



Aan de staatssecretaris van Volksgezondheid Welzijn en Sport

Onderwerp : Briefadvies *Multimorbiditeit bij ouderen*
Uw kenmerk : DVVO-U-2598119
Ons kenmerk : U-1098/RvdS/tvdk/782-I
Datum : 11 september 2007

Geachte mevrouw de staatssecretaris,

Op 26 oktober 2005 vroeg uw voorgangster aan de voorzitter van de Gezondheidsraad haar te adviseren over co- en multimorbiditeit bij het ouder worden en over een in Nederland te ontwikkelen sterke 'geriatische functie' voor ouderen met meerdere aandoeningen. Ten behoeve van dit advies hebben de Gezondheidsraad en de Raad voor Gezondheidsonderzoek gezamenlijk een commissie 'Multimorbiditeit bij ouderen' ingesteld, die haar advies komend najaar zal voltooien. Vooruitlopend op dat advies en op uitdrukkelijk verzoek van de afdeling Langdurige Zorg van uw ministerie, doen wij u hierbij reeds een aantal van de belangrijkste conclusies en aanbevelingen van de commissie toekomen, opdat deze tijdig beschikbaar zijn voor het vaststellen van uw beleid. In het advies zelf vindt u de aanbevelingen nader uitgewerkt en onderbouwd.

Omvang en aard van het probleem

Onderzoek dat de commissie heeft laten uitvoeren bevestigt dat multimorbiditeit bij ouderen frequent voorkomt. Circa tweederde van alle personen tussen 65-75 jaar heeft meer dan twee chronische aandoeningen die medische behandeling en zorg behoeven. Bij de alleroudsten (85 jaar en ouder) heeft circa 85 procent meer dan twee aandoeningen

De aanwezigheid van meer dan één chronische ziekte is niet altijd problematisch. Dat is bijvoorbeeld het geval bij lichte stadia van ziekten, of als de aandoeningen geen of weinig gevolgen hebben voor het dagelijks functioneren. Regelmatig evenwel leidt de combinatie van meerdere ziekten wél tot stoornissen, beperkingen, handicaps en tot verlies van welbevinden. Die situatie doet zich vooral voor bij patiënten op hogere leeftijd, bij wie de vitale functies en het vermogen om de lichamelijke en psychische gevolgen van ziekte te compenseren, beginnen af te nemen. Bij deze ouderen met complexe multimorbiditeit is het vaak moeilijk om de oorzaken van de problemen te ontrafelen, en zijn de effecten van de behandeling van de afzonderlijke ziekten



Onderwerp : Briefadvies *Multimorbiditeit bij ouderen*
Ons kenmerk : U-1098/RvdS/tvdk/782-I
Pagina : 2
Datum : 11 september 2007

nogal eens anders dan verwacht. Ook kunnen de behandeladviezen voor de éne aandoening strijdig zijn met de adviezen voor een andere aandoening. De gebruikelijke manier van werken in onze gezondheidszorg (waarin het behandelen van afzonderlijke aandoeningen centraal staat) is bij deze groep ongeschikt. Het benodigde diagnostisch onderzoek en de behandeling zijn vaak een enorme belasting. Het tegelijkertijd ontvangen van hulp van verschillende medisch specialisten en andere zorgverleners leidt daarnaast makkelijk tot niet goed samenhangende zorg, die in bepaalde gevallen (polyfarmacie) zelfs een risico voor de patiënt kan vormen. Ten slotte is bij deze groep het behandelen van aandoeningen alléén onvoldoende. Juist bij deze ouderen kan veel levenskwaliteit worden behouden door te voorkomen dat zij verder beperkt raken in hun normale activiteiten en in de contacten met anderen. Bij deze groep dient kortom extra aandacht te worden geschonken aan uiteenlopende zaken als de integratie en de continuïteit van de medische en verpleegkundige zorg, het voorkomen van verdere beperkingen en sociale uitval, en de draagkracht van de patiënt en zijn familie en mantelzorgers.

Vier opgaven in de zorg voor ouderen met complexe multimorbiditeit

De commissie constateert dat de gezondheidszorg in Nederland niet goed is ingesteld op ouderen met complexe multimorbiditeit. In onze gezondheidszorg bestaat een duidelijke scheiding tussen de verschillende echelons. De specialistische tweede lijn is bovendien ingedeeld in tamelijk autonome deelterreinen en sterk gericht op de behandeling van een specifieke ziekte. Als zodanig is het stelsel minder goed toegerust voor het bewaken van de samenhang tussen verschillende behandelregimes en het stellen van behandelprioriteiten in het licht van het welbevinden van de patiënt, of voor de preventie van ouderdomsproblemen. Voor het realiseren van de voor deze doelgroep zo wenselijke geïntegreerde zorg en behandeling zullen bestaande zorgpatronen doorbroken moeten worden. Hierbij staat de professionele zorg voor de volgende vier taken.

a. Tijdige signalering van de gezondheidsrisico's van complexe multimorbiditeit.

