

Beleidsadvies Commissie Ouderenzorg Zwolle/Flevoland

Datum	2 september 2010
Status	Besluitvormend
Aanleiding notitie	Het Kringbestuur heeft de commissie ouderenzorg in het leven geroepen. De commissie ouderenzorg heeft verschillende taken waaronder: <i>het opstellen van een beleidsadviesdocument waarin de uitgangspositie en een toekomstvisie wordt vastgelegd en waarin zo mogelijk de huidige situatie, trends, leeftijdsopbouw en impact regionaal worden weergegeven alsook de voorstellen, adviezen en initiatieven worden uiteengezet, zo mogelijk met kostenraming.</i>
Commissieleden	Edward Knol (Zwolle), Roelf Sikkema (Zwolle), Joke Schmitz-Pruim (Zwolle), Dieter Boswijk (Dedemsvaart) en Boudewijn Lintermans (Dronten). De commissie wordt ondersteund door Nirky Postema (LHV Noord Nederland).
Conclusies	<p>Uitgangspunt voor de Kring dient te zijn dat de huisarts de aangewezen regiehouder is voor de eerstelijns ouderenzorg. Daarom adviseert de Commissie huisartsen te stimuleren:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Om actief te anticiperen op de groeiende zorgvraag van ouderen door op praktijkniveau maatregelen te treffen:<ul style="list-style-type: none">◦ Ontwikkeling van systematiek m.b.t. vroegsignalering van kwetsbare ouderen;◦ Ontwikkeling van zorgplannen m.b.t. complexe problematiek◦ Protocollering veilig medicatiegebruik;◦ Regie: afspraken maken met andere zorgverleners m.b.t. coördinatie van integrale diagnostiek.▪ Om initiatieven te ontwikkelen op regionaal en lokaal niveau mbt de kwaliteit en de toegankelijkheid van de ouderenzorg en om samenwerkingsafspraken te maken met andere zorgverleners. De Commissie adviseert actief stappen te zetten om samen te werken richting de belangrijkste nieuwe partij in de eerstelijns: de specialist ouderengeneeskunde. De Commissie raadt het Kringbestuur aan om implementatie van de POH-ouderen aan te bieden als een werkzaam alternatief voor het Consultatiebureau voor ouderen.

De Commissie raadt aan dat de individuele huisartsenpraktijk zich tijdig bezint op zijn/haar financiële vergoeding. De Commissie wijst het Kringbestuur waarschijnlijk ten overvloede op dat de bepalingen van de Mededingingswet ook hier van toepassing zijn

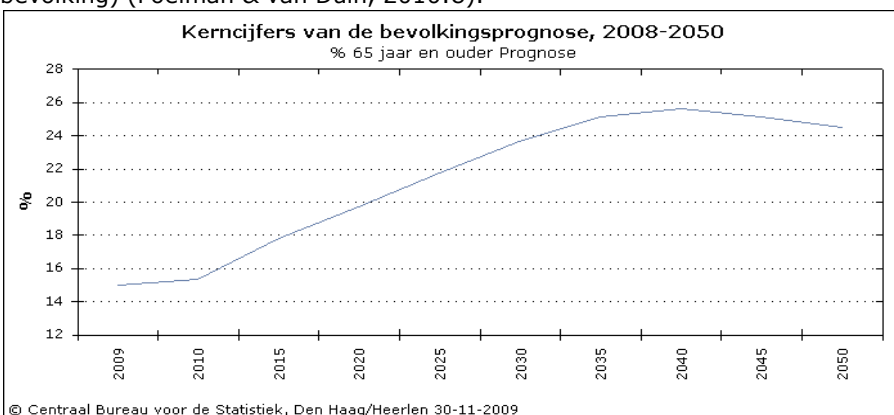
1 Inleiding

De vergrijzing van de bevolking zet voort en het aantal ouderen met complexe gezondheidsproblemen neemt toe. Dit heeft ingrijpende gevolgen voor de inrichting van de samenleving in het algemeen en de gezondheidszorg in het bijzonder, waaronder de huisartsenzorg. Middels deze notitie willen we u informeren over de gevolgen van de vergrijzing voor de huisartsenzorg en de situatie in de regio Zwolle/Flevoland in het bijzonder. Deze notitie is bedoeld als onderlegger voor het bepalen van de te nemen maatregelen.

