

Specialist ouderengeneeskunde in eerste lijn

# 'Schotten moeten zoveel mogelijk verdwijnen'

Willen we dat kwetsbare ouderen langer thuis blijven wonen? Dan zijn een goede begeleiding van de ouderen en advance care planning onontbeerlijk. Dat maakte de online conferentie 'Een nieuwe generatie ouderen langer thuis' eind 2020 (nog eens) duidelijk. De specialist ouderengeneeskunde kan hierbij een belangrijke rol spelen.

TEKST: NOËL HOUBEN FOTO: ANJA / PIXABAY

Toen Kirstin Eisinger-Jalink en haar man in Noorwegen werkten als huisarts, hadden ze ook de bewoners van het plaatselijke verpleeghuis onder hun hoede. "Ik vond het uitdagend en leuk om te werken aan een betere kwaliteit van zorg en leven voor ouderen", vertelt Eisinger-Jalink. "Daar wilde ik mij verder in specialiseren. Tegelijkertijd wilde ik in de eerste lijn blijven werken." Ze volgde na terugkeer in Nederland de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. Inmiddels heeft Eisinger-Jalink met twee collega's de Ouderenpraktijk Friesland opgericht. Ook werkt ze als specialist ouderengeneeskunde in de Friese huisartsenpraktijk Tzummarum.

## Proactieve aanpak

De huisartsenzorg is van oudsher reactief ingericht, stelt Eisinger-Jalink. "Wanneer er een gezondheidsprobleem ontstaat, probeert de huisarts dit zo goed mogelijk op te lossen. Maar bij kwetsbare ouderen is een meer proactieve aanpak nodig. Anders liggen crisissituaties op de loer. Zeker nu ouderen langer thuis blijven wonen. Denk aan opname op de spoedeisende hulp na een val, een delirium als bijwerking van medicatie of een ernstige terugval na het overlijden van de partner. Die proactieve benadering kan de specialist ouderengeneeskunde bieden. Wij zijn gericht op het totaalplaatje van de oudere:

dus niet alleen het medische aspect, maar ook persoonlijke en sociale factoren. Wij proberen risico's in kaart te brengen voordat ze optreden. Waar nodig schakelen we extra ondersteuning in van bijvoorbeeld een fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist, logopedist, case-manager dementie, wijkverpleegkundige of de sociale sector. Dit doen we trouwens niet alleen om crisissituaties te vermijden. Zorgen dat de patiënt op een zo'n prettig mogelijke manier thuis kan blijven wonen is eveneens een doelstelling. Wij hebben de mogelijkheden voor de ondersteuning van kwetsbare ouderen vaak beter in beeld dan de huisarts."

## 'Wij brengen risico's in kaart voordat ze optreden'

Een essentieel onderdeel van deze aanpak is advance care planning. Hierbij gaat de specialist ouderengeneeskunde het gesprek aan met de oudere en diens naasten over uiteenlopende onderwerpen. "Wat is belangrijk voor de kwaliteit van leven van de oudere? Wil hij of zij in een crisissituatie wel worden opgenomen op de intensive care? Wie moet de oudere vertegenwoordigen als die zelf niet meer beslissingen kan nemen? Wat hebben de mantelzorgers nodig? Houden die het beter vol als de oudere af en toe naar de dagbesteding kan? Bijkomend voordeel is dat we zo ook vaak het gesprek op gang brengen tussen mantelzorgers en oudere. Zodat mantelzorgers in crisissituaties keuzes kunnen maken die passen bij de wens van de patiënt."

De huisarts blijft de hoofdbehandelaar als hij of zij de specialist ouderengeneeskunde inschakelt voor ondersteuning, geeft Eisinger-Jalink aan. Ouderenpraktijk Friesland werkt onder andere intensief samen met huisartsenpraktijken, andere zorgverleners en gemeenten bij het uitvoeren van zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen. Regelmatig multidisciplinair overleg en een gezamenlijk digitaal patiëntendossier zijn hier opvallende onderdelen van.

## De boer op

"Goed", zo omschrijft Eisinger-Jalink de samenwerking van de eind 2019 opgerichte Ouderenpraktijk Friesland met huisartsen in de regio. "Natuurlijk hebben wij een

opstartperiode gehad. Huisartsen hadden informatie nodig over hoe wij werken en hoe wij kunnen bijdragen aan zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen. Dat ik zelf een achtergrond heb als huisarts en ook deels in een huisartsenpraktijk werk, maakte dit proces makkelijker. Inmiddels zijn de lijntjes kort. De zorgvraag van kwetsbare ouderen neemt zowel kwantitatief als qua complexiteit toe. Daarom stellen huisartsen onze ondersteuning zeker op prijs."

