

OUDERENZORG: dan komt het écht aan op samenwerken

Bijna een kwart van de patiënten in een normpraktijk is in 2025 ouder dan 65 jaar. Iets minder dan de helft daarvan zelfs ouder dan 75. Het streven dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen, brengt voor de huisarts veel werk met zich mee. Ook vanwege de samenwerking met andere zorgverleners. Hoe gaat dat in de praktijk van huisarts Guido Adriaansens in het Gelderse Beuningen?



Huisarts Guido Adriaansens
in gesprek met het echtpaar
Lans (89 en 85 jaar oud)



Nina Doerwald, specialist
ouderengeneeskunde

Ans Claassens,
praktijkondersteuner
somatiek

Guido Adriaansens, huisarts

“Het is grappig”, lacht Adriaansens, “toen ik hier 25 jaar geleden als huisarts begon, hadden we *home teams*. Die overlegvorm leek veel op het multidisciplinaire overleg (MDO, red.) zoals we dat nu hebben opgezet.” Twee deelnemers van dat MDO-overleg zijn Ans Claassens, praktijkondersteuner (POH) somatiek, en specialist ouderengeneeskunde (SO) Nina Doerwald, werkzaam bij de Zorggroep Maas en Waal. Instemmend knikkend en elkaar aanvullend vertellen ze over een samenwerking waar ze overduidelijk profijt van hebben en plezier in schepenen. “Teamwork is echt leuk. Niet alleen

omdat je betere zorg kunt bieden, maar ook omdat je wijzer wordt van elkaar”, verwoordt Adriaansens het algemene gevoel.

■ NIET VERZUIPEN

De HOED van de huisartsen Adriaansens en Annet Matser is, samen met een andere duopraktijk, gevestigd in een gezondheidscentrum aan de rand van Beuningen. De ‘verstedelijkte plattelandsgemeente’ Beuningen, onder de rook van Nijmegen, telt ruim 25.000 inwoners. Adriaansens begon er 25 jaar geleden met een jonge praktijk, inmiddels is het merendeel van de 4200 patiënten tussen de 45 en 65 jaar; 163 patiënten zijn ouder dan 75.

Het aanbod ouderenzorg bestaat uit drie soorten: basis, aanvullend en bijzonder

“Met het stijgen van de gemiddelde leeftijd kwamen er ook meer ziekten. We merkten dat we weinig zicht hadden op wat er onder ouderen leefde en wilden proactiever zijn”, legt Adriaansens, tevens voorzitter van de LHV-kring Nijmegen, uit.

Twee jaar geleden vroeg hij advies over een proactieve en meer gestructureerde aanpak van de ouderenpopulatie aan

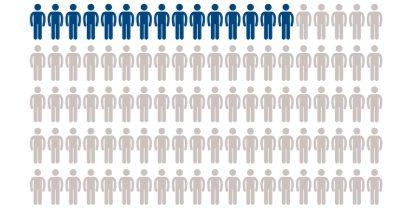
de Eerstelijns Ateliers van de Radboud Universiteit. Dit zijn netwerken van professionals die modellen ontwikkelen voor geïntegreerde eerstelijnszorg voor complexe patiëntengroepen. “We wilden vooral dat het efficiënt zou blijven, dat we niet zouden verzuipen in overlegstructuren. Want mede om die reden zijn de home teams destijds verdwenen: zinvol, maar te veel werk en te inefficiënt.”

■ KWETSBAAR

De nieuwe aanpak hield in dat eerst de ouderenpopulatie in kaart werd gebracht. De POH somatiek verzamelde de gegevens van alle patiënten van 75 jaar en ouder

Ouderen per normpraktijk (2168 patienten)

2010 (325 patiënten / 15%)

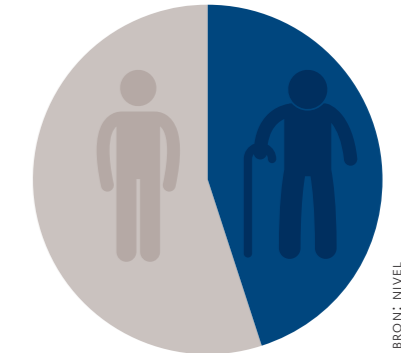


2025 (477 patiënten / 22%)



Zorgvraag in 2025

45 procent van de totale zorgvraag komt van 65-plussers.



