

Eva Nyst

e.nyst@medischcontact.nl

@medischcontact

# Amsterdamse zorgketen voor ouderen kraakt

Kwetsbare ouderen in Amsterdam krijgen niet de zorg die ze nodig hebben. Een rapport legt de vinger op de zere plek: onvoldoende samenwerking, gebrekkige uitwisseling van patiëntinformatie, personeelsgebrek en vooral een groot tekort aan tijdelijke opvang.

**H**et netwerk Sigra brengt allerlei zorgverleners uit de regio Amsterdam samen: ziekenhuizen, huisartsen, verpleeghuizen, verpleging en verzorging, thuiszorg, ggz, gehandicaptenzorg, welzijn en apothekers. De organisatie luidde twee jaar geleden al de noodklok om het gebrek aan opvang voor ouderen die (even) niet meer thuis kunnen wonen. De toen opgerichte Stuurgroep Doorstroming presenteerde afgelopen week een 'totaaloverzicht van de complexiteit en verbeterpunten'. Conclusie: 'Het totale systeem rondom kwetsbare ouderen kraakt.'

Veel Amsterdamse ouderen hebben geen sociaal netwerk, zo trapt het rapport af. Dat is geen goed nieuws. Niet voor de ouderen, maar ook niet voor de overheid, die wil dat zij zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Voor de broodnodige mantelzorg moet dus snel een alternatief komen. Een uitwerking van dit advies ontbreekt, maar er wordt wel gepleit voor thuisalarmering en toegankelijke respijtzorg: tijdelijke opvang. Door de transitie – de veranderingen in de zorg voor ouderen, zoals het opheffen van verzorgingshuizen – wonen veel kwetsbare ouderen nu dus thuis. Maar hun zwaardere problematiek geeft druk op huisarts, Spoedeisende Hulp en ziekenhuis. Daarbij zijn de wijkzorgnetwerken nog in ontwikkeling, is niet-planbare thuiszorg buiten kantooruren lastig in te zetten en is er een schreeuwend gebrek aan (wijk)verpleegkundigen en personeel in verpleeghuizen.

De keten kraakt dus. Het rapport schetst hoe dat uitpakt voor: de huisarts, de Spoedeisende Hulp, het ziekenhuis en de verpleeghuiszorg.

### Huisarts

Een tijdelijke opname in een verpleeghuis is de moeilijkste soort verwijzing voor een huisarts. Het lukt soms zelfs gewoon niet om voor iemand die even extra zorg nodig heeft, onderdak te vinden. Er moet een centraal punt komen dat artsen informeert welke tijdelijke verpleegplekken beschikbaar zijn. Het rapport onderkent dat huisartsen het meeste last hebben van het ontbreken van centrale informatie



BERLINDA VAN DAM / HOLLANDESE HOOGTE

---

## Stella Zonneveld, voorzitter Huisartsenkring Amsterdam/Almere:

'De zorg kan wel proberen knelpunten op te lossen, maar het wankel evenwicht waarin veel ouderen verkeren, is inherent aan de politieke keuze om ze langer thuis te laten wonen. En als iemand bijvoorbeeld een blaasontsteking krijgt of valt, moet die patiënt toch kortdurend worden opgenomen. Met alle inzet van vroegsignalering en zo kun je dit niet helemaal voorkomen. Op dat moment moet er snel adequate opvang mogelijk zijn. Wij pleiten al langer voor één telefoonnummer waar huisartsen te weten kunnen komen waar zo'n oudere tijdelijk terecht kan. De verpleeghuizen moeten zo'n telefoonnummer bemannen; daar is ook geld voor van de zorgverzekeraar. Regels zijn vaak ook belemmerend. De huisarts mag niet verwijzen naar geriatrische revalidatie, daarvoor moet de patiënt naar het ziekenhuis. En als er een plek beschikbaar is die wordt betaald vanuit de Wet langdurige zorg, dan kan iemand zonder zo'n indicatie daar in acute situaties dus niet terecht. Naast zo'n telefoonnummer willen we meer tijd voor patiënten, zodat we onder andere regelmatig met kwetsbare ouderen in gesprek kunnen over hun wensen in de laatste levensfase, en willen we een generalistische praktijkondersteuner (POH) kunnen inzetten. Van een POH met een bepaalde specialisatie, zoals diabeteszorg, willen we naar een brede POH. In Amsterdam-Zuid zijn er al veel praktijken met zo'n POH met een brede blik. Het zou fijn zijn als ouderen, die meestal meerdere kwalen hebben, niet meer voor elke kwetsbaarheid naar een andere POH moeten. En 80 procent van de kwetsbare ouderen heeft geen wijkverpleging, maar die wil je wel structureel in beeld houden. Wij zien deze brede POH en de wijkverpleegkundige dan ook als complementair aan elkaar. Op dit moment loopt een pilot in vier gebieden in Amsterdam om dit via onderzoek ook inzichtelijk te maken voor de zorgverzekeraar.'

