

LOKALE PILOTS TONEN NUT VAN TAAKHerschikking TUSSEN SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE EN HUISARTS

Geef huisartsen een grotere rol in verpleeghuizen

De schaarste aan specialisten ouderengeneeskunde dwingt tot creatieve oplossingen voor een toekomstbestendige ouderenzorg. De huisarts kan hier op lokaal niveau aan bijdragen door een grotere betrokkenheid bij de intramurale zorg. Meer steun hiervoor van de beroepsverenigingen zou welkom zijn.¹

Waar van oudsher de specialist ouderengeneeskunde (SO) verantwoordelijk was voor de intramurale zorg en de huisarts voor de thuiswonende ouderen, zijn er intussen vele mengvormen van verblijf voor de kwetsbare ouderen. Maar het streven om ook bij (min of meer) zelfstandig wonende ouderen een SO in te schakelen, loopt spaak door een tekort aan deze specialisten. De vraag is dan hoe desondanks de medische zorg aan ouderen gewaarborgd kan blijven. Op dit moment lopen er verschillende programma's die een bijdrage hopen te leveren aan een oplossing, waarbij het uitgangspunt is te kijken naar wat regionaal nodig is om de ouderenzorg toekomstbestendig te maken. Zo voorzag het programma 'Duurzame Medische Zorg aan Ouderen in de Regio' in een aantal succesvolle pilots waarbij huisartsen een grotere rol in de intramurale zorg aan ouderen op zich nemen, daarbij ondersteund door een SO. Dergelijke kleinschalige samenwerkingen werken vooral goed bij kleinere, standalone of sterk lokaal gebonden zorgcentra. Ook blijft hierdoor de specifieke signatuur (type bewoners, type verzor-

ging, aanbod van activiteiten) van deze centra beter behouden – beter dan met een, immers minder betrokken, SO.

Tekort aan SO's

In een vorig jaar verschenen rapport heeft beroepsvereniging Verenso het tekort aan SO's gekwantificeerd en voorspeld dat dit tekort de komende vijftien jaar kan oplopen tot 825 à 1230 artsen.² Een kanttekening daarbij is dat het hier gaat om een landelijke trend en dat regionaal de tekorten erg kunnen verschillen. Uit onderzoek van de Erasmus Universiteit blijkt dat vooral kleine VVT-instellingen (verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties) en VVT-instellingen in landelijke gebieden moeite hebben om de medische zorg aan ouderen georganiseerd te krijgen.³ Helaas kampen deze gebieden in de regel ook met een tekort aan huisartsen, maar per regio en per gemeente zijn er grote verschillen, ook binnen zogenoemde krimpregio's. Natuurlijk zou het helpen als er meer SO's zouden worden opgeleid, maar ook taakherschikking kan bijdragen. Dit vraagt om maatwerk en kan eruit bestaan om eerst te inventariseren wat het regionaal

potentieel is – in aantal, expertise en belangstelling – aan zorgverleners, zoals huisartsen, SO's, verpleegkundig specialisten en gz-psychologen, die gezamenlijk de medische zorg aan ouderen kunnen invullen. Op basis van dit potentieel kan vervolgens een op de vraag van de ouderen afgestemd aanbod geleverd worden, dat ook de betrokken zorgverleners tot hun recht laat komen. Maatwerk dus.

Pilots

In een tweetal pilots, het afgelopen jaar gestart in de regio Midden-Holland, is gezocht naar dat maatwerk. Centraal daarin staat een grotere rol van lokale huisartsen in de intramurale zorgverlening.

In De Zevenster in Zevenhuizen verzorgt een lokale huisartspraktijk de algemeen medische zorg en behandeling van ouderen binnen een verpleeghuissetting; zpp 5 en hoger mét behandeling (zie kader).

Het tekort aan SO's kan de komende jaren oplopen tot 825 à 1230 artsen



Het streven is om ook bij zelfstandig wonende ouderen een specialist ouderengeneeskunde in te schakelen.

De huisartsen zijn in deze instelling (ongeveer 65 cliënten) per week negentien uur aanwezig. Ze worden daarbij ondersteund door een SO die maximaal acht uur per week in deze instelling werkt op consultbasis of als medebehandelaar. De SO houdt zich vooral bezig met onvrijwillige zorg, psychofarmaca, de zorg voor cliënten met gedragsproblematiek en infectiebestrijding.

