

INTRAMURALE OUDERENZORG IN NEDERLAND

Een beknopt overzicht voor buitenstaanders en buitenlanders

L. VAN HOUDT

SAMENVATTING

In de tweede helft van de 20e eeuw werd in Nederland de tweedeling verzorgingshuis-verpleeghuis doorgevoerd. Geleidelijk verschoof ook de zorgvisie op ouderen van louter medisch naar belevingsgericht. Vooral voor de steeds groter wordende groep demente ouderen bleek deze belevingsgerichte aanpak een belangrijke verbetering.

In dit overzicht wordt de financiering van de intramurale zorg beschreven en het verschil tussen de Zorgverzekeringswet gericht op acute zorg, en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten voor de chronische problematiek toegelicht. Ook de functie van de verpleeghuisarts – nu specialist ouderengeneeskunde – en het professionaliseringsproces dat deze beroepsgroep in dezelfde periode tot vandaag doormaakte, worden belicht.

Het specialisme ouderengeneeskunde is alleen in Nederland erkend en richt zich op kwetsbare ouderen met een complexe problematiek in de thuissituatie en in instellingen voor langdurig verblijf. Met enkele voorbeelden wordt hier geïllustreerd hoe dit nieuwe specialisme kan worden ingezet tegen de toenemende vergrijzingsgolf.

L. Van Houdt, na ruim twintig jaar huisartsenpraktijk in België, sinds 2008 specialist ouderengeneeskunde in Middelburg (Zeeland, Nederland).

Dank aan Flip Nieuwenhuize en Roland Rohling bij de totstandkoming van dit artikel. Beiden zijn verpleeghuisarts van het eerste uur en nu specialist ouderengeneeskunde in Zeeland. Ze bezorgden de nodige literatuur en achtergrondinformatie en gaven waardevolle commentaar op de concepttekst.

Van Houdt L. Intramurale ouderenzorg in Nederland. Een beknopt overzicht voor buitenstaanders en buitenlanders. *Huisarts Nu* 2009; 38:411-5.

VERPLEEGHUIZEN VERSUS VERZORGINGSHUIZEN

Een stukje geschiedenis ^{1,2}

Anders dan in België zijn er in Nederland drie voorzieningen voor intramurale ouderenzorg: verzorgingshuizen, verpleeghuizen en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Somatische en psychogeriatrische patiënten, meestal demente ouderen, komen in verzorgingshuizen of verpleeghuizen terecht, afhankelijk van de zorgzwaarte. Dementen met ernstig probleemgedrag en ouderen met psychiatrische stoornissen vinden we, zeker bij een acute verergering van de problematiek, soms bij de instellingen voor GGZ als ze een aangepaste benadering nodig hebben.

In de eerste helft van de 20e eeuw waren *verzorgingshuizen* bedoeld voor ouderen die nog goed gezond waren en die

een woonvorm zochten met servicefaciliteiten ³. De zorg voor chronische patiënten, hoofdzakelijk ouderen, die intensieve hulp en begeleiding nodig hadden, was voor en tijdens de Tweede Wereldoorlog praktisch uitsluitend in ziekenhuizen mogelijk.

De laatste vooroorlogse regering in Nederland hield zich onder andere bezig met de hervorming van de ziekenfondswet, om enerzijds door middel van een wettelijk stelsel van erkenningen de kwaliteit van zorg te waarborgen en om anderzijds handvatten te hebben om de toen al sterk stijgende kosten van de ziekenhuiszorg beter te beheersen. Omdat die wet een 'medisch-specialistische indicatie' vereiste om in een *ziekenhuis* te kunnen verblijven, moesten veel chronisch zieke ouderen het ziekenhuis verlaten terwijl er geen alternatief voorhanden was. Een deel mocht bij wijze van overgang tijdelijk in het ziekenhuis blijven ten laste van de gemeenten of kerkelijke organisaties. Wie niet zoveel geluk had, ging naar verzorgingshuizen met overbezetting tot gevolg of werd gewoon naar huis gestuurd waar ze onder de hoede van de wijkverpleging terechtkwamen. In beide gevallen kwamen deze patiënten zorg tekort.

