

BASIS VOOR AFSPRAKEN OVER WLZ-PATIËNTEN

‘DE HUISARTS REGELT HET WEL’ IS VOORBIJ

Hoe maak je goede afspraken over thuiswonende patiënten met een Wlz-indicatie. En wat kun je als huisarts doen als je toch vastloopt? Een leeswijzer vertaalt de afspraken uit het Convenant Medisch Generalistische Zorg naar de praktijk.

TEKST: BERBER BIJMA / FOTOGRAFIE: MARNIX KLOOSTER

Sinds de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) in 2015 is het aantal kwetsbare ouderen dat thuis woont of in een kleinschalige woonvoorziening, enorm toegenomen. Ook mensen met een verstandelijke beperking vallen onder die wet. Huisarts, specialist ouderengeneeskunde (SO) en arts verstandelijk gehandicapten (arts VG) verlenen samen medisch generalistische zorg (MGZ) aan deze groepen. Voor huisartsen vormde (of vormt) met name de zorg voor kwetsbare ouderen een probleem, door gebrek aan goede samenwerkingsafspraken. ‘In het convenant MGZ dat een jaar geleden is ondertekend, zijn goede afspraken gemaakt’, vertelt Jenny Heering, huisarts en beleidsmedewerker van de LHV. ‘Uitgangspunt is dat de “best geëquiperde” arts de zorg levert, zowel overdag als in de

ANW-uren. Om een simpel voorbeeld te geven: een mogelijke botbreuk is een zaak voor de huisarts, onbegrepen gedrag vanwege dementie is voor de specialist ouderengeneeskunde. Minstens zo belangrijk: ook het organiseren van de benodigde zorg in de ANW-uren is een gedeelde verantwoordelijkheid.’

■ SAMEN VERANTWOORDELIJK

Bij het convenant is afgelopen zomer een Leeswijzer verschenen. Daarin staat de praktische vertaling van de gemaakte afspraken in het convenant MGZ. Heering: ‘De Leeswijzer geeft concrete antwoorden op vragen als: welke zorg moet je als huisarts leveren, waar kun je heen als je tegen beperkingen aanloopt, wat is de rol van de regionale huisartsenorganisatie?’ Het convenant heeft het afgelopen jaar al een positieve uitwerking gehad,





‘Het begon met wrijving, van beide kanten’

Als je niet vraagt wat je wilt, krijg je iets anders dan je wilt. Vanuit die gedachte besloot huisarts Marcel Kerkhoven samen met zijn collega's in Brummen om de regie naar zich toe te trekken, toen zorgorganisatie Dagelijks Leven een kleinschalige woonvoorziening in het dorp opende.

Het begon met wrijving, van beide kanten, vertellen Kerkhoven en Frank Kuijvenhoven, specialist ouderengeneeskunde bij Dagelijks Leven. Kerkhoven: ‘Dagelijks Leven keek in feite alleen naar het bestemmingsplan: waar kunnen we een huis openen? Wij werden pas betrokken toen de bouw begon. Daar ontstond onmin van onze kant. Als huisartswijkcoördinator heb ik toen de regie naar de huisartsen toegetrokken. Als hagro kom je sterker uit zo’n situatie en discussie als je samen optrekt. Met hulp van een jurist hebben we een contract voor de dagzorg opgesteld, om de lokale continuïteit en kwaliteit van zorg te waarborgen. Dat contract hebben we aan Dagelijks Leven voorgelegd. Ik ben ervan overtuigd dat je de samenwerking niet moet organiseren langs de lijnen van de zorg, maar op organisatieniveau. Het gaat niet alleen om ‘wie doet wat’, maar meer nog om kwaliteitsafspraken, zoals toegang tot dossiers bij de huisarts, aanrijtijden, uitnodigingen voor een MDO en regelmatige evaluatie van de samenwerking.’

