

Samenwerking voor de kwetsbare oudere in de thuissituatie

De belangstelling voor inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn neemt toe sinds er in 2020 een betaaltitel voor kwam, maar het is nog geen vanzelfsprekendheid. In de West-Brabantse regio Roosendaal is het dat echter al bijna vijftien jaar wél.

TEKST: FRANK VAN WIJCK FOTO'S: PIXABAY/GERD ALTMANN

Het begon in de regio Roosendaal allemaal in 2010, met een samenwerking tussen ouderenzorgaanbieder Groenhuisen, Thuiszorg West-Brabant en de huisartsen. “Het idee was om te gaan samenwerken in de zorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie”, vertelt specialist ouderengeneeskunde Ronald van Nordennen. “In eerste instantie door in één huisartspraktijk – Kroevenpoort – multidisciplinair overleg te starten, met betrokkenheid van een geriatrisch verpleegkundige. De basis voor dit overleg was een screening van de patiënten in de huisartspraktijk wat betreft kwetsbaarheid.”

“Het gaat **niet alleen** om **zorg** maar **ook** om het **welzijn** van de **persoon** met **dementie** en diens **partner**.”

Inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn was toen nog zeker geen gemeengoed, maar toch zag Van Nordennen het als een logische stap. “Ik zag immers dat kwetsbare ouderen steeds langer thuis blijven wonen”, zegt hij. “In de dertien jaar sinds die start is het initiatief steeds verder gegroeid. In de hele regio is nu 95 procent van de huisartspraktijken erbij betrokken. De huisarts is de hoofdbehandelaar, de kapitein op het schip. Maar hij weet zich omringd door collega's die zich samen

met hem over de doelgroep ontfermen. VKO noemen wij deze aanpak: vroegsignalering kwetsbare ouderen. Altijd is de geriatrisch verpleegkundige erbij betrokken en de casemanager dementie, en zo nodig ook de specialist ouderengeneeskunde.”

Waardevolle hulp

Huisartsenpraktijk Nispen van apotheekhoudend huisarts Veerle Dom werd in 2011 aangesloten bij VKO. “Het contact kwam tot stand via die eerste huisartspraktijk”, vertelt ze. “Ik hoorde van de huisarts daar hoe enthousiast die was over de samenwerking. Voor de huisarts is het vaak moeilijk om een passende oplossing te vinden voor de situatie waarin ouderen thuis in een steeds kwetsbaardere situatie terecht komen. De huisarts is weliswaar heel laagdrempelig, maar veel van de problemen in deze doelgroep zijn niet medisch inhoudelijk maar zorginhoudelijk, en dan is hulp van andere professionals heel waardevol. Daarbij speelt ook dat je als huisarts een beetje een blinde vlek kunt hebben omdat je de oudere al jaren kent. De geriatrisch verpleegkundige en specialist ouderengeneeskunde kijken met een frisse blik naar de situatie.”

In een groot aantal gevallen is bij de doelgroep sprake van cognitieve stoornissen. “Vaak is sprake van dementie”, zegt Van Nordennen. “In het verleden werd de diagnostiek hiervoor in het ziekenhuis verricht, maar we zijn meestal heel goed in staat om dit ook in de thuissituatie te doen. Het grote voordeel hiervan is dat je bij de mensen in hun eigen domein komt en dus ziet hoe ze daar leven en zich gedragen. Het proces op de poli in het ziekenhuis vertekent soms het beeld. In onze aanpak doet de verpleegkundige de testen, de specialist ouderengeneeskunde stelt de diagnose en de opvolging wordt

dan geregeld door de verpleegkundige, de thuiszorg en de casemanager dementie. Bij het hele proces zijn dus steeds dezelfde mensen betrokken en het neemt de huisarts het proces van de diagnostiek uit handen. In het multidisciplinair overleg dat we iedere vier tot acht weken hebben in de huisartspraktijk, doen we de terugkoppeling en bespreken we gezamenlijk het plan van aanpak. In gevallen waar dit meerwaarde heeft, betrekken we ook ergotherapeuten, fysiotherapeuten, diëtisten, logopedisten en psycholoog.”

Snel inspelen

De verpleegkundige in kwestie is Laura Fieret. “Ik word vaak gevraagd om naar ouderen thuis te gaan als het om somatisch gerelateerde gezondheidsproblemen gaat. De huisarts heeft dan bijvoorbeeld het idee dat ADL niet goed gaat of dat sociale problemen spelen. Soms is het de mantelzorger die zich ongerust maakt. In de thuissituatie zie je heel veel. Ik vraag ook altijd naar hoe het gaat in het dagelijks leven. Zo kun je snel inspelen op hulpvragen en vroegtijdig hulp inschakelen als je ziet dat dit nodig is. Ook geef ik zelf adviezen. Als douchen bijvoorbeeld een probleem wordt omdat iemand bang is om te vallen, kijken we samen welke hulpmiddelen kunnen worden ingezet om zelfredzaam te blijven, een belangrijk doel van VKO tenslotte. In het multidisciplinair overleg bespreken we dan welke acties nodig zijn.”

De grote waarde zit in de gezamenlijke afstemming, stelt casemanager dementie regio Mark en Vliet bij Thuiszorg West-Brabant Gerben Jansen. “Het gaat daarbij niet alleen om zorg maar ook om het welzijn van de persoon

met dementie en diens partner”, zegt hij. “Je kijkt dus heel breed naar wat mensen nodig hebben, zonder zelf in te vullen wat je denkt dat nodig is. Als casemanager ben ik er voor deze begeleiding in het gehele traject. Er is dus geen knip in.”

