

Startnotitie ouderenzorg

Besturen LHV-huisartsenkringen Noord Nederland

Augustus 2008
Ingeborg de Groot en Erik Dijkstra

1. Inleiding

In de komende decennia zal het percentage ouderen in de bevolking sterk toenemen. Dit heeft ingrijpende gevolgen voor de samenleving in het algemeen en de gezondheidszorg in het bijzonder, waaronder de huisartsenzorg.

De gemiddelde huisarts besteedt nu al steeds meer tijd aan ouderen (Van de Rijdt-Van de Ven 2004, p.6). Niet alleen contacten met patiënten vragen meer tijd, maar ook de afstemming met thuiszorg, verzorgingshuis en de verpleeghuisarts. Daarnaast krijgen huisartsen te maken met veranderende wet- en regelgeving voor de zorg aan ouderen en met de opkomst van preventieprogramma's voor ouderen, zoals het consultatiebureau voor ouderen. Door deze ontwikkelingen is de rol van de huisarts in de ouderenzorg en de taakverdeling tussen de betrokken zorgverleners in toenemende mate onderwerp van discussie. De LHV-huisartsenkringen kunnen daarom overwegen maatregelen te treffen om adequaat in te spelen op de ontwikkelingen in de ouderenzorg en de positie van de huisarts.

Deze notitie is bedoeld als onderlegger voor het bepalen van de te nemen maatregelen. Eerst zullen de maatschappelijke trends en beleidsontwikkelingen die van invloed zijn op de ouderenzorg en de positie van de huisarts daarin, worden besproken. Vervolgens komen acties en maatregelen die landelijke beroepsorganisaties inmiddels hebben getroffen, aan bod. Daarna wordt een analyse gemaakt van de huidige kansen en bedreigingen, alsook van de sterke en zwakke kanten van de positie van de huisarts in de zorg aan ouderen. Tot slot wordt op basis van deze analyse ingegaan op de soorten maatregelen, die de desbetreffende huisartsenkring als regionale belangenorganisatie kan nemen om in te spelen op de ontwikkelingen.

2. Belangrijkste maatschappelijke trends

Als gevolg van diverse trends zal de zorgvraag met betrekking tot huisartsenzorg aan ouderen, zowel wat betreft intensiteit als complexiteit, groeien. De belangrijkste trends luiden als volgt:

Vergrijzing

De komende jaren zal het aantal ouderen sterk groeien, in absolute aantallen en als percentage van de bevolking (CBS 2006). Zo groeit het aandeel 65+ van 2,4 miljoen in 2006 (14% van de bevolking) naar 4 miljoen in 2040 (25% van de bevolking). Ook het aandeel 80-plussers neemt toe (dubbele vergrijzing). Door deze trends krijgen huisartsen steeds meer te maken met oudere patiënten, van wie de meeste vroeger of later worden geconfronteerd met complexe problematiek¹. Naarmate patiënten ouder worden, zijn zij

¹ Het NHG (2007) stelt dat er bij *complexe problematiek* van een oudere persoon sprake is van één of meer van de volgende problemen, die vaak met elkaar interacteren: cognitieve beperkingen, handicaps, psychosociale problematiek, multimorbiditeit, polyfarmacy en maatschappelijk isolement.

bewerkelijker voor de huisarts: zij hebben niet alleen vaker contact met de huisarts, maar de afzonderlijke contacten zijn ook nog eens arbeidsintensiever (NHG 2007, p.28).

Ongezonder leven

De 50-plussers van nu blijken ongezonder te leven dan die van tien jaar geleden (Bakker et al. 2008, p. 14). Dit blijkt uit de groei van ongezond rookgedrag, stijging van alcoholgebruik, meer overgewicht en minder beweging en mobiliteit. Deze ontwikkeling leidt tot toename van de zorgvraag.

Meer chronische ziekten en comorbiditeit

Het aantal mensen met één (of meerdere) chronische ziekten zal de komende twintig jaar flink toenemen (Bakker et al. 2008, p. 14). Dit betreft ziekten van het bewegingsapparaat, hartziekten, astma/COPD, diabetes, psychische aandoeningen en dementie. De toename van het aantal chronische ziekten is grotendeels te verklaren door vergrijzing van de bevolking, terwijl ook ongezond gedrag een rol speelt. Deze ontwikkeling leidt tot toename van de zorgvraag.

Achterblijvend zorgaanbod

Volgens ramingen zal het aanbod van huisartsenzorg de groei van de vraag niet kunnen bijbenen (STG/Health Management Forum 2008). Voor de periode van 2005 tot 2020 wordt een groei van het aanbod van 11,5% verwacht terwijl de vraag met 13 tot 20% zal toenemen. Een achterblijvend zorgaanbod versterkt de toename van de zorgvraag.

