



Thuis in het Verpleeghuis
Waardigheid en trots op elke locatie

Mirjam Biemans: ‘De specialist ouderengeneeskunde is er voor de ondersteuning in de eerste lijn’



Door de dubbele vergrijzing en extramuralisering neemt de behoefte aan betaalbare en kwalitatief hoogstaande (extramurale) behandeling toe. [Goudenhart – WelThuis](#) is van mening dat zij, vanuit haar complete, integrale intramurale aanbod, verpleeg(huis)zorg op verschillende plaatsen kan aanbieden. Dus ook thuis, in de eigen woning van de cliënt. Gevolg van deze visie is dat WelThuis werkt volgens het model [‘Huisarts in the lead’](#). Bij dit model gaat het om normaliseren van zorg, ook als mensen geclusterd of kleinschalig wonen in de wijk. Dat betekent dat de huisarts als eerste aanspreekpunt blijft, maar de specialist ouderengeneeskunde (SO) kan inschakelen op het moment dat dit nodig is. Dit vraagt om een goede samenwerking tussen huisarts en SO. In een blogserie vertellen verschillende betrokkenen over hoe deze samenwerking in de praktijk vorm krijgt. Deze tweede blog is van **Mirjam Biemans, adviseur Stichting Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer**.

‘De reactie van de huisartsen was bijzonder toen ze hoorden van het contract met CZ Zorgkantoor voor de

inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn. Ze zeiden en masse dat ze nog niet met de specialisten ouderengeneeskunde samenwerkten en benieuwd waren naar wat dit hen zou bieden. Terwijl ze wel al lang gebruik maakten van de casemanager dementie, die op zijn beurt weer contact heeft met de specialisten ouderengeneeskunde. Dit gaat dus buiten het gezichtsveld van de huisartsen om, concludeerden we. Achteraf ook wel begrijpelijk: het coördinatiepunt zorg meldt een huisartspraktijk wanneer een casemanager dementie wordt ingezet, maar meestal wordt dit door de assistent verwerkt. Die zet het in het dossier en de huisarts gaat pas hiermee aan de slag als de casemanager nodig is voor een crisis of mantelzorgondersteuning.'

'Het was een eyeopener voor de huisartsen dat het contact met de specialist ouderenzorg er in indirecte zin al was.'

Breekijzer

'Hoe dan ook, het was een eyeopener voor de huisartsen dat het contact met de specialist ouderenzorg er in indirecte zin al was. Ze hebben er zeker behoefte aan, sterker nog: de 1.500 uur die in overleg met CZ Zorgkantoor beschikbaar is gesteld voor ondersteuning van 52 huisartspraktijken blijkt op voorhand al erg krap te zijn. Huisartsen hebben steeds vaker te maken met thuiswonende ouderen met complexe problemen, die vroeger in het verpleeghuis terechtkwamen. Ze hebben geen tijd voor de intensieve zorg voor deze mensen en het ontbreekt hen vaak ook aan expertise. Het is daarom goed dat Verenso en de Landelijke Huisartsen Vereniging een document hebben opgesteld met de boodschap dat het vanzelfsprekend is dat de huisarts die zorg niet kan leveren. Dat is echt een breekijzer geweest voor de huisartsen om te aanvaarden dat ze die complexe zorg niet in hun eentje op zich hoeven te nemen.'

Afbakening

'Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde zullen samen gaan ontdekken wat ze aan elkaar kunnen hebben. De specialist ouderengeneeskunde is er vooral voor de ondersteuning die ervoor moet zorgen dat iemand zo lang mogelijk verantwoord thuis kan blijven wonen. De SO is minder curatief bezig. Maar de huisarts, die eindelijk hulp aanvaard voor complexe ouderenproblematiek kan hiermee de specialist ouderengeneeskunde makkelijk overladen. Wat dat betreft is het beperkte aantal uren in de contractering zo gek nog niet, het helpt om de afbakening scherp te stellen.'

Zorgcoördinatie

Binnen de gezondheidscentra moet nu een driehoek ontstaan tussen de specialist ouderengeneeskunde, de casemanager dementie en de praktijkverpleegkundige om samen met de huisarts complexe ouderenzorg te optimaliseren. Buiten de gezondheidscentra is ook de samenwerking met de geriater in het ziekenhuis, de wijkverpleegkundigen in de wijkteams en de organisaties in het sociale domein van belang. De zorgcoördinatie

hoort in één hand: bij voorkeur bij de praktijkverpleegkundige, die contacten onderhoudt met alle partijen of bij de wijkverpleging wanneer deze al betrokken is bij een oudere. ‘

‘We streven zo naar een mooie invulling van ‘stepped care’ en hopen dat onderlinge weerstanden en competentiestrijd tot het verleden gaan behoren.’

Op termijn zullen alle huisartspraktijken van een vaste specialist ouderengeneeskunde worden voorzien met voldoende extramurale uren. Nu is de beschikbaarheid van de SO beperkt tot twee uur per week en dat is echt te weinig. Deze uren zijn bewust flexibel inzetbaar. Als een specialist ouderengeneeskunde gedurende een vast aantal uren spreekuur houdt in de huisartspraktijk, kan het ook voorkomen dat hij zijn tijd minder effectief besteedt. We zullen de financiering moeten afwachten als de inzet van de specialist ouderengeneeskunde niet meer onder de subsidieregeling valt maar onder de Zvw. Structurele financiering is nodig om de volgende stap te kunnen zetten in *advance care planning*, om meer proactief te kunnen werken en het aandeel acute casuïstiek te verkleinen.

Blogserie Goudenhart

1. [Gert-Jan Speksnijder, directeur Goudenhart: ‘Zoek de samenwerking met de eerste lijn’](#)
2. [Mirjam Biemans: ‘De specialist ouderengeneeskunde is er voor de ondersteuning in de eerste lijn’](#)
3. [Basir Sultanzadah: ‘Meer specialisten ouderengeneeskunde nodig voor inzet in de eerste lijn’](#)
4. [Kristel van Tol: ‘Wij zijn echt andere dokters dan huisartsen’](#)
5. [Nicole Zwaga: ‘De specialist ouderengeneeskunde heeft specifieke kennis die wij als huisartsen niet hebben’](#)

Meer weten

- Bekijk de [Wegwijzer zorgvernieuwing](#), met drie routes voor positionering en bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde naast de huisarts.
- Beluister de [Podcast: Goede samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde bij Goudenhart – WelThuis](#)

tags:

[Bekostiging SO buiten verpleeghuis](#) (61), [WelThuis](#) (29)

thema:

[Gebruik van hulpbronnen](#) (239)