



Guus Jaspar, LHV-bestuurslid,
huisarts in Terneuzen

‘Ouderenzorg vraagt Verzorgingshuizen 2.0’

Ouderenzorg is een onderwerp waar het nieuwe kabinet, en zeker de volgende minister van VWS, niet omheen kan. De Covid-19-pandemie heeft de problemen rond de ouderenzorg verder op scherp gezet. Guus Jaspar, LHV-bestuurslid, vindt het tijd voor een echte visie op ouderenzorg en voor een integrale, maar vooral gezamenlijke aanpak. Want huisartsen worden nu overvraagd.

TEKST: CORIEN LAMBREGTSE
FOTOGRAFIE: SIMONE MICHELLE

Guus Jaspar is zelf al 21 jaar huisarts in Zeeuws-Vlaanderen en merkt net als veel andere huisartsen dat het steeds meer tijd kost om goede zorg te geven aan de ouderenpopulatie. ‘Het aantal 80-plussers in onze praktijk neemt steeds meer toe. Ruim een kwart van onze patiënten is ouder dan 65 jaar. En dan hebben wij nog het geluk dat we al jaren intensief samenwerken met de wijkverpleging, een casemanager dementie en een specialist ouderengeneeskunde. Maar ook wij lopen tegen onze grenzen aan. Huisartsen zijn immers geen specialisten ouderenzorg, wij zijn er voor medisch-generalistische huisartsenzorg.’

Langer thuis wonen. Dat was en is toch het ideaalbeeld?

‘Dat was inderdaad het ideaalbeeld van de participatiemaatschappij. Maximale eigen regie. Maar dat ideaalbeeld ging meteen

gepaard met een forse afbouw van bedden in verzorgings- en verpleeghuizen. De indicatiestelling om in aanmerking te komen voor verpleeghuiszorg is enorm opgetrokken. Maar de ondersteuning van al die mensen die langer thuis wonen, is niet toegenomen. Daardoor is een kloof ontstaan tussen de zorg die mensen nodig hebben en de zorg die wordt aangeboden. Kijk naar het tekort aan specialisten ouderenzorg die beschikbaar zijn voor mensen die thuis of in kleinschalige woonzorginstellingen wonen. Dat leidt direct tot een verzwaring van de werklust van huisartsen. Want bij medische problemen thuis, zitten alle zorgverleners achter een hoge muur, behalve de huisarts. Die is makkelijk te bereiken en altijd aanspreekbaar.’

En wat betekent dat voor de huisarts?

‘Dat je soms geen kant op kunt met een patiënt met psychogeriatrische problemen



Daar ligt dus een opgave voor het nieuwe kabinet?

‘Zeker. En daar is de politiek zich ook van bewust, want in vrijwel alle verkiezingsprogramma’s werd de ouderenzorg als aandachtspunt genoemd. Er is vorig jaar ook al veel voorwerk verricht. Het ministerie van VWS heeft de ‘Dialognota Ouder worden 2020-2040’ uitgebracht. Daar hebben wij als LHV samen met InEen een reactie op gegeven. Daarnaast heeft de NZa in opdracht van het ministerie onderzoek gedaan naar de toegankelijkheid, beschikbaarheid en organiseerbaarheid van de medisch-generalistische zorg (MGZ) voor patiënten met een Wlz-indicatie. Daar heeft de minister van Medische Zorg op gereageerd met een beleidsreactie, waar wij vervolgens samen met InEen en NHG een reactie op hebben gegeven.’

Geven die notities hoop?

‘In de dialoognota staan allerlei goede dingen, maar wij missen een inspirerende, integrale visie op ouderenzorg en de urgentie om door te pakken, op alle niveaus en samen met alle betrokken partijen. Zo is de samenwerking met de medisch-specialistische zorg buiten beschouwing gelaten, terwijl er juist in de samenwerking met de geriater, de internist ouderengeneeskunde en de vele specialisten die bij ouderenzorg betrokken zijn, winst te behalen is. En wat het NZa-rapport betreft, een van de aanbevelingen in dit rapport is om de medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiën-

‘De indicatiestelling voor verpleeghuiszorg is enorm opgetrokken, maar de ondersteuning van al die mensen die langer thuis wonen, is niet toegenomen’

met wie het thuis niet meer gaat.

