

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/81213>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-06 and may be subject to change.

Kwetsbare oudere is gebaat bij visionair denkende mensen

Nieuwe tijd, nieuw specialisme

prof. dr. Raymond Koopmans, specialist ouderengeneeskunde en hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde

dr. Jan Lavrijsen, specialist ouderengeneeskunde en hoofd van de vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde Nijmegen

Correspondentieadres:
r.koopmans@elg.umcn.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

beeld: Daro Bonink, HH

De overheid wil dat ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Dat vraagt om een arts met specifieke competenties. Niemand, en zeker niet de kwetsbare oudere, heeft baat bij mensen die mokkend vasthouden aan verouderde concepten en namen.

Bij de start van het Nationaal Programma Ouderenzorg vorig jaar stelden Koopmans en Schers in Medisch Contact dat echte innovatie in de ouderenzorg vraagt om een paradigmaverandering (MC 13/2008: 558). De recente bijdrage in hetzelfde

blad van Van den Heuvel (MC 11/2009: 473) onder de titel 'De moord op de verpleeghuisarts', laat zien dat er nog steeds krachten zijn die vasthouden aan verouderde en achterhaalde concepten en namen. Het specialisme ouderengeneeskunde, dat is ontstaan uit een fusie van





Leen (89 jaar, hartpatiënt, versleten kunstheup, darmproblemen en een liesbreuk) en zijn vrouw Toet Brakel (91 jaar, last van moeheid en evenwichtsproblemen) wonen nog zelfstandig in een serviceflat in Wassenaar. Ze krijgen hulp van de thuiszorg, een fysiotherapeut en een huishoudelijke hulp. Ook hun zoon Kees (60 jaar) speelt daarbij een belangrijke rol. De keuken van serviceflat Zomerland voorziet in hun maaltijden.

de sociale geriatrie en de verpleeghuisgeneeskunde, is juist springlevend. We kunnen meer leren van Martin Boekholdt, hoogleraar organisatie en beleid van de zorg. Hij schreef al in 2005 dat het 'verpleeghuis' en 'verpleeghuiszorg' functioneel verouderde begrippen waren.¹ Door hun negatieve imago lopen deze termen volgens hem de noodzakelijke vernieuwing voor de voeten.

Naamgeving

Het mag duidelijk zijn dat de groeiende groep kwetsbare ouderen met complexe problematiek meer gebaat is bij visionair denkende mensen dan bij artsen die in domeinen denken en zich bezighouden met zoiets banaals als de naamgeving van een nieuw specialisme. Inmiddels heeft het vernieuwde specialisme een driejarige vervolgopleiding, waarin de generalistisch maar tevens specialistisch denkend arts ook stages volgt in het ziekenhuis en in de ambulante zorg. Vanaf 2010 zullen de eerste specialisten ouderengeneeskunde hun opleiding hebben afgerond. Zij zullen met bredere competenties en vaardigheden zorg bieden dan hun voorgangers, de verpleeghuisartsen. Ook universiteiten gaan noodzakelijke vernieuwingen niet uit de weg. Zo zijn binnen het UMC St Radboud in Nijmegen de voormalige afdelingen Huisartsgeneeskunde, Huisartsopleiding, Sociale Geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde gefuseerd tot één grote afdeling Eerstelijnsgeneeskunde. Deze afdeling heeft als missie innovatie van zorg en heeft het domeindenken achter zich gelaten.

De ouderenzorg bevindt zich al jaren in een transformatie- en innovatiefase. Dit komt doordat het overheidsbeleid erop is gericht ouderen en chronisch zieken zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Kernbegrippen hierbij zijn: substitutie van zorg, deinstitutionalisering en het creëren van veelal kleinschalige woonvoorzieningen in de wijk. De overheid zet in op een verdere versterking van de eerstelijnszorg waarin in toenemende mate substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg plaatsvindt.² Verder stelt zij dat de samenhang tussen de eerstelijnszorg en ouderen- en verpleeghuiszorg van groot belang is.

Specialistisch zorgcentrum

Het gevolg is dat intramurale zorgvoorzieningen zoveel mogelijk moeten worden bestemd voor ouderen en chronisch zieken met een zeer intensieve, complexe zorgvraag, die elders niet adequaat kunnen worden geholpen. Dat betekent dat de traditionele verpleeghuizen zich ontwikkelen tot meer specialistische zorg- en behandelcentra.

Het zijn juist deze tweedelijnszorgcentra waarin het specialisme ouderengeneeskunde zich verder kan en zal ontwikkelen. Het concept van een tweedelijnszorgcentrum bestaat uit een expertise- en diagnosecentrum, een onderdeel voor kort verblijf (verpleeg- of zorghotel) en onderdelen voor wonen met bijzondere, intensieve zorg.³ Behandelaars, zoals specialis-

SAMENVATTING

- Ouderenzorg bevindt zich in een transformatiefase.
- De zorgvragen van een groeiende groep kwetsbare ouderen vragen om een heroriëntatie op de medische beroepen in de ouderenzorg.
- Het specialisme ouderengeneeskunde is ontstaan uit een fusie van de verpleeghuisgeneeskunde en sociale geriatricie.
- Deze specialist ouderengeneeskunde houdt zich bezig met complexe zorgvragen van ouderen, ongeacht hun verblijfplaats.



De door de auteur genoemde artikelen uit Medisch Contact vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

ten ouderengeneeskunde, maken deel uit van het expertise- en diagnosecentrum en bieden behandeling aan de doelgroepen met een kort verblijf (de revalidatie en herstelzorg) en aan de groepen met intensieve zorgvragen zoals mensen met dementie en veel probleemgedrag, mensen met niet-aangeboren hersenletsel, jonge mensen met dementie, gerontopsychiatrische patiënten et cetera.

Het expertise- en diagnosecentrum heeft echter ook een nauwe verbinding met de eerste en tweede lijn. Immers vanuit dit centrum worden ook diensten aangeboden aan lokale zorgcen-

tra, kleinschalige woonvoorzieningen en aan ziekenhuizen/GGZ en huisartsvoorzieningen. Het is zelfs denkbaar dat op termijn het expertise- en diagnosecentrum samengaat met een huisartsenvoorziening van waaruit alle kwetsbare ouderen met complexe problematiek van thuiswonend tot wonend in het specialistisch zorg- en behandelcentrum van zorg worden voorzien.

Adel verplicht

De naam verpleeghuisgeneeskunde mag worden doodverklaard, maar de inhoud ervan begint een nieuw leven als specialisme ouderengeneeskunde. Dus degenen die zich zorgen maken, kunnen met een gerust hart de toekomst tegemoet zien. Echter, adel verplicht. De waarde van de nieuwe specialist zal zich in de praktijk moeten bewijzen. Als je iets in de etalage legt, moet het ook in de winkel te koop zijn en moet het kunnen worden verkocht. Dat is de uitdaging voor die grote groep van 1400 nieuwe specialisten. [mc](#)

Referenties

1. Boekholdt MG. Zorgen om de zorg in verpleeghuizen: het verpleeghuis voorbij. Tijdschr Gerontol Geriatr 2005; 36: 44-6.
2. Klink A. Doelstellingenbrief eerstelijnszorg. Den Haag, juli 2008.
3. Bolscher A. e.a. Tweedelijns zorgcentrum: van concept naar praktijk. Amsterdam, juli 2003.

