

De kern

- ▶ Het behoud van zelfredzaamheid en welbevinden is een belangrijk doel van preventie bij ouderen.
- ▶ Dit geldt voor alle ouderen, ondanks de grote mate van onderlinge heterogeniteit.
- ▶ Huisartsenzorg voor ouderen vraagt daarom om een proactieve, functionele aanpak, met aandacht voor individuele verschillen.

NHG-Standpunt *Toekomstvisie Huisartsenzorg. Huisartsgeneeskunde voor ouderen*² veel goede ingrediënten voor deze manier van preventie bevat, en dat implementatie dus van groot belang is.

De voorgestelde aanvulling op preventie bij ouderen – naast het voorkómen van ziekte ook behoud van zelfredzaamheid – leidt tot een groot aantal wetenschappelijke lacunes. Hoewel we relatief veel weten over determinanten van gezondheid en functioneren, moeten we nog bestuderen welke ouderen het meeste risico lopen op achteruitgang van zelfredzaamheid en welke onderliggende factoren beïnvloedbaar zijn. Daarna moeten we specifieke interventies ontwerpen en toetsen voor verschillende risicogroepen. Actuele vragen als hoe we de preventieve zorg voor ouderen moeten organiseren en financieren, zijn dan nog niet beantwoord.

Ondanks de grote lacunes in wetenschappelijke kennis zijn er aanwijzingen dat op dit bredere preventieve vlak de nodige winst valt te boeken. Bijvoorbeeld dat we een winst in levensjaren niet moeten laten uitmonden in langere zorgafhankelijkheid. En dat een functioneringsgerichte preventie mogelijk winst kan boeken als doorbraken op het gebied van preventie en behandeling op korte termijn niet zijn te verwachten, zoals bij diverse chronische ziekten het geval is.

Implicaties voor de huisartsenzorg voor ouderen

Preventie krijgt in de huisartsenpraktijk steeds meer aandacht. De huisarts speelt inmiddels een belangrijke rol in het voorkomen van negatieve gevolgen van chronische ziekten door een breed scala aan preventieve activiteiten. Daarnaast start binnenkort het

Abstract

Gussekloo, J. For the elderly, prevention should focus on preserving autonomy. *Huisarts Wet* 2009;52(9): 426-7.

Recently the Dutch Health Council advised that prevention should be an important aspect in the care for the elderly. Preserving independency and wellbeing is a new, important focus in prevention, which could be beneficial for all old persons, despite the large heterogeneity in their health en self-sufficiency. However, the effects of most preventive actions in the elderly have not yet been investigated. Nonetheless, this advice of the Dutch Health Council challenges the Dutch general practitioners to initiate a pro-active and functional approach in their care for the elderly.

PreventieConsult waarbij de huisarts op een programmatische manier cardiovasculair risicomanagement kan aanbieden en uitvoeren.

Voor ouderen is ziektegerichte preventie niet de enige strategie om de negatieve gevolgen van het ouder worden te beperken. Dit advies van de Gezondheidsraad daagt de Nederlandse huisarts uit om behoud van zelfredzaamheid en welbevinden centraal te stellen in de zorg voor ouderen. Het nader vormgeven van de proactieve zorg voor ouderen, specifieke aandacht voor zelfzorg door ouderen en een functionele aanpak in de dagelijkse zorg voor ouderen dragen bij aan de preventie van functionele beperkingen en dus aan het behoud van zelfredzaamheid.

Dit Gezondheidsraadadvies vraagt vooral om verdere implementatie van het NHG-Standpunt *Toekomstvisie Huisartsenzorg. Huisartsgeneeskunde voor ouderen*. Niet voor niets staat deze implementatie in 2009 hoog op de NHG-agenda, met als inspirerend slot het NHG-Congres Ga voor (G)oud!

Literatuur

- 1 Gezondheidsraad. Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009; publicatienr. 2009/07. Downloaden via www.gr.nl.
- 2 NHG-Standpunt *Toekomstvisie Huisartsenzorg. Huisartsgeneeskunde voor ouderen*. www.nhg.org

Commentaar

Is functionele preventie weer een nieuwe taak voor de huisarts?