3. Ontwikkelingen in de organisatie van de zorg aan ouderen en beleid

Schaalwijzigingen, branchevervaging en extramuralisering

In de afgelopen jaren heeft een ongekennde schaalvergroting plaatsgevonden in de zorgsector, aldus STG/Health Management Forum (2008). Hierbij kan gedacht worden aan horizontale integratie, waarbij verschillende zorgorganisaties met elkaar fuseren. Daarnaast kan er sprake zijn van verticale integratie waarbij (regionale) zorgconcerns ontstaan en waarbij cure en care ineen geschoven worden. Ook worden op grote schaal traditionele scheidslijnen tussen verschillende zorgorganisaties doorbroken. Verpleeghuizen richten zich op de markt van de thuiszorg. Een aantal ziekenhuizen gaat zich bewegen op het terrein van de eerstelijnszorg. Naast deze beweging van schaalvergroting en branchevervaging is er ook sprake van schaalverkleining door de opkomst van meer wijkgerichte zorg- en welzijnsstructuren. Sommige grote zorgorganisaties reorganiseren zich in kleine, zelfsturende eenheden. Nieuwe groepen van ondernemende professionals richten zich op nichemarkten.

Onderdeel van deze ontwikkelingen is dat verzorgingshuizen en verpleeghuizen inzetten op extramuralisering van hun aanbod. Mensen worden gestimuleerd langer thuis of in het verzorgingstehuis te blijven wonen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van door grootschalige toepassing van slimme hulpmiddelen en thuishetchnologie (*domotica*). Hierdoor zal steeds meer medische zorg voor ouderen, ook die met complexe problematiek, naar de thuissituatie verschuiven en neemt de druk op de huisarts en andere eerstelijnszorgverleners toe.

Domein huisarts - verpleeghuisarts

De afbakening van het werkgebied van de huisarts in de ouderenzorg berust op de verblijfplaats van de oudere/patiënt (Van de Rijdt-Van de Ven 2004, p.11). Hieruit vloeit voort dat de huisarts zorg verleent aan de volgende groepen ouderen, al dan niet met complexe zorgvragen:

1. (Semi-)zelfstandig wonende ouderen;
2. Bewoners van verzorgingshuizen, met reguliere zorg en met (aanvullend) verpleeghuiszorg.

Omdat de zorgwaarde bij ouderen toeneemt, is er discussie over de vraag wie welke zorg het beste kan geven. Bij de nieuwe AWBZ-indicering krijgen verpleeghuisartsen mogelijkheden om de zogenaamde meerzorg patiënten thuis en in het verzorgingshuis te behandelen (Van der Rijdt-van de Ven 2004, p.9). Dit

is naast en als aanvulling op de zorg door de huisarts. Dit vraagt om een nauwe samenwerkingsrelatie tussen huisartsen en verpleeghuisartsen.

Meer intensieve samenwerking met verpleeghuisartsen vraagt om beperking van het aantal huisartsen in een verzorgingshuis. Deze beperking is een voorwaarde die tevens voortvloeit uit een ander streven van de verzorgingshuizen, te weten kwaliteitsverbetering door meer uniformering in beleid en protocollair werken, betere dossiervorming en beschikbaarheid van medische gegevens, teneinde de kans op fouten te verminderen. De bijdrage die beperking van het aantal huisartsen per verzorgingshuis kan leveren aan kwaliteitsverbetering is al lang bekend. Toch komt dit maar traag tot stand. Als belangrijk bezwaar wordt veelal de vrije artskeuze van de patiënt genoemd. In de praktijk is echter gebleken dat bij goede voorlichting het merendeel van de patiënten overstapt naar één van de geadviseerde huisartsen (Van de Rijdt-Van de Ven 2004, p.12 en p. 23).

Invoering Zorgzwaartebekostiging per 1 januari 2009 en de voorbereiding

Zorgzwaartebekostiging is een nieuwe bekostigingswijze voor zorg voor mensen met behoefte aan een beschermende woonomgeving en permanent toezicht van een begeleider of verzorgende. In 2007 zijn de prijzen van de zorgzwaartepakketten (ZZP's) bekend gemaakt en dat gaf de zorginstellingen de gelegenheid om de effecten in beeld te krijgen. Zorgzwaartebekostiging zal meer mogelijkheid bieden aan zorgverlener en cliënt om in samenspraak keuzes te maken over het doel van de zorg en de ondersteuning. Binnen het zorgzwaartepakket kan geschoven worden zonder dat dit leidt tot een nieuw indicatiebesluit. De invoering maakt het noodzakelijk voor de zorginstellingen hun bedrijfsvoering te richten naar de kenmerken van de mensen wie ze zorg en ondersteuning leveren. Binnen de ZZP systematiek is er een beperkt aantal uren behandeling en inzet van de verpleeghuisarts gefinancierd. Dit noodzaakt de verpleeghuisartsen meer inzichtelijk te maken welke activiteiten zij verrichten en hoe het binnen de ZZP systematiek kan vallen. Verpleeghuisartsen zullen ook buiten het verpleeghuis de behandeling inzetten. Door deze ontwikkeling neemt de noodzaak voor een goede afstemming van taken en verantwoordelijkheden in de ouderenzorg tussen huisarts en verpleeghuisarts toe.

