

Hoe denken huisartsen in Zeeland over samenwerking met verpleeghuisartsen in de eerste lijn?*

Luc Van Houdt, specialist ouderengeneeskunde, SVRZ - Centrum voor zorg en reactivering 't Gasthuis, Middelburg / **dr. Sytse Zuidema**, specialist ouderengeneeskunde/senior onderzoeker, afdeling Eerstelijngeneeskunde – UMC St Radboud, Nijmegen / **drs. Els Derksen**, verplegingswetenschapper/beleidsmedewerker, Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen, afdeling Eerstelijngeneeskunde – UMC St Radboud, Nijmegen / **prof.dr. Roy Remmen**, huisarts, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen / **prof.dr. Jos Schols**, hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht UMC / **Correspondentie: luc_vanhoudt@telfort.nl**

* Aangezien het onderzoek waarop dit artikel gebaseerd is, heeft plaatsgevonden vóór de naamswijziging van de beroepsgroep, wordt in dit artikel nog van verpleeghuisarts en verpleeghuisgeneeskunde gesproken in plaats van specialist ouderengeneeskunde en speciale ouderengeneeskunde.

Inleiding

De medische zorg voor ouderen is een belangrijk maatschappelijk aandachtspunt bij het begin van deze eeuw. De dubbele vergrijzing en toenemende comorbiditeit vragen extra inspanningen van alle beschikbare zorgverleners.^{1,2} Huisartsen zijn van oudsher actief voor thuis en in het verzorgingshuis wonende ouderen. Zij hebben hier gewoonlijk de regie over de medische zorg. Verpleeghuisartsen waren tot nog toe hoofdzakelijk in het verpleeghuis actief en verder in verzorgingshuizen, maar dan meestal als consulent in de aanvullende zorg. Voor gerontopsychiatrische problemen kan de huisarts een beroep doen op sociaal geriater en voor palliatieve problemen op de referentieartsen van een consultatief palliatief team: beiden werken ook extramuraal. In ziekenhuizen nemen klinisch geriater, internisten en diverse orgaanspecialisten de acute ouderenzorg voor hun rekening. In 2007 fuseerden de beroepsgroepen van verpleeghuisartsen en sociaal geriater. Vanaf midden 2009 worden deze artsen *specialist ouderengeneeskunde* genoemd.³ In dit artikel gebruiken we nog de oude benamingen.

Deze verschillende beroepsgroepen formuleerden in de loop van het voorbije decennium standpunten, handreikingen en takenpakketten waarin hun werkterrein wordt beschreven.⁴⁻⁶ Opvallend in het takenpakket van de verpleeghuisarts/sociaal geriater is de verbreding van de doelgroep naar alle chronisch zieken en ouderen met complexe problematiek, ongeacht de plaats waar zij verblijven (dus ook extramuraal). Daarmee komen zij op het werkterrein van de huisarts. Het is niet verwonderlijk dat de terreindiscussie die voorheen al sluimerde, hiermee dreigt toe te nemen.⁷

In 1991 al vroeg Spreeuwenberg zich in het kader van de substitutiezorg af of huisartsen toezicht (van de verpleeghuisarts) nodig hadden.⁸ Uit het scriptieonderzoek van Nagy in 1994 bleek dat huisartsen en verpleeghuisartsen niet tevreden waren over de samenwerking en dat de meerderheid van de huisartsen vond dat een consult door de verpleeghuisarts bij een patiënt in een verzorgingshuis slechts zelden aangewezen was.⁹ Schols stelde in zijn promotieonderzoek dat er eind jaren negentig nauwelijks sprake was van breed verspreide zorginhoudelijke samenwerking hoewel huisartsen én verpleeghuisartsen de noodzaak daartoe wel aanvoelden.¹⁰

Verpleeghuisartsen denken dat ze samen met hun multidisciplinaire team, een zinvol antwoord kunnen geven op de toenemende zorgvraag van patiënten buiten het verpleeghuis. Toch wordt er minder gebruikgemaakt van hun kennis en expertise dan 10 jaar terug, misschien omdat huisartsen weinig vertrouwd zijn met de mogelijkheden van de verpleeghuisarts.¹¹

In dit onderzoek vroegen we ons af hoe huisartsen aankijken tegen samenwerking met verpleeghuisartsen in de zorg voor ouderen met complexe problematiek die thuis of in een verzorgingshuis wonen. We probeerden ook te achterhalen welke factoren deze zienswijze beïnvloeden.

Het onderzoek vond eind 2007 plaats in Zeeland, een provincie met een uitgesproken plattelandskarakter. Slechts vier gemeenten hebben meer dan 30.000 inwoners. Begin 2008 waren in Zeeland ruim 67.000 in-

woners ouder dan 65 jaar; dit is 17,7% van de bevolking tegenover 14,7% in Nederland.¹² Eind 2007 telde deze provincie 195 huisartsen, 19 geregistreerde verpleeghuisartsen en 1 sociaal geriater. Daarnaast waren nog 3 verpleeghuisartsen in opleiding en 7 andere artsen werkzaam in verpleeghuizen.