In de volgende paragraaf zullen de maatschappelijke trends en beleidsontwikkelingen die van invloed zijn op de ouderenzorg en de positie van de huisarts daarin, worden besproken. Daarna wordt in paragraaf 3 op basis van deze analyse ingegaan op de soorten maatregelen, die de huisartsenkring als regionale organisatie kan nemen om in te spelen op de ontwikkelingen in Zwolle/Flevoland. Tot slot wordt in paragraaf 4 schematisch een samenvatting weergegeven van datgene wat in dit document is besproken.

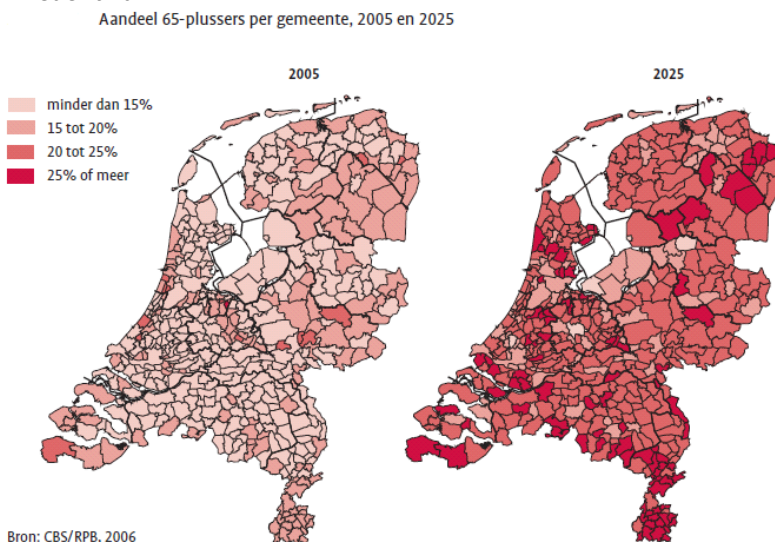
1.1 Hoog percentage ouderen in Zwolle/Flevoland

Zoals te zien is in figuur 1 zal het aantal ouderen de komende jaren sterk groeien. Zo groeit het aandeel 65-plussers van 2,5 miljoen in 2009 (15% van de bevolking) naar 4,5 miljoen in 2040 (25% van de bevolking) (Poelman & van Duin, 2010:8).



Figuur 1: percentage personen van 65 jaar en ouder in de periode 2009-2050 (Bron: CBS StatLine).

Ook het aandeel 80-plussers neemt toe (dubbele vergrijzing). Door de vergrijzing krijgen huisartsen in toenemende mate te maken met oudere patiënten en de daarmee vroeg of laat samenhangende complexe problematiek. Naarmate patiënten ouder worden, zijn zij bewerklijker voor de huisarts: zij hebben niet alleen vaker contact met de huisarts, maar de afzonderlijke contacten zijn ook nog eens arbeidsintensiever (NHG, 2007:27). In 2025 zal 22% van de Nederlandse bevolking ouder zijn dan 65 jaar. In Flevoland zal in 2025 16% en in Overijssel 20% uit 65-plussers bestaan (figuur 2). Flevoland kent de minste vergrijzing van Nederland.



Figuur 2: Percentage 65-plussers in Nederland in 2005 en 2025 (Bron: Van Houwelingen e.a., 2007:33)

2 Toename zorgvraag 65-plussers:

2.1 Oorzaken

De zorgvraag van 65-plussers neemt in de komende jaren toe door een aantal factoren:

Vergrijzing: zie paragraaf 1.1.

Ongezonde levensstijl

De 50-plussers van nu blijken ongezonder te leven dan die van tien jaar geleden. Dit blijkt uit de groei van ongezond rookgedrag, stijging van alcoholgebruik, meer overgewicht en minder beweging en mobiliteit. Ook een ongezond levensstijl in het verleden is één van de oorzaken van de toenemende zorgvraag.

