



Robbert Huijsman

Senior manager Kwaliteit & Innovatie bij de divisie Zorg & Gezondheid van Achmea en hoogleraar Management & Organisatie van de Ouderenzorg bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Hoe verder met de zorg voor **kwetsbare ouderen**?

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) levert veel op. Kwetsbare ouderen en hun zorgen krijgen nu écht aandacht. Gedreven vanuit de kernwaarden zeggenschap, voorzorg, samenhang en kwaliteit en doelmatigheid zijn in acht netwerken rond de academische centra meer dan 75 projecten uitgevoerd bij zo'n 38.000 ouderen, 1000 huisartsen en 650 zorginstellingen, gemeenten, zorgverzekeraars, opleidingsinstituten en dergelijke. Het NPO streeft een fundamentele transitie na, waarbij de zorg zo wordt ingericht dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen, passende zorg krijgen en zo gelukkig mogelijk oud worden. Een uitstekende 'beweging', maar het gaat niet vanzelf. Er was aanvankelijk scepsis omdat de universitaire klinieken vrijwel geen rol hadden in zorgnetwerken en veelal vertrokken vanuit medisch-specialistische oriëntatie. In de eerste ronde startten vooral onderzoeksprojecten naar screening van kwetsbaarheid en interventies in de ziekenhuis- en huisartsenzorg. Gaandeweg verbreedde de oriëntatie naar combinatie van en samenwerking tussen wonen, zorg en welzijn. NPO-voorzitter prof.dr. Betty Meijboom-de Jong typeert dat als een ware cultuuromslag. Dat geldt ook voor implementatie, de hardnekkige achillespees van veel onderzoek.

Als verzekeraar of gemeente wil je een geslaagd $n = 1$ project voor alle klanten inkopen. Dan moet wel duidelijk worden welke interventies, (screenings)methoden en transitie werkelijk effectief en doelmatig zijn. En hoe dat nationaal kan worden opgeschaald, voorbij syndromen zoals 'not invented here' vanuit de silo's van professionals, organisaties en concurrerende (onderzoeks)instituten. Daar zit wel de crux. Zo zijn er veel screeningsinstrumenten ontwikkeld en iedere rechtgeaarde onderzoeker vindt zijn eigen instrument het beste. Dat moet eerst zijn gepubliceerd alvorens het breder kan worden gedeeld en geïmplementeerd. Maar vaak blijft de praktijk zitten met de vraag of het instrument praktisch hanteerbaar is, terecht differentieert naar mate van kwetsbaarheid en gevoelig is voor verandering daarin. Hierin zullen onderzoekers meer en beter moeten samenwerken.

Een andere gewetensvraag: welke interventies zijn nu echt bewezen? Wellicht is het nog net te vroeg om conclusies te trekken, want alle resultaten zijn nog niet bekend en er volgen nog publicaties. Maar er lijkt zich een patroon af te tekenen: hoe steviger het design en de onderzoeksmethoden, hoe teleurstellender de resultaten. Al eerder was dat gebleken

voor consultatiebureaus voor ouderen, preventieve huisbezoeken, geheugenpoli's en dergelijke. Veel NPO-projecten lijken eenzelfde lot beschoren. Een groot Limburgs onderzoek vond geen effecten van een interdisciplinair eerstelijnszorgprogramma voor kwetsbare ouderen. Een Utrechts verpleegkundig zorgprogramma (Om U) leverde slechts bescheiden effecten bij dagelijkse beperkingen. Een integraal zorgmodel vanuit huisartsenpraktijken in Walcheren toonde wel verbeteringen in gezondheid, kwaliteit van leven en satisfactie bij kwetsbare ouderen en subjectieve belasting van mantelzorgers, maar niet in zorggebruik noch kosten-effectiviteit. De Transmurale Zorgbrug in Amsterdam, waar wijkverpleegkundigen al in het ziekenhuis starten met het ontslagtraject en multidisciplinaire interventies, is mogelijk een gunstige uitzondering.

Wat moeten we aan met deze schijnbare teleurstellingen? Bij alle NPO-interventies vond eerst screening plaats, maar het blijft moeilijk om precies de juiste kwetsbare populatie uit te filteren. De instrumenten worden steeds gevoeliger, maar de publicatiedrift doet veel onderzoekers steeds grijpen naar al gepubliceerde instrumenten, ook als die het minder goed doen. Zijn wel de juiste ouderen geselecteerd, blijkt het lastig hun jarenlang ingesleten gezondheidsgedrag te veranderen. Eigenlijk is het te laat als er kwetsbaarheid is ontstaan. Ondertussen evolueren de interventies wel verder met onder andere scherpere selectie, 'stevigere' gedragsinterventies bij ouderen én professionals met langere doorlooptijd. Het gaat vooral om het combineren van interventies op verschillende niveaus tegelijkertijd, namelijk patiënt, professional én organisatie. De sterke focus op de eindparameters verhuut dat er al wel vaak verbetering meetbaar is op meer intermediaire maten van samenwerking, integraliteit en continuïteit van zorg. Het vergt wel geduld om de mammoettanker van jarenlang ingeroeste tradities en professionele opvattingen te keren met nieuwe inzichten en interventies. Laat staan dat er fundamentele verschuivingen optreden in gebruik en kosten van zorg en welzijn. Ook de mammoettankers van sectorgewijze organisaties, financiering en regelgeving moeten mee in de grote transitievloot voor de ouderenzorg. We kennen steeds meer puzzelstukjes zoals screening, multidisciplinaire interventies, één zorgbehandelplan, één coördinatiepunt, één budget, stevige leefstijlverandering en kortcyclische monitoring met bijsturing. Maar het leggen van de totale puzzel voor effectieve eerstelijnszorg voor kwetsbare ouderen blijft een grote uitdaging.