Al tijdens de Tweede Wereldoorlog ontstonden als noodoplossing winstbeogende *particuliere verpleeghuisjes* die van de nood een deugd maakten. Ruim tien jaar later zou nog sarcastisch worden gesproken over 'opberghuizen' vanwege de lage kwaliteit van zorg die daar soms geleverd werd. Dat het verpleeghuis hierdoor een slechte naam kreeg, ligt voor de hand. Het werd snel duidelijk dat er meer organisatie en regelgeving nodig was. Zo ontstonden verenigingen (stichtingen) van burgerlijke gemeenten en/of kerkelijke organisaties die de verpleeghuiszorg in de tweede helft van de 20e eeuw vorm gaven. Inspiratie voor de organisatie hiervan werd vooral in Scandinavië maar ook in Groot-Brittannië gehaald en aangepast aan de Nederlandse situatie.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ⁴

Een verblijf in een verpleeghuis kostte handenvol geld dat niet vergoed werd door de zorgverzekering. Een belangrijke mijlpaal in de toegankelijkheid van de chronische intramurale zorg was de *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)* die in 1968 van kracht werd en die bedoeld was om o.a. de kosten verbonden aan een verblijf in verzorgingshuizen en verpleeghuizen, te betalen uit een solidariteitsfonds waartoe alle Nederlanders een verplichte bijdrage leverden in verhouding met hun inkomen.

In tegenstelling tot de *ZorgverzekeringsWet (ZVW)* is de AWBZ dus bedoeld voor langdurige zorg aan chronische patiënten en dit zowel thuis als in een instelling.

Binnen de AWBZ worden drie sectoren onderscheiden: verpleging en verzorging (voor chronische zieke patiënten in alle leeftijdscategorieën), geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg. Patiënten die voor één van deze sectoren geïndiceerd worden (zie verder), kunnen afhankelijk van hun specifieke situatie aanspraak maken op verschillende voorzieningen gaande van huishoudelijke hulp tot verblijf met behandeling.

Om voor AWBZ-zorg in aanmerking te komen moet er sprake zijn van een specifieke gezondheidsproblematiek. De wet beschrijft zes verschillende ‘grondslagen’ of probleemvelden die zorg noodzakelijk kunnen maken, zowel op somatisch als psychisch gebied.

Een bijzondere categorie patiënten die ook tijdelijk voor AWBZ-zorg in aanmerking kon komen en daardoor in het verpleeghuis verzeilde, waren de meestal bejaarde revalidatiepatiënten die na een operatie of ernstige ziekte omwille van multimorbiditeit nood hadden aan een aangepast revalidatietraject.

Om misbruik van de beschikbare zorg te voorkomen wordt de grondslag en de daarmee gepaard gaande zorgbehoefte bepaald door een onafhankelijke organisatie: het *Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)*. De indicatiesteller van het CIZ moet op basis van aanvraagformulieren, medische verklaringen, scorelijsten, vragenlijsten en eventueel rechtstreeks contact met de patiënt of zijn vertegenwoordiger een inventaris maken van de zorgbehoefte en van de frequentie en duur ervan.

Intramurale ouderenzorg in Nederland bij het begin van de 21e eeuw

Een breed pallet aan diensten

Momenteel zijn het grote organisaties, vaak van oorsprong de genoemde ‘stichtingen’, die de ouderenzorg intra- en extramuraal vorm geven. Door onderlinge fusies worden ze steeds groter en kunnen ze een pallet aan diensten ter beschikking stellen voor diverse categorieën van patiënten. Ze staan vaak in een concurrerende positie ten opzichte van elkaar omdat de Nederlandse overheid jaren terug geopteerd heeft voor ‘marktwerking in de zorg’.

Deze organisaties bieden naast thuiszorg (huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging) ook een brede waaier aan woonfaciliteiten: van woonzorgcomplexen en aanleunwoningen voor patiënten die nog over een hoge graad van zelfredzaamheid beschikken, over verzorgingshuizen die zogenaamd ‘beschut wonen’ bieden, tot verpleeghuizen die ‘beschermde wonen’ mogelijk maken.