Meer chronische ziekten & comorbiditeit

Het aantal mensen met één (of meerdere) chronische ziekten zal de komende jaren toenemen. Het gaat voornamelijk om ziekten van het bewegingsapparaat, hartziekten, astma/COPD, diabetes, psychische aandoeningen en dementie.

Achterblijvend zorgaanbod

Het aanbod van de huisartsenzorg blijft achter ten opzichte van de zorgvraag. Voor de periode van 2005-2020 wordt een groei van het aanbod van 11,5% verwacht terwijl de vraag met 13 tot 20% zal toenemen. Problemen door toename van de zorgvraag zullen de komende jaren in ieder geval niet kunnen worden opgelost met uitbreiding van het aantal huisartsen. Stichting Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen (2004) spreekt van een dreigend tekort aan huisartsen in 2012 van gemiddeld 16% in Nederland. Dit tekort kan afnemen door de voorgenomen beleidsmaatregelen, hoewel die (slechts) een vermindering van tekorten teweeg kunnen brengen van 2% tot 6%.

Extramuralisering

Door voortgaande extramuralisering van verzorgingshuizen en verpleeghuizen zal de zorgvraag groeien. Hierdoor blijven ouderen met complexe zorgvragen langer zelfstandig thuis of in een verzorgingshuis wonen en blijven zij langer patiënt van de huisarts.

Substitutie & ketenzorg

Het ministerie van VWS wil substitutie van zorg voor chronische ziekten zoals DM type 2, COPD, hartfalen en cardiovasculair risicomanagement vanuit de tweede naar de eerste lijn bevorderen. Per aandoening wordt de totale zorg in een samenhangende keten georganiseerd- en integraal gefinancierd middels een zogenaamde transmurale DBC. Door de substitutie moet de zorg beter, doelmatiger en goedkoper worden. Ook zou de toekomstige zorg voor ouderen hiermee "geborgd" kunnen worden (volgens VWS).

De beroepsgroep van huisartsen is voorstander van substitutie en integrale ketenzorg, ook om de toekomstige ouderenzorg mogelijk te maken en vorm te geven. De huisartsen hebben echter twijfels over het concept van de DBC en de integrale financiering. Dit vanwege de enorme overhead, bureaucratie, kosten en tijdsinvestering die e.e.a. met zich mee brengt.

Bovendien is het voor de begeleiding van ouderen met meerdere chronische aandoeningen (multimorbiditeit) ondoelmatig en ongezond om te werken met verschillende separaat gestructureerde zorgketens met afzonderlijke zorgstandaarden. Meerdere aandoeningen bij dezelfde patiënt moeten in hun onderlinge samenhang behandeld worden door één en dezelfde behandelaar. Dat geldt des te meer bij oudere patiënten met complexe problematiek, kwetsbaarheid en cognitieve achteruitgang. In de ouderenzorg moet gestreefd worden naar een generalistische samenhangende benadering gericht op gezondheid, maximaal haalbare functionele autonomie en dagelijks welzijn.

Juiteindelijk moet er dus een samenhangende zorgketen voor ouderen met multimorbiditeit, complexe problematiek en/of kwetsbaarheid komen.

De huisartsenpraktijk is veruit de meest voor de hand liggende organisatie om die zorgketen vorm te geven en te regisseren, ondanks de enorme werklast die dit met zich mee zal brengen. Met een goede organisatie (zonder onnodige overhead), scholing, taakdelegatie, zorgstandaard en adequate financiële ondersteuning is deze uitdaging echter wel realiseerbaar.

Toename medisch technologische ontwikkelingen

Door een toename in medische technologie zal er sprake zijn van een toenemende zorgvraag bij ouderen. Zo verschuiven de leeftijdsgrenzen voor ingrepen steeds verder naar boven, en neemt het aanbod en de kwaliteit van medische technologie grosso modo toe.

