

# Specialist Ouderengeneeskunde naast de Huisarts in de Eerste Lijn: Arts op de Juiste Plek?

November 2021

Iris Wallenburg  
Nienke van Pijkeren  
Jitse Schuurmans  
Roland Bal

# Specialist Ouderengeneeskunde naast de Huisarts in de Eerste Lijn: Arts op de Juiste Plek?

November 2021

Iris Wallenburg  
Nienke van Pijkeren  
Jitse Schuurmans  
Roland bal

# Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
2	Onderzoeksmethoden	6
3	Resultaten	7
4	Discussie	14
	Literatuur	16

# 1 Inleiding

Steeds meer ouderen wonen thuis. Intramurale ouderenzorg is de afgelopen jaren in rap tempo afgebouwd. Ook het nieuwe kabinet zal naar verwachting doorgaan met het streven naar *ageing in place* waarbij mensen zo lang mogelijk thuis wonen, ondersteund door familie, vrienden en burens, als dat niet meer voldoet, gemeenten en zorgverleners. Het recente WRR-advies (WRR 2021) onderschrijft deze beweging; langer thuis is nodig om de houdbaarheid van de zorg in nabije toekomst te verbeteren. De prangende vraag naar het 'hoe' wordt hierbij nog niet concreet beantwoord. De talrijke initiatieven die afgelopen jaren zijn ontplooid om wijkgerichte zorg en de zorg aan huis te verbeteren leveren weliswaar interessante voorbeelden op, maar leren nog (te) weinig over hoe de ouderenzorg op brede schaal moet worden heringericht om thuis wonen daadwerkelijk mogelijk te maken.

Een verschuiving van intramurale zorg naar zorg thuis vraagt om het herijken van de inrichting van de ouderenzorg. De oude verdeling van verpleeghuis, verzorgingshuis en thuis, waarbij de specialist ouderengeneeskunde de complexe zorg in het verpleeghuis verleent en de huisarts samen met de wijkverpleegkundige de zorg in het verzorgingshuis en thuis verzorgt, voldoet niet meer. Specialist ouderengeneeskunde worden steeds vaker geconsulteerd door huisartsen, en in sommige gevallen leveren huisartsen zorg in de VVT-instelling (Schuurmans, Verkaaik, en van Dijk 2021). Tegelijkertijd piepen en kraken deze samenwerkingsvormen omdat ze niet goed zijn ingebed in huidige financieringsvormen. Ook de werkdruk is hoog. Met name huisartsen geven aan dat de zorg aan ouderen in kleinschalige woonvormen een (te) grote belasting vormt. Zij voelen zich soms onvoldoende gesteund en trekken zich terug, wat leidt tot onvoldoende medisch zorg voor deze kwetsbare groep ouderen (LHV 2018).

Afgelopen jaar hebben wij onderzocht hoe de specialist ouderengeneeskunde beter kan worden ingezet in de eerstelijnszorg om de kwaliteit van zorg aan ouderen<sup>1</sup> thuis te verbeteren. Aanleiding voor het onderzoek was de constatering dat specialist ouderengeneeskunde (te) weinig ruimte hebben om zorg in de eerste lijn te leveren door beperkingen en onduidelijkheid in de financiering. De voornaamste oorzaak hiervan is de overheveling van de zorg geleverd door de specialist ouderengeneeskunde aan ouderen thuis naar de Zorgverzekeringswet en daarmee de invoering van de GZSP (Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiënten) waarbij zorgverzekeraars vrijgevestigde specialist ouderengeneeskunde nog beperkt contracteren. Daarnaast maakt dat de aanzuigende kracht van VVT-instellingen met een hoge zorgdruk eraan bijdraagt dat er weinig ruimte is voor specialist ouderengeneeskunde om 'buiten de deur' zorg te verlenen. In het onderzoek stond de vraag centraal wat de (meer)waarde is van de specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijnszorg, en hoe die rol institutioneel beter kan worden ingebed.