BRON: NIVEL

uit het HIS, die vervolgens door de huisartsen en wijkverpleegkundige werden beoordeeld op ‘de kwetsbaarheid van het systeem’. Adriaansens: “Als van een echtpaar de ene partner slecht is en de andere sterk, dan heb je een kwetsbare patiënt in een stuttend systeem. Dan hoeft je niet veel extra zorg te organiseren.” Cruciaal voor die beoordeling is de informatie van de wijkverpleegkundige. Adriaansens: “Zij weet bijvoorbeeld dat de buurvrouw voor het echtpaar kookt en dat een neef de financiën in de gaten houdt.” De praktijk startte ook met het genoemde multidisciplinaire overleg (MDO). Eens in de maand bespreken de huisartsen, de

LHV-notitie Aanbod ouderenzorg: drie 'smaken' zorg

De LHV-ledenraad heeft eind 2013 ingestemd met de Notitie aanbod ouderenzorg. De notitie heeft drie uitgangspunten. Over de eerste twee was iedereen het snel eens. Het eerste is een bevestiging van de drie kernwaarden van de huisartsenzorg: generalistisch, persoonlijk en continu. Het tweede spoort huisartsen aan zich proactiever richting de ouderen in hun praktijk op te stellen. Over het derde uitgangspunt is veel discussie (geweest): de regisseursrol voor de huisarts. Volgens LHV-adviseur en opsteller van de notitie, Ale Gercama, is die rol 'ontzettend belangrijk'. "Ouderen zijn meer afhankelijk dan andere patiënten omdat zij vaak niet alleen *cure*, maar ook *care* nodig hebben en er veelal sprake is van *comorbiditeit*." In de notitie staat dat de huisarts in principe tot aan een bovengrens (ZZP5) de verantwoordelijkheid voor de zorg aan ouderen in de thuissituatie op zich neemt. Na een pittige discussie in de Ledenraad is dit geen harde richtlijn geworden, maar een onderwerp voor overleg met de specialist ouderengeneeskunde. Voor ouderen met een ZZP boven de 5 kan het de voorkeur hebben dat de specialist ouderengeneeskunde de hoofdbehandelaar is.

Het aanbod ouderenzorg is ingedeeld in drie soorten: basisaanbod, aanvullend aanbod en bijzonder aanbod:

- Het basisaanbod is min of meer gelijk aan de reguliere huisartsenzorg en gaat er vanuit dat de oudere patiënt zelf de regie heeft.
- Het aanvullende aanbod heeft als kenmerk dat de huisarts ouderen selecteert en surveil-

leert die dermate kwetsbaar zijn dat er een hoog risico op decompensatie is. Voor deze groep biedt de huisarts complexe zorg (opstellen zorgbehandelplan, hulp organiseren en de voortgang bewaken door gestructureerd multidisciplinair overleg).

- Het bijzondere aanbod is bedoeld voor ouderen die extra medische zorg nodig hebben. De huisarts organiseert, in overleg met de specialist ouderengeneeskunde, de complexe zorg en regelt dat de specialist ouderengeneeskunde in de ANW-uren beschikbaar is voor consultatie en voor het regelen van een eventuele spoedopname.

De notitie is bedoeld als 'startdocument'. Het grootste struikelblok voor de realisatie ervan ligt volgens Gercama in wetgeving en financiering. Het verschil tussen de financiering van de huisarts (Zorgverzekeringswet) en van de specialist ouderengeneeskunde (AWBZ) kan een goede samenwerking bemoeilijken. Aanpassing van wet- en regelgeving is nodig om de financiering anders te kunnen inrichten. Dat proces is nog in volle gang. Gercama: "Het is een terrein met voetangels en klemmen. Als huisartsen kunnen we afwachten tot alles is geregeld, maar dan missen we de boot. Juist door er nu serieus werk van te maken, kunnen we het proces mede inhoud en sturing geven."

