

## Uw huisarts als coach en teamplayer

ANNET WIND

*De huisartsenzorg voor ouderen verandert en dat heeft consequenties. Welke kant willen we op met de eerstelijns ouderengeneeskunde en wat is daarvoor nodig? Ondanks alle veranderingen blijft de huisarts uw vertrouwde medische professional en krijgt hij daarnaast belangrijke taken als coach van een team.*

### Persoonsgerichte zorg

'Langer thuis' is geen ontwikkeling in het beleid van de laatste jaren maar een trend die zich al veel langer aftekent. Het feit dat Nederland vergrijsd en dat er een hogere overlevingskans is na allerlei ziekten, maakt de zorg voor ouderen in de eerste lijn steeds complexer. De bezuinigingen en transitie van dit jaar maken het allemaal nog ingewikkelder. In de zorg voor chronisch zieken en ook in de zorg voor ouderen zijn we overtuigd van het belang van persoonsgericht werken. Dat betekent: aansluiten bij wensen en doelen van mensen zelf, met liefst maximale zelfredzaamheid. De strikt medische zorg is dan ondergeschikt aan de kwaliteit van leven. De prioriteit voor vele ouderen is zo goed mogelijk functioneren. Maar de vraag is hoe we deze persoonsgerichte zorg vorm kunnen geven in een systeem dat verandert en bezuinigt. En wat gebeurt er met de huisarts?

### Veranderingen in de huisartsgeneeskunde

De kernwaarden van de huisartsgeneeskunde zijn al meer dan 50 jaar hetzelfde: het bieden van generalistische, persoonsgerichte en continue zorg. De inhoud van zorg door huisart-

sen en de wijze waarop die wordt geleverd, is echter sterk veranderd. De laatste jaren zijn grote veranderingen doorgevoerd in de zorg voor mensen met diabetes, hart- en vaatziekten en longziekten. Deze mensen komen met regelmaat op het spreekuur van de praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, een HBO-opgeleide medewerker die werkt volgens vaste protocollen (zorgstandaarden) en mensen motiveert om gezonder te leven. Tevens heeft de 'praktijkondersteuner GGZ' zijn intrede gedaan in de huisartsenpraktijk. Dat is ook een HBO-opgeleide medewerker die gesprekken voert met mensen met psychische problemen. Beide ondersteuners werken, net als de assistentes, onder supervisie van de huisarts. Vaak hebben de assistentes ook een eigen spreekuur, waarin zij kleine verrichtingen doen als injecties geven, oren uitspuiten en wonden verzorgen.

Deze ontwikkelingen vinden plaats uit kwaliteitsoogpunt en in een poging de zorg goedkoper te maken. Dat laatste is vooralsnog niet gelukt, want ook de zorgvragen nemen toe. Een gevolg van dit beleid is echter wel dat huisartsen er de laatste jaren veel taken en veel personeel hebben bijgekregen. Daarmee verandert hun rol en zijn er andere competenties

nodig dan alleen de medische en communicatieve. Zij moeten meer dan voorheen kunnen samenwerken en organiseren. Dat geldt niet alleen binnen de eigen praktijk, maar ook daarbuiten.

### Veranderingen in de eerstelijns ouderengeneeskunde

De ene oudere is de andere niet en gelukkig zijn veel mensen ook op oudere leeftijd vitaal en zelfredzaam. Deze vitale ouderen komen gewoon op eigen initiatief naar de huisarts met vragen en problemen. Ouderen met één of meerdere chronische ziekten hebben regelmatig contact met huisarts of praktijkondersteuner. Zij lopen meer kans op verslechtering van hun gezondheid en zullen daarom wat 'actiever' in de gaten worden gehouden. Er is echter nog een derde groep ouderen aan te wijzen: ouderen met verschillende gezondheidsproblemen en beperkingen, vaak als gevolg van multimorbiditeit (bijvoorbeeld suikerziekte, hartfalen door een doorgemaakt hartinfarct in het verleden, gewrichtspijnen door artrose en verminderd zicht en gehoor). Deze oudere slikt verschillende medicijnen, is snel kortademig, heeft hulp nodig bij de zelfzorg en loopt een groter risico op verslechtering van de gezondheid. De kans op een val of een bijkomende ziekte is groter en het herstel ervan duurt langer. We spreken dan van een 'kwetsbare oudere'. Ook mensen met dementie zijn kwetsbaar, omdat ook zij meer risico lopen op gezondheidsproblemen en vaak een verminderd vermogen hebben om de eigen regie te voeren. Het aantal 'kwetsbare ouderen' neemt sterk toe de laatste jaren en zoals gezegd blijven zij meer dan voorheen onder de hoede van de huisarts. Speciale aandacht voor de zorg voor hen is noodzakelijk.