Taakherschikking

Het Ministerie van VWS heeft de afgelopen jaren de ontwikkeling van taakherschikking gestimuleerd en ondersteund. Binnen de eerste lijn betekent dit dat (gespecialiseerd) verpleegkundigen, praktijkondersteuners (POH), nurse practitioners en physician assistants de taken van de huisarts kunnen overnemen (STG/Health Management Forum, 2008). De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ 2002) stelt dat taakherschikking een positieve bijdrage kan leveren aan de toegankelijkheid van zorg. Deze staat onder druk door toenemende zorgvraag als gevolg van de vergrijzing.

Substitutie en ketenzorg

Substitutie van zorg voor bepaalde veelvoorkomende chronische aandoeningen, zoals DM type 2 en COPD, van de tweede naar de eerste lijn is een belangrijk speerpunt in het beleid van het Ministerie van VWS. Dit om de toenemende zorgvraag van o.a. (chronisch zieke) ouderen op te vangen. Hiervoor wordt in de eerste lijn ketenzorg ingezet. Ketenzorg is een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd (RVZ, 1998).

Substitutie van zorg naar de eerstelijndient een kostenbesparend effect teweeg te brengen, omdat zorg in de eerste lijn aanzienlijk goedkoper is dan in de tweede lijn. Ten gevolge van substitutie zal de druk op de huisarts en andere eerstelijnszorgverleners toenemen.

Preventieprogramma's voor ouderen

Binnen het ouderenbeleid is in de afgelopen periode de aandacht voor preventieve aspecten sterk toegenomen. Er zijn diverse financieringsbronnen, zoals subsidies van provincie en gemeente, ZonMw en de zorgverzekeraars. Een van de voorbeelden van preventieve zorg voor ouderen is het Consultatiebureau voor Ouderen (CBO), een opkomend verschijnsel in de gezondheidszorg. Ouderen worden door het CBO via een integrale benadering gescreend door een consulent (Bakker et al. 2008, p.11). Hierbij worden gezondheidsrisico's opgespoord, geeft men informatie af over gezond en actief ouder worden en worden

ouderen zo nodig de weg gewezen naar de desbetreffende voorzieningen. Momenteel zijn er in Nederland in diverse plaatsen CBO's operationeel. Deze initiatieven bevinden zich in verschillende fasen van ontwikkeling.

Het initiatief voor preventieprogramma's voor ouderen ligt niet bij de huisarts. Het is echter wel van belang dat instanties die deze programma's opstarten en uitvoeren, samenwerken met de huisarts. Dit stelt de huisarts in staat zijn/haar regiefunctie in de eerste lijn goed te kunnen uitoefenen ten behoeve van samenhang in de zorg aan ouderen.

ZonMw Nationaal Programma Ouderenzorg

Het Nationaal Programma Ouderenzorg van ZonMw² is in april 2008 van start gegaan en duurt vier jaar. Het programma heeft als ambitie de zorg voor ouderen met complexe hulpvragen te verbeteren. Doel is een samenhangend zorgaanbod dat beter is afgestemd op de individuele behoeften van ouderen. Het programma financiert de oprichting van regionale netwerken. Daarin participeert iedereen die een rol heeft in de zorg voor ouderen, zoals de ouderen zelf, de huisarts, verpleeg- en verzorgingshuizen, het ziekenhuis, de apotheek, de thuiszorg, de gemeente en de verzekeraar. Eerst moeten deze partijen de regionale samenwerking op bestuurlijk niveau goed regelen. Daarna kunnen zij subsidies aanvragen voor projecten waarmee zij de zorg gaan verbeteren.

Een groot deel van het geld gaat naar experimenten om de zorg anders te organiseren zodat de oudere daar meetbaar beter van wordt. De regio's mogen daarbij over de grenzen van bestaande regelgeving en financieringsstromen heen denken. Ook kunnen regio's aanvragen indienen voor onderzoek naar preventiemogelijkheden, betere diagnostiek of behandeling. De bedoeling is dat de opgedane kennis landelijk wordt verspreid en ingevoerd.

In het kader van het ZonMw programma nemen acht UMC's momenteel in hun regio het initiatief om samen met alle relevante partijen een bestuurlijk geriatrisch netwerk te vormen. Voor regio Noord Nederland ligt het initiatief bij het UMCG. Frank Baarveld, huisarts en hoofd opleiding huisartsgeneeskunde in Groningen, heeft hierin de voortrekkersrol.