Of een patiënt mag verblijven in een verzorgingshuis of een verpleeghuis is afhankelijk van de zorgbehoefte die aanzienlijk zwaarder moet zijn voor het verpleeghuis. Het verschil tussen beide intramurale voorzieningen ligt momenteel vooral in het feit dat de medische en paramedische zorg geleverd wordt

KERNPUNTEN

Anders dan in België zijn er in Nederland drie voorzieningen voor intramurale ouderenzorg: verzorgingshuizen, verpleeghuizen en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

De grote organisaties voor extra- en intramurale ouderenzorg staan vaak in een concurrerende positie tegenover elkaar omdat de Nederlandse overheid jaren geleden heeft geopteerd voor ‘marktwerking in de zorg’.

In verzorgingshuizen wordt de medische en paramedische zorg geleverd door de eerste lijn, terwijl dit in verpleeghuizen door gespecialiseerde artsen en paramedici gebeurt.

Samen met huisartsen, klinisch gerieters en ouderenspsychiaters staan de nieuwe specialisten ouderengeneeskunde voor de belangrijke uitdaging om de medische zorg voor kwetsbare ouderen in de toekomst vorm te geven. Taakafspraken zijn hierbij erg belangrijk.

door de eerste lijn in verzorgingshuizen en door gespecialiseerde artsen en paramedici in verpleeghuizen. Deze artsen en paramedici zijn gewoonlijk in dienst van de organisatie en werken in multidisciplinair verband. De medische en paramedische zorg in verzorgingshuizen wordt betaald vanuit de ZVW – gedeeltelijk per prestatie – terwijl voor verpleeghuizen de AWBZ in een forfaitaire dagvergoeding voorziet.

Daarnaast zijn er ook vormen van opvang overdag, onder andere om de mantelzorg te verlichten: dagverzorging vindt plaats in verzorgingshuizen waar activerende en ondersteunende begeleiding worden aangeboden. Dagbehandeling is een voorziening van verpleeghuizen die bovenop dagverzorging nog paramedische behandeling en begeleiding biedt onder supervisie van een gespecialiseerd arts.

Verpleeghuizen met een huiselijk karakter

De klassieke verpleeghuizen worden door insiders omschreven als ziekenhuizen met een huiselijk karakter: afdelingen tellen gemiddeld 30 patiënten die ’s nachts in een-, twee- of meerpersoonskamers slapen en overdag samenleven in huiskamers van 10 tot 15 patiënten. Er zijn afdelingen voor chronische somatiek, psychogeriatric, revalidatie en zogenaamde bijzondere zorg: patiënten met niet-aangeboren hersenletsel of gerontopsychiatrische patiënten die wegens ernstige gedragsproblematiek een specifieke benadering nodig hebben en die in een verpleeghuis terecht komen voor een permanent verblijf.

Omwille van de privacy wordt momenteel in alle verpleeghuizen gestreefd naar eenpersoonskamers, maar er is al een hele weg afgelegd als we kijken naar de ziekenzalen met tientallen patiënten van amper een halve eeuw geleden. Daarnaast is de ervaring gegroeid dat leven in groepen van 10 tot 15 personen, zeker in psychogeriatric afdelingen, voor te veel omgevingsprikkels zorgt en bijgevolg onrust veroorzaakt. Daarom is er nu ook een tendens tot kleinschaligheid, dit wil zeggen 6 tot 7 patiënten per huiskamer en uiteraard voor iedere patiënt een eigen slaapkamer.

Begeleide woonprojecten

Deze kleinschalige huisvestingsvormen kunnen in een groot centraal gebouw gegroepeerd zijn, maar soms wordt expliciet geopteerd voor projecten verspreid in dorpen, zodat bijvoorbeeld demente patiënten in hun eigen dorp gehuisvest kunnen worden. Dat heeft als nadeel dat medische en paramedische zorg moeilijker te organiseren is en daardoor op het achterplan dreigt te geraken. Het voordeel is dan weer dat er meer bezoek van de familie en uit de buurt kan komen en dat lokale vrijwilligers gemakkelijker betrokken kunnen worden in de zorg.

Er wordt in dit soort projecten veel nadruk gelegd op de aspecten wonen en welzijn: de bewoners worden begeleid door een verzorgende die ook instaat voor de dagelijkse huishoudelijke activiteiten zoals koken, wassen,... bij voorkeur samen met de patiënten. Op die manier wordt een huiselijke sfeer gecreëerd die nauw aansluit bij het wonen thuis.