(Voor meer informatie of de tekst van de notitie: zie de website: www.lhv.artsennet.nl, Actuele dossiers)



Guido Adriaansens:
'Samen dragen we echt bij aan het levensgeluk en de gezondheid van ouderen'

Ans Claassens:
'Ik zorg ervoor dat alles soepel blijft lopen'

POH, de specialist ouderengeneeskunde, een vertegenwoordiger van de gemeentelijke dienst Welzijn en de wijkverpleegkundige zo'n vier à vijf patiënten. Het overleg kan worden uitgebreid met een fysiotherapeut, maatschappelijk werker en zelfs familie. "We proberen een totaalplaatje van de patiënt te vormen. Dat krijg je als huisarts alleen moeilijk voor elkaar", zegt Adriaansens.

Voor Doerwald, de specialist ouderengeneeskunde, is de informatie uit het MDO eveneens nuttig. "Je weet bij welke cliënten het moeizaam gaat, je bent erop voorbereid als iemand naar het verpleeghuis moet. Ik ben in het voortraject betrokken, weet wat er speelt en kan daar ook de familie al in meenemen."

'Huisartsen kijken in de lengte, over een tijdspanne van soms tientallen jaren. Een specialist ouderengeneeskunde kijkt op één moment heel breed naar de patiënt'

■ BREDER REPERTOIRE

Huisarts en specialist ouderengeneeskunde vullen elkaar aan, vindt Adriaansens. "Juist in dat integrale denken over ouderen en ouderenproblematiek heeft Nina een bredere kijk en een breder repertoire dan ik." Doerwald bevestigt dat:



Nina Doerwald:
'Doordat ik in het voortraject betrokken ben, weet ik wat er speelt en kan ik daar de familie al in meenemen'

"Mijn meerwaarde is die integrale manier van kijken naar cliënt en omgeving. Ik kan aangeven: hier zou je de fysiotherapeut, psycholoog of ergotherapeut bij kunnen betrekken. Op die manier kan iemand langer en veiliger zelfstandig blijven wonen, thuis of in het verpleeghuis, want dat is waar ik als specialist ouderengeneeskunde dagelijks mee bezig ben."

Adriaansens vindt het ook fijn als Doerwald meedenkt over bijvoorbeeld medicatie. "Je kent en vertrouwt elkaar, de lijntjes zijn kort dus je mailt of belt ook makkelijker."

De rol van regisseur – in de LHV-notitie beledigd bij de huisarts (zie kader *LHV-notitie Aanbod ouderenzorg* – ligt wat Adriaansens betreft bij de huisartsenpraktijk als geheel

en vooral bij de praktijkondersteuner, in samenwerking met de wijkverpleegkundige. "En dan bedoel ik: de zorg organiseren en de continuïteit ervan in de gaten houden. Huisartsen zijn niet de beste organisatoren. Daar is de praktijkondersteuner beter in. Maar wij zorgen natuurlijk wel voor de inhoudelijke invulling en houden supervisie."

POH Claassens is degene die de voortgang van de zorg voor (onder meer) de ouderen monitort, de wijkverpleegkundige inseeit als dat nodig is en de afspraken voor de MDO's plant. "Die rol heb ik omdat ik de mensen met een chronische aandoening het vaakste zie. Ik zorg ervoor dat alles soepel blijft lopen."

De Beuningers hebben geen obstakels ►

‘Je doet het hartstikke goed joh’

Het multidisciplinair overleg (MDO) is bedoeld voor mensen als meneer en mevrouw Lans uit Beuningen. Hij is 89 en relatief gezond. Zij is 85, broos en dementerend.

Twee keer per week heeft het echtpaar thuishulp, daarnaast houden toegewijde burens een oogje in het zeil. Met die ondersteuning kunnen ze zelfstandig blijven wonen. “Wij gaan ons huis alleen uit als we eruit worden gedragen.”