Het onderzoek, dat is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van VWS, bestond uit drie delen: (1) expertinterviews en een literatuurstudie naar de (meer)waarde van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn; (2) drie casestudies naar de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de thuissituatie; (3) twee focusgroepen met stakeholders om de (mogelijke) positie van de specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijnszorg verder te verkennen en te concretiseren. Het voorliggende verslag is de weerslag van dit onderzoek. In lijn

---

<sup>1</sup> We spreken in dit onderzoeksverslag over ouderen omdat het onderzoek zich daarop richtte, maar in werkelijkheid betreft het de bredere zorg aan chronische zieken thuis en in kleinschalige woonvormen met een hoge en veelal complexe zorgvraag.

met de omvang van de opdracht is het verslag beperkt van omvang, maar biedt het wel belangrijke handvatten voor vervolgdiscussies en beleid. Later dit jaar zal, ter afronding van een meerjarig onderzoeksproject naar duurzame medische zorg voor ouderen, een uitgebreide rapportage verschijnen waar we het voorliggende onderzoek deel van laten zijn. In die rapportage gaan we uitgebreider in op hoe de ouderenzorg in regionaal verband kan worden georganiseerd om zo beter gebruik te kunnen maken van beschikbare capaciteit om de zorg persoonsgericht ('juiste zorg') en plaats afhankelijk ('juiste plek') te kunnen leveren.

Dit onderzoeksverslag is als volgt opgebouwd. Allereerst geven we een korte beschrijving van de onderzoeksmethode. Vervolgens bespreken we de bevindingen die we stapsgewijs hebben opgehaald, waarbij we eerst de rol van de specialist ouderengeneeskunde hebben onderzocht en vervolgens hebben gekeken naar de institutionele inbedding en de kansen en belemmeringen die zich daarin voordoen. We nemen daarbij ook inzichten uit eerder onderzoek naar de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn mee. Tenslotte geven we een reflectie op de bevindingen en geven we een aantal aanbevelingen voor beleid en praktijk.

## 2 Onderzoeksmethoden

Het onderzoek is uitgevoerd in drie fasen. In de eerste fase is door middel van deskresearch wetenschappelijke en professionele literatuur in kaart gebracht over de rol van de specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijnszorg. Daarbij is zowel naar de Nederlandse als internationale literatuur gekeken. Om dit overzicht te complementeren zijn interviews gehouden met experts uit het veld. Hierbij is gesproken met Verenso (N=2) en met specialisten ouderengeneeskunde (N=3), Zorgverzekeraars Nederland (N=2) en de NZa (N=2). De inzichten zijn besproken met de stuurgroep, bestaande uit ambtenaren van het Ministerie van VWS en de directeur van Verenso.

Vervolgens zijn op basis van de interviews en in overleg met de stuurgroep drie casus geselecteerd om een diepte-inzicht te krijgen in de manieren waarop specialisten ouderengeneeskunde momenteel in de eerstelijnszorg werkzaam zijn, wat daarbij bevorderende en beperkende factoren zijn, en welke mogelijkheden stakeholders in de praktijk zien voor de specialist ouderengeneeskunde in de thuissituatie. De geselecteerde casus waren 'maximaal verschillend' (Creswell 1998) waarbij is gekeken naar verschillende organisatievormen voor de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn. Hierbij is een maatschap van specialisten ouderengeneeskunde geïncorporeerd (casus in Friesland), en twee casus waarbij specialisten ouderengeneeskunde in netwerken met huisartsen en VVT-instellingen werken (in Drenthe en Utrecht). Tijdens de casestudies werden we gewezen op een maatschap in Brabant van zes specialisten ouderengeneeskunde die deels in de VVT werken en vanuit de VVT ook werkzaam zijn in de eerstelijnszorg, en die er niet in geslaagd zijn dit via de GZSP te organiseren. Met zowel de grootste zorgverzekeraar als met een van de oprichters van deze maatschap zijn interviews uitgevoerd om de ervaren problematiek mee te kunnen nemen in de analyse – iets wat onze 'sneeuwballende' onderzoeks aanpak illustreert om zo in korte tijd diepgaand inzicht te krijgen in de kwesties die spelen. Het regelmatige contact met de stuurgroep en de focusgroepen met daarin landelijke sleutelactoren vormde hierbij een belangrijke membercheck.