DE VERPLEEGHUISARTS: EEN NEDERLANDS BEGRIJF

Opnieuw een stukje geschiedenis^{1,2}

Dat verpleeghuispatiënten in oorsprong uit de ziekenhuizen kwamen, waar ze uiteindelijk werden geweerd omdat specialistische zorg niet meer noodzakelijk was, maakte dat in de eerste plaats niet werd gedacht aan huisartsen om de regie van de medische zorg voor deze groep op zich te nemen. We zien in de beginfase soms internisten met interesse in ouderdomsproblematiek (de latere geriater), neurologen en psychiaters op het toneel verschijnen. Maar vanwege de werkbelasting en relatieve schaarste werden later ook huisartsen gevraagd om bij te springen.

Het combineren van een huisartsenpraktijk met de zorg voor verpleeghuispatiënten – zoals dat in België de gewoonte is – was echter niet evident vanwege de hoge werkbelasting van de Nederlandse huisarts. Ter vergelijking: momenteel telt een Nederlandse huisartsennormpraktijk 2450 patiënten, terwijl voor chronische somatische of psychogeriatrische zorg in het verpleeghuis gemiddeld 1 arts wordt gerekend voor 100 patiënten.

Heterogene groep artsen met verschillende motivatie

Ongetwijfeld zijn er door heel de geschiedenis van de verpleeghuisgeneeskunde veel artsen geweest die op een positieve en geëngageerde manier invulling gaven aan hun werk voor zieke en kwetsbare ouderen. Maar evenzeer leeft de idee dat nogal wat artsen na een mooie carrière kozen voor het verpleeghuis, vooral om het wat rustiger aan te doen en ondertussen een extra voorziening voor de oude dag op te bouwen. Tot de jaren '80 van vorige eeuw werd de verpleeghuisgeneeskunde dus beoefend door een heterogene groep artsen van wie de motivatie erg verschillend was.

Het laat zich gemakkelijk raden waarom artsen in het verpleeghuis soms al smalend 'Second Grade Practitioners for Third Grade People' werden genoemd en waarom ze weinig aanzien

genoten, noch bij patiënten, noch bij de collega's van andere specialisten.

Professionalisering van de verpleeghuisarts

In de beginjaren na de Tweede Wereldoorlog, toen het verpleeghuis in Nederland letterlijk en figuurlijk van de grond kwam, groeide bij een aantal artsen met specifieke interesse in verpleeghuiszorg de nood om zich inhoudelijk te laten bijscholen. Dat deden ze door praktijkervaring op te doen onder de hoede van de hiervoor genoemde specialisten maar sommige gingen ook, op vrijwillige basis, stage lopen in Groot-Brittannië.

Toen er in de jaren '80 veel werkloosheid was onder de basisartsen, maakten een aantal van hen een positieve keuze voor het verpleeghuis. Deze groepen zetten zich later in voor de erkenning van het nieuwe specialisme en voor een aangepaste verplichte opleiding. Maar het lobbywerk bij de overheid was een werk van lange duur.

In 1972 werd de *Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen (NVVA)* opgericht, een eerste stap in het professionaliseringsproces van het nieuwe specialisme⁵. Een tweede belangrijke stap vond plaats begin jaren '80 toen een eerste opleiding van de grond kwam, niet-universitair weliswaar en ook niet verplicht, georganiseerd door de Stichting Sociale Geneeskunde in Utrecht. Eind jaren '80 startte de tweejarige postacademische beroepsopleiding aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Leiden en Nijmegen zouden kort daarna volgen en recent is ook in Groningen een opleiding van start gegaan. Tegelijkertijd werd de verpleeghuisgeneeskunde door de overheid erkend als specialisme en werd de opleiding verplicht om voor registratie als verpleeghuisarts in aanmerking te komen. In 1992 kwam de NVVA met een eerste functieomschrijving en takenpakket van de verpleeghuisarts.

Substitutiezorg voor zwaar hulpbehoevende patiënten

De dubbele vergrijzing, die ook in Nederland merkbaar was, had uiteraard ook gevolgen voor de opnamecapaciteit van verpleeg- en verzorgingshuizen. Meer en meer patiënten die eigenlijk in een verpleeghuis hoorden, kwamen op lange wachtlijsten te staan en moesten noodgedwongen in verzorgingshuizen blijven, die niet voorzien waren op de hogere zorgbehoefte.