Methode

Om het onderzoek voor te bereiden bezocht de eerste auteur 18 van de 20 huisartsen van Schouwen-Duiveland, een gemeente met ruim 34.000 inwoners in het noorden van Zeeland, voor een oriënterend gesprek waarin ouderenzorg en samenwerking met verpleeghuisartsen centraal stond. Markante uitspraken werden meteen na elk interview opgeschreven als veldnotities.

De informatie uit de literatuur en deze gesprekken waren de basis voor het opstellen van een schriftelijke enquête die aan alle Zeeuwse huisartsen werd gestuurd.

In de enquête werd naast demografische gegevens (18 items) gevraagd hoe huisartsen hun taak zien in de ouderenzorg, of de randvoorwaarden hiervoor (kennis, tijd en financiering) voldoende zijn ingevuld, hoe ze bestaande samenwerkingsvormen – vooral substituetiezorg of aanvullende verpleeghuiszorg – ervaren en of ze ruimte zien voor samenwerking. De vragenlijst bestond grotendeels uit stellingen (36 items) waarbij respondenten op een 5-punt Likert-schaal konden antwoorden of ze het met een stelling (helemaal) eens of (helemaal) oneens waren of geen mening hadden. Ten slotte werd gepeild naar de meerwaarde van verpleeghuisartsen (20 items) zoals huisartsen dit ervaren (Likert-schaal gaande van 'zeer laag', over 'laag', 'matig' en 'hoog' tot 'zeer hoog'). Aspecten als specifieke kennis en beschikbaarheid (mogelijkheid om huisbezoeken te doen) kwamen hierbij aan bod.

De resultaten werden geanalyseerd met SPSS, versie 12.0.1. Voor verschillen tussen groepen werd de Chi-kwadraattoets gebruikt ($p < 0,05$).

Tabel 1 Demografische kenmerken van de respondenten (in %, aantal respondenten = 102)

Leeftijd	25-34 6%	35-44 23%	45-54 50%	55-64 22%
Geslacht	man 84%	vrouw 16%		
Kwalificatie	basisarts 1%	zelfstandig HA 89%	AIOS 1%	HIDHA 9%
Werktijd	voltijds 76%	deeltijds 24%		
Jaren ervaring als huisarts	99 respondenten hebben gemiddeld 17,3 jaar werkervaring als huisarts			
Praktijkligging	dorp 55%	kleine stad 27%	grote stad (> 30.000 inwoners) 17%	
Praktijkvorm	solo 42%	duo 28%	groep 18%	HOED 13%
Apotheekhoudend	ja 45%	nee 55%		
Praktijkondersteuner	ja 77%	nee 23%		
Regio	Tholen 6%	Noord-Beveland 4%	Schouwen-Duiveland 15%	
	Walcheren 30%	Zuid-Beveland 20%	Zeeuws-Vlaanderen 26%	
Verzorgingshuis in waarnemgebied	nee 19%	ja, HA behandelaar 78%	ja, VPHA behandelaar 4%	

Resultaten

Gesprekken

Door de opzet van de oriënterende gesprekken (informeel en niet-gestructureerd) zijn deze niet geschikt voor verdere analyse. Toch kunnen sommige markante uitspraken aanwijzingen geven over de manier waarop huisartsen denken over verpleeghuisartsen en verpleeghuisgeneeskunde (zie kader op pagina 30).

Enquête

Van de 195 huisartsen in Zeeland hebben er 102 de enquête teruggestuurd (respons 52%). De demografische gegevens van deze artsen zijn verzameld in tabel 1.

De mening over wie de regie moeten houden of wie hoofdbehandelaar is, varieert al naargelang de setting en de onderliggende problematiek. Drie situaties wer-

den bevraagd: ouderen in een verzorgingshuis, ouderen met aanvullende verpleeghuiszorg in een verzorgingshuis en ouderen met dementie in kleinschalige woonvormen. Zie figuur 1.

Het overlaten van de medische zorg voor ouderen met complexe problematiek in verzorgingshuizen aan verpleeghuisartsen zou voor 61% van de respondenten een inhoudelijke verarming van hun werk betekenen. De zorg voor deze patiëntengroep behoort volgens 74% tot het takenpakket van de huisarts en bezorgt 77% veel werkverdoening.

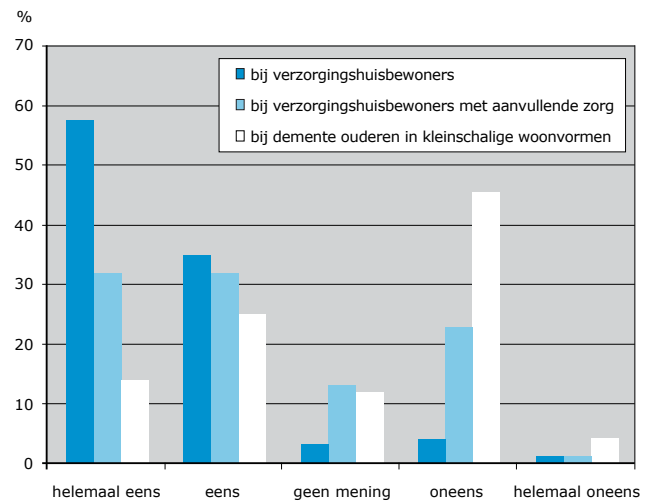
Van de respondenten denkt 75% dat ze door hun opleiding en regelmatige nascholing voldoende kennis hebben om de medische zorg op te nemen van ouderen met complexe problematiek maar 79% meent dat kennis, attitude en vaardigheden van huisarts en ver-