Het tijdig signaleren van gezondheidsrisico's is van groot belang om onnodig verlies van kwaliteit van leven te kunnen voorkomen en om bijtijds de passende zorg in te kunnen zetten. De signalering kan plaatsvinden in de al bestaande zorgcontacten, in specifieke screeningsprogramma's, maar misschien dat ook de familie of omgeving hier een rol in kunnen spelen. Omdat het onderzoek naar de mogelijkheden van preventie tot dusver nogal wisselende



Onderwerp : Briefadvies *Multimorbiditeit bij ouderen*
Ons kenmerk : U-1098/RvdS/tvdk/782-I
Pagina : 3
Datum : 11 september 2007

resultaten laat zien, is op dit gebied naar het oordeel van de commissie nog aanzienlijke verdere ontwikkeling wenselijk.

b. Regie over de zorg aan de individuele patiënt met complexe multimorbiditeit in de eerste lijn.

De meeste ouderen wonen gewoon thuis of in decentrale kleinschalige woonvormen en dat geldt ook voor degenen met meerdere aandoeningen. De zorgvraag in dit segment zal toenemen. Om een samenhangend zorgaanbod in de eerste lijn tot stand te kunnen brengen, is meer regie over de inhoud en de organisatie van de zorg noodzakelijk. Deze zorg omvat niet alleen de medische behandeling, maar ook de verpleegkundige zorg en begeleiding, en de thuiszorg, alsmede alle activiteiten die nodig zijn voor de overdracht van patiënten tussen zorgverleners.

c. Specialistisch advies door de tweede en derde lijn.

Om de zorg zo lang mogelijk in de eerste lijn te kunnen blijven geven, zouden zorgverleners een doelgericht, samenhangend diagnostisch en therapeutisch advies moeten kunnen inwinnen bij de gespecialiseerde tweede lijn. Deze consultatie van de tweede lijn zou structureel aanwezig moeten zijn en moeten worden vormgegeven vanuit de afdelingen ouderengeneeskunde/klinische geriatrie, in nauwe samenwerking met andere specialismen. Daarbij zouden ouderen voor een diagnostisch onderzoek of voor een behandeladvies kortdurend (via dagopname of short-stay opname) klinisch opgenomen moeten kunnen worden. Voor advies over langdurige zorg zou vanuit de derde lijn een vergelijkbare functie gecreëerd moeten worden. In beide gevallen zal zowel algemene als geestelijke gezondheidszorg geborgd moeten worden.

d. Toepassing van specifieke kennis in de kliniek.

Adequate zorg voor ouderen met complexe multimorbiditeit veronderstelt, naast kennis van de typische aandoeningen en problemen van ouderen en hun onderlinge samenhang, bijzondere kennis van de mogelijkheden tot behoud en herstel van de zelfredzaamheid van ouderen. Deze kennis heeft een multidisciplinair karakter en richt zich op het effectueren van de hierboven genoemde consultatie aan de eerste lijn, de ontwikkeling van specifieke zorgtrajecten binnen de klinische en ambulante ouderengeneeskunde/klinische geriatrie zelf, en de liaisonfuncties met de andere vakken, zodat ook daar de zorgtrajecten voor mensen met multimorbiditeit verbeteren.



Onderwerp : Briefadvies *Multimorbiditeit bij ouderen*
Ons kenmerk : U-1098/RvdS/tvdk/782-I
Pagina : 4
Datum : 11 september 2007

Naar een samenhangende zorg voor ouderen met complexe multimorbiditeit

Voor ouderen met complexe multimorbiditeit is de huidige zorg niet goed genoeg. In Nederland worden daarom, evenals in een aantal landen om ons heen, steeds meer initiatieven ontplooid om de zorg aan ouderen met complexe multimorbiditeit te verbeteren. Hoewel nog meer evaluatie-onderzoek nodig is om uit te maken hoe de zorg het beste kan worden georganiseerd, en de mogelijkheden bovendien sterk afhankelijk zijn van lokale en regionale situaties, is helder dat er een voorziening moet komen die invulling geeft aan de vier hierboven genoemde taken. De medische zorg voor thuiswonende ouderen met complexe multimorbiditeit is naar de opvatting van de commissie vooral een zaak van de huisarts en de andere zorgverleners in de eerste lijn. De commissie deelt het standpunt van het Nederlands Huisartsen Genootschap dat de huisarts er voor zou moeten zorgen dat er voor deze ouderen een zorg- en behandelplan komt. Hierin wordt vastgelegd hoe de behandeling en de zorg samenhangend kunnen worden aangeboden door een zorgnetwerk van eerste, tweede en derde lijn. Uiteraard dient de huisarts zich zo nodig te kunnen laten adviseren door de medisch specialist en andere zorgverleners.

