



FOTO: MIRJAM VAN DER LINDEN

Thuiswonende ouderen: hoe regel je de zorg?

Hoe zorg je ervoor dat kwetsbare ouderen die langer thuis wonen verantwoorde zorg krijgen, zo nodig in overleg met een specialist ouderengeneeskunde? In sommige regio's spelen kaderhuisartsen ouderenzorg daarin een belangrijke rol.

Kwetsbare ouderen die langer thuiswonen, doen een groot beroep op de tijd van hun huisarts. Niet alleen in medische zin, zegt Jenny Heering, maar ook omdat ze bijvoorbeeld te maken krijgen met een overbelaste mantelzorg of personeelsschaarste in de thuiszorg. Heering is huisarts en houdt zich daarnaast als beleidsmedewerker bij de LHV bezig met de ouderenzorg. 'De ene huisarts vindt die complexere medische zorg een mooie uitdaging, de ander voelt zich overvraagd.' Voor huisartsen is het van groot belang dat zij niet méér hoeven doen dan huisartsgeneeskundige zorg verlenen, benadrukt Heering. 'Voor complexere zorg moet er altijd een

specialist ouderengeneeskunde zijn die je op z'n minst kunt raadplegen of die zo nodig langs kan komen. In sommige regio's is dat goed geregeld, in andere niet. Specialist ouderengeneeskunde zijn vaak in dienst van grotere zorgorganisaties, die verpleeghuizen hebben. Zij krijgen niet altijd de ruimte om daarnaast ook de wijk in te gaan. Op landelijk niveau lobbyen wij samen met Verenso, de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde, voor genoeg financiering zodat de specialist ouderengeneeskunde ook kan worden ingezet voor thuiswonende ouderen.'

■ **SPECIALIST OUDERENZORG**
De inzet van de LHV bij landelijke overleggen is dat bij thuiswonende



Gelderse Vallei: 'We plukken de vruchten van goede organisatie ouderenzorg'

ELVIRA SCHOUTEN is al twaalf jaar kaderhuisarts ouderenzorg in de regio Gelderse Vallei. Zorggroep Huisartsen Gelderse Vallei (HGV) schakelt haar in voor beleidszaken en afspraken rond de ouderenzorg. Daarnaast fungeert ze als vraagbaak voor collega-huisartsen.

Het heeft jaren geduurd om, samen met de zorggroep en andere zorgverleners, de ouderenzorg in de regio stevig op poten te zetten. 'Na een jaar of vijf begon het te lopen. Inmiddels hebben we het fundament zo goed geregeld, dat we er nu de vruchten van plukken. Voor zover ik weet komt het in onze regio niet voor dat een huisarts met een vraag over een specifieke casus nergens terecht kan. Het zou in ieder geval niet hóeven, want iedereen kan zowel een van de beide kaderhuisartsen bellen – binnenkort zijn we zelfs met drie – als een van de ambulante geriatrie teams, waarin een specialist ouderengeneeskunde zit. Dat team kan desgewenst een psycholoog meenemen, bijvoorbeeld als er sprake is van problematisch gedrag bij dementie.'

Via de zorggroep is ook de scholing op het gebied van ouderenzorg goed geregeld.

Schouten: 'We hebben een vijfjarenplan opgezet voor de scholing, met twee grote scholingen per jaar. Dit jaar gaan de scholingen over de Wet Zorg en Dwang en over polyfarmacie en vallen. Iedere twee jaar is er sowieso een scholing over Advanced Care Planning.'

De scholingen zijn vrijwel altijd bedoeld voor een duo van huisarts en POH-ouderen uit dezelfde praktijk. 'Een van onze eerste activiteiten op het gebied van ouderenzorg was om te zorgen dat iedere praktijk die bij onze zorggroep is aangesloten, een POH-ouderen krijgt. Dat is enorm belangrijk in een regio met veel vergrijsde kernen. Om te voldoen aan de eisen die de zorgverzekeraar stelde aan de POH's, hebben we een maatwerkscholing opgezet samen met een hogeschool uit de regio. Op het gebied van ouderenzorg boffen we met Menzis, onze preferente verzekeraar. Die is bereid daarin te investeren. We boffen trouwens ook met ziekenhuis Gel-

derse Vallei, dat senior friendly is en allerlei projecten rond ouderenzorg opzet.' Huisartsen die Schouten consulteren in haar rol als kaderhuisarts, vragen bijvoorbeeld: hoe zorg ik dat ik mensen verleid om meer hulp aan te nemen, moet deze oudere – met meerdere problemen – nog wel een statine hebben, hoe kan ik omgaan met de mantelzorger? 'Als ik denk dat het nodig is dat iemand in de thuissituatie meekijkt, raad ik aan om het ambulante geriatrie team te bellen. Als kaderhuisarts doe ik dat namelijk niet.' Krapte onder specialisten ouderengeneeskunde heeft in de Gelderse Vallei wel gespeeld, maar momenteel zijn alle vacatures vervuld.