Landelijk gezien is de indruk van Eisinger-Jalink dat de meeste huisartsen wel weten dat ze een beroep kunnen doen op de specialisten ouderengeneeskunde. "Alleen schakelen ze ons vaak pas in als het echt misgaat met een kwetsbare oudere. Dan kunnen wij alleen nog helpen bij opname in een instelling en ondersteunen bij de behandeling. Voor ons sterkste punt, de proactieve aanpak, is het dan te laat. De specialisten ouderengeneeskunde zijn in eerste instantie zelf aan zet om hier verandering in te brengen. Wij moeten nog meer de boer op richting de huisartsen. Maar er zijn ook belemmeringen op het gebied van de financiering en organisatie van de zorg die een optimale samenwerking in de weg zitten."

## Integrale zorgbenadering

Jarenlang waren specialisten ouderengeneeskunde voor de vergoeding van hun werk in de eerste lijn afhankelijk van een tijdelijke subsidieregeling. Sinds 2020 zitten deze werkzaamheden in het basispakket van de zorgverzekering. Een doorbraak, vindt Eisinger-Jalink. Tegelijkertijd liggen er nog flinke hobbels op het pad. "Met regionale zorgverzekeraar Zilveren Kruis hebben we als Ouderenpraktijk Friesland goede afspraken kunnen maken over de vergoeding van ons werk. Maar andere zorgverzekeraars stellen eisen aan de specialisten ouderengeneeskunde die ze niet stellen aan andere eerstelijnszorgverleners. Zo moeten we bijvoorbeeld een geconsolideerde jaarrekening overleggen. Eigenlijk kunnen alleen grotere instellingen in de ouderenzorg aan dergelijke voorwaarden voldoen. Ik ben ervan overtuigd dat het specialisme ouderengeneeskunde aantrekkelijker wordt voor studenten Geneeskunde als ze een eigen praktijk kunnen starten in de eerste lijn. Gelukkig steunt beroepsvereniging Verenso ons in deze strijd."

## Multidisciplinaire behandelteam

Eisinger-Jalink zou graag zien dat schotten zoveel mogelijk verdwijnen: zowel bij de financiering als bij de organisatie van de zorg. "Nu krijgt een patiënt met dezelfde kenmerken nog andere zorg als hij in een verpleeghuis, woonzorgcentrum of thuis woont. Terwijl dit afhankelijk >>



Kirstin Eisinger-Jalink: "Wij zijn gericht op het totaalplaatje: het medische aspect, persoonlijke en sociale factoren."

zou moeten zijn van de zorgvraag die iemand heeft. Als we uitgaan van een integrale zorgbenadering, zal de specialist ouderengeneeskunde vaker bij de patiënt thuis verschijnen en de huisarts waar nuttig en nodig ook in het verpleeghuis. Een eenvoudigere zorgstructuur en minder versnipperde financiering maakt ook multidisciplinaire behandelteams mogelijk. Die kunnen samen kijken wie een patiënt het beste kan behandelen. In de praktijk overdag, maar bijvoorbeeld ook op de huisartsenpost." <<

## VERENSO: BETERE RANDVOORWAARDEN



Voor Jacqueline de Groot markeerde 1 januari 2020 een mijlpaal. De voorzitter van beroepsvereniging Verenso ziet het uit de zorgverzekering vergoeden van het werk van specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn als erkenning van het vak. "Het bevestigt dat we een volwaardige samenwerkingspartner zijn van andere eerstelijnszorgverleners, de huisarts voorop."

Een reden om op de lauweren te rusten is het niet voor de specialist ouderengeneeskunde. Net als Kirstin Eisinger-Jalink ziet De Groot dat er nog randvoorwaarden ontbreken om zelfstandig te werken in de eerste lijn.

"Als specialisten ouderengeneeskunde mogen we ons bijvoorbeeld niet in een maatschap organiseren, zoals huisartsen dat wel kunnen. Ook eisen sommige zorgverzekeraars dat we een raad van toezicht instellen om voor vergoeding in aanmerking te komen. Er zijn zorgverzekeraars die zelfs als voorwaarde stellen dat specialisten ouderengeneeskunde gelieerd zijn aan een verpleeghuis. Anders zou de multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen in het geding komen. Terwijl multidisciplinair werken onze

kernkwaliteit is. Dat kan ook prima vanuit een eigen praktijk met een fysiotherapeut of andere zorgverlener in de eerste lijn. Je hoeft daarvoor echt niet binnen dezelfde organisatie te werken."

