

# Ouderenzorg, zorg van huisarts en praktijkondersteuner.

## Inleiding

Zorg voor ouderen, gezond en/of ziek, vraagt maatwerk. In 2008 is het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) van start gegaan, om met lokale zorgexperimenten te kijken welke vorm van ouderenzorg bij dit maatwerk het meest effectief is. Maar waarom zouden we voor ouderenzorg thuis niet aan kunnen sluiten bij reguliere huisartsenzorg?

Huisartsenzorg is generalistische en integrale medische zorg, geleverd dicht bij de patiënt, is persoonsgericht en wordt geplaatst in de context van de specifieke leefomstandigheden van patiënten. De zorg is nog continu beschikbaar. In dit artikel daarom een pleidooi regie en zorgcoördinatie van kwetsbare ouderen in thussituaties primair uit te laten voeren door geïntegreerde eerstelijns disciplines, met voorop een goed op elkaar ingewerkt duo met een proactieve instelling<sup>1</sup>: de huisarts<sup>2</sup> en zijn praktijkondersteuner. Doel hierbij is de oudere patiënt in een goed mogelijke uitgangspositie te brengen<sup>3</sup>.

## Voorwaarden

Of de huisarts en praktijkondersteuner de ambitie van het leveren van genoemde ouderenzorg waar kunnen maken hangt af van voldoende veronderstelde motivatie en een aanwezige inhoudelijke zorgstandaard ouderenzorg. De praktijkwijzer ouderenzorg<sup>4</sup> van het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) is beschikbaar. Met een specifieke aanpak bij deze ouderenzorg (zie **Tabel**), hulp van kaderartsen ouderenzorg en ervaringen uit lopende samenwerkingsprojecten kan deze standaard worden bijgewerkt. Daarnaast moeten de randvoorwaarden geregeld zijn om ouderenzorg met praktijkondersteuning te leveren. Hiervoor kunnen structuurindicatoren worden vastgesteld op gebied van organisatie<sup>5</sup>, huisvesting en ondersteuning. Als versterking van de eerste lijn het doel is, wáár werkt de huidige wet- en regelgeving dan faciliterend of blokkerend ten aanzien van eerstelijns ouderenzorg?<sup>6 7</sup>

### \*\*\*Tabel: bouwstenen en plan van aanpak ouderenzorg

Bij de oudere patiënt, met meestal multimorbiditeit <sup>8</sup> , staat centraal, met vroegsignalering, aandacht en behoud of herstel van functioneren, zelfredzaamheid en ervaren kwaliteit van leven. Huisarts en praktijkondersteuner maken een probleeminventarisatie op verschillende levensgebieden (SFMPC) en stellen vervolgens een zorgbehandelplan op, waarin staat vermeld welke acties de huisartsenpraktijk onderneemt en welke acties de overige eerstelijns disciplines. Met zorg gericht op
--

<sup>1</sup> Wensink, JW, de huisarts moet proactiever worden, complexe ouderenzorg vereist andere organisatie, huisarts in praktijk, okt 2009, pg 13

<sup>2</sup> Dussen, Jacobine van der, Ouderenzorg nieuwe stijl, zorg voor oudere patiënt hoort thuis in de huisartspraktijk, MC, 63 nr 48, 28 november 2008, pg 2010

<sup>3</sup> Westendorp, Prof dr R., de patiënt in een optimale uitgangspositie zetten, interview met Rudi Westendorp, H&W, 52(13) december 2009, pg 644

<sup>4</sup> NHG, praktijkwijzer ouderenzorg, NHG website → winkel → implementatie -> praktijkwijzers

<sup>5</sup> Wensink, JW, de huisarts moet proactiever worden, complexe ouderenzorg vereist andere organisatie, huisarts in praktijk, okt 2009, pg 13, uitspraak: Dieter Boswijk, kaderhuisarts ouderengeneeskunde

<sup>6</sup> AM: huidige regels rondom risicoverevening werken blokkerend, geïntegreerde zorg versus DBC cultuur werkt blokkerend, overheveling van AWBZ naar ZVW en/of WMO verloopt moeizaam, geen relatie tussen financiering en zorgzwaarte, bvb ZZP indicatiestelling

<sup>7</sup> Weert, H. van, Het Nationaal Programma Ouderenzorg, “de zorg voor ouderen met complexe problematiek wordt gehinderd door bestaande versnippering van regelgeving, financieringsstructuren en beroepsbelangen”, H&W, 52(13) december 2009, pg 665

<sup>8</sup> Tacken, Margot, e.a, multimorbiditeit: een groeiend probleem voor de huisarts, H&W, 52(2) febr 2009, pg 61

<sup>9</sup> Wit, Niek de, is functionele preventie weer een nieuwe taak voor de huisarts, H&W, 52(9)aug 2009, pg 427

<sup>10</sup> Gussekloo, Jacobijn, preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, H&W, 52 (9) aug 2009, pg 426

<sup>11</sup> Dijk, Christel van, e.a., polyfarmacie bij ouderen, H&W, 52(7) juni 2009, pg 315

het voorkómen van ziekte<sup>9</sup> en behoud zelfredzaamheid<sup>10</sup>. Met aandacht voor polyfarmacie<sup>11,12,13</sup> met een gebruiks- en medicatieanalyse. Er zijn extra risicovolle momenten na ontslag uit een ziekenhuis (LESA)<sup>14</sup>. Soms zijn interventies nodig langs de weg van bemoeizorg<sup>15</sup>. Voor ouderenzorg geldt de "wet van Voorn": Ouderenzorg = A2 + B2 + C2 + D2 (aandacht/attentie + betrokkenheid/begrip + contact/continuïteit + deskundigheid/duidelijkheid)<sup>16</sup>

## Gezondheidsraad

De Gezondheidsraad<sup>17</sup> (GR) kwam in 2008 met de stelling dat de huidige gezondheidszorg voor ouderen met multimorbiditeit niet adequaat is ingericht. Om de voor ouderen gewenste geïntegreerde zorg en behandeling te kunnen realiseren, staat de professionele zorg voor de taak, aldus de GR, de volgende vier zaken tot ontwikkeling te brengen:

1. • vroegtijdig signaleren van gezondheidsrisico's bij ouderen met multimorbiditeit
2. • betere regie over de zorg voor deze groep ouderen
3. • meer specialistische advisering aan de eerste lijn
4. • beter toepassen van specifieke kennis over complexe multimorbiditeit in de kliniek.