pleeghuisarts complementair zijn. Zie tabel 2. De kaderopleiding ouderengeneeskunde voor huisartsen is bekend bij 35% van de respondenten (36 huisartsen). 8 daarvan vinden die opleiding nodig om ouderen in een verzorgingshuis goede medische zorg te kunnen bieden. Van die 36 huisartsen vinden 31 het interessant om een kaderhuisarts ter beschikking te hebben voor advies, maar 34 vinden niet dat de mogelijkheid om advies te vragen aan een verpleeghuisarts die opleiding overbodig maakt.

Bij 48% van de respondenten vraagt complexe ouderenzorg meer tijd dan ze er momenteel aan kunnen besteden en 54% denkt dat het overlaten van deze patiëntengroep aan verpleeghuisartsen extra tijd oplevert voor andere taken binnen de huisartsgeneeskunde. Zie tabel 3.

Van de respondenten meent 77% dat de complexe ouderenzorg door huisartsen onderbetaald wordt in verhouding tot de tijd die daarvoor nodig is. En 57% is niet bang dat het overlaten van deze patiëntengroep aan verpleeghuisartsen een belangrijk financieel verlies met zich mee zou brengen. Zie tabel 4. Bij niet-apotheekhoudende huisartsen is dit deel groter dan bij apotheekhoudende huisartsen (70% t.o.v. 42%; $p=0,04$).

Figuur 1



Figuur 1: De regie over de medische zorg hoort bij de huisarts (aantal respondenten in % - n=101)

Huisartsen maken niet vaak gebruik van de module Modernisering en Innovatie van de NZa-tariefenshikking¹³ voor huisartsen met betrekking tot de ouderenzorg: 76 huisartsen weten van het bestaan af en 44 huisartsen kennen de opties. 15 huisartsen hebben een M&I-contract 'ouderenzorg' afgesloten met zorgverzekeraars.

Tabel 2 Randvoorwaarden: Kennis (in %, aantal respondenten = 102)

	helemaal eens	eens	geen mening	oneens	helemaal oneens
Ik heb door mijn opleiding en nascholing voldoende kennis verworven voor complexe ouderenzorg	8,9	66,3	10,9	13,9	0,0
Kennis, attitude en vaardigheden van HA en VPHA met betrekking tot ouderenzorg zijn complementair aan elkaar	23,8	55,4	12,9	6,9	1,0

Tabel 3 Randvoorwaarden: Tijd (in %, aantal respondenten = 102)

	helemaal eens	eens	geen mening	oneens	helemaal oneens
Complexe ouderenzorg vraagt meer tijd dan ik er momenteel aan kan besteden	2,9	45,1	11,8	37,3	2,9
Wanneer HA's de complexe ouderenzorg zouden overlaten aan VPHA's dan biedt dit mij extra comfort en tijd om te besteden aan andere belangrijke taken binnen de HA-geneeskunde	5,0	48,5	14,9	28,7	3,0

Tabel 4 Randvoorwaarden: Financiële vergoeding (in %, aantal respondenten = 102)

	helemaal eens	eens	geen mening	oneens	helemaal oneens
Complexe ouderenzorg wordt onderbetaald in verhouding tot de tijd die daarvoor nodig is	15,7	60,8	17,6	5,9	0,0
Wanneer HA's de complexe ouderenzorg zouden overlaten aan VPHA's dan zou dit voor mij een belangrijk financieel verlies betekenen	1,0	16,7	25,5	49,0	7,8

Het overgrote deel van de huisartsen zou het waarderen wanneer verpleeghuisartsen op hun verzoek een huisbezoek brengen bij oudere patiënten met complexe problematiek, zowel bij gedragsproblemen (86%) als bij somatische problemen (84%). Spreekuur door de verpleeghuisarts in de praktijk van de

huisarts kan op minder bijval rekenen: amper 24% staat hier positief tegenover. Zie tabel 5.

Huisartsen werken liever samen met verpleeghuisartsen die verbonden zijn aan een verpleeghuis (67%) dan met vrijgevestigde verpleeghuisartsen (4%).