over dergelijke plekken, omdat ziekenhuizen via een internetportaal 'eenvoudig inzicht hebben' in de beschikbaarheid. Opvallend is dat de verantwoordelijk voor het creëren van zo'n informatiepunt niet bij de huisartsen wordt gelegd. Dit moet 'domeinoverstijgend' gestalte krijgen en Siga gaat 'een integrale, maatschappelijke businesscase voor één loket' opstellen. Huisartsen op de huisartsenposten (haps) missen vaak actuele en volledige patiëntinformatie, omdat ze in andere systemen werken dan de reguliere praktijken, thuiszorg en wijkverpleging. Dit leidt tot onnodige of verkeerde verwijzingen. Huisartsen zouden hun patiënten op grote schaal toestemming moeten vragen voor deelname aan het landelijk schakelpunt, waardoor bijvoorbeeld de hap patiëntinformatie kan opvragen, stelt Siga. Daarnaast moeten behandelwensen, in kaart gebracht met advance care planning, bekend zijn voordat zorg door de hap of ambulance wordt ingezet. Ook mag in het dossier de naam van de thuiszorgleveran-

cier niet ontbreken.

Vroegsignalering en advance care planning in het zadel helpen is volgens het rapport de belangrijkste opdracht voor de huisarts. De extra kwetsbare ouderen moeten in kaart worden gebracht en huisbezoek en passende interventies worden ingezet. De huisarts moet ook nauwer samenwerken met de specialist ouderengeneeskunde en regelen dat de thuiszorg op ieder moment terstond kan worden ingeroepen.

### SEH/ziekenhuis

Op de SEH ligt de focus niet op multidisciplinaire ouderenproblematiek maar op medische screening: wel of geen opname in het ziekenhuis. SEH-professionals weten vaak niet wat er moet gebeuren met een oudere die niet hoeft te worden opgenomen, maar die ook niet naar huis kan. Gevolg: een oudere ligt lang te wachten op de SEH, wordt zonder medische indicatie dan maar in het ziekenhuis opgenomen of gaat naar huis zonder thuiszorg, terwijl

dat wel nodig is. De geriatrische zorg op de SEH moet worden versterkt, is het advies: laat een ervaren specialist het begin van de triage doen, zet een SEH-verpleegkundige met geriatrische specialisatie in en richt een aparte screeningsplek voor ouderen in buiten de SEH. En zorg dat de transferverpleegkundige die bijvoorbeeld thuiszorg kan inzetten 24/7 inzetbaar is en voorkom daarmee terugval. OLVG Oost experimenteert hiermee. Bovenal moet er een integrale benadering komen, door bijvoorbeeld de geriater hoofdbehandelaar van kwetsbare ouderen op de SEH en in de kliniek te maken en door een geriatrieafdeling in te richten zoals de Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde in het VUmc. Het rapport beveelt ook het keurmerk 'Seniorvriendelijk ziekenhuis' aan.

### Verpleeghuiszorg

Wat verderop in de keten hebben de verpleeghuizen relatief weinig problemen met verwijzen. Hun patiënten kunnen goed op de SEH en in het ziekenhuis terecht en zelfs wijkverpleging en thuiszorg zijn bij vertrek naar huis vanaf de tijdelijke afdelingen vlot geregeld, aldus het rapport. De moeilijkheid voor deze instellingen is dat vaak niet bekend is wat een oudere die wordt ingestuurd mankeert en op welke afdeling hij thuishoort. Verpleeghuizen zouden andere schakels in de keten een groot plezier doen als ze een afdeling inrichten die een alternatief vormt voor de SEH. Patiënten met een medisch probleem gaan dan nog steeds naar de SEH, maar als ze alleen behoefte hebben aan verpleging dan zou dit hun plek kunnen zijn. In het rapport wordt daarbij gewaarschuwd voor financiële barrières tussen regelingen vanuit verschillende wetten. Daarnaast moeten verpleeghuizen zorgen voor voldoende ingekochte tijdelijke verpleeghuiszorg. De keten zou ook verrijkt kunnen worden met meer plekken voor psychogeriatrische patiënten, aldus het rapport. ■

### web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).