De GR stelt verder dat huisartsen in staat gesteld moeten worden om bij deze groep ouderen een langer consult uit te voeren en pleiten verder voor de aanwezigheid van voldoende goed geschoolde verpleegkundigen. Samenwerking met eerstelijns disciplines in samenhang met uitbreiding fte praktijkondersteuning, geven het perspectief dat deze geïntegreerde ouderenzorg op maat ook tot ontwikkeling kan komen. Casemanagement hoort bij de patiënt zelf, dan wel diens mantelzorg of thuiszorg. Huisarts en praktijkondersteuner nemen de regie en zorgcoördinatie op zich horend bij een zorgbehandelplan. Met vervolgstappen<sup>18</sup> en interventies. Advisering met adhoc consultaties bij 1<sup>e</sup> lijnoverstijgende complexe ouderenproblematiek, zo nodig met een short stay intramuraal, kan worden verkregen via de geriater, de specialist ouderengeneeskunde en via 2<sup>e</sup> lijns GGZ ouderenzorg, het liefst in regionale projecten te organiseren.

## Conclusie: aan de slag!

Op het recente NHG congres kwam naar voren dat 70% van de huisartsen meermalen per jaar schrijnende situaties tegenkomt in de dagelijkse of medische zorg voor de oudere patiënt, maar ook dat meer dan de helft van de huisartsrespondenten vindt dat er te weinig tijd is om goede zorg aan (kwetsbare) ouderen te bieden. Dit rechtvaardigt meer inzet van praktijkondersteuning.

Succesvol veranderen van de huidige ongewenste situatie naar de situatie van beschreven gewenste ouderenzorg is met uitbreiding van praktijkondersteuning mogelijk. Er is al een toenemende druk op het zorgveld dat het anders moet<sup>19</sup>. De GR heeft als adviesorgaan van de overheid zich uitgesproken. Partijen (overheid, toezichthouders, verzekeraars, ouderenbonden, zorgaanbieders/huisartspraktijken<sup>20</sup>) moeten als vervolgstap een heldere gezamenlijke doelstelling hebben. Met extra praktijkondersteuning kan de huisarts en de

---

<sup>12</sup> Verduijn, Monique, NHG, periodieke medicatiebeoordeling in de eerste lijn, een zaak van huisarts, apotheker en patient, 52(7)juni 2009, nhg-32

<sup>13</sup> Timmers, AP, huisarts LUMC ouderengeneeskunde, polyfarmacie: een veelvoorkomend probleem, 50(12)2007, nhg-138

<sup>14</sup> LESA: Medicatieveiligheid na ontslag uit ziekenhuis, publicatie H&W 52 (4) april 2009, pg 57

<sup>15</sup> KNMG congres, bemoeizorg voor ouderen: betuttelend of beschermend, van het concert des levens, 1 okt 2009

<sup>16</sup> Holla, Sibert, verslag Eftelingsymposium, Droomzorg: meer dan een sprookje, wet van Voorn, 2009

<sup>17</sup> Gezondheidsraad, adviezen, ouderdom komt met gebreken; geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit, advies 220108

<sup>18</sup> NHG congres, Ga voor (G)oud, RAI Amsterdam, workshops, 11 december 2009, probleeminventarisatie (SFMPC-model) met vervolgstappen (FRADIE)

<sup>19</sup> Gezondheidsraad, preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, advies 051009

<sup>20</sup> Maes, Anton, randvoorwaarden POH-S ouderenzorg, Voor € 35,- per Nederlander per jaar kan de huisarts samen met de praktijkondersteuner 5 dagen per week (€ 7,- per dag) ouderenzorg vorm geven, artikel met financiële onderbouwing verschijnt in Modern Medicine, februari 2010

eerste lijn meteen aan de slag! Geïntegreerde ouderenzorg is zorg om bewust voor te kiezen. Het thema van het NHG congres 2009 was niet voor niets: ga voor (g)oud.

Dieren, 31 december 2009

Anton Maes,  
huisarts te Dieren  
portefeuillehouder ouderenzorg huisartsengroep Hagenau  
lid bestuur Stichting de Vrije Huisarts

Belangenverstrengeling: geen

Correspondentie: [a.maes@hagenau.nl](mailto:a.maes@hagenau.nl)

Samenvatting:

- inzet praktijkondersteuner ouderenzorg past binnen het advies van de Gezondheidsraad over uitwerking van organisatie voor ouderenzorg
- ouderenzorg vraagt om een specifiek zorgaanbod wat aansluit bij de kernwaarden van huisartsenzorg.
- Regie en zorgcoördinatie rondom zorgbehandelplannen bij kwetsbare ouderen horen thuis in de huisartsenpraktijk
- Zorgbehandelplannen brengen samenhang in de zorg
- De huidige NZa regeling praktijkondersteuning moet bij inzet van de praktijkondersteuner voor ouderenzorg worden aangepast