Tabel 5 Samenwerking met huisartsen (in %, aantal respondenten = 100)

	helemaal eens	eens	geen mening	oneens	helemaal oneens
Het zou waardevol zijn als HA's voor ouderen met gedragsproblemen een verpleeghuisarts in consult kunnen vragen d.m.v. een huisbezoek	27,0	59,0	7,0	6,0	1,0
Het zou waardevol zijn als HA's voor ouderen met somatische problemen een verpleeghuisarts in consult kunnen vragen d.m.v. een huisbezoek	31,0	53,0	6,0	9,0	1,0
Het zou voor ouderen met complexe problematiek waardevol zijn als een VPHA bij hun HA in de praktijk op regelmatig basis spreekuur zou houden	9,0	15,0	28,0	42,0	6,0

Als het over hun meerwaarde gaat, dan scoren verpleeghuisartsen in vergelijking met klinisch specialisten voor somatische problemen vooral hoog voor wat betreft het aspect beschikbaarheid.

Voor gedragsproblemen scoren verpleeghuisartsen hoog in vergelijking met klinisch specialisten, zowel voor het aspect kennis én beschikbaarheid.

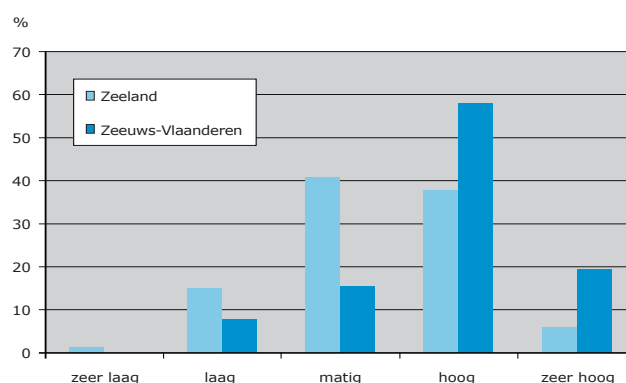
Desondanks hebben huisartsen bij gedragsproblemen meer vertrouwen in de deskundigheid van sociaal geriaters of van sociaal psychiatisch verpleegkundigen. Voor palliatieve problemen wordt de deskundigheid van leden van een consultatief palliatief team meer op prijs gesteld. De verpleeghuisarts scoort voor deze specifieke problemen slechts matig. Zie tabel 6.

Tabel 6 Voor ouderen met complexe problematiek schat ik de meerwaarde van de VPHA (in %, aantal respondenten = 99-101)

	zeer laag	laag	matig	hoog	zeer hoog
Voor medische problemen in het algemeen t.o.v. huisartsen (gemiddeld in Zeeland)	1,0	14,9	40,6	37,6	5,9
Voor medische problemen in het algemeen t.o.v. huisartsen (regio Zeeuws-Vlaanderen) (n=26)	0,0	7,7	15,4	57,7	19,2
Voor gedragsproblemen t.o.v. klinisch specialist (kennis)	0,0	3,0	24,2	67,7	5,1
Voor gedragsproblemen t.o.v. klinisch specialist (beschikbaarheid)	1,0	3,0	21,2	68,7	6,1
Voor somatische problemen t.o.v. klinisch specialist (kennis)	0,0	17,2	46,5	36,4	0,0
Voor somatische problemen t.o.v. klinisch specialist (beschikbaarheid)	0,0	10,1	31,3	52,5	6,1
Voor gedragsproblemen t.o.v. de sociaal psychiatisch verpleegkundige en/of sociaal geriatier (kennis)	1,0	14,3	53,1	29,6	2,0
Voor palliatieve problemen t.o.v. een referentiearts van het consultatief palliatief team (kennis)	2,0	22,4	52,0	18,4	5,1

Wat de meerwaarde van verpleeghuisartsen t.o.v. huisartsen betreft, is er een opvallend verschil tussen de resultaten voor de provincie Zeeland en die voor de regio Zeeuws-Vlaanderen waar die meerwaarde significant hoger wordt ingeschat ($p=0,003$). Zie figuur 2.

Figuur 2



Figuur 2: Meerwaarde van de verpleeghuisarts t.o.v. de huisarts in Zeeland en in Zeeuws-Vlaanderen (aantal respondenten in % - aantal huisartsen in Zeeland n = 102 - aantal huisartsen in Zeeuws-Vlaanderen n = 26)

Beschouwing

De resultaten van dit onderzoek illustreren het spanningsveld dat ontstaat wanneer door maatschappelijke veranderingen andere eisen worden gesteld aan betrokken beroepsgroepen in de gezondheidszorg. Op een flexibele manier omgaan met veranderingen in het takenpakket is niet gemakkelijk. De vrees voor inperking van het werkterrein maar ook onbekendheid met het aanbod heeft tot gevolg dat samenwerking maar schoorvoetend op gang komt, hoewel de noodzaak hiervoor algemeen erkend wordt en vermoedelijk alleen maar zal toenemen.²

Op basis van dit onderzoek mogen we concluderen dat Zeeuwse huisartsen openstaan voor samenwerking met verpleeghuisartsen; sommigen zijn zelfs vragende partij om samenwerkingsinitiatieven op te starten. Voor constructies die te dichtbij komen, zoals spreekuur van de verpleeghuisarts in de huisartspraktijk, bestaat nog behoorlijk wat koudwatervrees.