Meneer Lans levert het grootste

deel van de zorg. Als Adriaansens hem vraagt hoe het moet als het minder met hem zou gaan, valt hij even stil. Dan begint hij geluidloos te huilen. “Ik weet het niet. Ik draai de boel nog steeds alleen, al is dat moeilijk...” Sussend klopt zijn vrouw hem op de hand: “Je doet het hartstikke goed joh.”

“Dat is nou precies wat ik heb beloofd: dat we proberen er met z’n allen voor te zorgen dat jullie zo lang mogelijk samen thuis kunnen blijven”, troost Adriaansens.



‘Van een multidisciplinaire aanpak als deze zijn de resultaten lastig te meten’

ondervonden in financiering of wet- en regelgeving. De specialist ouderengeneeskunde declareert consulten aan de huisarts en deelname aan het MDO bij haar werkgever. Adriaansens’ praktijk krijgt voor de extra inspanning ten behoeve van de oudere patiënten tijdelijk een vergoeding van zorgverzekeraars VGZ en CZ. “Globaal komen we daar wel mee uit, denk ik. We zijn niet van die tijdschrijvers.”

■ BEHANDELPLANNEN

Voor de toekomst voorziet Adriaansens een ‘uitdaging’ in het invullen van de drie vormen van ouderenzorg, zoals in de LHV-notitie beschreven. “Hoe we dat precies gaan doen als er straks patiënten met een ZZP5 of hoger komen, weet ik nog

Kaderhuisarts zet zich in voor ouderengeneeskunde

Kaderhuisartsen ouderengeneeskunde zijn specifiek toegerust om de kwaliteit van de zorg voor ouderen naar een hoger niveau te tillen. Ze hebben zich georganiseerd in een landelijk netwerk: Laego. Dit jaar wordt de honderste kaderhuisarts ouderengeneeskunde geaccrediteerd. Volgens kaderhuisarts en huisarts op Texel, is ouderengeneeskunde complex doordat er vaak problemen op diverse vlakken spelen: somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatief. “Ingewikkeld, maar het leuke is juist dat het niet over één orgaan of één proces gaat, maar over de hele mens in een bepaalde levensfase.” Laego is net als de LHV voorstander van de registratie voor de huisarts in de ouderenzorg. Vos: “Voor geen van de partijen is dat een van-

zelfsprekendheid. Iedere arts had zijn koninkrijk, nu moet iedereen gaan samenwerken. Maar hoe precies, is voor een groot deel nog niet ingevuld.” De kaderhuisarts ouderengeneeskunde helpt dit te verbeteren door te adviseren, kennis over te dragen, te onderzoeken en hulpmiddelen te ontwikkelen (zoals elektronische ondersteuning van het MDO).

Vos neemt zelf deel aan een overleg tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde in Den Helder. “Het leuke is dat specialisten ouderengeneeskunde anders tegen problemen aankijken dan huisartsen. Wij kijken in de lengte, over een tijd van soms tientallen jaren naar onze patiënt. Een specialist ouderengeneeskunde kijkt op één moment heel breed naar de patiënt.”

niet.” De basiszorg en aanvullende zorg zijn in de praktijk in ieder geval aardig op orde, vindt hij. “Alleen de zorgbehandelplannen zijn een pijnpuntje. Die moeten we nog beter vormgeven.” Temeer omdat in de module ouderenzorg die door de Zorggroep OCE wordt ontwikkeld ook om dergelijke plannen zal worden gevraagd. Adriaansens vindt dat ‘een goeie zaak’, maar benadrukt dat ze niet te veel administratieve rompslomp mogen geven. “Dan is het op de lange termijn niet motiverend en niet haalbaar. Van een multidisciplinaire aanpak als deze zijn de resultaten lastig te meten. Je moet er geen kolossale effecten van verwachten. Maar je kunt echt bijdragen aan het levensgeluk en de gezondheid van ouderen.” ■