Minder acute situaties

Het gevolg van deze aanpak is dat mensen ook bij toenemende kwetsbaarheid langer op verantwoorde wijze thuis kunnen blijven wonen. “In een groot aantal gevallen komt het niet eens tot opname in een woonzorgcentrum”, zegt Van Nordennen. Dom: “Het betekent betere zorg zonder dat het voor mij als huisarts een zwaardere last wordt. Ik voel me echt gesteund. We zien ook minder escalaties, omdat mensen goed in de gaten worden gehouden en omdat we er snel bij zijn als het mis dreigt te gaan.”

Natuurlijk komen acute problemen nog steeds voor. “Die zijn nooit helemaal te voorkomen”, zegt Dom. “Maar het gebeurt met deze aanpak echt beduidend minder en dat is een belangrijk aspect van de grote waarde van VKO. Acute situaties kosten zo enorm veel tijd dat het ten koste gaat van de andere zorg. En het aantal ouderen dat bij toenemende kwetsbaarheid thuis blijft wonen, groeit alleen maar dus er was echt een gerichte aanpak nodig om het te kunnen blijven bolwerken.” Ook in die acute situaties kan snel gehandeld worden, vult Van Nordennen aan. “Je kent elkaar, je hebt elkaars 06-nummers, ook van de collega's die als specialist ouderengeneeskunde in de intramurale setting werken.” >>



De samenwerking strekt zich ook uit tot de kleinschalige woonvormen die sterk aan populariteit winnen, en waar vaak de huisarts de hoofdbehandelaar blijft. Dom vertelt: “Ronald is daar beschikbaar en kan ook het personeel ondersteunen in de zorg en behandeling. Bijvoorbeeld over goed omgaan met onbegrepen gedrag zonder medicatie toe te passen. Voor ons als huisartsen is die inzet heel waardevol.” Van Nordennen: “Het betreft zeer kwetsbare mensen die vaak een hoge Wlz-indicatie hebben, maar waar de huisarts hoofdbehandelaar is. Wij kiezen praktische insteek door gezamenlijk op te treden om hen goede zorg, ondersteuning en behandeling te bieden.”

Betaaltitel

Toen Van Nordennen in 2010 startte met zijn werk als specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn, bestond daarvoor nog geen betaaltitel. “Je begint gewoon”, zegt hij. “Veel andere organisaties deden dat niet. Ook het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde speelde daarbij een rol. Wij hebben een andere aanpak gekozen. Het maakt het vak ook aantrekkelijker, door zowel intra- als extramuraal te werken. De thuiszorg en de huisartsen pakten het goed op en in eerste instantie was er ook pilotfinanciering vanuit de zorgverzekeraar in deze regio. Maar het is zeker goed dat in 2020 de structurele financiering voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn er kwam. Ook voor de indirecte

patiëntenzorg, zoals multidisciplinair overleg, lijkt nu een betaaltitel te komen. Het gaat dus de goede kant op.”

Het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde bestaat echter nog steeds, en onder huisartsen en wijkverpleegkundigen is de situatie niet beter. “Er zijn ook nog steeds verpleeghuizen die vooral intramuraal de zaken goed op orde willen hebben”, zegt Van Nordennen. “Ik geloof daar niet in. Je moet als specialist ouderengeneeskunde daar zijn waar de kwetsbare oudere is.”

“Voor de huisarts is het vaak moeilijk om een passende oplossing te vinden voor de situatie waarin ouderen thuis in een steeds kwetsbaardere situatie terecht komen.”

Spanningsveld

De samenwerking in VKO verloopt vlot maar is desondanks toch ook wel spannend voor alle betrokken partijen. “Ook voor mij”, zegt Van Nordennen. “Ik ben minder hoofdbehandelaar – wat ik intramuraal wel ben – en meer consulent. Zelf vind ik dat prima maar ik weet dat er collega’s zijn die daar moeite mee hebben. Die kunnen dus beter niet in de eerste lijn werken.”

Dom ziet dat onder de doelgroep soms sprake is van eenzaamheid. “Als dit het geval is, kan iemand toch gebaat zijn bij een andere woonvorm”, zegt ze, “en het is echt een probleem dat die er op het moment niet is. Gelukkig zetten Gerben en zijn collega’s wel goed in op dagbesteding en begeleiding van de mantelzorgers. Het is heel belangrijk dat het steunsysteem overeind blijft.” Jansen erkent dit. “Op sommige momenten heb ik meer contact met de mantelzorgers dan met de cliënt zelf”, zegt hij. “Er wordt veel van ze gevraagd, soms teveel. Ze moeten ook hun natuurlijke rol kunnen blijven spelen.” <<



DE JUISTE PLEK

In 2021 verrichtte de Erasmus School of Public Health in opdracht van het ministerie van VWS het onderzoek *Specialist ouderengeneeskunde naast de huisarts in de eerste lijn: arts op de juiste plek?* Het rapport is hier te downloaden:

Specialist ouderengeneeskunde naast de huisarts in de eerste lijn: Arts op de juiste plek? | Rapport | Rijksoverheid.nl.

De Landelijke Huisartsen Vereniging en Verenso ontwikkelden de *Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde: Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde - LHV*. Deze biedt een leidraad voor het maken van afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen beide professionals.