In de focusgroepen zijn vertegenwoordigers van de genoemde actoren met elkaar in discussie gegaan aan de hand van de bevindingen uit de eerdere onderzoeksfasen en daaruit geformuleerde stellingen. Dit leverde rijke discussies op die meer diepte-inzicht hebben gegeven in de problematiek. De bevindingen zijn vervolgens teruggekoppeld naar de stuurgroep.

Vanwege de Coronamaatregelen hebben alle gesprekken telefonisch of online plaatsgevonden. Dit hebben we soms ervaren als beperkend omdat de fysieke afstand het lastiger maakt signalen op te vangen en door te vragen op meer gevoelige thema's of ervaringen. Tegelijkertijd waren de gesprekken levendig en veelzijdig en werd er tijdens de focusgroepen diepgaand gediscussieerd. Het bredere en al langer lopende onderzoek naar Duurzame Medische Zorg in de Regio (Wallenburg et al. 2020) maakt ook dat we de bevindingen in dit onderzoek kunnen relateren en staven aan reeds opgedane kennis over het thema. Dit versterkt de validiteit van de in dit verslag beschreven bevindingen.

# 3 Resultaten

## Rol specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn

Een uniforme bevinding uit het onderzoek is dat de specialist ouderengeneeskunde een belangrijke toegevoegde waarde heeft in de thuissituatie. Dit speelt met name in situaties waarin een cliënt achteruitgaat en de druk op de mantelzorg en huisarts toeneemt. Een specialist ouderengeneeskunde wordt meestal door een huisarts ingeschakeld voor een consult. Dit kan 'even meedenken' zijn, of een huisbezoek om de huidige en verwachte toekomstige zorgvraag in kaart te brengen. Daarnaast heeft de specialist ouderengeneeskunde een rol in de diagnostiek, bijvoorbeeld in het geval van dementie. Dit kan een traject in het ziekenhuis voorkomen, wat meer rust geeft aan de patiënt en mantelzorg, en ziekenhuiskosten bespaart. Een andere bijdrage die veel werd genoemd is *advance care planning*. De specialist ouderengeneeskunde kan vanuit de kennis over het ziekteverloop en de specifieke situatie van de patiënt een zorgtraject in gang zetten en daarbij de hulp inschakelen van de thuiszorg en paramedici, soms ook vanuit de VVT-instellingen (zie hieronder bij de casestudies). Respondenten zien in deze rol een belangrijke, aan de huisarts ondersteunende functie van de specialist ouderengeneeskunde. Ook het voorschrijven en monitoren van medicatie maakt hier onderdeel van uit. In enkele gevallen blijft de specialist ouderengeneeskunde langer bij het zorgproces betrokken, bijvoorbeeld als wordt besloten tot een tijdelijke opname in het verpleeghuis. In de meeste gevallen is de betrokkenheid echter tijdelijk en neemt de huisarts de zorg weer over.

## Specialist ouderengeneeskunde is uniek

In vergelijking met andere landen is de rol van de specialist ouderengeneeskunde in Nederland uniek (Hoek et al. 2003). Hoewel de behoefte aan expertise over ouderen in veel landen snel toeneemt, is het aantal specialisten beperkt. In bijvoorbeeld de Verenigde Staten en Canada zijn er geriatische psychiaters die werkzaam zijn in de tweedelijnszorg die soms in consult worden geroepen. Veelal zijn het (gespecialiseerde) huisartsen die de zorg op zich nemen samen met (wijk)verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten (Schols, Crebolder, en van Weel 2004; Hum et al. 2014; Russ, Calvert, en Morling 2012; Boman et al. 2019). In Scandinavische landen worden sinds enkele jaren specialisten ouderengeneeskunde opgeleid naar Nederlands voorbeeld (interview specialist ouderengeneeskunde). Dit gebeurt echter niet op grote schaal. Nederland heeft wat dat betreft een bijzondere positie.