In Huize Winterdijk in Gouda bevindt zich een afdeling voor dertig bewoners met een zzp 5 of hoger, zónder behandeling. Dat wil zeggen dat de zorginstelling *niet* de medische zorg levert: de bewoners hebben een eigen huisarts. De meesten van hen, niet allemaal, zijn ingeschreven in één huisartsenpraktijk waar een kaderhuisarts ouderen werkzaam is. Deze draagt zorg voor zijn eigen patiënten en ondersteunt de overige huisartsen. Hij is aanwezig bij alle mdo's en handelt zelfstandig bij dementiescreening, com-

plexe pathologie en gedragsproblemen. Hij wordt hierbij op consultbasis ondersteund door een SO. De kaderhuisarts werkt samen met een vaste fysiotherapeut, een vaste ergotherapeut, een vaste apotheker en een vaste diëtist. De psycholoog wordt, samen met de SO, ingehuurd bij een externe partij. Daarnaast is de kaderhuisarts betrokken bij scholing van de verzorging en zijdelings bij het beleid. De kaderhuisarts is ongeveer twaalf uur per week aanwezig op de verpleegafdelingen. Ongeveer vier uur daarvan komen voor rekening van de zorginstelling; de patiëntcontacten worden gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.

Uitdagingen

Zowel De Zevenster als Huize Winterdijk is een standalone centrum voor ouderenzorg. Dergelijke kleine VVT's hebben te maken met specifieke uitdagingen. Het is

Hoe zat het ook alweer met zzp's?

- De zorg voor kwetsbare mensen die 24-uursverpleging en toezicht nodig hebben, wordt gefinancierd uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Mensen dienen daarvoor een zorgindicatie te hebben die wordt afgegeven door het CIS. Mensen met een Wlz-indicatie kunnen thuis wonen of in een instelling.

- Wlz-zorg wordt geleverd op basis van verschillende zorgprofielen; hierin wordt een globale beschrijving van de benodigde zorg gegeven. Deze profielen staan in de volksmond bekend als zzp's (zorgzwaartepakketten).

- Er is een onderscheid tussen verblijf mét behandeling en verblijf zónder behandeling. Bij beide indicaties wordt verblijf in een instelling en 24-uursverpleging vergoed. Bij verblijf met behandeling worden zorg en behandeling geleverd door de zorginstelling en is de specialist ouderengeneeskunde (ouderenzorg) of arts verstandelijk gehandicapten (zorg voor mensen met een verstandelijke beperking) normaliter regiebehandelaar. Bij verblijf zonder behandeling wordt de medisch-generalistische zorg betaald uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en is de huisarts normaliter regiebehandelaar.

voor hen in de regel ondoenlijk om eigen standig een behandeldienst op te tuigen. Zij zijn veelal afhankelijk van andere VVT-instellingen of (commerciële) landelijk opererende behandeldiensten om in de medische zorg te voorzien. Een probleem daarbij is dat de grotere VVT-instellingen niet of nauwelijks capaciteit hebben om SO's bij andere instellingen te detacheren. In dergelijke omstandigheden kan een grotere rol van de huisarts een oplossing zijn. Huisartsen hebben die rol immers ook al bij een steeds groter aantal thuiswonende ouderen. Bovendien wordt in de huisartsopleiding steeds meer aandacht besteed aan de ouderengeneeskunde en aan het multidisciplinair samenwerken voor deze groep.