Het Landelijk Dementieprogramma

Het Landelijk Dementieprogramma maakt deel uit van "Zorg voor Beter", een initiatief van het Ministerie van VWS. Het doel van het programma is te streven naar verbetering van de dienstverlening aan mensen met dementie en hun mantelzorgers in de regio en naar structurele inbedding van de invloed van cliënten in de regio. Het LDP biedt op regionaal niveau een traject van anderhalf jaar waaraan de partijen die bij dementiezorg betrokken zijn, kunnen deelnemen teneinde de dienstverlening te verbeteren. Het programma wordt opgezet door een team van medewerkers van Vilans in samenwerking met het CBO en Alzheimer Nederland. Daarnaast organiseert het *LDP kernteam* een lerend netwerk waaraan alle regio's kunnen deelnemen. Dat betekent men dat in de eigen regio aan de slag kan, maar met ondersteuning en suggesties van andere regio's, landelijke experts en een kernteam.

Als regiehouder in de eerstelijns speelt de huisarts een belangrijke rol in de dienstverlening aan mensen met dementie die in een verzorgingshuis of zelfstandig wonen. Deelname van de huisarts aan het programma is daarom van belang voor een succesvolle toepassing.

Wijkverpleegkundige

De huisarts en de wijkverpleegkundige vervullen een belangrijke functie in de zorg die thuis geboden wordt, onder andere aan een grote groep ouderen. Nauwe samenwerking tussen deze beroepsgroepen is niet meer vanzelfsprekend, aldus Van der Rijdt-van de Ven (2008). Het belang van die samenwerking neemt echter toe als gevolg van de toenemende zorgvraag en zorgzwaarte. Van der Rijdt-van de Ven stelt dat het kernprobleem van het gebrek aan nauwe samenwerking is dat huisartsen momenteel weinig direct contact hebben met de wijkverpleegkundigen. De voorheen 'vanzelfsprekende' contacten zijn in de loop der jaren afgenomen door diverse factoren. Het organiseren van samenwerking is complex als gevolg van de indicering

² Organisatie ter verbetering van preventie, zorg en gezondheid door het stimuleren en financieren van onderzoek, ontwikkeling en implementatie. De belangrijkste opdrachtgevers en financiers zijn het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).

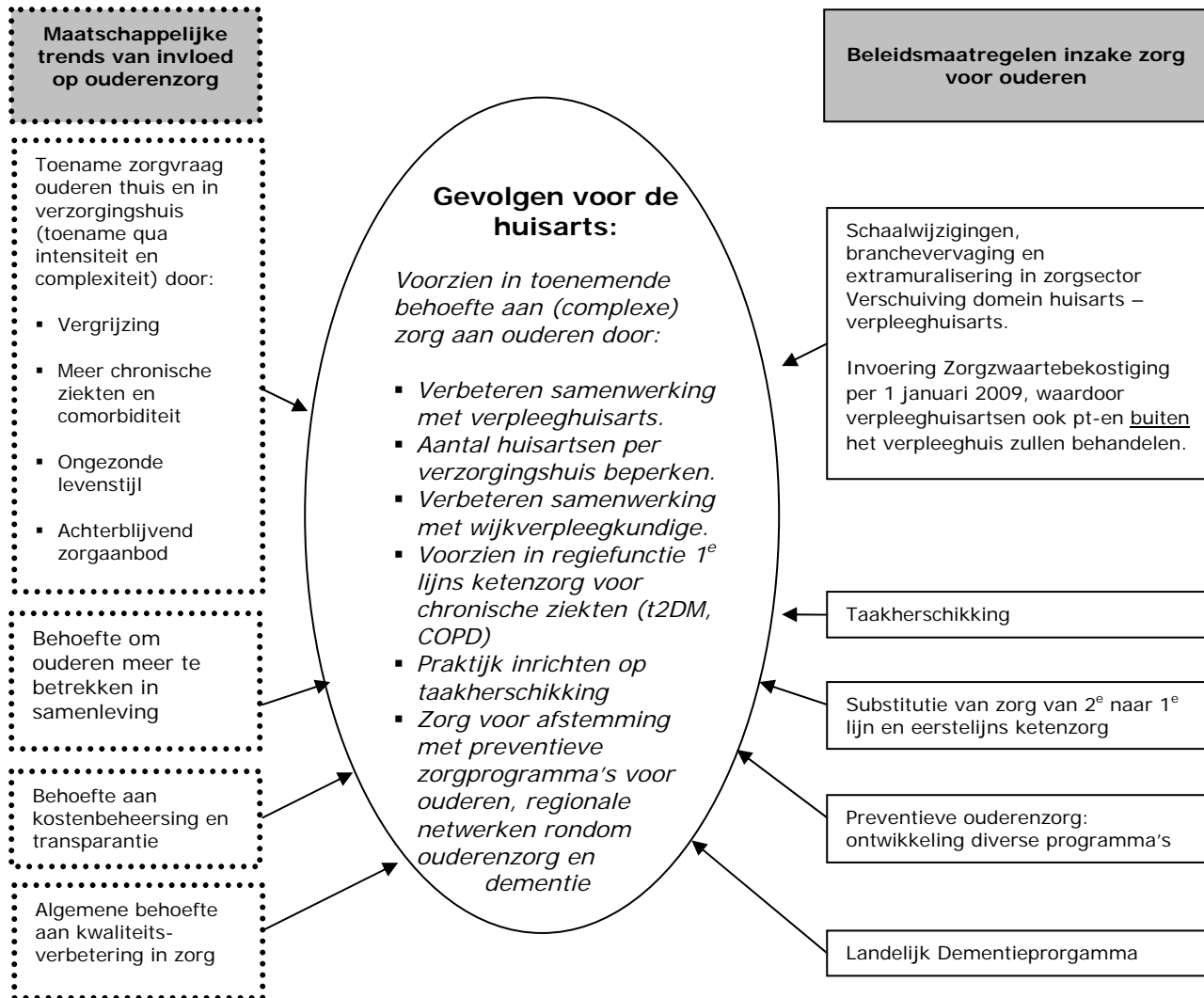
van zorg via het CIZ, de modernisering van de AWBZ en de invoering van de WMO. Er is wederzijds geen duidelijk beeld meer van wie wat doet.