2.2 Overige belangrijke ontwikkelingen

Ook zijn er verschillende ontwikkelingen en belangrijke partners rondom de organisatie & het beleid van (ouderen)zorg die gevolgen kunnen hebben en van belang kunnen zijn voor de zorg voor ouderen. Hier worden een aantal van deze ontwikkelingen opgesomd:

Landelijk niveau

- Er is een tendens naar meer gecentraliseerde, gegroepeerde en extramurale zorg
- Afbakening werkgebied huisarts t.o.v. de verpleeghuisarts
- Zorgzwaartebekostiging
- Taakherschikking
- Preventieprogramma's voor ouderen (zoals consultatiebureau voor ouderen)
- Het Nationaal Programma Ouderenzorg
- Het Landelijk Dementieprogramma
- Transitieprogramma in de Langdurige zorg (bijv. Buurtzorg Nederland)

In Zwolle/Flevoland

- Het Iris-project in oprichting
- Consultatiebureau voor ouderen
- Er zijn verschillende geheugenpoli's opgericht
- Het NPO regio Noord
- Zorgbegeleiding projecten rond dementerenden
- MCC: werkafspraken dementie

2.3 Gevolgen voor de huisarts

De toenemende zorgvraag van 65-plussers en de ontwikkelingen rondom ouderenbeleid & ouderenzorg leiden tot een andere inrichting van de huisartsenzorg voor ouderen. De belangrijkste gevolgen van datgene wat in paragraaf 2.1 en 2.2. is geschetst, zijn:

- Toename van het aantal contacten met de huisarts¹
- Tijdovende consulten, onder andere vanwege de arbeidsintensiviteit en complexiteit van aandoeningen. Voorts geldt dat afhandeling van klachten van ouderen binnen één consult lastiger is door afname van de zelfredzaamheid.
- Hoger gebruik geneesmiddelen
- Toename aantal patiënten met complexe zorgbehoeften
- Om aan de behoeften van de patiënt te voldoen, dient de functionele benadering te worden herzien
- De rol van de huisarts wordt vanuit verschillende ontwikkelingen bedreigd. Deze ontwikkelingen zijn o.a. omschreven in § 2.1 en 2.2.

3 Advies over de organisatie van ouderenzorg in de huisartsenpraktijk

3.1 Regierol

Gelet op de geschetste ontwikkeling van de zorgvraag van ouderen heeft de Commissie een aantal adviezen opgesteld waarbij het volgende uitgangspunt van het NHG-Standpunt "Huisartsgeneeskunde voor ouderen" (2007) is gehanteerd:

De zorg voor een groeiende groep van ouderen met complexe problematiek binnen de eerstelijns vraagt om samenhang en moet daarom gegeven worden in een samenhangend zorgnetwerk. De huisarts heeft hierbinnen vanuit zijn overzicht de regierol, gericht op onderlinge afstemming van het beleid van de betrokken artsen en andere hulpverleners.

Voor invulling van de regierol acht de Commissie het noodzakelijk dat huisartsen op praktijkniveau een aantal maatregelen treffen. De Commissie volgt hierin de aanwijzingen van de Handreiking "Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis" (LHV, NHG en NVVA, 2009):

- Zorg voor vroegsignalering van kwetsbaarheid door inzicht in praktijkpopulatie ouderen;
- Neem de regie van de zorg voor ouderen met complexe problematiek:
 - Stel een zorgplan op met daarin een proactief beleid, aanvullend op de gebruikelijke behandeling per ziekte-episode;

¹ Huisartscontacten, toelichting CBS (2009): onder contacten vallen alle bezoeken aan een huisarts, visites van een huisarts en telefonische consulten ongeacht de duur ervan.

- De regiefunctie is breder dan medische en farmaceutische zorg. Heb als regisseur tevens oog voor sociale problematiek, eenzaamheid en mantelzorg.
- Pak oneigenlijk geneesmiddelengebruik structureel aan (overleg apotheker);
- Organiseer integrale diagnostiek door samenwerking met klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde en GGZ-ouderen.

