

Medische zorg én kwaliteit van leven

Benut de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn

De huisarts en de specialist ouderengeneeskunde kunnen in de eerste lijn veel aan elkaar hebben bij de behandeling van thuiswonende kwetsbare ouderen. Maar een goede politieke visie op ouderenzorg ontbreekt, zegt Jacqueline de Groot, voorzitter-bestuurder van Verenso. Dat staat optimale benutting van de mogelijkheden tot samenwerking nog te vaak in de weg.

TEKST: FRANK VAN WIJCK

Verenso, de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde, liet in september een persbericht uitgaan met de boodschap dat in de plannen van het kabinet een lange-termijnvisie op ouderenzorg ontbreekt. “Ouderen vormen een doelgroep met complexe zorgvragen”, zegt Jacqueline de Groot hierover. “Nu ouderen ook bij toenemende kwetsbaarheid steeds langer thuis blijven wonen, komen veel van die zorgvragen bij de huisarts terecht. Ook de specialisten ouderengeneeskunde schuiven op naar de eerste lijn. Van die bewegingen zien we niets terug in de vorm van een visie van de politiek op ouderenzorg.” De samenwerking – tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde – zou laagdrempelig vormgegeven moeten zijn, stelt De Groot. “Ieder afzonderlijk kunnen ze niet naar behoren zorg bieden aan kwetsbare ouderen in de thuissituatie”, zegt ze. “Het gaat om medische zorg en om kwaliteit van leven. In de verpleeghuizen bestaat multidisciplinaire samenwerking waarin met beide aspecten rekening wordt gehouden. Je zou wensen dat dit in de eerste lijn ook het geval was, met daarbij natuurlijk ook een directe lijn naar de aanbieders in het sociaal domein.”

Drie wetten, drie schotten

Wat houdt dit tegen? De randvoorwaarden zijn onvoldoende gerealiseerd, stelt De Groot. Ze verwijst naar de drie wetten waarmee de aanbieders in dit verband te maken hebben: de Zorgverzekeringswet, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet langdurige zorg. De drie wetten leiden tot drie schotten, zegt ze, en samenwerking over die schotten heen komt onvoldoende tot stand.

“De huisarts kan voorstellen de specialist ouderengeneeskunde in te schakelen voor een huisbezoek”, legt ze uit. “Maar dat is Zvw-zorg, en als de persoon in kwestie al een Wlz-indicatie heeft, is er direct een probleem. Daar horen we als zorgverleners helemaal niet mee bezig te zijn. Onze boodschap aan de overheid is dus: onderken het probleem en los het op. Effectueer de Wlz-indicatie die iemand als thuiswonende al kan hebben pas op het moment dat die naar het verpleeghuis gaat. Zo kan de specialist ouderengeneeskunde – die in de eerste lijn onder de Zvw valt – ook juist in de thuissituatie al een rol spelen. En zorg voor financiering voor multidisciplinair overleg, zodat de huisarts en specialist ouderengeneeskunde de gelegenheid hebben om hun werk goed op elkaar af te stemmen.”

Er zijn meer problemen, stelt De Groot. Bijvoorbeeld dat specialisten ouderengeneeskunde die in groepsverband als zelfstandigen hun diensten aanbieden in de eerste lijn, aan dezelfde regels gebonden zijn als zorginstellingen. “Ze moeten voldoen aan de Wet toelating zorginstellingen”, legt ze uit. “Dat brengt met zich mee dat ze moeten voldoen aan de Governancecode Zorg en bijvoorbeeld een raad van toezicht moeten hebben. Bovendien hebben ze te maken met zorgverzekeraars die ieder afzonderlijk eigen eisen stellen aan de afspraken. Verder mogen ze uitsluitend de tijd schrijven die ze bij de oudere doorbrengen. De reistijd, de verslaglegging en het contact met de eerstverantwoordelijke en de wijkverpleging tellen niet mee. Inmiddels trekken sommigen zich al terug omdat het uurtarief niet kostendekkend is. Dat is echt zorgelijk.”

>>

Jacqueline de Groot: 'Sommige specialisten ouderengeneeskunde trekken zich uit de eerste lijn terug omdat het uurtarief niet kostendekkend is.'