Wat ten opzichte van de jaren negentig nauwelijks is veranderd, is de verwachting van huisartsen dat zij de regie over de medische zorg in de eerste lijn kunnen behouden.^{9,10} Deze verwachting is minder uitgesproken als de problematiek complexer wordt, bijvoorbeeld bij aanvullende verpleeghuiszorg of in kleinschalige woonvormen voor demente ouderen. Dit strookt niet met het NHG-standpunt ouderenzorg: *'Ook moet worden ganticpeerd op de nieuwe ontwikkeling dat verpleeghuiszorg kleinschaliger, in de wijk, wordt aangeboden; daar is geen rol van de verpleeghuisarts meer, maar van de huisarts als behandelaar...'*¹⁴ In de LHV-handreiking worden problemen op de werkvloer en de zware werkbelasting die ouderenzorg met zich meebrengt, aangevoerd om genuanceerd te kijken naar die regiefunctie: *'Huisartsen besteden steeds meer tijd aan ouderen en zullen desalniettemin nog vaak het gevoel hebben tekort te schieten. Patiënten, verzorgingshuizen, verpleeghuisartsen, thuiszorg en anderen verwachten meer van de huisarts en willen meer samenwerking en afstemming. En zo is iedereen ontevreden.'*¹⁵ Beide organisaties willen het beroep van huisarts faciliteren en werken daarin complementair: het NHG door de kennis aan te scherpen en het vak meer inhoud te geven; de LHV door te ijveren voor betere werkvoorwaarden: tijd en financiering. De LHV-handreiking dateert van 2004: toen was er een relatieve schaarste en de huisarts was nog drukker bezet dan vandaag. De aanzet tot de toekomstvisie van het NHG werd gegeven in 2005-2006. De (financiële) onzekerheid toen, i.v.m. de omvorming van de Zorgverzekeringswet, heeft misschien toch meegespeeld bij de scherpere terreinafbakening in hun standpunt maar mogelijk ook de basismissie uit het Woudschotenrapport (continue, integrale en persoonlijke zorg).¹⁴

Driekwart van de huisartsen denkt van zichzelf voldoende kennis te hebben om complexe ouderenzorg op zich

Markante uitspraken (veldnotities)

- Praktijkondersteuners, allemaal goed en wel, maar ik wil zélf met mijn patiënten praten over ziekte en gezondheid, over pijn en verdriet, over leven en dood ...
- Als er regionaal overeenstemming is en als de zorg te zwaar wordt, dan wil ik best mijn patiënten in verzorgingshuizen afstaan aan verpleeghuisartsen: de zorgbehoefte moet bepalend zijn voor de taakverdeling.
- Patiënten overlaten aan verpleeghuisartsen als de zorg te zwaar wordt of te tijdrovend, vinden we geen optie. Dit valt immers erg moeilijk voor patiënten waar je jarenlang voor gezorgd hebt en waarmee je een relatie hebt opgebouwd.
- Het is best mogelijk dat sommige ouderen tekort komen als ze alleen op huisartsenzorg een beroep kunnen doen.
- Verpleeghuisartsen, zijn dat niet de artsen die liever klinisch werken maar die niet ambitieus genoeg zijn om een écht specialisme te leren?
- Samen patiënten bespreken, eventueel aan het bed van de patiënt, is altijd beter dan telefonisch. Ik heb mijn spreekuur in het verzorgingshuis verzet om op hetzelfde tijdstip als de verpleeghuisarts aanwezig te zijn.
- Dat een verpleeghuisarts die huisarts wil worden, een bijkomende opleiding moet volgen: dat is evident. Maar omgekeerd: nee, ik zou niet weten waarom.
- Een multidisciplinair overleg bijwonen, ja, interessant ... maar dan laat op de middag en niet in de zomer want dan is het te druk vanwege de toeristen.
- Verpleeghuisartsen zouden eigenlijk de eer aan zichzelf moeten houden en niet meer meewerken aan een model (aanvullende verpleeghuiszorg) waarbij van hen verwacht wordt dat zij zorg verlenen zoals in een verpleeghuis maar met veel te laag gekwalificeerd personeel.
- Verpleeghuisartsen staan in dienst van grote organisaties die macht en invloed willen in de zorg. Niet te vertrouwen dus.

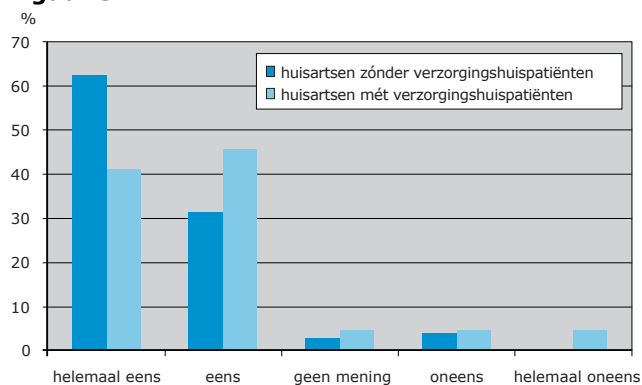
te nemen maar geeft ook toe dat de kennis en expertise van de verpleeghuisarts voor deze doelgroep complementair is. Bijna de helft van de huisartsen zit in tijdsnood wat de vrees doet toenemen dat ouderen met complexe problematiek tekort komen. Er lijkt ook een verband te bestaan tussen de werkdruk die huisartsen ervaren, met name bij de zorg voor ouderen met psychische stoornissen, en het feit dat ze minder geneigd zijn om de regie in handen te houden bij demente ouderen in kleinschalige woonprojecten (figuur 1).¹⁵ Een andere manier om de beschikbare tijd optimaal te gebruiken, is het proactieve werk over te laten aan praktijkverpleeg-