Een POH (Ouderenzorg) maakt deel uit van de te ontwikkelen formule. Deze zou een belangrijk aandeel van de zorg op zich kunnen nemen, zowel door het organiseren ervan als door een aantal taken van de huisarts over te nemen. Mogelijkheden voor financiering zijn bijvoorbeeld het formuleren van een M&I module (invullen van de regiefunctie van complexe zorg of een preventief consult) of bekostiging door middel van een Ouderen POH module. Alternatief is alle zorg als basiszorg te zien en de ouderenzorg te vertalen in een opslag op basis van leeftijd bovenop het inschrijftarief. De Commissie denkt dat de implementatie POH ouderenzorg het beste te bereiken is door middel van een POH ouderenmodule. Mochten ervaringen met ketenzorg positief zijn, en staat de financiering van de ouderen POH, dan kan verder in de toekomst aan Ketenzorg Ouderen gedacht worden. Maar eerst dienen goed opgeleide praktijkondersteuners beschikbaar te komen, gefinancierd met voldoende financiële middelen. Met de Module ouderen POH denken wij een voorstel aan u te doen waar de beroepsgroep als geheel goed de zorg aan ouderen kan oppakken.

Samenvattend: zonder extra ondersteuning is het voor de huisarts uiteindelijk niet mogelijk de rol van regiehouder binnen de ouderenzorg goed te vervullen. Een zeer belangrijke beperkende randvoorwaarde is wel dat de Kring geen collectief overleg kan voeren met de zorgverzekeraar over aanvullende financiële middelen voor extra personeel en fysieke ruimte in de huisartsenpraktijk.

3.2 Mogelijkheden voor afstemming en samenwerking

Nascholing en consultatie

De WDH en de Kring zullen nascholing en deskundigheidsbevordering moeten ontwikkelen en stimuleren om huisartsen, assistentes en POH ouderen te bekwamen in de ouderenzorg. PROGEZ kan helpen om samenhangende zorg in de eerste lijn te faciliteren en te ontwikkelen. Kaderhuisartsen ouderengeneeskunde zijn de eerst aangewezen huisartsen om dit proces inhoudelijk mede vorm te geven. Bovendien zijn kaderhuisartsen ouderengeneeskunde bekwaam en bevoegd om in consult te worden geroepen bij ingewikkelde geriatische problematiek in de eerste lijn. Zij sluiten beter aan bij de huisartsgeneeskundige denkwijze en -praktijk dan andere potentiële consulenten zoals de specialist ouderengeneeskunde en de klinisch geriater of internist ouderen. Deze zouden wel ingezet kunnen worden als er klinische diagnostiek nodig is. Er zijn nu nog te weinig kaderhuisartsen ouderengeneeskunde. De Commissie adviseert het Kringbestuur om andere huisartsen waar mogelijk te motiveren en faciliteren om de kaderopleiding ouderengeneeskunde te gaan volgen.

Specialist ouderengeneeskunde en geriater

Samenwerking met specialisten ouderengeneeskunde en geriaters kan een bijdrage leveren aan verbetering van complexe ouderenzorg in het verzorgingshuis en thuis. Belangrijke aandachtspunten voor een goede samenwerking zijn volgens de Commissie:

- Om een onverhoopte domeinenstrijd te voorkomen, raadt de Commissie aan als huisartsgroep eenduidig en strategisch te opereren richting specialisten ouderengeneeskunde, geriaters en ook directies van verpleeg- verzorgingshuizen.
- De samenwerkende artsen moeten elkaar persoonlijk kennen.
- Huisarts en specialist ouderengeneeskunde maken duidelijke afspraken over wie voor wat verantwoordelijk is en hoe de samenwerking verloopt. Leidraad hierbij is dat de specialist ouderengeneeskunde consultatief beschikbaar is en zo nodig als co-behandelaar kan meefunctioneren binnen het functionele kader van de huisartsenpraktijk c.q. het HIS.
- Home teams (multidisciplinair overleg met ergo therapeut, thuiszorg etc.)
- PG (psychogeriatrisch) team van thuiszorginstellingen