Een volgende uitdaging voor de samenwerking tussen huisarts en SO in het verpleeghuis vormt de opstelling van de beroepsverenigingen. Zo adviseert de LHV haar leden grote terughoudendheid bij dergelijke constructies. Die opstelling

is begrijpelijk in een context waarin huisartsen een steeds groter palet aan zorg moeten leveren, waarin op veel plaatsen een tekort aan huisartsen dreigt te ontstaan en waarin huisartsen soms oudere patiënten hebben in een instelling (veelal een kleinschalige woonzorgvoorziening) zonder voldoende ondersteuning van andere behandelaren zoals een SO, ggz-psycholoog en paramedici. Wij pleiten hier dan ook niet voor het op grote schaal toepassen van de hierboven beschreven modellen van samenwerking tussen SO en huisarts. Maar op lokaal niveau zouden deze constructies kunnen helpen de medische zorg voor ouderen duurzaam en kwalitatief op niveau in te richten. Een open en constructieve opstelling van de beroepsverenigingen, waarbij gezamenlijk gezocht wordt naar nieuwe en verschillende modellen om de medische zorg aan ouderen thuis en in de verpleeghuizen te borgen, zou daarbij erg ondersteunend zijn.

De LHV adviseert haar leden grote terughoudendheid

Financiering

In de twee pilots is gebleken dat aan een aantal randvoorwaarden moet zijn voldaan. Er moeten duidelijke werkafspraken gemaakt worden en de taakverdeling moet helder zijn en goed ingeregeld. Daarnaast is het raadzaam om, zeker in het beginstadium, gezamenlijk op te trekken in de patiëntenzorg om bekend te raken met elkaars manier van werken. Het opbouwen van wederzijds vertrouwen blijkt essentieel voor een soepele samenwerking. De belangrijkste

REACTIE LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING

De huisarts: voor oud én jong

Huisartsen hebben een belangrijke rol in de medische zorg voor zelfstandig wonende ouderen. De tijdsduur van een contact met een oudere patiënt is fors langer geworden, waardoor de totale tijd die huisartsen besteden aan ouderen is toegenomen. Ook aan patiënten vanaf 85 jaar bieden huisartsen steeds meer intensieve zorg (Nivel, 2017). De huisarts is keihard nodig voor de oudere patiënten in de eigen praktijk en in de krimpregio's is die uitdaging nog groter. Wij zien dit dan ook niet als de oplossing voor de toekomst om het tekort aan SO's op te vangen. Als beroepsorganisatie staan we voor de grote lijnen, lokale uitzonderingen zijn vanzelfsprekend welkom. Goed dat er huisartsen zijn die zich vanuit eigen interesse, vaardigheden en beschikbare tijd inzetten voor de – in het genuanceerde artikel – geschetste intramurale zorgverlening. Belangrijk daarbij te vermelden is dat het gebeurt op basis van vrijwilligheid, de extra taken zijn geen basisaanbod huisartsenzorg. Net als bij de medische zorg in kleinschalige wooninstellingen zijn duidelijke afspraken nodig over wie wat doet, omdat de zorgbehoefte en zorgzwaarte van deze patiënten bijkomende eisen aan de exper-

tise van zorgverleners stellen. Overigens is dit in het licht van de breed gedragen beweging dat de SO via consultatie de eerste lijn versterkt, een bijzondere ontwikkeling. Als de huisarts de Wlz-instelling wordt 'ingetrokken', wie neemt dan de eerste lijn nog op zich?

De 'creatieve oplossing' dat de huisarts schaarste elders kan opvullen, is ons niet vreemd. De huisarts is die zorgverlener dichtbij, die een grote hoeveelheid zorg levert voor een stukje van het totale zorgbudget. Let wel, door steeds meer werk en nieuwe taken op het bord van de huisarts te schuiven, ondergraven we zijn kerntaak: het leveren van persoonlijke zorg in de buurt, voor oud, voor jong en voor alle patiënten daartussen.

Guus Jaspar, huisarts en bestuurslid van de LHV



voorwaarde lijkt echter dat de betrokken professionals bevoegd zijn en de ambitie hebben om de samenwerking te laten slagen.

Tijdens de pilots hebben we ook moeten vaststellen dat het lastig is om de samenwerkingen echt toekomstbestendig te maken: de financiering vormt hier de bedreiging, vooral in voormalige woonzorgcentra waar zzp's zónder behandeling zijn gecontracteerd. De grotere rol en inzet van de (kader)huisarts bij onder andere vroegsignalering, advance care planning en mdo's wordt grotendeels betaald uit het zzp-tarief zónder behandeling dat de instelling ontvangt, wat deze werkvorm erg kostbaar en onaantrekkelijk maakt voor instellingen. Aanpassing van de regelgeving of een flexibele opstelling van de zorgkantoren om ook zzp's 'met gedeeltelijke behandeling' of andere alternatieven te financieren zou enorm helpen deze barrière weg te nemen.