Niek de Wit

Er staat de huisarts veel te wachten in de ouderenzorg. De toenemende vergrijzing van de bevolking maakt niet alleen dat het aantal ouderen steeds verder groeit, maar ook dat een stijgend aantal oudere patiënten met complexe problematiek een steeds groter

beroep op gezondheids- en welzijnsvoorzieningen zal doen. Die toenemende zorgvraag vereist tijdige oriëntatie op uitgangspunten en doelstellingen van het ouderenbeleid. Een eerste adviesrapport van de Gezondheidsraad *Ouderdom komt met gebreken; geneeskunde en zorg*

bij ouderen met multimorbiditeit (Gezondheidsraad 2008) bracht vooral het probleem van de multimorbiditeit en de complexiteit van zorg voor ouderen voor het voetlicht. Het tweede adviesrapport *Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid* richt zich op het belangrijkste doel van de ouderenzorg, namelijk het behoud van zelfredzaamheid, en het belang van preventieve maatregelen om functionele achteruitgang te voorkomen.

Het rapport geeft een goed overzicht van de verschillende aanknopingspunten voor preventieve interventies. De eerstelijnszorg, onder regie van de huisarts, krijgt een prominente plaats toegevoegd in de uitvoering. Het ontbreekt in het rapport echter aan concrete plannen: wat gaan we doen, wie gaat wat doen, en wie gaat dat betalen?

Zelfstandigheid

Goede ouderenzorg is veel meer dan het implementeren van een serie van *disease management*-programma's voor chronische aandoeningen. Ouderen willen primair zo lang mogelijk zelfstandig blijven met een goede levenskwaliteit. Gezond oud zijn impliceert veel meer dan niet ziek worden, maar behelst het geheel van functiebehoud, zelfstandigheid en welbevinden. Ouder worden betekent fysiologische achteruitgang, en met het stijgen van de jaren wordt het krijgen van ziekten en aandoeningen bijna onvermijdelijk. Natuurlijk is primaire preventie van ziekte ook op oudere leeftijd van belang, denk maar aan griep, hart- en vaatziekten, et cetera, maar op oudere leeftijd gaat het veel meer om de preventie van beperkingen als gevolg van ziekten en achteruitgang.

Over het uitgangspunt van de ouderenzorg is het rapport dan ook heel duidelijk: behoud van zelfredzaamheid en preventie van functionele achteruitgang moet het belangrijkste doel zijn. Juist op oudere leeftijd wordt die zelfredzaamheid bedreigd door een complex aan factoren: chronische ziekten, achteruitgang in lichamelijke en cognitieve functies, verlies aan sociale structuur, *major life events* zoals partnerverlies en verhuizing en verminderde sociale participatie. Functionele beperkingen komen frequent voor bij ouderen: volgens onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (2000) ervaart 20 tot 30% van de 65-plussers lichte tot matige beperkingen in de mobiliteit, meer dan 20% heeft beperkingen in het zien of horen, en 10 tot 20% heeft psychische klachten. Bij 80-plussers verdubbelen die percentages.

Preventie

In de preventie van functionele achteruitgang spelen alle betrokken partijen een belangrijke rol: de ouderen zelf, de zorgprofes-

sionals en hun organisaties, en beleidsmakers.

Succesvol ouder worden (*healthy aging*) impliceert het behoud van lichamelijke en geestelijke gezondheid, zelfstandigheid en deelname aan de maatschappij. Van ouderen zelf wordt in het Gezondheidsraadadvies een erg hoge betrokkenheid bij hun eigen gezondheid verwacht. De oudere moet zijn leefstijl zoveel mogelijk richten op het behoud van zelfstandigheid (*self management*) en vergaand meedenken bij beslissingen die de eigen gezondheid aangaan (*patient centred care*). Dat vergt een groot zelfbewustzijn en verantwoordelijkheidsgevoel (*empowerment*). Natuurlijk zullen er veel ouderen zijn, met name in de gezonde en goed opgeleide bevolkingsgroep, die zich in deze ambitie herkennen. Voor hen geldt dat ze door een actieve rol bij hun eigen gezondheid en welzijn hun zelfredzaamheid verder kunnen vergroten. Maar juist voor de kwetsbare groep ouderen (lager opgeleiden, chronisch zieken, alleenstaanden, allochtonen), waar de huisarts in de dagelijkse praktijk mee te maken heeft, lijkt die gewenste zelfstandigheid veel minder realistisch. Baas over eigen gezondheid is voor hen een utopie.

