit, en hoe deze de uitkomsten van intensieve behandelingen als dialyse, chemotherapie of operaties voorspellen. Vaak zijn de beoogde projecten prospectief observationeel van aard, hetgeen financiering over een langere termijn vereist.

Daarnaast pleit dit signalement ervoor te identificeren welke onderliggende biologische mechanismen maken dat de impact van sommige behandelingen (zoals een chemo bij kanker) bij oudere patiënten fysiologisch vaak erg groot is. Er is onderzoek nodig om uit te zoeken hoe we met deze kennis interventies kunnen ontwikkelen om de uitkomsten te verbeteren. Ook is er behoefte aan onderzoek en praktijkontwikkeling rond de vraag hoe we ouderen, naasten en het behandelteam met deze kennis optimaal kunnen ondersteunen in het bepalen wat voor de oudere patiënt en diens naasten belangrijk is en welke behandeling daarbij past.

⁴¹ Zie <https://www.beteroud.nl/nationaal-programma-ouderenzorg-npo.html>.

⁴² Zie <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/ouderen/ict-oplossingen/programmas/programma-detail/programma-langdurige-zorg/>.

⁴³ Active & Assisted (AAL): <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/ouderen/ict-oplossingen/programmas/programma-detail/active-and-assisted-living-aal2/>;

⁴⁴ Goed Gebruik Hulpmiddelen: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/doelmatigheidsonderzoek/programmas/programma-detail/goed-gebruik-hulpmiddelenzorg/>.

⁴⁵ HGOG, zie: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/programmas/programma-detail/huisartsgeneeskunde-en-ouderengeneeskunde/>.

⁴⁶ Memorabel, zie: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/ouderen/ict-oplossingen/programmas/programma-detail/memorabel/>

⁴⁷ Palliantie, zie: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/programmas/programma-detail/palliantie-meer-dan-zorg/>

⁴⁸ Kennisinfrastructuur Academische Werkplaatsen Ouderenzorg, zie: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/ouderen/ict-oplossingen/programmas/programma-detail/kennisinfrastructuur-academische-werkplaatsen-ouderenzorg-kawo/>

⁴⁹ Joint Programme Initiative 'More Years Better Lives' (JPI MYBL), zie: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/ouderen/ict-oplossingen/programmas/programma-detail/eu-jpi-more-years-better-lives-j-age-2/>

⁵⁰ EU Joint Programme Neurodegenerative Disease Research (JPND), zie: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/ouderen/ict-oplossingen/programmas/programma-detail/joint-programming-initiative-neurodegenerative-diseases-jpnd/>

⁵¹ Zie: www.zonmw.nl/do.

⁵² Zie: www.zonmw.nl/ggg.

Resumerend: de in het signalement benoemde vraagstellingen passen niet binnen de doelstellingen, kaders en/of financieringsmogelijkheden van bestaande ZonMw-programma's en de verwachting is dat deze vraagstukken maar zeer beperkt worden opgepakt door gezondheidsfondsen, NWO-programma's of vanuit de eerste geldstroom.

B. Context: het overheidsbeleid rond ouderen

In de zorg voor ouderen zet de overheid zoveel mogelijk in op zorg thuis (of dichtbij huis), dus in de vertrouwde omgeving. Zorg en ondersteuning dienen daar in samenhang te worden gerealiseerd en steeds in aansluiting op wat mensen echt nodig hebben. Een terechte focus voor het beleid, want verreweg de meeste ouderen wonen thuis. De Nederlandse Zorgautoriteit becijferde onlangs nog dat dit geldt voor 94% van de mensen boven de 65⁵³. Onder 85-plussers is dat percentage nog altijd zo'n 70%. De meeste mensen willen ook het liefst thuis oud worden. Mits er passende zorg en ondersteuning is als zij daar behoefte aan hebben. Uiteenlopende initiatieven – zowel van de overheid als vanuit het veld – zijn of worden opgezet om in die behoefte te kunnen voorzien.

Samen met veldpartijen zet de overheid in op het verbeteren van randvoorwaarden voor een goede kwaliteit van leven voor de groeiende groep thuiswonende ouderen. Met het Pact voor de ouderenzorg⁵⁴ komen partijen als gemeenten, verzekeraars, zorgverleners en andere maatschappelijke partners, samen in actie om goede zorg en ondersteuning thuis te organiseren. Om ouderen actief te betrekken bij het pact is de Raad van Ouderen opgericht, die onder meer een adviserende rol gaat spelen in een campagne rond de herwaardering van ouder worden⁵⁵. Via het programma Langer Thuis⁵⁶ investeert de overheid maar liefst 340 miljoen euro, onder meer in lokale en regionale samenwerking rond kwetsbare ouderen. De zorg voor hen moet gebaseerd zijn op een persoonlijk ondersteunings- en zorgplan. Het programma voorziet ook in investeringen in de inzet van 'de juiste geriatrische expertise op het juiste moment'⁵⁷.

Uitgangspunt bij alle investeringen, zo schreef minister De Jonge op 18 juni 2018 aan de Tweede Kamer⁵⁸, is de wens van ouderen om zo lang mogelijk op een goede manier zelfstandig te kunnen blijven wonen, met ondersteuning, zorg en in een woning die aansluit bij hun persoonlijke behoeften: 'thuis zo lang het kan.' Dit streven wordt ook in de medische wereld breed ondersteund. Met de minister scharen zorgprofessionals – van verzorgenden tot medisch specialisten – zich achter de gemeenschappelijke opdracht te komen tot meer integrale zorg. Deze zorg is vooral cruciaal voor de groep kwetsbare mensen, zoals patiënten met verschillende chronische aandoeningen en mensen die bredere ondersteuning en zorg nodig hebben.

Met name ouderen vallen relatief vaak onder deze categorie. Zij hebben behoefte aan een aanbod waarin in eerste instantie eerstelijnszorg en ondersteuning binnen het sociaal domein centraal staan. En waarin duidelijke (regionale) afspraken zijn gemaakt over consultatie van zorgverleners met aantoonbare kennis en competenties in de zorg voor de oudere patiënt en procedureafspraken rondom ziekenhuisopname en -ontslag. Zodat zorgprogramma's thuis en de zorg in het ziekenhuis optimaal op elkaar kunnen aansluiten.

⁵³ Monitor Zorg voor ouderen 2018, Nederlandse Zorgautoriteit, april 2018.

⁵⁴ Pact voor de ouderenzorg, aangeboden aan de Tweede Kamer door minister Hugo de Jonge van VWS op 8 maart 2018, 1310858-174315-DMO.

⁵⁵ 'Campagne herwaardering ouder worden in voorjaar van start'. In: Skipr, 27 november 2018.

⁵⁶ Kamerbrief d.d. 18 juni 2018 van minister De Jonge, 1366937-178251-DMO.

⁵⁷ Nieuwsbericht over het programma Langer Thuis van 8 juni 2018:
<https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/06/18/340-miljoen-voor-thuiswonende-ouderen-zelfstandig-oud-worden-in-vertrouwde-omgeving> .

⁵⁸ Kamerbrief d.d. 18 juni 2018 van minister De Jonge, 1366937-178251-DMO.

ZonMw stimuleert
gezondheidsonderzoek en
zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
info@zonmw.nl
www.zonmw.nl