En dat je zorg moet verlenen die jouw kennis en expertise te boven gaat. Wij verlenen medisch-generalistische huisartsenzorg, maar als een patiënt meerdere problemen tegelijk heeft die ook nog van ernstige aard zijn, dan heeft die patiënt specialistische ouderenzorg nodig.’

Er zouden toch regionale loketten komen om crisisbedden te vinden?

‘Wij maken het in Zeeland mee dat het dichtstbijzijnde bed voor een patiënt die met spoed een plek nodig heeft in Deventer beschikbaar is. Een collega liet in een overleg zien dat als hij via dat digitale ELV-loket naar een bed zoekt, het kaartje een plaats in Afrika aangeeft. Juist omdat er overal een tekort aan bedden is, zijn verzorgings- en verpleeghuizen terughoudend om bedden aan het loket aan te bieden. Ze behouden die bedden ook liever voor de eigen regio. Ondanks de goede intenties kost het dus nog steeds heel veel tijd om een crisisbed geregeld te krijgen. En dat terwijl de grote golf van de vergrijzing nog maar net is begonnen.’

ten te verschuiven naar de Zorgverzekeringswet. De gedachte erachter is dat ontschotting het makkelijker maakt om ouderen de juiste zorg te bieden. Toch is die stelselwijziging geen oplossing voor het probleem. De huisarts loopt hiermee het risico om eindverantwoordelijk te worden voor patiënten die in feite specialistische zorg van een specialist ouderengeneeskunde nodig hebben.’

Maar SO’s zijn er toch veel te weinig?

‘Precies. En dat probleem kunnen wij als huisartsen niet oplossen. Dat kan en mag ook niemand van ons verwachten. De schaarste in een ander zorgdomein is niet meteen onze verantwoordelijkheid. Niet omdat we dat niet willen, maar omdat we er niet voor zijn opgeleid en qua competenties worden overvraagd. Veel ouderen die langer thuis wonen, zouden al lang naar een verzorgingshuis of verpleeghuis zijn verhuisd als er meer plekken beschikbaar waren. Ze wonen noodgedwongen langer thuis, hebben complexe problemen, ze hebben meer dan medisch-generalistische huisartsenzorg nodig. Ze krijgen niet de zorg die ze nodig hebben.’

Wat is dan wel een oplossing?

‘Een inspirerend voorbeeld is wat er vorig jaar bij de medische zorg voor mensen met een beperking is gebeurd. In dat zorgdomein speelde een vergelijkbaar probleem. Een deel van de mensen met een beperking woont thuis, een deel woont in een VG-instelling. Door een tekort aan artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG’s), een veranderde rol van AVG’s en de complexiteit van wet- en regelgeving, nam de druk op huisartsen en huisartsenposten toe om medisch-generalistische zorg te verlenen aan mensen met een beperking, ook in een instelling. Deze zorg ging echter vaak veel verder dan medisch-generalistische huisartsenzorg, en ook daar zijn huisartsen niet voor opgeleid. Om de problemen in de zorg voor mensen met een beperking op te lossen, zijn acht betrokken partijen, waaronder LHV, InEen, Ieder(in), de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Gehandicapten en de Zorgverzekeraars Nederland in een zaaltje op het



ministerie gaan zitten. Ze kregen de taakopdracht van VWS om niet eerder naar buiten te komen dan dat er gezamenlijk een oplossing was gevonden. En dat is gelukt. Eind oktober is er een convenant gesloten waarin partijen gemeenschappelijke uitgangspunten hebben geformuleerd en tot afspraken zijn gekomen, inclusief randvoorwaarden en actiepunten. Van alle partijen wordt inzet en actie verwacht. Daar hebben ze voor getekend. Ik denk dat we de problemen in de ouderenzorg op dezelfde manier moeten oplossen.'

Samen in een zaaltje tot er een oplossing op tafel ligt?