*Last but not least* zijn de tarieven een knelpunt, geeft De Groot aan. "Alleen de consulten bij de patiënt worden vergoed. Overleg met andere zorgverleners valt hier bijvoorbeeld niet onder. Voor randvoorwaarden als een aansluiting op Zorgdomein, een elektronisch patiëntendossier of het uitbesteden van de facturering is er geen tegemoetkoming. Veel specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn werken daardoor om rond te komen ook in een verpleeghuis."

Verenso heeft de handschoen opgepakt. "We overleggen voortdurend met de NZa, het Zorginstituut Nederland, de zorgverzekeraars en het ministerie van VWS om de randvoorwaarden te verbeteren. We denken daarnaast gevraagd en ongevraagd mee over de toekomst van de ouderenzorg. De specialisten ouderengeneeskunde spelen hierin immers een sleutelrol: of het nu gaat om de zorg voor kwetsbare ouderen thuis, in kleinschalige woonvormen of in de verpleeghuizen."

# Verbinding met gemeente en wijkteams

## Sociale bril voor de huisarts

Het is goed dat initiatieven worden ontplooid om de verbinding tussen de huisarts en het sociaal domein te versterken, aldus Jan Willem Bruins, algemeen directeur van de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW). Ze zijn waardevoller dan van de huisartspraktijk met poh'ers een sociaal wijkteam maken.

TEKST: FRANK VAN WIJCK

Jan Willem Bruins komt al in het verkennende gesprek dat voorafgaat aan het interview met een quote om over na te denken: "Het is gemakkelijker om uit te leggen wat de huisarts doet dan wat het sociaal domein inhoudt". Dit mag hij toch wel even toelichten. "Heel veel medische verrichtingen zijn afgegrensd", zegt hij. "Als je met een gebroken been het ziekenhuis in gaat, mag je aannemen dat je er met een gezet en gespalkt been weer uitkomt. In sociaal werk ligt het anders. Mensen hebben vaak niet één probleem, maar bijvoorbeeld én schulden én verslaving én werkloosheid. Dat is moeilijker uit te leggen en moeilijker om succes in te boeken. We zien dan ook dat het voor professionals met een medische bril moeilijk is om de sociale bril op te zetten, om te beseffen dat in relatie tot gezondheid de drie facetten die de WHO hiervan al in 1948 definieerde complementair zijn: lichamelijk, sociaal en mentaal." Helder. Maar kan hij ook in één zin uitleggen wat sociaal domein dan inhoudt? "Sociaal werkers zijn experts in sociaal functioneren", is zijn antwoord. "Hierbij gaat het over de alledaagse omgeving van mensen, maar ook over de wisselwerking tussen hun kleine leefwereld en de grote systeemwereld. De toeslagenaffaire is een sprekend voorbeeld. Die wisselwerking begrijpen en daarin acteren, dát is het werk van sociaal werkers."

### Werelden verbinden

De mate waarin huisartsen de reikwijdte van dit werk kennen, varieert sterk, stelt Bruins. "Ik denk dat het in ieder geval beter kan. In het programma Welzijn op Recept is echt moeite gedaan om in de taal van de arts de sociale oplossingen voor de problemen die mensen ervaren – eenzaamheid bijvoorbeeld, depressie – over

## 'Tuig praktijken niet op tot sociale wijkteams'

het voetlicht te brengen. Heel belangrijk, want de talen van de medische en sociale professionals sluiten onvoldoende op elkaar aan."

Hij vervolgt: "Het recente advies van de Nederlandse Zorgautoriteit en Zorginstituut Nederland, *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu*, is een duidelijk pleidooi om die werelden met elkaar te verbinden. Heel positief vond ik dat. En in gesprekken met het Zorginstituut merken we ook dat de ontschotting aan de gang is en dat ze de samenwerking tussen zorg en sociaal domein zoeken. Dat geldt voor de NZa ook. Het rapport vraagt terecht ook meer aandacht voor de financiering van preventie, nu vaak voor gemeenten en zorgverzekeraars een sluitpost op de begroting. Je kunt wel iemand eenzaam laten worden en dan pas de depressie gaan behandelen die daaruit voortvloeit, maar je kunt het probleem ook eerder in kaart brengen en erger voorkomen. Sociaal werk kan dat, het komt achter de voordeur."

Er blijft dus een uitdaging. Het sociaal werk werd ook niet uitgenodigd om onderdeel te zijn van het programma-team dat moet komen tot een nieuw bekostigingsmodel voor de ggz. "Dat vergt dan toch weer lobbywerk om daar aan tafel te komen", zegt Bruins. "Geen kwade wil, denk ik. Ik hou het eerder op de onschuld van onwetendheid.