Begin jaren '90 werd daarom de substitutiezorg in het leven geroepen: verzorgingshuizen kregen voor zwaar hulpbehoevende patiënten extra middelen op voorwaarde dat een verpleeghuisarts de medische zorg voor deze patiënten superviseerde en multidisciplinaire zorg organiseerde, dit in samenwerking met de huisarts die de feitelijke regie van de medische zorg in handen hield⁶. Dat viel niet in goede aarde bij de huisartsen⁷. De samenwerking liep vaak niet van een leien dakje, ondanks de hoge werkbelasting van de Nederlandse huisarts, al was dit voor een belangrijk deel ook een regio- en persoonsgebonden probleem.

Van verpleeghuisarts naar specialist ouderengeneeskunde

In het begin van de 21e eeuw wilde de NVVA de beroepsgroep een nog prominentere plaats geven in de Nederlandse gezondheidszorg. Verpleeghuisartsen vonden dat hun specifieke kennis en vaardigheden ook buiten de muren van het verpleeghuis zinvol konden worden gebruikt en daarvoor werden een aantal initiatieven genomen.

In 2003 zag een nieuw takenpakket het levenslicht⁸. Opmerkelijk hierin was het feit dat "... de doelgroep wordt verbreed van verpleeghuisbewoners naar chronisch zieken en kwetsbare ouderen met complexe problematiek, ongeacht de plaats waar zij verblijven."

Ook de opleiding werd in 2007 uitgebreid en duurt nu, net als de postacademische beroepsopleiding voor huisartsen, drie in plaats van twee jaar. Die opleiding bestaat uit gemiddeld één dag per week cursorisch onderwijs en vier dagen praktijk. Het onderwijs is ingericht rond de thema's acute zorg, chronische somatische zorg, revalidatie, palliatieve zorg en psychogeriatrische zorg, zowel ambulante als in instellingen. De praktische opleiding wordt opgedeeld in vier perioden van gemiddeld negen maanden voor de onderdelen somatiek, psychogeriatric, ambulante zorg en ziekenhuisstages. De beoogde competenties zijn medisch handelen, communicatie, samenwerking,

kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit⁹.

De naam 'verpleeghuisarts' ten slotte werd in 2009 verlaten ten voordele van 'specialist ouderengeneeskunde' vanwege het minder goede imago dat met de oorspronkelijke naam verbonden was en omdat die naam extramurale activiteiten in de weg stond. Kort daarna volgde de beroepsvereniging met een nieuwe benaming: Verenso (Vereniging van Specialisten in Ouderengeneeskunde).

UITDAGINGEN VOOR DE VOLGENDE DECENNIA Organisatie van de ouderenzorg en taakafspraken

Samen met huisartsen, klinisch geriater en ouderenpsychiaters staan de nieuwe specialisten ouderengeneeskunde voor de belangrijke uitdaging om de medische zorg voor kwetsbare ouderen in de toekomst vorm te geven. Taakafspraken lijken erg belangrijk, enerzijds om terreinstrijd te voorkomen, maar vooral om kwalitatief goede ouderenzorg te organiseren en om te voorkomen dat die zorg versnipperd geraakt.

Op diverse plaatsen in het land wordt nu creatief nagedacht over oplossingen en samenwerking, wat perfect past in de 'marktwerking' die de overheid beoogt. Heel wat initiatieven hebben in de voorbije jaren het levenslicht gezien. Nadeel is