Aanbevelingen

De commissie meent dat de beroepsbeoefenaren binnen een bepaalde regio (zoals huisartsen, verpleeghuisartsen, klinisch geriater/internisten ouderenzorg, ouderenpsychiaters) en organisaties (ziekenhuizen, apothekers, thuiszorg-organisaties, verpleeg/verzorgingshuizen, ouderenzorg GGZ instellingen) samen met verzekeraars tot regionale afspraken moeten komen over inhoud en organisatie van zorgtrajecten voor ouderen met complexe problematiek met bovenstaande taken. Het initiatief tot de afspraken kan door verschillende groeperingen of organisaties genomen worden. Denkbaar is dat UMC's en grotere opleidingsziekenhuizen hiertoe het initiatief nemen vanuit de overweging dat zij beschikken over de benodigde expertise. Evengoed is denkbaar dat een of meer beroepsgroepen het initiatief nemen en met de betrokken organisaties en instellingen afspraken maken over de inhoud van de zorg en wie de organisatie van de benodigde zorgtrajecten gaat coördineren.

Ter ondersteuning van een dergelijk initiatief en de verdere ontwikkeling van de geriatrische functie beveelt de commissie aan op de volgende vier terreinen initiatieven te nemen of te



Onderwerp : Briefadvies *Multimorbiditeit bij ouderen*
Ons kenmerk : U-1098/RvdS/tvdk/782-I
Pagina : 5
Datum : 11 september 2007

versterken: de informatie-infrastructuur, de opleiding en nascholing, het wetenschappelijke onderzoek, en de randvoorwaarden voor de beoogde geriatrische functie.

a. Beschikbaarheid en toegankelijkheid van informatie.

Een eerste aanbeveling betreft de toegankelijkheid van relevante medische informatie over de patiënt voor alle betrokken zorgverleners. De beschikbaarheid van een toegankelijk en actueel elektronisch medicatiedossier is alleen al met het oog op de mogelijke risico's van polyfarmacie, die ook al bij lichte multimorbiditeit kunnen optreden, van vitaal belang. De ontwikkelingen op dit gebied zijn veelbelovend en dienen met kracht gestimuleerd te worden. Uiteraard is de toegankelijkheid van andere dan medicatiegegevens van even groot belang. De ontwikkelingen op dit gebied gaan minder snel, maar regionale zorgafspraken moeten ook duidelijke afspraken over de inhoud en de uitvoering van de medische informatieuitwisseling omvatten. Zowel de inhoudelijke als de technische ontwikkeling van het elektronisch patiëntendossier (EPD) dient maar de mening van de commissie daarom nog krachtiger gestimuleerd te worden.

b. Opleiding en nascholing.

Samenhang en coördinatie van zorg voor ouderen met complexe multimorbiditeit veronderstelt de aanwezigheid van medische en verpleegkundige kennis op dit gebied bij de betrokken beroepsbeoefenaren. Hiervoor is extra opleiding en (na)scholing nodig. Gezamenlijke opleidingmodules zijn zeer geschikt gebleken in het bevorderen van interdisciplinaire samenwerking. De commissie beveelt daarom aan om extra scholing over multimorbiditeit aan te bieden in een interdisciplinaire setting, die niet alleen toegankelijk is voor medici (huisartsen, verpleeghuisartsen, klinisch geriaters, internisten ouderengeneeskunde, ouderenpsychiaters, chirurgen, neurologen), maar ook voor verpleegkundig specialisten, paramedici en psychologen. In deze opleiding zou naast de vakinhoudelijke onderwerpen (zoals behoud en herstelmogelijkheden bij ouderen en geneeskundige mogelijkheden bij typische ouderdomsaandoeningen) ook aandacht moeten zijn voor het samenwerken in een zorgtraject en – bij huisartsen in het bijzonder – voor het uitvoeren van een regisserende of coördinerende functie.

c. Onderzoek.

In de loop van zijn werkzaamheden heeft de commissie moeten constateren dat wetenschappelijk onderbouwde evidentie op het gebied van zowel de inhoud als de organisatie van de medische en verpleegkundige zorg voor ouderen met complexe multimorbiditeit bijzonder schaars is. De



Onderwerp : Briefadvies *Multimorbiditeit bij ouderen*
Ons kenmerk : U-1098/RvdS/tvdk/782-I
Pagina : 6
Datum : 11 september 2007

commissie beveelt dan ook aan om een gecoördineerde onderzoeksinspanning tot stand te brengen die in de grootste leemten kan voorzien. In zijn advies *Onderzoek medische zorg aan ouderen* (2006) heeft de Raad voor Gezondheidsonderzoek de contouren daarvan geschetst. Meer specifiek op het terrein van de zorg aan ouderen met complexe multimorbiditeit verdienen de volgende onderwerpen prioriteit:

- kennis over de omvang, aard, determinanten van complexe multimorbiditeit en aanknopingspunten voor preventie;
- instrumenten/methoden voor de tijdige signalering van complexe multimorbiditeit en;
- de diagnostische methoden en behandelingsstrategieën bij patiënten met complexe multimorbiditeit, bijvoorbeeld somatisch-psychiatrische multimorbiditeit.