Hoewel er in een aantal regio's een (dreigend) tekort aan specialisten ouderengeneeskunde is in de intramurale zorg, en dit ook daadwerkelijk een probleem vormt voor de beschikbaarheid van zorg voor kwetsbare ouderen, worden tegelijkertijd initiatieven genomen om de specialist ouderengeneeskunde breder in te zetten (Schuurmans 2010; Wallenburg et al. 2020). Dit gebeurt nog niet op grote schaal. In interviews gaven specialisten ouderengeneeskunde aan dat de ruimte om in de eerste lijn te werken beperkt is door de declaratieregels van zorgverzekeraars, die ook nog eens verschillen tussen zorgverzekeraars, en door de aanzuigende werking van het verpleeghuis waar een steeds complexere groep patiënten wordt opgenomen en behandeld. We hebben in drie casestudies onderzocht welke ruimte een specialist ouderengeneeskunde heeft om in de eerste lijn te werken, en welke randvoorwaarden daarvoor nodig zijn. De uitkomsten hebben we vervolgens voorgelegd aan de stuurgroep en twee focusgroepen met een brede samenstelling van beleidsactoren en zorgprofessionals. De

focusgroepen hadden tot doel de inbedding van de specialist ouderengeneeskunde in het zorgstelsel nader te verkennen: welke rol kan de specialist ouderengeneeskunde hebben in de eerstelijnszorg, en onder welke voorwaarden? We werken dit hieronder verder uit.

### Lessen uit de praktijk

In overleg met de stuurgroep hebben we drie verschillende praktijken onderzocht waarin specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn werkzaam zijn (zie overzichtstabel). Uitgangspunt was dat deze praktijken van elkaar verschillen in financiering en inbedding in de organisatie van zorg. Op die manier hebben we geprobeerd inzicht te krijgen in belemmerende en bevorderende factoren voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de thuissituatie. De eerste case is de **Integrale Ouderenzorg Drenthe**, waar samenwerkende huisartsen (136 praktijken) en VVT-instellingen gezamenlijk optrekken om de medische capaciteit in de eerste lijn en de VVT optimaal in te zetten. Belangrijk aspect is hier dat de VVT-instellingen de ouderenzorg 'buiten de muren' als een regionale verantwoordelijkheid zien; de zorg thuis is iets wat om continuïteit en een structurele inzet van gespecialiseerd zorgprofessionals vraagt. Bestuurders en specialisten ouderengeneeskunde in deze regio vinden dat de ouderen thuis ook de verantwoordelijkheid van de VVT zijn als de huisarts om ondersteuning vraagt. Gezien het toenemend aantal ouderen en de druk op de huisartsen wordt hier gezamenlijk opgetrokken. Er is geïnvesteerd in het contact tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde en er zijn verpleegkundig specialisten aangetrokken om de continuïteit van zorg binnen de VVT-instelling te borgen. Daarnaast zijn verpleegkundigen en verzorgenden in de VVT-instellingen getraind in het uitvoeren van triage en het oppakken van niet-complexe zorgproblemen. Dit geeft de specialisten ouderengeneeskunde ruimte om consulten bij huisartsen doen. Consulten zijn in eerste instantie telefonisch of digitaal. Indien nodig kan de betrokkenheid worden opgeschaald, bijvoorbeeld door een huisbezoek of tijdelijke opname in het verpleeghuis. De praktijkondersteuner (POH) speelt hierbij een belangrijke rol als zorgcoördinator. Daarnaast is er een zorgmanager aangesteld om de samenwerking tussen de VVT en de huisartsen te organiseren en te faciliteren, onder andere in contact met de zorgverzekeraar en het zorgkantoor. Deze coördinerende en faciliterende rollen worden belangrijke succesfactoren genoemd voor de samenwerking. Een andere succesfactor is de nauwe betrokkenheid van de VVT-instellingen, het zorgkantoor en de zorgverzekeraar waarbij ontwikkelgeld ter beschikking is gesteld ten behoeve van ondersteunde werkzaamheden en multidisciplinair overleg. De bestuurders van de VVT-instellingen spelen een belangrijke rol in het beschikbaar stellen van ondersteunde capaciteit (bijvoorbeeld secretariael).