kundigen die geriatrisch geschoold zijn.¹⁶ Zij kunnen systematisch ouderen met complexe problematiek opsporen en zo nodig een vinger aan de pols houden.

Twee derde van de huisartsen meent dat de vergoeding voor complexe ouderenzorg onvoldoende is in verhouding tot de benodigde tijd. Uit sommige resultaten kan worden afgeleid dat financiële argumenten minder belangrijk zijn om de regie op te eisen: bijvoorbeeld huisartsen zónder patiënten in een verzorgingshuis vinden toch dat de regie daar bij de huisarts hoort (figuur 3). Dat financiële aspecten minder zwaar wegen én de beperkte beschikbare tijd verklaren misschien waarom zo weinig contracten worden afgesloten voor de onderdelen 'ouderenzorg' uit de module Innovatie en Modernisering van de tariefschikking voor huisartsen:¹³ het invullen van deze onderdelen vraagt immers een behoorlijke inspanning. Dat is jammer want zo gaan er geld en mogelijkheden verloren om de zorg kwalitatief te verbeteren. Huisartsen kunnen deze extra financiële middelen gebruiken voor de inzet van een geriatrisch geschoelde praktijkondersteuner of zelfs een verpleeghuisarts. Wellicht is dit niet haalbaar voor een individuele huisarts maar voor groepspraktijken, een HOED (huisartsen onder een dak), een consortium of coöperatie liggen hier mooie kansen. Een verpleeghuisarts in dienst van een huisartsengroep kan ouderen met complexe problematiek die nog thuis wonen, begeleiden en de praktijkondersteuner coachen. Verpleeghuisartsen zijn niet veel duurder dan HIDHA's (huisartsen in dienst van een huisarts) en hoeven niet uitsluitend bekostigd te worden vanuit de Zorgverzekeringswet: ook de AWBZ biedt mogelijkheden voor (co)financiering.¹⁷⁻¹⁹

Uit de gegevens over de meerwaarde van verpleeghuisartsen kunnen we afleiden

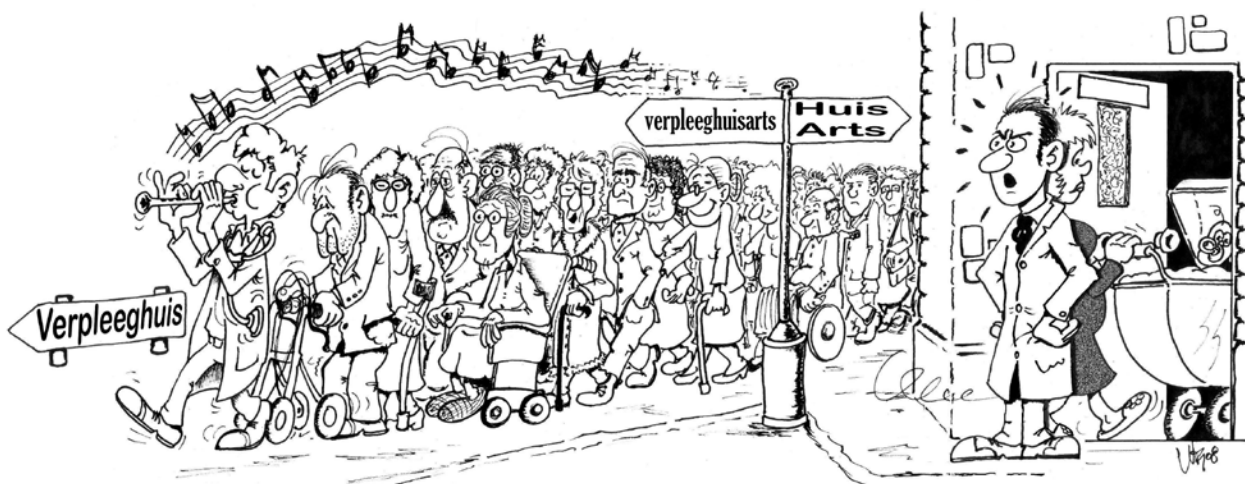
Figuur 3



Figuur 3: De regie over de medische zorg hoort bij ouderen in een verzorgingshuis hoort bij de huisarts. (aantal respondenten in % - aantal huisartsen mét verzorgingshuispatiënten n = 80 - aantal huisartsen zónder verzorgingshuispatiënten n = 22)

- welke sterke kanten algemeen bekend zijn:
 - kennis en expertise, vooral op het gebied van gedragsproblemen;
 - beschikbaarheid en toegankelijkheid omdat ze ook op huisbezoek kunnen komen;
- welke aspecten van hun werk meer promotie nodig hebben:
 - kennis en expertise ten aanzien van diverse somatische problemen, bijvoorbeeld multi- en comorbiditeit, polyfarmacie, decubitus, geriatrische revalidatie, ...
 - kennis en expertise op het gebied van palliatieve zorg.