Voor de 'kwetsbare ouderen' willen we de zorg zo inrichten dat we lokale, persoonsgerichte, passende, proactieve, samenhangende zorg kunnen bieden, waarbij we nauw samenwerken met welzijnswerkers. We willen zorg in de buurt organiseren, die aansluit bij de wensen van de oudere en diens familie. Tevens willen we over- en onderbehandeling vermijden. We willen vooruitdenken door ri-

sico's in te schatten en nu dingen in gang te zetten die problemen voorkomen of de gevolgen ervan verkleinen. Uiteraard willen we de zorg samen met anderen verlenen. Huisarts, praktijk- en wijkverpleegkundige hebben nauw contact met ouderen met meerdere ziekten en beperkingen en met de betrokken mantelzorgers. De verpleegkundige inventariseert welke problemen er zijn en wat voor deze oudere kwaliteit van leven is. Samen met de oudere en de huisarts maakt zij een (individueel zorg-) plan om de zelfredzaamheid op peil te houden of te verbeteren. Waar nodig worden familie, burens, welzijnswerkers, case-manager en/of trajectbegeleider en paramedici betrokken. De huisarts laat zich hierbij adviseren door de apotheker, een specialist ouderengeneeskunde of anderen.

### De praktijk

Op veel plaatsen heeft deze manier van werken al vorm gekregen. Aanvankelijk in de vorm van projecten; later konden huisartsen intekenen op een speciale module van de zorgverzekeraars die deze werkwijze vergoeden. Helaas loopt dat in 2015 niet overal verder. Sommige zorgverzekeraars hebben deze module weer ingetrokken, anderen gaan er wel mee door, soms op een andere manier. De bovengeschetste werkwijze is in de praktijk niet zo eenvoudig te organiseren, vergt een tijdspad van enkele jaren en andere competenties van de spelers. De huidige schotten in financiering werken belemmerend. Gemeenten spelen sinds januari 2015 een belangrijke rol in de ondersteuning van mensen met beperkingen en zijn veelal op zoek naar een goede invulling van deze rol. Ook de rol van wijkverpleegkundigen verandert. We staan dus als huisartsen, samen met de andere spelers in het veld, voor de grote uitdaging om de zorg anders te organiseren en meer samen te werken. Tegelijk wordt er flink bezuinigd, is het kennisniveau van de verschillende hulpverleners niet toegesneden op de nieuwe taken en missen we nog de gewenste ICT-ondersteuning ten aanzien van verslaglegging en het delen van informatie. Alle betrokkenen, de oudere zelf, diens naasten, de informele en

formele hulpverleners zouden op de hoogte moeten zijn van de belangrijkste problemen, medicatie, dagbesteding, prognose en vooral van de wensen van de oudere. Zo kunnen we een gezamenlijk beleid voeren en samenwerken. Hierbij moet duidelijk zijn wie waarvoor aanspreekbaar en verantwoordelijk is, wie eindverantwoordelijkheid draagt en wie de zorgcoördinatie doet. In de praktijk is dit nu vaak niet expliciet gemaakt.

De woonvormen van ouderen veranderen. Huisartsen zijn van oudsher verantwoordelijk voor de medische zorg in verzorgingshuizen. Specialisten ouderengeneeskunde, de vroegere verpleeghuisartsen, zijn verantwoordelijk voor de medische zorg in verpleeghuizen. De mensen die nu in verzorgingshuizen wonen, hebben steeds meer beperkingen en gezondheidsproblemen, inclusief dementie. Gelukkig kunnen huisartsen steeds makkelijker advies van specialisten ouderengeneeskunde vragen. Het verpleeghuis is de laatste jaren minder in trek en er verschijnen allerlei nieuwe vormen van kleinschalig wonen. Ook deze woonvormen vallen vaak onder de hoede van de huisarts en van de huisartsenposten in de avond-, nacht en weekenden. Het is voor een onbekende huisarts in deze diensturen geen sinecure om goed beleid te voeren als hij niet beschikt over relevante medische informatie en weet heeft van de wensen van de oudere zelf. Wil deze nog wel behandeld worden? Naar het ziekenhuis? Gereanimeerd? Het is een belangrijke taak van de oudere, diens familie en de eigen huisarts om hierover tijdig het gesprek aan te gaan en deze afspraken op schrift te stellen en te verspreiden onder betrokken partijen.

#### Bezuinigingen in de zorg

Bomen groeien niet tot in de hemel, dus het is wel begrijpelijk dat er ingegrepen moest worden in de oude AWBZ. Deze is nu opgedeeld in Wmo, de Wet maatschappelijke ondersteuning, uit te voeren door gemeenten; Zvw, de Zorgverzekeringswet, zorg door huisartsen en in ziekenhuizen; en Wlz, de Wet langdurige zorg, waarin de verpleeghuiszorg is opgenomen. Tegelijk is er een flinke bezuini-

gingslag gemaakt. Gemeenten moeten ondersteuning bieden met veel minder middelen dan voorheen. Mensen moeten meer zelf doen, regelen, betalen. Een beroep doen op het eigen netwerk. Hier zitten positieve kanten aan: we gaan weer omzien naar elkaar. Maar er zit ook een grote bedreiging in: er is kans op een nieuwe tweedeling in de samenleving. Aan de ene kant mensen die het goed kunnen regelen, met een toereikend netwerk van familie en vrienden, die waar nodig eigen middelen kunnen inzetten. Anderzijds mensen die het lastig vinden om zelf de regie te voeren en die geen goed netwerk en te weinig middelen hebben. Het ontstaan van deze tweedeling kan voor een gedeelte voorkomen worden als huisartsenpraktijken goede contacten hebben met medewerkers van zorg (vooral met de wijkverpleegkundige) en van ondersteuning (vooral met de sociale wijkteams), zodat in gezamenlijkheid mogelijk wel de weg gevonden kan worden om de benodigde hulp in te zetten en te financieren.