'Inderdaad. Zet alle partijen die betrokken zijn bij ouderenzorg bij elkaar, met de taakopdracht om tot echte oplossingen voor de knelpunten in de ouderenzorg te komen. Dat verplicht iedereen om bij te dragen aan de oplossing. Daarbij kan en mag ook een bijdrage van de huisartsen worden gevraagd. Huisartsen zijn ontzettend gemotiveerd om goede ouderenzorg te leveren. Veel huisartsen die ik ken lopen hun benen daarvoor uit het lijf. Maar zoals gezegd, de oplossing kan niet alleen van de huisartsen komen. De GGZ, de V&VN, zorgverzekeraars en verpleeghuis- en thuiszorgorganisatie Actiz zullen daar ook hun steentje aan moeten bijdragen.'

De knelpunten zijn daarmee morgen nog niet opgelost.

'Een probleem dat in tientallen jaren is ontstaan, los je niet in een half jaar op. Er zijn kleine oplossingen nodig waarmee we op korte termijn verbeteringen bereiken. Er zijn grotere oplossingen nodig waarmee we op langere termijn structurele verbeteringen bereiken. Laten we dus kijken waar we naar toe willen met de ouderenzorg. Langer thuis wonen kan niet voor iedereen het ideaal zijn. Dat is in coronatijd wel duidelijk geworden. Elke huisarts heeft de voorbeelden in zijn praktijk van ouderen die het afgelopen jaar totaal verpieterd zijn. Natuurlijk zijn er ook ouderen die de coronatijd goed hebben doorstaan, ook dankzij sociale media, maar vergis je niet: er zijn heel veel

ouderen met fysieke of geheugenproblemen die eenzaam thuis zitten en depressieve klachten hebben. Waar wij als LHV samen met InEen op inzetten is dat niet 'langer thuis' maar 'langer zelfstandig' het uitgangspunt wordt. Dat kan thuis zijn, maar ook in een kleinschalige woonvorm, in een verzorgingshuis of een verpleeghuis. Noem het 'Verzorgingshuizen 2.0'. Zo'n verzorgingshuis hoeft er niet in elk kerkdorp te zijn, dat zou te duur worden. Maar zorg wel dat er in elke regio voldoende plekken beschikbaar zijn.

Ouderenzorg zal heus geld blijven kosten, maar laten we kijken hoe we het slimmer en goedkoper kunnen organiseren. Door betere samenwerking, een goede verantwoordelijkheidsverdeling, betere gegevensuitwisseling en door het veld meer vrijheid en vertrouwen te geven, zodat professionals passende zorgoplossingen kunnen bieden. En vooral ook door te zorgen dat het tekort aan SO's wordt aangepakt, zoals dat nu ook met de AVG's gebeurt.'

Zal dat huisartsen lucht geven?

'Ik denk dat wij als huisartsen heel duidelijk moeten aangeven waar wij van zijn en waar wij niet van zijn. Wat we kunnen en wat we nodig hebben om goede zorg te kunnen

'Bij medische problemen thuis, zitten alle zorgverleners achter een hoge muur, behalve de huisarts'

leveren. Als wij zorg leveren in kleinschalige woonzorginstellingen, dan moet er in zo'n instelling bijvoorbeeld voldoende gekwalificeerd personeel aanwezig zijn, en moeten we kunnen overleggen met een SO of AVG. Natuurlijk willen huisartsen ouderenzorg blijven bieden. Maar dan wel in samenwerking met andere zorgpartijen en met ondersteuning vanuit politiek, overheid en zorgverzekeraars. Ouderenzorg is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van iedereen in dit land.' ¶

Meer weten?

REACTIE LHV OP HAAGSE BELEIDSSTUKKEN

- Reactie LHV en InEen op de Dialoognota Ouder worden 2020-2040 van VWS
- Reactie LHV, InEen en NHG op de beleidsreactie van minister Van Ark op het NZa-rapport 'Onderzoek medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten'

BEGRENZING VAN DE HUISARTSENZORG

- LHV-leidraad Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen
- LHV-leidraad Algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten in VG zorginstellingen

U vindt deze documenten en meer achtergrondinformatie op www.lhv.nl.