In de programma's van *Buurtzorg Nederland* wordt geprobeerd de samenwerkingsrelatie tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige te verbeteren. Buurtzorg Nederland maakt deel uit van het Transitieprogramma in de Langdurige Zorg van het Ministerie van VWS en heeft een concept ontwikkeld voor verpleging en verzorging aan huis. Door de zorgverlening volledig door hoog opgeleide wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in kleine autonome 'Buurtzorgteams' in te laten vullen wordt het oplossend vermogen en de professionaliteit van medewerkers ten volle benut. Buurtzorg ziet de huisarts als belangrijkste samenwerkingspartner. Buurtzorg levert een aantal diensten aan huisartsen met als doel de samenhang in de zorgverlening te verbeteren. Buurtzorg wil combinaties in functies tussen uurtzorgteams en huisartsenpraktijken bevorderen.

Schematische weergave

In het volgende schema zijn de maatschappelijke trends, beleidsontwikkelingen in de ouderenzorg, zoals omschreven in dit en het voorgaande hoofdstuk, en de gevolgen daarvan voor de huisarts schematisch weergegeven.

Figuur 1. Overzicht maatschappelijke ontwikkelingen, beleidsmaatregelen en gevolg voor de huisarts.



4. Initiatieven landelijke beroepsorganisaties

Naar aanleiding van de geschetste ontwikkelingen in de zorg voor ouderen hebben de beroepsorganisaties inmiddels diverse initiatieven ontplooid.

NHG Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg

Het NHG heeft op 31 mei 2007 een standpunt ingenomen over haar visie op de huisartsgeneeskundige zorg voor ouderen. Daarbij heeft zij aanbevelingen gedaan voor de huisartsen, die moeten bijdragen aan een goede zorg voor ouderen. Bij het vaststellen van het NHG standpunt en de aanbevelingen zijn de volgende problemstellingen als uitgangspunt genomen:

- Beperkte evidence over diagnostiek en behandelingsmogelijkheden bij ouderen;
- De beperkte kennis over multimorbiditeit bij ouderen;
- De kwetsbare positie van ouderen met complexe problematiek;
- De complexiteit van het zorgaanbod met als risico versnippering en gebrek aan samenhang.

Een belangrijk uitgangspunt van het standpunt is dat de zorg voor ouderen met complexe problematiek vraagt om samenhang en daarom gegeven moet worden in een samenhangend zorgnetwerk. De huisarts heeft hierbinnen vanuit zijn/haar overzicht de regierol, gericht op onderlinge afstemming van het beleid van de betrokken (huis)artsen en andere hulpverleners. Het stuk voorziet in aanbevelingen voor:

1. huisartsen;
2. huisartsenvoorzieningen/-groepen;
3. huisartsenposten;
4. beroepsorganisaties samen met de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde/huisartsopleiding;
5. wetenschappelijk onderzoek door de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde en onderzoeksinstituten;
6. randvoorwaarden (financieel en organisatorisch).

LHV, NHG en NVVA: “Ketenzorg verpleeghuisarts huisarts door consultatie”

In één van haar aanbevelingen stelt het NHG dat de beroepsorganisaties dienen na te gaan op welke wijze ze de huisartsen kunnen ondersteunen bij het creëren van een samenhangende zorg voor ouderen en van consultatiemogelijkheden voor de huisarts. Aan deze aanbeveling hebben LHV, NHG en NVVA eind 2007 vervolg gegeven door een projectvoorstel te maken: “Ketenzorg verpleeghuisarts huisarts door consultatie”.