ZUUR AANVLIEGEN

De directeur van Dagelijks Leven – een organisatie met 104 vestigingen verspreid over het land – voelde in eerste instantie niets voor zo’n contract omdat het een inbreuk zou doen op zijn zorgorganisatie. Kerkhoven: ‘Dat vond ik een veelzeggende uitspraak, omdat de samenwerking zoals Dagelijks Leven die voorstelde, juist een

inbreuk was op ónze organisatie.’ Vanuit die tegengestelde posities bleek een goed gesprek mogelijk, dat uiteindelijk wél leidde tot ondertekening van een ‘dag-contract’. De huisartsenzorg in de ANW-uren is geregeld via de huisartsenpost. Specialist ouderengeneeskunde Kuijvenhoven verbaasde zich in het begin over de gang van zaken. ‘Mijn eerste gedachte was: het kan toch nooit wat worden als je het zo zuur moet aanvliegen, met zo’n contract? Ik ervaaarde het als wantrouwen. Achteraf denk ik: wat goed dat het er ligt. Je bent het samen eens over de ondergrens en in de praktijk kijk je vervolgens wat werkt. Zo staat in het contract dat ik de Advanced Care Planning doe. In de praktijk bleek dat twee van de drie Brummense praktijken dat liever zelf doen. Je kunt dus aansluiten bij de werkwijze van de huisartsen. Dat is wat werkt.’

PLAATSELIJK

Vanuit huisartsenperspectief is het belangrijk om plaatselijk gezamenlijk op te trekken, zegt Kerkhoven. ‘Het is goed en nodig dat er met het convenant MGZ nu landelijke afspraken liggen, maar als plaatselijke huisartsen moet je de oplossing niet van de LHV of je regio-organisatie verwachten. Je moet in je eigen situatie

gezamenlijke autonomie te houden.’ Zorginhoudelijk zijn de afspraken in Brummen duidelijk. De specialist ouderengeneeskunde behandelt bijvoorbeeld ernstige gedragsproblemen – daarvoor is een 24/7 dekking – en is verantwoordelijk voor vrijheidsbeperkende maatregelen en andere WZD-zorg. Maar, zegt Kuijvenhoven, ‘inmiddels krijgt één op de vier mensen van boven de tachtig dementie. Huisartsen krijgen dus hoe dan ook met die groep te maken – bijvoorbeeld als iemand in een kleinschalige woonvorm rustig overlijdt aan een longontsteking. Daar is geen SO bij nodig. Dus ook “de SO regelt het wel” gaat niet op. Je moet het samen doen, mét een goed functionerend en goed geschoold team op locatie.’

Kerkhoven: ‘Het is heel belangrijk dat we als huisartsen specialisten hebben die we kunnen consulteren, ook voor mensen die in de wijk wonen. Want ook daar zie je een toename van gedragsproblemen door dementie, nu mensen langer thuis wonen. Ik hoop dat we ernaartoe gaan dat ik Frank

ook daar kan laten meekijken. Vanuit mijn ervaring met verstandelijk gehandicapten weet ik dat ik de eerste stappen kan zetten bij gedragsproblematiek en dat ik me veilig voel doordat ik kan terugvallen op een VG-arts. Zo moet het ook worden voor ouderen met dementie die in de wijk wonen.’

In de kleinschalige woonvoorziening gaat het ondertussen uitstekend, stellen beiden vast. Een van de succesfactoren is de locatiemanager. Kuijvenhoven: ‘Die moet begrijpen hoe die samenwerking in de praktijk écht werkt en ervoor zorgen dat in voorkomende gevallen de juiste zorgverlener wordt gebeld.’ Hij is ook zeer te spreken over het aparte contract dat met hem is gesloten voor inzage in het medische dossier, met daarin onder meer specialistenbrieven. ‘Ik kan het team en de naasten van een patiënt beter begeleiden als ik weet welke vorm van dementie iemand heeft. Een brief van een klinisch geriater, psychiater of andere specialist helpt mij hierbij.’

‘Ik ben trots dat we voet bij stuk hebben gehouden’, besluit Kerkhoven. ‘Want de zorg voor kwetsbare ouderen is teamsport: je moet het samen doen, op basis van goede afspraken.’