Vroegtijdige zorgplanning (ACP) speelt een belangrijke rol in de ouderenzorg in de regio, om crisissituaties zo veel mogelijk te voorkomen. Schouten: 'Ik vind het enorm belangrijk om ACP niet te zien als een afvinklijstje: wat wil je wel, wat wil je niet? De vraag waar het om draait, is: wat maakt voor jou het leven de moeite waard, wanneer sluit je de dag met een goed gevoel af? Daarom kan het eerste deel van zo'n ACP-gesprek heel goed gevoerd worden door een POH-ouderen of een wijkverpleegkundige. Zij zijn vaak heel vertrouwde personen voor de patiënt, want ze leveren fysieke zorg. We zijn aan het regelen dat we informatie uit die eerste gesprekken met de hele keten kunnen delen, zodat de huisarts het ACP-gesprek kan afhechten. Want zaken als een behandelverbod of een euthanasieverklaring horen natuurlijk wél bij de huisarts.' 'Ouderen zijn zoveel meer dan de opeenstapeling van ziekte. Daarom is de zorg voor hen moeilijk in protocollen te vangen. Je moet altijd maatwerk leveren. Dat is niet makkelijk, maar ik zie het wel als onze morele verplichting. Dat is wat mij motiveert om de zorg voor ouderen goed te regelen. Daarvoor is samenhangend beleid vanuit de zorggroep nodig én samenwerking met andere beroepen.'

patiënten met een Wlz-indicatie altijd een specialist ouderengeneeskunde beschikbaar moet zijn: ofwel voor advies, ofwel om de regio over de medische zorg tijdelijk over te nemen. Heering: 'In de tekst van de Wlz staat dat medische behandeling door een specialist ouderengeneeskunde voor elke Wlz-patiënt mogelijk moet zijn, maar in de praktijk gaat het niet altijd zo. Dat kan zijn omdat de specialist ouderengeneeskunde bijvoorbeeld niet door de zorgverzekeraar is ingekocht of omdat er krapte is onder specialisten ouderengeneeskunde. Toch vinden we dat het zo moet. Ouderen hebben recht op goede zorg en huisartsen moeten niet opdraaien voor de krapte bij andere zorgverleners, al helemaal niet als ze daarvoor

Houten: 'Samenwerking op alle niveaus is noodzakelijk voor individuele patiënt'

Huisartsen in Houten werken in de zorg voor thuiswonende ouderen al jarenlang samen met een mobiel geriatrisch team. Daarin zit een specialist ouderengeneeskunde, een casemanager en een GZ-psycholoog. 'Die samenwerking wordt steeds intensiever', zegt huisarts Erna de Goede. 'Ik verwijs bijvoorbeeld naar het mobiel geriatrisch team bij een vermoeden van dementie of voor het toetsen van de wilsbekwaamheid, maar ook bij complexe gezondheidsproblemen. Onlangs heeft onze praktijk bijvoorbeeld een patiënt doorverwezen met een complexe voorgeschiedenis en flink gewichtsverlies waarvan de oorzaak onduidelijk was.'

De Goede heeft specialist ouderengeneeskunde Anda Adolphi – lid van het mobiel geriatrisch team – als vaste samenwerkingspartner. Adolphi is in dienst van vvt-organisatie ZorgSpectrum. Naast specialist ouderengeneeskunde is zij ook kaderarts ouderengeneeskunde in de eerste lijn; de kaderopleiding die ze daarvoor volgt leidt huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde gezamenlijk op tot kaderarts ouderen in de eerste lijn.

Bij patiënten speelt (mogelijke) dementie vrij vaak een rol als een huisarts verwijst naar het mobiel geriatrisch team. De Goede: 'Maar ook als ik denk dat er sprake is van onvrijwillige zorg in de thuissituatie, overleg ik graag met Anda, die daar specialistische kennis van heeft.' Adolphi geeft ook scholing over de Wzd aan huisartsen. 'Iedere zorgverlener in de eerste lijn moet situaties kunnen signaleren waarin de Wzd relevant is én weten waar je expertise kunt halen.'

Eens per maand komt Adolphi voor een multidisciplinair overleg naar het medisch centrum waar De Goede werkt. In het centrum zijn meerdere huisartsenpraktijken gevestigd. Behalve huisartsen zijn ook praktijkondersteuners, casemanagers en wijkverpleegkundigen bij het mdo aanwezig. De casusbesprekingen gaan vaak over patiënten die eerder door hun huisarts zijn doorverwezen naar het mobiel geriatrisch team. Hindernis is wel dat er voor specialisten oude-