Een dag uit het leven van een specialist ouderengeneeskunde

Een gewone werkdag begint met het doornemen van de patiëntenrapportage van de vorige avond en nacht. Verpleegkundigen en verzorgenden zijn de ogen en oren van de arts en vullen de rol in van mantelzorgers thuis. Ze stellen de arts op de hoogte van wetenswaardigheden (ziekteverschijnselen, gedragsproblemen) en aandachtspunten. Daarna volgt de 'bedvisite': controle en lichamelijk onderzoek bij acute problematiek zoals infectieziekten, doorligwonden, terminale symptoomcontrole, niet-pluisgevoel bij de begeleiders of familieleden om welke reden dan ook. Dan volgt de 'papieren visite'. Hierbij speelt de persoonlijke begeleider (een verzorgende met hoger opleidingsniveau) een hoofdrol, zeker bij demente ouderen. Op basis van zijn/haar observaties wordt het beleid bijgesteld, worden labo-onderzoeken aangevraagd, wordt de medicatie aangepast en, met name bij gedragsproblematiek, wordt samen gezocht naar een aangepaste benaderingswijze. Zo nodig worden de paramedici die in huis zijn, in consult geroepen: de fysiotherapeut bij mobiliteitsproblemen, de ergotherapeut voor hulpmiddelen maar ook bij een slechte lig- of zithouding, de logopedist bij slik- of spreekproblematiek, de diëtist bij voedingsproblemen, de psycholoog bij moeilijke differentiaaldiagnose tussen depressie en dementie, bij persoonlijkheidsstoornissen of andere psychiatrische problematiek en bij het zoeken naar een benaderingswijze, ook de geestelijke verzorger, de maatschappelijk werker. De persoonlijke begeleider houdt ook contact met de familie en stelt samen met de arts en de paramedici het ondersteuningsplan op.

De voormiddag (ochtend in Nederland) wordt verder opgevuld met het aanvullen van medische dossiers, het screenen van nieuwe patiënten en overleg met huisartsen en ziekenhuisspecialisten. Ook administratie vraagt heel wat tijd: aanvragen voor verlenging van

de opname-indicatie, voor hulpmiddelen, ... maar een deel hiervan wordt gelukkig overgenomen door de doktersassistent(e). Verwijzing naar paramedici en specialisten, ontslagbrieven voor revalidanten die terug naar huis of naar het verzorgingshuis gaan, moeten zorgen voor de broodnodige continuïteit.

Een belangrijk deel van de namiddag (middag in Nederland) wordt voorbehouden voor familiegesprekken. Tweemaal per jaar wordt het ondersteuningsplan samen met de patiënt (indien niet dement) en/of de familie doorgenomen en zo nodig bijgesteld op basis van de gebeurtenissen van de voorbije maanden. De familie heeft op dat moment een extra kans om met de arts en de persoonlijke begeleider te overleggen over de evolutie van de gezondheidstoestand van de patiënt. Erg belangrijk zijn de afspraken over het medisch beleid die dan worden gemaakt en die ook telkens worden bijgesteld. Het al dan niet reanimeren, het al dan niet insturen naar een ziekenhuis zijn delicate vragen waarvoor een consensus wordt gezocht op basis van de verwachtingen die de patiënt zelf heeft en op basis van de verwachte voor- of nadelen.

Een belangrijk deel van de resterende tijd wordt besteed aan overleg: binnen de vakgroep maar ook multidisciplinair of met het management van de organisatie over het beleid en over intra- en extramurale projecten.

Nogal wat medische activiteiten binnen het verpleeghuis moeten vanwege de beperkte beschikbaarheid van artsen gedelegeerd worden naar de 'physician assistant', de verpleegkundige of de verzorgende. Dit gebeurt op basis van protocollen die ook regelmatig bijgewerkt moeten worden: ook dat is voor een deel het werk van de specialist ouderengeneeskunde.

dat veel energie verloren gaat omdat het wiel telkens opnieuw moet worden uitgevonden. De beroepsvereniging probeert goede en minder goede ervaringen samen te brengen waaruit inspiratie gehaald kan worden en in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg lopen tal van experimentele projecten die wetenschappelijk begeleid en geëvalueerd worden¹⁰. Bedoeling is om ze, als ze positief beoordeeld worden, ook breder te implementeren.

Samenwerking met huisartsen

Specialisten ouderengeneeskunde vormen samen met hun paramedici mobiele geriatrische teams die op verzoek van de huisarts consulten kunnen doen bij de patiënt thuis. In sommige huisartsengroepspraktijken houden specialisten ouderengeneeskunde spreekuur voor kwetsbare ouderen met specifieke problemen (multimorbiditeit, polyfarmacie, dementiescreening,...)¹¹⁻¹³. Huisartsen zijn geïnteresseerd in deze nieuwe werkvormen, maar aarzelen vaak nog om er in te stappen. De angst om de poortwachterfunctie en de regie te verliezen vormt hierbij een belangrijke drempel¹⁴.