Consultatiebureaus voor ouderen

Consultatiebureaus voor ouderen kunnen mogelijk enige klanttevredenheid genereren. Tot op heden is er nooit enige winst op het gebied van lichamelijke of geestelijke gezondheid aangetoond door interventie van het consultatiebureau voor ouderen. In die zin lijkt casefinding en functionele screening door- en implementatie van de POH-ouderen meer perspectiefrijk. De Commissie stelt dat het Consultatiebureau voor ouderen mogelijk een beperkte signalerende functie kan hebben, maar vooral 'ruis' en weinig

“signaal”zal detecteren. De Commissie raadt de Kring aan richtlijnen te maken voor afstemming en eventuele samenwerking tussen huisartsen en consultatiebureaus voor ouderen. Advies hierbij is:

- Pleit bij ouderenbonden en financiers krachtig voor financiering en implementatie van de POH-ouderen. Dit gezien het belang dat zij hechten aan de sleutelpositie van de huisarts en hun kritische houding ten opzichte van de consultatiebureaus.

Overige belanghebbenden

De Commissie raadt de Kring aan om huisartsen te adviseren niet alleen contact te zoeken met, dan wel informatie te verstrekken aan voornoemde zorgverleners, maar ook andere belanghebbenden binnen de ouderenzorg te benaderen. Dit kan op regionaal of lokaal niveau. Denk hierbij aan provincies, gemeenten (WMO), thuiszorgorganisaties (wijkverpleegkundigen) of woningcorporaties die speciale projecten voor senioren ontwikkelen.