‘Zorg voor kwetsbare ouderen is teamsport’

het gesprek voeren met de betreffende zorgorganisatie om ervoor te zorgen dat je zelf regie houdt over hoe jij huisartsenzorg wilt verlenen. De gesprekken over de samenwerking zijn veel belangrijker dan het contract dat je uiteindelijk sluit. Voor de specialist ouderengeneeskunde is het natuurlijk wel belangrijk dat verschillende huisartsenpraktijken dan dezelfde werkwijze hebben, bijvoorbeeld met urinecontrole. Soms moet je wat individuele autonomie opgeven om als hagro



‘Op een rustig moment goede afspraken maken om later verrassingen te voorkomen’

zegt Heering. ‘In veel regio’s wordt de gezamenlijke verantwoordelijkheid duidelijk meer gevoeld. Bij zorgorganisaties, maar ook bij zorgkantoren, die verantwoordelijk zijn voor het organiseren en betalen van Wlz-zorg. Ze gaan er nu niet meer zomaar vanuit dat “de huisarts het wel regelt”. Ook regionale huisartsenorganisaties zijn actiever geworden in het ondersteunen van huisartsen bij het maken van afspraken over MGZ. We hopen dat de Leeswijzer voor verbetering zorgt in regio’s waar de samenwerking nog niet zo goed gaat.’

■ BESCHIKBAARHEID SO

Huisartsen leveren in alle gevallen uitsluitend huisartsgeneeskundige zorg, benadrukt Heering, tenzij ze er zelf voor kiezen meer zorg te leveren. ‘Als een patiënt met een Wlz-indicatie bij de huisartsenpraktijk staat ingeschreven, moet je vastleggen wie welke zorg levert. Ook dan ben je als huisarts alleen verantwoordelijk voor huisartsgeneeskundige zorg. Zorg die voortkomt uit de aandoening waarvoor de patiënt een Wlz-indicatie heeft, is geen huisartsenzorg. Daarvoor moet dus een SO of arts VG beschikbaar zijn. Diezelfde arts moet in de ANW-uren bereikbaar zijn voor overleg met de huisarts. De zorgorganisatie die de zorg bij de patiënt thuis levert, is ervoor verantwoordelijk dat te regelen. Voor de onderlinge samenwerking bestaat de LHV-modelovereenkomst. We werken momenteel

aan een update die alle convenantpartijen onderschrijven.’ ‘Voor de uitzonderlijke situaties die zich nog voordoen, is het belangrijk dat er nu een gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid is’, zegt Heering. ‘Die gezamenlijke verantwoordelijkheid zorgt er bijvoorbeeld voor dat steeds vaker anticiperende zorg wordt vastgelegd in een zorgplan. Daarmee maak je op een rustig moment goede afspraken om later verrassingen te voorkomen.’

■ RHO KAN HELPEN

Waar kun je als huisarts terecht als het niet lukt goede afspraken te maken rond Wlz-patiënten, of

als andere partijen zich er niet aan houden? Heering: ‘Voor die situatie is de regionale huisartsenorganisatie belangrijker geworden. De RHO kan al bemiddelen vóór een kleinschalige woonvorm wordt geopend: wie kan of wil hier de huisartsenzorg leveren? Als de samenwerking met de SO niet soepel loopt of als er niet op alle momenten een SO beschikbaar is, kan de RHO ook helpen. De handtekening van InEen, waar de RHO’s onder vallen, staat namelijk ook onder het convenant. De RHO kan in overleg gaan met de zorgorganisatie die de zorg thuis levert. En als dat te weinig oplevert, met het zorgkantoor. Zij hebben gezamenlijk de plicht te zorgen dat er een SO beschikbaar is.’ Met het convenant MGZ en de Leeswijzer zullen niet alle problemen in één keer de wereld uit zijn. Maar de afspraken, het toegenomen bewustzijn en het verantwoordelijkheidsgevoel bij alle betrokken partijen, zijn absoluut winst, stelt Heering. ‘Bovendien is nu helder waar je als huisarts naartoe kunt als het toch niet lekker loopt. Daarmee hebben we een enorme stap vooruitgezet.’



3 november 19.00 uur Webinar MGZ

Als LHV-lid kun je je kosteloos deelnemen aan het Webinar medisch generalistische zorg. Hierin nemen we je mee in de afspraken uit het convenant en krijg je een voorbeeld van hoe het in de praktijk kan werken.

De LHV Academie organiseert dit webinar samen met het Vilans-programma Medisch generalistische zorg in de regio en het programma Beter Thuis 2/ZonMw.

Meer lezen over de zorgafspraken rond medisch generalistische zorg voor kwetsbare ouderen of mensen met een verstandelijke beperking? Dat kan op lhv.nl (zoek op ‘mgz’) of scan de QR-code.