Naast het ontwikkelen van nieuwe medische en zorginhoudelijke kennis is het systematisch ontwikkelen en wetenschappelijk evalueren van zorgmodellen van vitaal belang. Om tot een meer *evidence based* geriatrische functie te kunnen komen is het wenselijk dat er intensieve samenwerkingsverbanden tussen goede onderzoeksgroepen en praktijkinstellingen tot stand komen. Het versterken van de samenwerking van praktijk en onderzoek, zoals in de ontwikkeling van de academische werkplaatsen en het ZonMw-voorstel voor een nationaal programma Ouderenzorg, verdient krachtig te worden gesteund.

d. Randvoorwaarden voor de beoogde geriatrische functie .

Zeker in het begin zal het opbouwen van de beoogde regionale zorgtrajecten en het realiseren van een doelmatige coördinatie extra tijd en middelen vergen. Om de beoogde geriatrische functie blijvend te kunnen aanbieden, zullen ook op de langere termijn extra middelen nodig zijn. Zo zal bijvoorbeeld de huisarts in staat gesteld moeten worden om bij deze groep ouderen een langer consult uit te voeren. Verder zullen voor het uitvoeren van de benodigde zorg voldoende goed geschoolde verpleegkundigen beschikbaar moeten zijn en zullen de beoogde advisering en consultatie vanuit de tweede lijn extra inspanningen vragen. Dat geldt ook voor de gewenste wetenschappelijke evaluaties van de ervaring die is opgedaan.

De commissie adviseert de overheid op dit punt stimulerend op te treden door er voor te zorgen dat de benodigde financiële ondersteuning wordt verleend.

Hieraan kan een aantal voorwaarden worden gekoppeld, bijvoorbeeld over de aard van functies die beschikbaar moeten komen en over de bereidheid tot systematische evaluatie.



Onderwerp : Briefadvies *Multimorbiditeit bij ouderen*
Ons kenmerk : U-1098/RvdS/tvdk/782-I
Pagina : 7
Datum : 11 september 2007

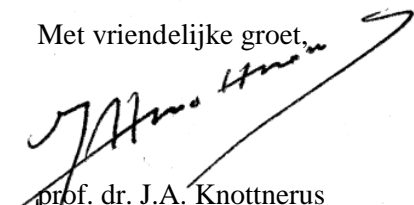
Kosten en baten

De commissie meent dat de realisering van het bovengenoemde zorgtraject op de langere termijn tot kostenbesparing kan leiden. Bijvoorbeeld door het voorkómen van verschillende parallel lopende ambulante zorgketens, van het aantal ziekenhuisopnames en snelle heropnames, door het voorkomen of uitstellen van intensieve zorgafhankelijkheid als gevolg van eerdere inadequate medische behandeling en zorg, of door een meer doelmatige inzet van professionals. Dat neemt niet weg dat op de korte termijn gerichte investeringen noodzakelijk zijn om een breed beschikbare en werkzame geriatrische functie tot stand te brengen.

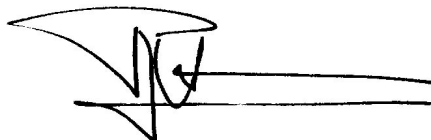
Tot slot

In de periode waarin het advies werd voorbereid, hebben verschillende organisaties blijk gegeven zich in te willen zetten voor de verbetering van de zorg aan ouderen met complexe multimorbiditeit. De recente standpunten van de verschillende wetenschappelijke en beroepsverenigingen, maar ook die van de gemeenschappelijke universitair medische centra geven aan dat 'het veld' bereid is om het een en ander tot ontwikkeling te brengen. Het is nu zaak om aan de hand van de bovenstaande aanbevelingen deze bereidheid te concretiseren. De beroepsbeoefenaren zelf hebben hierin de belangrijkste taak. Van de overheid mag worden verwacht dat zij hen hierin voldoende ondersteunt, waarbij de commissie er op vertrouwt dat haar aanbevelingen daarbij van dienst zijn.

Met vriendelijke groet,



prof. dr. J.A. Knottnerus
voorzitter Gezondheidsraad



prof. dr. P.J. van der Maas
voorzitter RGO