De partijen stellen zich in het projectvoorstel ten doel extra stimulansen te bieden om de kennis en vaardigheid van complexe zorg bij huisartsen te verhogen en de toegankelijkheid van de consultatie van de verpleeghuisarts te vergroten. Onderdelen van het project zijn:

1. Een pilot met een gezamenlijk deskundigheidsbevorderingstraject van huisartsen en verpleeghuisartsen ter stimulatie van de ketenzorg door consultatie. Gezamenlijke onderwerpen zijn: indicatiestelling, zorgplan, vrijheidsbeperkende maatregelen, revalidatie thuis, terminale zorg, zorg- en functionele diagnostiek, prognostiek en paramedische interventiemogelijkheden
2. Ontwikkelen en aanbieden ondersteuningsmateriaal:
 - Voorlichtingsproducten;
 - Actualisering LHV Handreiking uit 2004 (zie ook onder);
 - Hulpmateriaal voor de gezamenlijke nascholing.

NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde

De NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde die in maart 2007 in Leiden van start is gegaan, biedt een gestructureerde aanpak voor de zorg aan ouderen. Inhoudelijke verdieping en organisatorische kwaliteitsverbetering staan centraal. Kennis en vaardigheden op het gebied van de medische zorg voor ouderen komen aan de orde. Daarnaast is er ook aandacht voor communicatie en samenwerking met zowel de ouderen zelf, als met de familie en andere zorgverleners en disciplines, en voor ethische en maatschappelijke vraagstukken.

LHV-Handreiking voor de organisatie van de medische en farmaceutische zorg aan ouderen in een verzorgingshuis en thuis

De handreiking uit 2004 is bedoeld voor de geïnteresseerde huisarts, de ‘trekker’ die in de eigen Hagro of HOED problemen rondom zorg aan ouderen wil aanpakken. Middels de handreiking wordt getracht huisartsen te stimuleren een eigen visie te vormen voor zorg aan ouderen in de eigen praktijk en beleidslijnen uit te zetten. Het betreft geen blauwdruk, maar diverse mogelijkheden worden uitgewerkt met de bijbehorende voor- en de nadelen.

Handreiking samenwerking huisarts en wijkverpleegkundige

Verpleegkundigen en Verzorgden Nederland (VVN), NHG en LHV hebben medio 2008 een handreiking uitgegeven voor samenhangende zorg in de eerste lijn op de as huisartsen – wijkverpleegkundigen. Deze handreiking is een praktisch hulpmiddel bedoeld om de onderlinge contacten te intensiveren. Er wordt aandacht besteed aan verschillende vormen van samenwerkingsverbanden, de invulling van communicatie en coördinatie, hulpmiddelen voor het organiseren van samenwerking en de externe voorwaarden. Daarnaast wordt een aantal praktijkvoorbeelden omschreven.

5. SWOT-analyse³ positie huisarts in ouderenzorg

In dit hoofdstuk wordt een analyse gemaakt van de kansen en bedreigingen die voornamelijk zijn afgeleid uit de geschetste trends en beleidsontwikkelingen. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de zwakke en sterke kanten van de positie van de huisarts in de ouderenzorg, veelal zoals omschreven in de literatuur.

Kansen

- Ouderen zijn politiek een *hot issue*. Er is geld beschikbaar voor diverse projecten: subsidies die voortvloeien uit het ZonMw Nationaal Programma Ouderenzorg en gemeentelijk subsidies voor preventie programma's voor ouderen.
- De verpleeghuisarts wordt steeds vaker ingezet in de eerstelijns als consulent en behandelaar. De extra handen en de expertise van de verpleeghuisarts zijn een goede aanvulling om tegemoet te komen aan de toenemende zorgvraag en complexiteit van zorg aan ouderen.
- De NHG kaderopleiding ouderengeneeskunde kan een positieve bijdrage leveren aan de taakverdeling en gerichtheid op het leveren van huisartsenzorg aan ouderen, die binnen huisartsengroepen ontstaat.
- De pilot in het projectvoorstel LHV, NHG en NVVA voor gezamenlijke deskundigheidsbevordering van huisarts en verpleeghuisarts kan een positieve bijdrage leveren aan de taakverdeling en gerichtheid op het leveren van huisartsenzorg aan ouderen, die binnen huisartsengroepen ontstaat.
- Taakherschikking: binnen de eerste lijn kunnen (gespecialiseerd) verpleegkundigen, praktijkondersteuners (POH), nurse practitioners en physician assistants taken van de huisarts overnemen om de toegankelijkheid van huisartsgeneeskundige zorg aan ouderen te kunnen waarborgen/verbeteren.
- Uitbouwen samenwerkingsrelatie met wijkverpleegkundige (Buurtzorg Nederland) en gebruik van handreiking voor versterking van de as huisartsen-wijkverpleegkundigen.