Daarmee zijn verpleeghuisartsen nog niet van hun minder goede imago af.²⁰ Sommige uitspraken (zie kaderstukje op pagina 30) illustreren dat veel huisartsen niet precies weten wat ze kunnen verwachten van verpleeghuisartsen.



De resultaten over de meerwaarde van verpleeghuisartsen in Zeeuws-Vlaanderen zijn echter hoopgevend. In deze regio wordt al meer dan 10 jaar een consultfunctie aangeboden. Huisartsen kregen daar de kans om de meerwaarde van verpleeghuisartsen te ervaren. Zij schatten die meerwaarde significant hoger in dan gemiddeld in Zeeland (figuur 2). Dit verband (tussen concrete samenwerking en ervaren meerwaarde) werd ook al gesignaleerd door Schols.¹⁰

Kijkend naar de uitdagingen die ons de volgende decennia te wachten staan met betrekking tot complexe ouderenzorg, hebben huisartsen én verpleeghuisartsen werk voor de boeg:

Verpleeghuisartsen moeten, liefst samen met huisartsen, initiatieven ontwikkelen en daarbij creatieve oplossingen aandragen om de complexe ouderenzorg te verbeteren.²¹ In de rol van consultant en (tijdelijk) medebehandelaar kunnen ze de ouderenzorg in de eerste lijn kwalitatief ondersteunen. Dit kan op termijn bijdragen tot een beter imago voor de beroepsgroep. Huisartsen moeten op een creatieve manier met hun regiefunctie omgaan. Er zijn tal van mogelijkheden om constructief samen te werken zonder daarbij inhoudelijk of financieel in te leveren. Overdreven domeinden staat nieuwe en boeiende samenwerkingsinitiatieven in de weg.

Zeeland is Nederland niet en de respondenten waren zelfs niet representatief voor de rest van Zeeland. T.o.v. Zeeland telde de responsgroep meer mannen (84 versus 75%) en veel minder huisartsen uit de steden (17 versus 30%). T.o.v. Nederland telde de responsgroep veel meer apotheekhoudende huisartsen (45 versus 7%) en bijna dubbel zoveel solopraktijken (42 versus 22%).²² Het is dus niet zinvol om de responsgroep de waarde te geven van een representatieve steekproef en de resultaten te veralgemenen. Toch durven we, in alle bescheidenheid, de resultaten van dit onderzoek te beschouwen als signalen die aandacht vragen van beide beroepsgroepen. In het voorjaar van 2009 verscheen een nieuwe handreiking *Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis*, een gezamenlijk initiatief van LHV, KNMP, NHG en NVVA.²³ Deze handreiking sluit mooi aan bij dit onderzoek en biedt een schat aan informatie en constructieve voorstellen om de genoemde uitdagingen op gebied van complexe ouderenzorg samen aan te pakken.

Dankbetuiging

Mijn speciale dank gaat uit naar mijn ex-collega's: de Zeeuwse huisartsen die de moeite namen om de (uitgebreide) enquête in te vullen en terug te sturen en in het bijzonder de huisartsen van Schouwen-Duiveland die daarenboven nog geruime tijd vrij maakten voor een gezellig en inhoudelijk vaak waardevol gesprek.

Samenvatting

Inleiding: Vanuit zijn ervaring als huisarts en tegen de achtergrond van de toenemende vergrijzing, vraagt de eerste auteur – nu verpleeghuisarts – zich af hoe huisartsen denken over samenwerking met verpleeghuisartsen en welke factoren daarop een invloed hebben.

Methode: Een schriftelijke enquête bij alle Zeeuwse huisartsen bestond hoofdzakelijk uit stellingen waarbij de respondenten konden aangeven of ze het eens of oneens waren. Daarnaast werd gepeild naar hun mening over mogelijke samenwerkingsvormen en naar de meerwaarde van verpleeghuisartsen.

Resultaten: Het houden van de regie over de zorg is voor huisartsen erg belangrijk. Financiële argumenten spelen hierbij nauwelijks een rol. De meesten denken over voldoende kennis te beschikken voor complexe ouderenzorg. De beschikbare tijd hiervoor is weliswaar krap. De mogelijkheid om een verpleeghuisarts in consult te roepen wordt erg op prijs gesteld. Voor een spreekuur, gehouden door een verpleeghuisarts in de huisartsenpraktijk, bestaat meer reserve. De meerwaarde van verpleeghuisartsen zit hem volgens huisartsen vooral in hun expertise op gebied van gedragsproblemen en in hun beschikbaarheid omdat verpleeghuisartsen op huisbezoek kunnen komen.