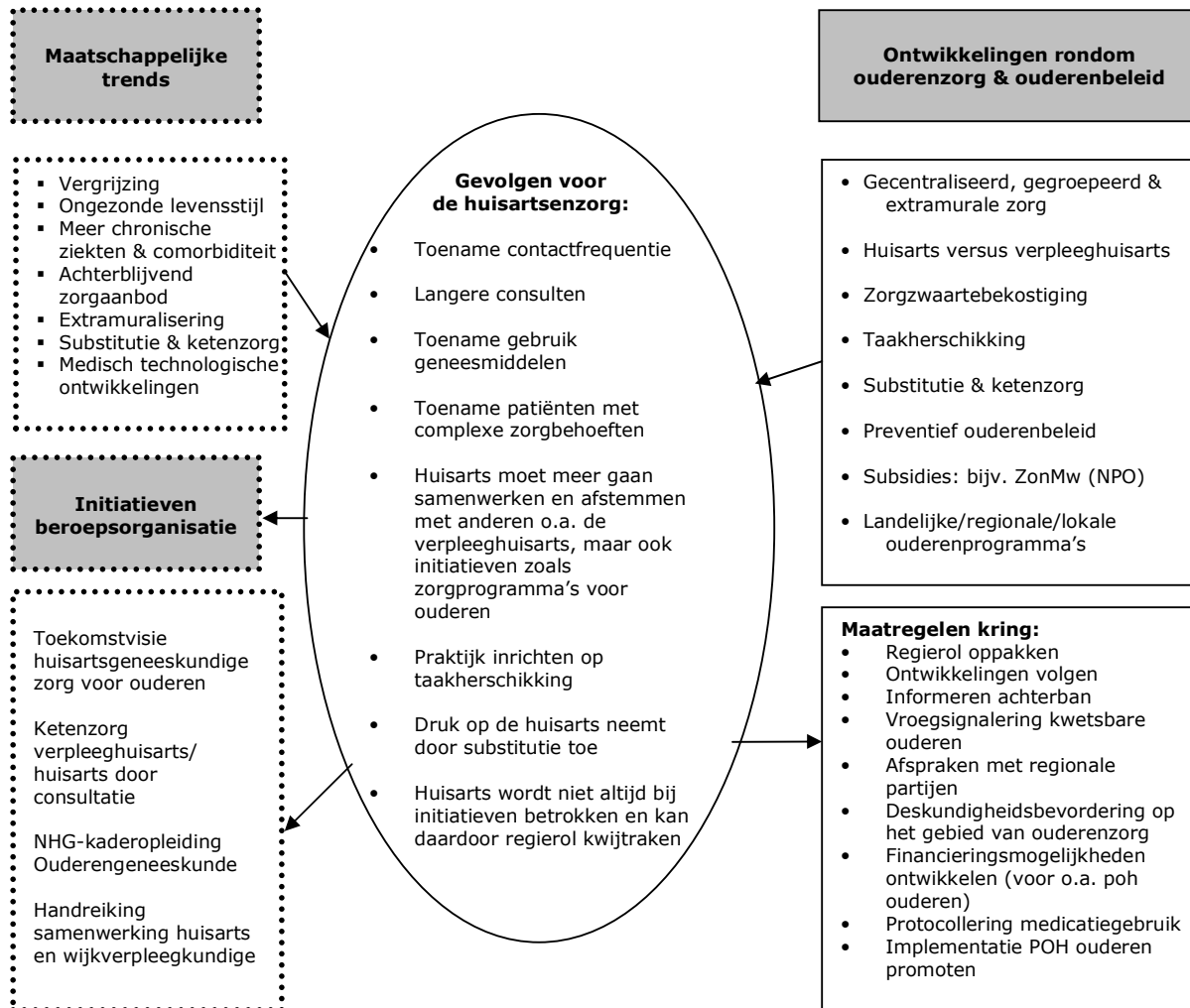
3.3 Conclusies

Uitgangspunt voor de Kring dient te zijn dat de huisarts de aangewezen regiehouder is voor de eerstelijns ouderenzorg. Daarom adviseert de Commissie huisartsen te stimuleren:

- Om te anticiperen op de groeiende zorgvraag van ouderen door in de praktijk maatregelen te treffen:
 - vroegsignalering van kwetsbare ouderen;
 - regie van de zorg voor ouderen met complexe problematiek, zorgplan met proactief beleid;
 - protocollering veilig medicatiegebruik;
 - integrale diagnostiek, samen met andere zorgverleners.
- Om op regionaal en lokaal niveau af te stemmen of samen te werken met de diverse belanghebbenden binnen de ouderenzorg (zorgverlening en welzijn). De Commissie raad het Kringbestuur aan om de POH-ouderen te presenteren als een alternatief voor het Consultatiebureau voor Ouderen.

4 Samenvatting: schematische weergave

Overzicht maatschappelijke ontwikkelingen, beleidsmaatregelen en gevolgen voor de huisarts.



BRONNEN

Bijl, R., Boelhouwer, J., e.a. (2009) *De sociale staat van Nederland 2009*. Den Haag: SCP

Blokstra, A. & Verschuren, W.M.M. (2007) *Vergrijzing en toekomstige ziektelast: Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025*. Bilthoven:RIVM

Capaciteitsorgaan (2004) *Ontwikkeling capaciteit huisartsenzorg 2000-2004-2012: Een tussenrapportage met beleidsscenario's*. Utrecht: Capaciteitsorgaan

Cardol, M., van Dijk, L., e.a. (2004) *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter?* Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM

CBS (2009) *Verschillen in cijfers over huisartscontacten tussen POLS-Gezondheid en de statistiek 'Geregistreerde contacten met de huisarts'*. Den Haag/Heerlen: CBS

CBS (2009) Webmagazine van 1 april 2009 & van 28 april 2003

Den Otter, H.J. & Heida, H.R. (2007) *Primos Prognose 2007: De toekomstige ontwikkeling van bevolking, huishoudens en woningbehoefte*. Delft: ABF Research

LHV, NHG & NVVA (2009) *Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis: Handreiking, samenhangende zorg in de eerste lijn*. Utrecht: LHV

NHG (2007, 31 mei) *NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg: Huisartsgeneeskunde voor ouderen; 'Er komt steeds meer bij'*. Utrecht: NHG

Poelman, B. & van Duin, C. (2010, 12 maart) *Bevolkingsprognose 2009 – 2060*. Den Haag/Heerlen: CBS

Van den Broek, L., De Jong, A., e.a. (2008) *Regionale bevolkings-,allochtonen- en huishoudensprognose 2007-2025*. Den Haag: PBL/CBS

Van Houwelingen, C., e.a. (2007) *Leven in NL 2007: Feiten en ontwikkelingen in Lokaal Nederland*. Den Haag: Sdu Uitgevers