**Ouderen de dupe van commercialisering in de zorg**

**Ouderen lijden vaker aan twee of meerdere ziekten tegelijk, en ook dementie en depressieve klachten komen vaker bij ouderen voor. Daardoor is er meer behoefte aan zorg en zijn ze ook afhankelijker van de zorg. De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, seniorenorganisaties (KBO-Brabant, KBO Limburg, KBO Zeeland, KBO Gelderland en KBO Overijssel), Alzheimer Nederland, Verenso, Landelijke Huisartsen Vereniging, internisten-ouderengeneeskunde NIV en de NVvP-afdeling Ouderenpsychiatrie maken zich zorgen over ouderen die nu niet altijd kunnen rekenen op goede zorg. Zo zijn commerciële investeerders die huisartsenpraktijken overnemen vaak slecht bereikbaar voor patiënten waardoor ze sneller en vaker in het ziekenhuis terechtkomen. De organisaties vragen daarom de commerciële investeerders om ouderen niet in de kou te laten staan; de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg moet beter.**

**Zorgen over commerciële ketens in de huisartsenzorg**

Naast de beperkte bereikbaarheid van commerciële huisartsenketens lopen ouderen ook aan tegen andere problemen. Zoals wisselende teams van zorgprofessionals, die niet goed bekend zijn met persoonlijke achtergronden van patiënten. Na een ziekenhuisopname zijn commerciële huisartsenketens vaak moeilijk of niet bereikbaar en daarom vindt er vaak geen follow-up plaats om een oogje in het zeil te houden bij ouderen met een kwetsbare gezondheid. Als de commerciële huisartsenketen niet bereikbaar is, wordt de huisartsenzorg door de klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde in het ziekenhuis gedaan. Zij leveren ook goede specialistische zorg vanuit het ziekenhuis. Maar een groot deel van de zorg en begeleiding van oudere patiënten kan het beste dichtbij huis in een netwerk rondom de ouderen georganiseerd worden, wat juist de kracht is van de huisartsenzorg.

**Zorgen over commerciële woonvormen**

Ook zijn er zorgen over commerciële woonvormen van kleinschalig wonen voor ouderen met bijvoorbeeld dementie. Klinisch geriaters geven aan dat de component wonen vaak door de instelling goed geregeld is, maar de component zorg niet. De huisarts krijgt te maken met een nieuwe instelling in zijn/haar verzorgingsgebied die een beroep doet op de huisarts om (soms heel specialistische) zorg te leveren. Terwijl het noodzakelijk is dat naast goede afspraken met de huisarts, voldoende beschikbare verzorging en verpleging is, en (ook) 24-uurs beschikbaarheid van een specialist ouderengeneeskunde, en zo nodig consultatie van ouderenpsychiaters, zeker bij complexe patiënten. Klinisch geriaters en internisten-ouderengeneeskunde krijgen regelmatig te maken met meer verwijzingen naar de polikliniek en spoedeisende hulp vanuit deze commerciële woonvormen ten opzichte van de ‘reguliere’ verpleeghuizen. Daarnaast hebben de ouderen uit deze woonvormen vaak een langere opnameduur in het ziekenhuis omdat bij terugkeer hulpmiddelen niet voorhanden zijn. En het komt met enige regelmaat voor bij deze woonvormen, dat als de symptomen van dementie complexer worden, patiënten alsnog naar een ‘regulier’ verpleeghuis moeten verhuizen.

Er zijn ook commerciële partijen die het beste voor hebben met de oudere en de zorg goed regelen. Echter de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg van commerciële investeerders van een aanzienlijk deel van de instellingen is ondermaats. En daar zijn de ouderen de dupe van.

Ondertekening van partijen:

De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

KBO- Brabant, KBO-Zeeland, KBO-Limburg, KBO-Overijssel, KBO-Gelderland

Alzheimer Nederland

Verenso

LHV

NVvP-afdeling Ouderenpsychiatrie

Internisten-ouderengeneeskunde NIV