Besluit: Huisartsen staan open voor samenwerking met verpleeghuisartsen. De praktische invulling staat nog in de kinderschoenen en zal een belangrijke aanpassing vragen van werkwijze en attitude.

Summary

Introduction: With his experience as general practitioner and taking into account the increasing ageing of society, the author – present-day nursing home physician – is wondering how general practitioners think about collaboration with nursing home physicians and which aspects are influencing this opinion.

Method: In a written inquiry all general practitioners in the province of Zeeland (Netherlands) were asked for their agreement or disagreement with propositions. In addition their opinion about possible ways of collaboration and the surplus value of nursing home physicians was asked for.

Results: Keeping the primary role in care is very important for general practitioners. Financial interests play scarcely a role. Most general practitioners think they have sufficient knowledge for complex elderly care. On this regard there is a lack of time. The possibility to consult a nursing home physician is appreciated. There is more reserve against consulting hours by the nursing home physician in general practice. In the opinion of

general practitioners, the knowledge of behavioural problems and their availability for doing home visits, creates the surplus value of nursing home physicians.

Conclusion: General practitioners have an open mind for collaboration with nursing home physicians. The realization in practice is still in an early stage and adaption of working method and attitude is needed.

Literatuur

1. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Nationaal Kompas Volksgezondheid. versie 3.12. Bilthoven: 13 december 2007; <http://www.rivm.nl>.
2. Gezondheidsraad. Ouderdom komt met gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008, pp. 25-31; <http://www.gr.nl>.
3. Koopmans RTCM, Lavrijsen JCM. Nieuwe tijd, nieuw specialisme. Med Contact 2009; 64: 861-863. <http://medischcontact.artsennet.nl>
4. NHG. NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg. Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: NHG, 2007; <http://nhg.artsennet.nl>.
5. Rijdt-Van de Ven T van de. Handreiking voor de organisatie van de medische en farmaceutische zorg aan ouderen in een verzorgingshuis en thuis. Utrecht: LHV, 2004; <http://lhv.artsennet.nl>.
6. NVVA & NVSG. Nota Takenpakket verpleeghuisarts/sociaal geriater. Utrecht: NVVA, 2003; <http://verenso.artsennet.nl>.
7. Bouman E. Het domein van de verpleeghuisarts. Scriptie aan de Erasmus Universiteit voor het behalen van een master zorgmanagement. Rotterdam: 2006.
8. Spreeuwenberg C. Hebben huisartsen toezicht nodig? Med Contact 1991; 46: 615; <http://medischcontact.artsennet.nl>
9. Nagy EA. De huidige samenwerking tussen verpleeghuisartsen en huisartsen in de regio Almelo. Scriptie aan de Vrije Universiteit Amsterdam in het kader van de vervolgopleiding tot verpleeghuisarts. Rosmalen: 1994.
10. Schols JMGA. In en vanuit het verpleeghuis. Proefschrift Universiteit Maastricht. Raamsdonkveer: Uitgeverij Vèrse Hoeven, 2000.
11. Dam van Isselt EF van, Schols JMGA. De verpleeghuisarts in consult: een te weinig benutte toegevoegde waarde. Tijdschr Gerontol Geriatr 2007; 38: 255-261.
12. Provincie Zeeland, afdeling Economie. De Zeeuwse economie in cijfers: regio's en gemeenten Zeeland 2008. Middelburg: 2008; http://loket.zeeland.nl/informatiecentrum/publicaties/folders/zwse_economie_cijfers_2008.
13. NZa. Tariefschikking. Tarievenlijst Huisartsenzorg. Utrecht: 2007; www.nza.nl/aanbieder/vrije_beroepsbeoefenaren/tarieven_2007.
14. Huisarts en Wetenschap, redactie. Terug naar Woudschoten. Utrecht: 2002; <http://www.henw.org>.
15. Gussekloo J, Eekhof JAH, Craen AJM de, Westendorp RGJ. Ervaren werkdruk van de huisarts bij de zorg voor ouderen met psychische stoornissen. Huisarts Wet 2002; 45: 238-244; <http://www.henw.org>.
16. Melis RJF. Caring for vulnerable older people who live in the community. Proefschrift. Nijmegen: 2008.
17. LAD & LHV. CAO Huisarts in dienst bij een huisarts 2006-2008. Utrecht: 2006; <http://lad.artsennet.nl>.
18. CAO Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg 2008-2010. Utrecht: 2008; <http://www.actiz.nl>.
19. NZa. Beleidsregel CA-333. Utrecht: 2009; <http://www.nza.nl/13755/14769/CA-333.pdf>.
20. Chaudron PP. Omzien naar Zorg. Utrecht: NVVA, 1997.
21. Koopmans RTCM. Op weg naar een geïntegreerde eerstelijns ouderenzorg. Tijdschr Verpleeghuisgeneeskunde 2007;32:168-170.
22. NIVEL. Registratie van Beroepen in de Gezondheidszorg. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Utrecht: 2007; <http://www.nivel.nl>.
23. LHV, KNMP, NHG & NVVA. Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis. Utrecht: 2009; <http://verenso.artsennet.nl>.