Gezamenlijke inspanning

Er moet dus wat gebeuren, stelt De Groot. En ze beseft ook dat Verenso het niet alleen kan. “We hebben de andere stakeholders nodig”, zegt ze. “De gesprekken met LHV, NHG en InEen zijn er daarom ook. De huisartsen willen veelal ook heel graag samenwerken met de specialisten ouderengeneeskunde. Soms hoor ik nog wel dat het moeilijk is om de samenwerking vorm te geven. Maar met een praktische casus is dat makkelijk oplosbaar. Dan hoor je een huisarts zeggen: ‘O nú snap ik waarvoor ik je kan inzetten’. Dat vergt ook werk aan onze kant, dat besef ik. Het is zo waardevol, het kan bijvoorbeeld om te beginnen al om de diagnose dementie te bevestigen en de patiënt dus een bezoek aan de geheugenpoli in het ziekenhuis te besparen.”

‘Je zou in de eerste lijn dezelfde multidisciplinaire samenwerking wensen als in de verpleeghuizen’

Het gaat er nadrukkelijk niet om werk van de huisarts af te pakken, stelt De Groot. “Je moet natuurlijk geen dingen dubbel doen, maar je kunt elkaar wel goed aanvullen en elkaar werk uit handen nemen als je elkaars expertise kent”, zegt ze. “Het gaat om ingewikkelde problemen. Niet alleen in de thuissituatie, maar ook in de kleinschalige woonvormen voor ouderen die we zien ontstaan. Gelukkig zien we al een duidelijke waardering onder huisartsen voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn. ‘Jij hebt altijd van die creatieve oplossingen, dus ik denk ik bel je maar even’, hoor je dan bijvoorbeeld. Terecht, want we kunnen op heel breed terrein een rol spelen in de eerste lijn.” De Groot noemt de contacten met andere eerstelijnszorgaanbieders dan de huisarts. “Denk aan de wijkverpleegkundige, de logopedist, de ouderenpsychiater, maar ook de wijkagent. De casemanager dementie niet te vergeten. En de thuiszorg, over hoe om te gaan met gedragsveranderingen bijvoorbeeld. De apotheek over medicatiebeleid. De huisarts blijft daarin als voor-schrijver leidend natuurlijk, maar de specialist ouderengeneeskunde kan wel gerichte kennis inbrengen. Persoonlijk heb ik laatst meegemaakt dat een huisarts vroeg of ik zelf even met de apotheker wilde gaan praten, omdat hij niet zoveel ervaring had met het medicatiebeleid voor de betreffende oudere. Dat kan natuurlijk ook.”

Sociaal domein

Eerder in het gesprek liet De Groot de term sociaal domein vallen. “De professionals in het sociaal domein spelen voor de thuiswonende kwetsbare ouderen – naast de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde – een heel belangrijke rol”, zegt ze. “Juist in die levensfase staat immers kwaliteit van leven heel erg op de voorgrond. Het is dus zeker zaak om op geleide daarvan te kijken wat iemand op dat moment in het leven nodig heeft. Dat een vrijwilliger regelmatig met iemand gaat wandelen kan dan bijvoorbeeld belangrijker zijn dan weer een nieuwe pil voorschrijven. Of eventueel ook een ambulante begeleider die iemand helpt om het huis op te ruimen en zo bijdraagt aan de veiligheid om daar te kunnen blijven wonen.”

Goede ondersteuning vanuit het sociaal domein – naast het eigen netwerk van de oudere, of in plaats daarvan als dat er niet is – kan helpen verpleeghuisopname te voorkomen of uit te stellen. “Dat is ook wat mensen willen”, zegt De Groot, “de meeste ouderen willen graag thuis blijven wonen. Al zien we helaas ook eenzaamheid of een groeiend gevoel van onveiligheid. Dan kan het verpleeghuis dus toch een optie zijn. Ook als sprake is van probleemgedrag bij dementie trouwens, of van ziekte die 24-uurszorg vereist. Met planbare zorg kun je thuis een heel eind komen. Maar als het onplanbaar wordt, is het voor de thuiszorg en/of de partner vaak niet meer goed vol te houden. Ook deze zaken moeten dus onderwerp van gesprek zijn in het contact met de huisarts of specialist ouderengeneeskunde. Maar het is eveneens een onderwerp dat vraagt om een langetermijnvisie op wonen voor ouderen. Ouderdom is immers naast een zorgprobleem ook een huisvestingsprobleem. Kernvraag hierbij is of het altijd het eigen huis moet blijven. Er zijn immers interessante andere opties. Ouderen die samen een huis kopen en daarbij zorg inkopen bijvoorbeeld. Bij gesprekken hierover zijn we als Verenso ook betrokken.” <<



POSITIEVE NOOT

Ondanks de problemen is de ouderenzorg in Nederland wel degelijk goed geregeld, stelt Jacqueline de Groot. “We zijn het enige Europese land met een apart specialisme ouderengeneeskunde en de verpleeghuiszorg in Nederland kan natuurlijk altijd beter, maar is wel goed. Dat mag ook gezegd.”