In de preventie van functionele achteruitgang is volgens het Gezondheidsraadrapport een actieve rol weggelegd voor professionals, met een sleutelrol voor de eerstelijns zorgverleners. Door een meer proactieve opstelling zouden zij groepen met een hoog risico op verlies van zelfredzaamheid beter in kaart moeten brengen. Dat kan bijvoorbeeld door systematisch de oudere praktijkpopulatie door te nemen, of door hoogrisicogroepen (ouderen die hun partner verloren hebben, oudere allochtonen, of ouderen met beginnende cognitieve achteruitgang) beter in beeld te brengen. De volgende stap is dan het uitdenken van preventieve interventies die de 'cascade' van functionele achteruitgang kunnen stoppen. Dat vergt een regierol van de huisarts in de eerste lijn en een duidelijkere profilering van de geriater als specialist ouderengeneeskunde in de tweede lijn. Het vraagt ook om een betere samenwerking tussen de verschillende echelons, bijvoorbeeld in de medische zorg in verzorgingshuizen waar de huisarts vaak het eerste aanspreekpunt is en de verpleeghuisarts de consultant.

Het rapport maakt echter niet duidelijk welke die preventiemaatregelen dan precies zijn, of hoe je die moet organiseren. Dat kan ook nog niet, want er is nog maar heel weinig bekend over de effectiviteit van concrete preventie-initiatieven, zoals valpreventie- of medicatiecontroleprogramma's. Weliswaar zijn er op veel plaatsen preventieve initiatieven, zoals het consultatiebureau voor ouderen, zelfmanagement- en *casefindings*programma's, maar de effectiviteit daarvan is nog niet duidelijk.

In het rapport wijst men daarom terecht op het belang van een goede researchagenda. Meer duidelijkheid over determinanten van zelfredzaamheid en risicoprofielen van ouderen met een verhoogde kwetsbaarheid, dat zijn instrumenten waar de professional in de praktische ouderenzorg wat aan heeft. Ook naar de insteek, organisatie en effectiviteit van preventieve programma's in de ouderenzorg is nader onderzoek hard nodig: moeten we ons vooral richten op *case finding* in de eerstelijnszorg, of juist op systematische screening van de hele ouderenpopulatie? Hebben

Auteursgegevens

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Huispost Str. 6.131, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: dr. N.J. de Wit, huisarts en universitair docent, lid stuurgroep Netwerk Utrecht Zorg Ouderen.

Correspondentie: N.J.deWit@umcutrecht.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

we behoefte aan meer klinische expertise in de ouderenzorg in de tweede lijn, of moet de zorg juist meer naar de ouderen thuis komen? Via het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO), een speciaal ingericht ZON-onderzoeksprogramma naar de effectiviteit van innovatieve vormen van ouderenzorg, is nu een aanzet gemaakt om die researchagenda ook daadwerkelijk te gaan uitvoeren. Alleen met bewezen werkzame interventies kunnen we in de toekomst de ouderenzorg beter organiseren. Het rapport richt zich toch weer heel erg op de medische kant van het behoud van functionele zelfredzaamheid, en dat is jammer. Naast gezondheid dragen ook een veilige en prettige woonomgeving, actieve deelname aan de maatschappij en een hecht sociaal netwerk bij aan de levenskwaliteit en zelfredzaamheid van ouderen. Preventie van functionele achteruitgang is een verantwoordelijkheid van alle bij zorg en welzijn betrokken partijen, en niet alleen van de medische professionals. Gemeenten en woningbouwcoöperaties kunnen helpen om een veilige woonomgeving te creëren en allerlei technische aanpassingen in de senioren woningbouw ontwikkelen waarmee de oudere zo min mogelijk last van de onvermijdelijke beperkingen heeft. Actieve betrokkenheid van ouderen bij de buurt en het verhogen van het gevoel van sociale veiligheid in hun woonomgeving is het terrein van welzijn en buurtwerk. Daar kan de huisarts natuurlijk best een signalerende rol in spelen. Ook intensivering van de mantelzorg kan een belangrijke bijdrage leveren aan versterking van de zelfredzaamheid.