Samenwerking met de tweede lijn

Specialisten ouderengeneeskunde spelen ook soms een rol in de tweede lijn. Ze kunnen bijvoorbeeld als consultant werkzaam zijn in ziekenhuizen waar ze chirurgen en internisten bijstaan bij ouderen met multimorbiditeit (meestal wegens het ontbreken van een klinisch geriater) of ze zijn actief in probleemgeoriënteerde poliklinieken voor valpreventie of geheugenproblematiek. Daar zijn ze verantwoordelijk voor zorgdiagnostiek en organisatie van multidisciplinaire zorg, zodat klinisch geriaters of neurologen hun aandacht kunnen richten op ziektediagnostiek en behandeling.

Ook acute opnames in verpleeghuizen

In sommige regio's van het land nemen verpleeghuizen ouderen met acute somatische problematiek op die weinig medisch-technische behandelingen nodig hebben, bijvoorbeeld na opname in een ziekenhuis of na kortdurende diagnostiek op een afdeling spoedeisende hulp. Ook acute opname uit de thuissituatie behoort tot de mogelijkheden. Daarbij kan de regie over de medische zorg verdeeld worden tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde¹⁵. Op die manier wordt opname in dure ziekenhuisbedden voorkomen en kunnen oudere patiënten op hun eigen ritme herstellen in een rustigere omgeving.

Private of publieke oriëntering van de ouderenzorg?

Ideeën en enthousiasme zijn er genoeg, maar de uitvoering ligt niet voor de hand. Het beperkt aantal specialisten ouderengeneeskunde is een eerste belemmerende factor. Maar zelfs dan lopen veel initiatieven vast op budgettaire beperkingen die met de huidige financiële crisis alleen maar lijken toe te nemen.

De (Nederlandse) maatschappij en de politiek zullen in de nabije toekomst moeten kiezen waar ze nadruk op willen leggen: een private of publieke oriëntering van de medische ouderenzorg. Deze keuze zal bepalen of Nederlanders in de toekomst al dan niet samen oud kunnen worden met goede medische zorg voor iedereen¹⁶.

Literatuur

- 1 Almekinders ML. Zorg in ontwikkeling, ontstaan en groei Nederlands verpleeghuiswezen. Middelburg: 1989.
- 2 Chaudron PP. Omzien naar zorg - Een maatschappijgeschiedenis van de verpleeghuisgeneeskunde. Utrecht: 1997.
- 3 Verzorgingsbehoefte van bejaarden in bejaardentehuizen - Beleidsnota en Rapport. Den Haag: Katholieke Vereniging van Bejaardentehuizen, 1963.
- 4 AWBZ-kompas. College voor Zorgverzekeringen, 2009.
- 5 Bouman E. Het domein van de verpleeghuisarts. Scriptie aan de Erasmus Universiteit voor het behalen van een master zorgmanagement. Rotterdam: 2006.
- 6 Schols JMGA, te Wierik MJM. Verpleeghuiszorg buiten de muren: dagbehandeling, consultatie en substitutieprojecten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993;137:2717-22.
- 7 Spreeuwenberg C. Hebben huisartsen toezicht nodig? *Medisch Contact* 1991;46:615.
- 8 Nota Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater. Utrecht: NVVA & NVSG, 2003.
- 9 De competenties van de verpleeghuisarts/sociaal geriater. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, 2004.
- 10 Nationaal Programma Ouderenzorg. Den Haag: ZonMw, 2008.
- 11 Koopmans R, Op weg naar een geïntegreerde eerstelijns ouderenzorg. *Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde* 2007;32:168-70.
- 12 van Dam van Isselt EF, Schols JMGA. De verpleeghuisarts in consult: een te weinig benutte toegevoegde waarde. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2007;38:255-61.
- 13 Heyens M. Verpleeghuisarts in de huisartsenpraktijk. Presentatie tijdens het NVVA-minisymposium. Goes, 26 juni 2008.
- 14 Van Houdt L. Hoe denken huisartsen in Zeeland over de samenwerking met verpleeghuisartsen rond ouderenzorg in de 1ste lijn? Scriptie aan de Radboud Universiteit in het kader van de vervolgopleiding tot verpleeghuisarts. Nijmegen: 2008.
- 15 de Bakker E. Bedden in de buurt. *Medisch Contact* 2009;64:698-701.
- 16 Medische ouderenzorg in de toekomst. Anticiperen op ziekte en welbevinden. Leiden: STG/Health Management Forum, 2007.