Bedreigingen

- De vraag naar huisartsgeneeskundige ouderenzorg neemt de komende jaren flink toe, zowel qua intensiteit als complexiteit, terwijl het aanbod achterblijft.
- Het leveren van (intensieve) zorg aan ouderen is financieel niet aantrekkelijk. Daardoor worden de oudere patiënten vaak 'verdeeld' over de hele hagro (Van der Rijdt -Van de Ven 2004, p.24)
- Versnippering van zorg aan ouderen treedt op wanneer de samenwerking en afstemming tussen de huisarts en de preventieve ouderenzorg en de potentiële regionale netwerken (programma ZonMw) rondom ouderenzorg, niet van de grond komen.
- EPD ontbreekt. Hoe breder en meer geïntegreerd de ouderenzorg is over meerdere disciplines, des te meer behoefte is er aan een centraal beheer van medische dossiers.

Sterke kanten

- De positie van de huisarts is gezien vanuit de klant/patiënt sterk. Nederlanders zijn zeer tevreden over hun huisarts (LHV 2008). Huisartsen krijgen van hun patiënten gemiddeld een 8-. Dit blijkt uit een onderzoek uit 2008 van bureau Intomart GfK, dat 70.000 Nederlanders heeft ondervraagd naar de tevredenheid met hun huisarts. Patiënten beoordelen de huisarts beter naarmate ze vaker contact hebben met de zorgverlener. Ouderen en chronisch zieken waarderen de huisarts het hoogst. Dit geldt ook voor lager opgeleiden, arbeidsongeschikten en mensen met een beneden modaal inkomen.
- De huisarts kan zijn/haar rol van regiehouder in de eerstelijns in de ouderenzorg inzetten. Om effectief tegemoet te komen aan de (complexe) zorgvragen van ouderen en eerstelijns ketenzorg ten behoeve van substitutie toe te passen, is een verbetering van de regie in de medische zorg noodzakelijk. Dit geldt zowel binnen als tussen de lijnen. De huisartsgeneeskundige voorziening kan hierin een belangrijke rol gaan spelen (Vulto en Koot 2007, p.9). STG/Health Management Forum (2008) citeert bij dit argument Micheal Porter, icoon op het gebied van concurrentiestrategieën. Hij stelt dat de arts-patiënt relatie centraal moet staan en het vooral de huisartsen moeten zijn die initiatief tonen en de regiefunctie oppakken.

³ SWOT-analyse: analyse van de "*Strengths, Weaknesses, Opportunities & Threats*", ook wel sterkte-zwakteanalyse. Een bedrijfskundig model dat intern de sterktes en zwaktes en in de omgeving de kansen en bedreigingen analyseert.

Zwakke kanten

- Als gevolg van enige domeinstrijd gaan de discussies dikwijls niet over in de toekomst noodzakelijke competenties en functies vanuit de vraag naar ouderenzorg, maar over belangen van groepen artsen en hun opleidingen. Uit lopende projecten is bijvoorbeeld bekend dat de samenwerking tussen huisartsen en verpleeghuisartsen vooralsnog maar heel beperkt tot stand komt. Door verschillen in denken en werkwijzen verloopt de samenwerking weinig soepel (Van de Rijdt-Van de Ven 2004, p.14).
- In veel huisartsenpraktijken wordt inmiddels de diabeteszorg en ook wel zorg voor andere chronische ziekten zoals COPD en cardiovasculaire aandoeningen op gestructureerde wijze, volgens de NHG-standaard uitgevoerd. Voor verzorgingshuisbewoners kunnen huisartsen zorg niet op deze wijze leveren (Van der Rijdt-Van de Ven 2004, p.46). Controle en begeleiding van chronische ziekten zal in het verzorgingshuis minder systematisch gebeuren als dat via de 'gewone' spreekuren en visites loopt. Een veelgehoorde klacht van huisartsen over hun samenwerking met een verzorgingshuis is dat het opleidingsniveau van uitvoerende medewerkers te laag is om tot goede afspraken en taakverdeling te komen.
- Bij ouderen thuis en in het verzorgingshuis met een complexere zorgvraag is de huisarts als regiehouder in de eerste lijn afhankelijk van de tweede en derde lijn. Om de zorg ook voor deze ouderen te organiseren vanuit de vraag naar welbevinden, is binnen deze tweede en derde lijn tevens een goede medische regie en zorgcoördinatie noodzakelijk. Dit is echter te weinig het geval, aldus Vulto en Koot (2007, p. 10). Gebrek aan regie en coördinatie tussen de lijnen wordt onder andere belemmerd door wijze waarop de inhoud van medisch specialistische zorg voor ouderen is vormgegeven. Deze zorg is op dit moment gericht op enkelvoudige ziekten, met als gevolg weinig aandacht voor co-morbiditeit, voor specifieke risico's van kwetsbare (broze) ouderen en voor preventie.