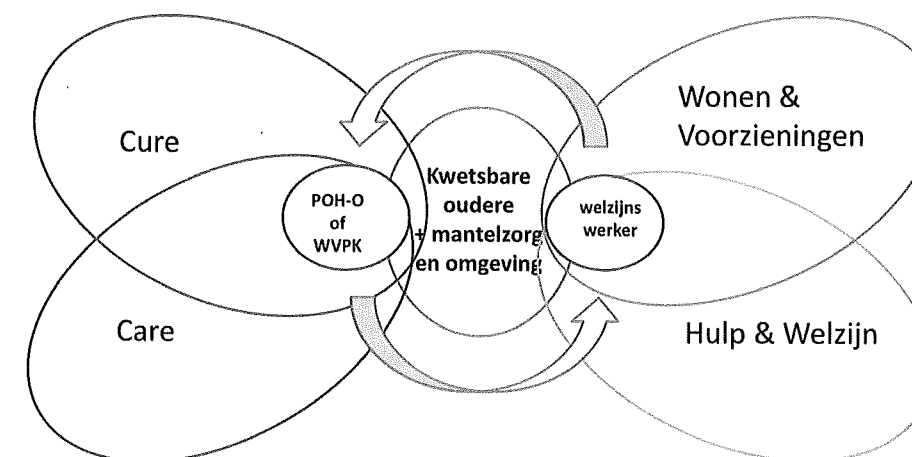
Laego, het netwerk van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde, heeft hierbij een vlindermodel voor ogen waarbij de praktijk- (of wijk-) verpleegkundige nauw contact heeft met de welzijnswerker. Samen overzien zij de gebieden van zorg en ondersteuning en proberen zij, met de oudere en diens mantelzorg, de hulp te bieden die nodig en gewenst is.

Het belangrijkste bij dit alles is dat we luisteren naar de oudere zelf, diens vragen, wensen en voorkeuren. En dat we ook luisteren naar de mantelzorgers en andere mensen uit de omgeving. Het helpt daarbij als ouderen zelf nadenken over wat ze belangrijk vinden en duidelijk aangeven wat ze wel en niet willen. Dat zij het gesprek hierover voeren in eigen kring en met hun huisarts en andere hulpverleners.

#### De toekomst

De huisarts van nu is naast medisch professioneel een persoonlijke coach. Hij houdt rekening met de individuele wensen en voorkeuren van zijn patiënten, stimuleert hen in gezond gedrag, geeft adequate voorlichting en betreft hen zoveel mogelijk bij de besluitvor-

## VLINDERMODEL



ming. De huisarts van de toekomst is daarnaast ook coach van een team. Hij werkt in een team, stuurt dit ook aan, delegeert taken en regelt adequate terugkoppeling. Ieder teamlid werkt vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid, respecteert eigen en andermans grenzen en zorgt ervoor dat andere spelers tot hun recht komen. Zo wordt het team meer waard dan de som der delen. Idealiter gaat het team zich ook inzetten voor de zorgvragers als groep, door het organiseren van wijkgebonden preventieve activiteiten, zoals voorlichting, gezamenlijk eten en bewegen. Op deze manier kunnen problemen tijdig gesignaleerd en aangepakt worden.

#### Work in progress

De eerstelijnszorg voor ouderen is volop in beweging. We zoeken met elkaar naar de goede weg. De kunst is om hierbij de wensen en noden van ouderen zelf centraal te blijven stellen, te luisteren naar elkaar en op een goede manier samen te werken. We hebben een gezamenlijk doel, namelijk doelmatige zorg en ondersteuning: wijkgericht, proactief, samenhangend. Geen enkele speler in het veld

kan dit alleen; we hebben elkaar allemaal hard nodig. In dit speelveld is de huisarts niet alleen een persoonlijke coach voor zijn patiënten, hij is ook de coach van een eerstelijns-team.

#### Literatuur

Wind A.W. & Poot A.J. (2014) *Laego visiedocument 2014*. Zie: [www.laego.nl](http://www.laego.nl).

Toekomstige ouderenzorg; kernwaarden, opbrengsten en perspectief (2012). CSO, NFU, Zon-MW.

#### Over de auteur

Annet Wind is huisarts in Hoorn en kaderhuisarts ouderengeneeskunde. Zij is bestuurslid van Laego (Landelijke Adviesgroep EerstelijnsGeneeskunde voor Ouderen, het netwerk van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde). Zij is daarnaast werkzaam bij de afdeling Public Health en eerstelijns geneeskunde van het LUMC in Leiden en is hoofd van de NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde. Mail: [a.u.wind@lumc.nl](mailto:a.u.wind@lumc.nl)  
Twitter: @WindAnnet.