Beroepsverenigingen

Intensieve samenwerking tussen een SO en een lokale huisarts binnen een VVT-setting kan voor alle partijen een meerwaarde hebben. De huisarts kan op deze manier gestalte geven aan het idee van zorg van de wieg tot het graf, wat voldoening en plezier brengt. De SO kan zich toeleggen op de meer specialistische complexere ouderengeneeskundige zorg. Voor de verpleeghuisbewoners is kwalitatief hoogstaande ouderenzorg op de langere termijn gewaarborgd en is er een grotere continuïteit in de medische zorg. En de instelling voor VVT kan de eigen signatuur (identiteit, doelgroep) makkelijker waarborgen.

Naast structurele investeringen in opleidingscapaciteit en scholing is ons inziens maatwerk nodig met oog voor de lokale en regionale situatie. Dit betekent dat lokaal en regionaal de (behoefte aan) medische zorg aan ouderen in kaart moet worden gebracht. Op basis daarvan

kunnen dan verschillende opties ontwikkeld worden om het tekort aan medisch behandelaren op te vangen. Een grotere rol voor de (kader)huisarts in de intramurale zorgverlening kan daarbij een oplossing zijn, zeker voor standalone huizen en op plekken waar niet of nauwelijks tekorten zijn aan huisartsen. Om dit soort samenwerking makkelijker van de grond te krijgen, zou het helpen als beroepsverenigingen en zorgkantoren deze initiatieven explicieter zouden steunen of faciliteren. ■

contact

schuurmans@eshpm.eur.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

REACTIE VERENSO

Samen werken aan de juiste zorg

De komende jaren neemt het aantal kwetsbare ouderen aanzienlijk toe. We krijgen te maken met een forse groei van het aantal 90-plussers tot 340 duizend in 2040 (bijna een verdrievoudiging ten opzichte van 2015). Het aantal mensen met dementie stijgt naar verwachting tot 330 duizend in 2040. De behoefte aan 24-uurszorg zal stijgen tot 165 duizend in 2040. Deze ontwikkelingen zorgen voor een steeds groter wordende groep (thuiswonende) ouderen met complexe zorgvragen. Hierbij staat wat Verenso betreft de kwetsbare oudere centraal.

Goede samenwerking tussen professionals, onder wie huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde, is cruciaal om deze uitdaging het hoofd te bieden. De specialist ouderengeneeskunde heeft hierbij voor zowel de patiënt als de huisarts meerwaarde. De optelsom van samenwerking brengt meer efficiëntie én kwaliteit van zorg. Huisartsen geven aan steun te ervaren als zij een specialist ouderengeneeskunde in consult vragen bij patiënten met probleemgedrag bij dementie. Of bij het voeren van een ACP-gesprek. Specialisten ouderengeneeskunde beschikken over kennis en tijd die de huis-

arts niet altijd heeft. Samenwerking en tijdig inschakelen van de specialist ouderengeneeskunde kan ook ziekenhuisopnames voorkomen.

Het is goed om te zien dat steeds vaker regionale afspraken worden gemaakt waarbij huisartsen de huisartsgeneeskundige zorg in het verpleeghuis overnemen, zodat de specialist ouderengeneeskunde zich kan inzetten voor de meest kwetsbaren met de meest complexe problemen, zowel binnen als buiten het verpleeghuis. Als Verenso juichen we dit soort initiatieven toe, omdat zo meer ouderen goed kunnen worden geholpen.

Om met dergelijke samenwerkingen te kunnen experimenteren zijn er wel randvoorwaarden nodig. Zo is het voor de specialist ouderengeneeskunde nog steeds lastig om binnen de GZSP (geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen – overgeheveld vanuit de Zvw) een contract te krijgen. Ook is het multidisciplinair overleg (mdo) nog steeds niet bekostigd. Een goede bekostiging is een belangrijke randvoorwaarde om samen invulling te geven aan de zorg en behandeling voor de meest kwetsbare ouderen, nu en in de toekomst.

Bestuur Verenso