Vroegsignalering van kwetsbaarheid en functieverlies

Wat betekenen de conclusies van het Gezondheidsraadrapport nu voor de huisarts? De uitgangspunten van de ouderenzorg in de huisartspraktijk zijn vastgelegd in het NHG-Standpunt *Toekomstvisie Huisartsenzorg. Huisartsgeneeskunde voor ouderen* (2007). Behoud van functionaliteit en zelfredzaamheid staan in dit standpunt voorop, en ook de probleemanalyse komt grotendeels overeen met die in het Gezondheidsraadrapport. Het ontbreekt aan samenhang in de ouderenzorg, mede door de categorale zorg dreigt verregaande fragmentatie. Daarnaast is de zorg verspreid over veel partijen in eerste en tweede lijn, en wordt slecht gecoördineerd. Ouderen geven zelf aan het gebrek aan coördinatie in de zorg als een van de grootste problemen te ervaren (Rapport Cliëntenbelang Utrecht). De beschikbare wetenschappelijke kennis, met name rond multimorbiditeit, polyfarmacie en kwetsbaarheid is onvoldoende. De meeste richtlijnen, ook de NHG-Standaarden, bevatten geen specifieke aanbevelingen voor de oudere patiëntengroep.

In het NHG-Standpunt zijn de meeste aanbevelingen uit het rapport van de Gezondheidsraad concreet vertaald naar de inhoud en organisatie van de huisartsenzorg. De huisarts houdt de regierol in de ouderenzorg, en doet vanuit een proactieve opstelling aan vroegsignalering van kwetsbaarheid en functieverlies. Wat nu de beste methode van vroegsignalering is, onderzoekt NPO in de verschillende regionale netwerken. Zo gaat in Utrecht binnenkort het 'Om U'-project van start, waarbij in een RCT verschillende manieren van opsporen van kwetsbare ouderen in negentig huisartsen-

Foto: Shutterstock/Natalia D.



praktijken worden vergeleken. Door een persoonlijke en integrale benadering van de oudere patiënt zou de huisarts volgens het NHG-Standpunt zo veel mogelijk moeten inspelen op de diversiteit in de ouderenpopulatie. Wat nu precies de individuele kenmerken van kwetsbaarheid zijn, dat weten we echter niet. Daarom start binnenkort in Utrecht het PROFIEL-onderzoek, waarmee in een groot cohort van ouderen de risicofactoren van kwetsbaarheid en determinanten van functiebehoud in kaart worden gebracht. In de organisatie van de ouderenzorg moet de huisarts samen met andere eerstelijnsdisciplines een samenhangend multidisciplinair zorgsysteem opzetten, waarin cure en care zoveel mogelijk worden geïntegreerd. Of de huisarts zelf de zorg in dat netwerk moet coördineren, of dat beter kan delegeren, is de vraag. In het 'Om U'-project kijkt men daarom tevens of de geprotocolleerde zorgcoördinatie door de praktijkverpleegkundige ouderenzorg nu werkelijk effectiever is dan de zorg van de huisarts.

'Add life to years, not years to life', in dat uitgangspunt zullen de meeste huisartsen zich herkennen. In de ouderenzorg gaat het om veel meer dan alleen het voorkomen van ziekte. Aan het behoud van zelfredzaamheid kunnen een groot aantal partijen uit zorg en welzijn een belangrijke bijdrage leveren, met de huisarts (of de praktijkverpleegkundige ouderenzorg) in een coördinerende rol. De conclusies van het Gezondheidsraadrapport zijn goed herkenbaar vanuit de huisartsgeneeskunde. Maar voordat we ook de functionele preventie aan het takenpakket van de huisarts toevoegen moet eerst duidelijk worden hoe we dat dan het beste kunnen inrichten. Daarvoor is vooral meer kennis nodig, en daar wordt in de komende jaren hard aan gewerkt in de regionale netwerken ouderenzorg. Ten slotte, voor de uitvoering van preventie van functionele achteruitgang bij ouderen moet de huisarts ondersteund en gefaciliteerd worden, en de randvoorwaarden daarvoor zullen goed moeten worden ingevuld.