rengeneeskunde geen vergoeding is voor de mdo's. Adolphi: 'Terwijl zulke overleggen in feite de kern van ons werk zijn. Inmiddels zijn er overigens gesprekken over passende financiering.' De Goede en Adolphi hebben onlangs een nieuw initiatief opgezet: een geriatrisch spreekuur voor oudere patiënten die mobiel genoeg zijn om naar de praktijk te komen en die minder complexe klachten hebben. Eens per maand zien de specialist ouderengeneeskunde en betrokken huisarts of POH gezamenlijk drie patiënten. De Goede: 'Bijvoorbeeld een patiënt met onbegrepen duizeligheidsklachten of bij wie twijfel is over het doorverwijzen naar een ziekenhuisspecialist. We hebben dit gezamenlijke spreekuur nu één keer gehad en zien dat zeker als een succes. Bij een van de patiënten hebben we een verwijzing naar de neuroloog voorkomen. Maar ook voor dit gezamenlijke spreekuur bestaat nog geen structurele financiering.' Een ander initiatief, dat nog in de uitwerkingsfase is, gaat om het voorschrijven van medicatie rechtstreeks door de specialist ouderengeneeskunde. Adolphi: 'Ik geef regelmatig medicatieadvies na een bezoek aan de patiënt. Het is omslachtig als de huisarts die medicatie vervolgens moet voorschrijven. In mijn ogen is het ook niet juist als de huisarts de verantwoordelijkheid voor die medicatie krijgt. Vandaar dat we binnen de regio nu onderzoeken of wij zelf medicijnen kunnen voorschrijven. Een belangrijk punt is dat de medicatie goed in de administratie van de huisarts komt.'

De samenwerking in de wijk verloopt inmiddels heel goed. 'Om huisartsgeneeskundige zorg te kunnen blijven verlenen, is samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde onmisbaar', zegt De Goede. Adolphi: 'Daarnaast is het belangrijk dat er op hoger bestuurlijk niveau ook goede afspraken zijn gemaakt tussen de organisaties, waarbij het sociaal domein niet vergeten moet worden.' Ook is er in de bredere regio een Ouderengeneeskundig Netwerk Utrecht eerste lijn (ONUe), onder meer om een gezamenlijke visie op thuiswonende Wzd-patiënten te ontwikkelen. 'Om het bij individuele patiënten goed te laten lopen, heb je samenwerking op al die niveaus nodig.'

FOTO: MAARTJE KUPERUS



dingen moeten doen waarvoor ze niet opgeleid zijn.'

Dat laatste is ook waar Heering nogal eens een vraag over krijgt van LHV-leden. 'Ze lopen er bijvoorbeeld tegenaan dat van hen zorg wordt gevraagd die onder de Wet Zorg en Dwang valt, dat ze medicatie zouden moeten voorschrijven waar ze te weinig van weten of mensen met ernstige gedragsproblemen zouden moeten behandelen. Huisartsen bellen ook met organisatorische vragen: wat is mijn rol in alle zorg die voor deze persoon geregeld moet worden? Belangrijk is om altijd voor ogen te houden dat de huisarts alleen de regie heeft over de medische zorg in een thuissituatie. Dus wél over het inschakelen van de specialist



Specialist ouderengeneeskunde
Anda Adolphs (links) en huisarts Erna de Goede
hebben samen een geriatrische spreekuur opgezet

Meer weten?

Wil je meer weten over de rol van de huisarts in de ouderenzorg? Op lhv.nl vind je bij het thema Ouderenzorg veel informatie. Hier lees je bijvoorbeeld welke zorg bij de huisarts thuishoort en welke niet. Ook over de samenwerking met andere zorgverleners, zoals wijkverpleegkundige, casemanager en mantelzorgers vind je hier informatie. De themapagina bevat onder meer de handreiking Kwetsbare ouderen thuis en de LHV-leidraad Kleinschalige woonvormen.



‘Huisartsen bellen ons ook met organisatorische vragen: wat is mijn rol in alle zorg die voor deze persoon geregeld moet worden?’

ouderengeneeskunde, maar niet over de uitvoering van verpleegkundige taken of de eventuele inzet van vrijwilligers.’

■ REGIO-ORGANISATIE

In regio's waar de samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde goed is geregeld, heeft de kaderhuisarts ouderenzorg daarin nogal eens een spilfunctie, zegt Heering. ‘Sommige regionale huisartsenorganisaties hebben een kaderhuisarts in dienst die namens

de huisartsen afspraken maakt met de thuiszorgorganisaties in de regio. Ook kunnen huisartsen overleggen met een kaderhuisarts ouderenzorg over een specifieke situatie. Als er op medisch gebied meer nodig is dan huisartsgeneeskundige zorg, ligt die taak bij de specialist ouderengeneeskunde. Overigens zijn er ook regionale huisartsenorganisaties die een specialist ouderengeneeskunde voor een aantal uren in dienst hebben, juist met het oog op overleg over die medische zorg.’

Wat kun je als huisarts doen als je vastloopt met de ouderenzorg in jouw wijk of dorp? Heering: ‘Vraag bij de regionale huisartsenorganisatie na hoe de ondersteuning voor de ouderenzorg is geregeld. Er zijn regio-organisaties die daar nog niets voor hebben geregeld. In dat geval is het goed als zij daarover signalen krijgen. Daarnaast kun je het netwerk van kaderartsen ouderenzorg Laego bellen om te vragen welke kaderhuisarts je in jouw regio kunt raadplegen. Soms kun je direct een specialist ouderengeneeskunde een specifieke casus voorleggen, maar als dat lijntje er nog niet is, is het handiger om bij de regio-organisatie te beginnen om te zien of er al regionale afspraken zijn.’ ¶