6. Standpuntbepaling en aanverwante maatregelen

Wanneer een huisartsenkring ervoor kiest beleid te ontwikkelen rondom ouderenzorg kunnen diverse maatregelen worden getroffen. Deze maatregelen dienen te worden gericht op de externe kansen en bedreigingen en interne zwakke en sterke kanten, die op provinciale/regionale schaal beïnvloed kunnen worden. Het nemen van maatregelen kan in verschillende mate van intensiteit worden ingezet. We onderscheiden drie niveaus:

1. Het volgen van ontwikkelingen en informeren van de achterban over de mogelijkheden in het veld, via de beschikbare middelen:
 - a. Nieuwsbrieven en e-mailings;
 - b. Website kring;
 - c. Ledenraad.
2. Dialoog aangaan met regionale partijen:
 - a. Organiseer een bijeenkomst met als doel de beroepsgroepen (verpleeghuisartsen en huisartsen) elkaar beter te leren kennen en waar mogelijk regionale samenwerking te stimuleren.
 - b. Bespreek als huisartsen en verpleeghuisartsen gezamenlijk de verwachtingen, mogelijkheden en deskundigheden.
 - c. Organiseer gezamenlijke deskundigheidsbevordering verpleeghuisartsen – huisartsen (via de WDH'en en nascholingscommissies). Zoek geïnteresseerde zorginstellingen en huisartsen om deel te nemen aan de pilot die voortvloeit uit het projectvoorstel van LHV, NHG en NVVA voor "Ketenzorg verpleeghuisarts huisarts door consultatie". Stimuleer daarnaast binnen het beleid voor deskundigheidsbevordering het volgen van de NHG kaderopleiding ouderengeneeskunde.
3. De desbetreffende huisartsenkring voert de regie. De kring ontplooit de activiteiten zoals genoemd bij 1 en 2 op zeer intensieve wijze en gaat daarnaast zelf over tot acties.
 - a. Initiatieven worden zeer actief geïnventariseerd. Vervolgens wordt zoveel mogelijk aangeschoven bij de betrokken instanties en partijen teneinde maximale beïnvloeding vanuit de kring te bewerkstelligen.
 - b. De kring maakt zelf plannen en besteedt de activiteiten, die daaruit voortvloeien, uit aan uitvoerende instanties/organisaties.

Bronnen:

- Bakker, E., N. Jaspers, M. Kraakman en G. Visser (2008), "*Visie op het consultatiebureau voor ouderen*". Vilans, Utrecht.
- CBS, J. Garssen en C. van Duin. "*Bevolkingsprognose 2006-2010: belangrijkste uitkomsten. Bevolkingstrends, 4e kwartaal 2006.*" Heerlen, CBS.
- LHV, NHG en NVVA (2007), Projectvoorstel: "*Ketenzorg verpleeghuisarts en huisarts door consultatie*". LHV, NHG en NVVA, Utrecht.
- LHV (2008), "*Intomart: Nederlanders zeer tevreden over huisarts*". http://home.lhv.nl/resources/AMGATE_10899_1_TICH_R9574343845924/ , geraadpleegd op 5 augustus 2008.
- NHG (2007), "*NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen*". NHG, Utrecht.
- Rijdt, van de-Van de Ven, A.H.J. (2004)., "*Handreiking voor de organisatie van de medische en farmaceutische zorg aan ouderen in een verzorgingshuis en thuis*". LHV, Utrecht.
- Rijdt, van der-Van de Ven, A.H.J. (2008). "*Handreiking. Samenhangende zorg in de eerste lijn. De As huisartsen – wijkverpleegkundigen.*" VVN, NHG en LHV (Utrecht).
- RVZ: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (1998), "*Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief*". RVZ, Zoetermeer.
- RVZ: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2002), "*Taakherschikking in de gezondheidszorg*". RVZ, Zoetermeer.
- STG/Health Management Forum (2008), Achtergrondnotitie bij Plenaire HMF-bijeenkomst: "*Nieuwe rollen voor de eerstelijnszorg: een kwestie van regie*". STG/Health Management Forum, Leiden.
- Vulto, M. en J. Koot (2007), "*Medische ouderenzorg in de toekomst*". STG/Health Management Forum, Leiden.
- ZonMw (2008), "*Ouderen*", <http://www.zonmw.nl/nl/programma-s/ouderen/> , geraadpleegd op 31 juli 2008.
- ZonMw (2008). "*Nationaal Programma Ouderenzorg*", <http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/over-ons/> , geraadpleegd op 4 augustus 2008.