In de casus in regio Noordwest **Friesland** is er sprake van vrijgevestigde praktijk (maatschap), genaamd **Ouderenpraktijk Friesland**, bestaande uit drie specialisten ouderengeneeskunde die consulten doen voor huisartsen en bij woonvoorzieningen zonder specialist ouderengeneeskunde. In een aantal gevallen is daarbij sprake van medebehandeling. Initieel was het plan dat huisartsen de specialist ouderengeneeskunde zouden inschakelen op basis van de Groningen frailty Index, die gericht is op cliënten van 75 jaar en ouder. In de praktijk gebeurt dit echter nauwelijks, en worden specialisten ouderengeneeskunde vooral geconsulteerd door een huisarts of de POH als deze tegen problemen in de behandeling aanlopen. Soms leggen casemanagers of zorgverleners een verzoek bij de huisarts neer voor een consult van de specialist ouderengeneeskunde. De specialisten ouderengeneeskunde in deze casus lopen er tegenaan dat zij slechts beperkt gecontracteerd worden door de zorgverzekeraar. Daarbij speelt het probleem dat de voorwaarden in de contracten zich richten op grote VVT-instellingen; een kleine maatschap kan hier niet aan voldoen. De maatschap heeft nu een contract met één zorgverzekeraar; cliënten die bij een andere zorgverzekeraar zijn aangesloten krijgen een factuur toegestuurd om de niet gecontracteerde zorg vergoed te krijgen. De specialisten ouderengeneeskunde vinden dit zeer onwenselijk gezien de beperkte belastbaarheid van



patiënten en mantelzorgers. Ook de zorg in VVT-instellingen aan Wlz-cliënten zonder behandeling blijkt in de praktijk lastig; dit kan alleen in die instellingen waarmee een samenwerkingsovereenkomst is afgesloten. Voor Wlz-cliënten zonder behandeling buiten de regio (en waar de samenwerkingsovereenkomst niet geldt) is geen vergoeding mogelijk. In vergelijking met Drenthe is in deze regio geen sterk netwerk aanwezig waarbij huisarts, VVT, de zorgverzekeraar en de specialist ouderengeneeskunde elkaar snel weten te vinden. De samenwerking vraagt extra inspanning terwijl de werkdruk al hoog is. Tegelijkertijd geven huisartsen aan dat de specialist ouderengeneeskunde een belangrijke rol heeft in het houdbaar maken van de zorg aan huis, met name in die gebieden waar minder zorgvoorzieningen zijn en ouderen relatief nog langer thuis wonen.

In **Utrecht**, tenslotte, hebben we gekeken naar het initiatief **ONUe**; een netwerk van geriatrisch zorgverleners bestaande uit een specialist ouderengeneeskunde en een GZ-psycholoog die wordt ingezet voor consultatie en medebehandeling. De GZ-psycholoog en specialisten ouderengeneeskunde zijn in dienst van de VVT-instellingen. Vrijwel alle regionale huisartsenpraktijken zijn bij het netwerk aangesloten. Dit wordt actief ondersteund door het zorgkantoor en de zorgverzekeraar. Net als in Drenthe is in deze regio ingezet op het versterken van de zorgteams binnen de VVT om zo de artsen meer ruimte te geven buiten de instelling te werken. Specialist ouderengeneeskunde spreken hier over de eerste lijn als 'een extra VVT-afdeling'; het hoort bij het werk en vraagt continue aandacht. Ook in deze casus speelt taakherschikking een belangrijke rol om de intramurale zorg te verlenen en de samenwerking tussen VVT en eerstelijnszorg mogelijk te maken.

## **Inzichten uit eerder uitgevoerd onderzoek**

### *Praktijk Ouderengeneeskunde Velp, MESO-zorg*

We hebben in dit onderzoek gekozen om ons specifiek te richten op initiatieven die niet eerder uitgebreid zijn onderzocht. Wel zijn een aantal resultaten uit voorgaand onderzoek relevant om hier te benoemen. We hebben deze actoren ook gesproken (in de interviews dan wel de focusgroep). Een in de praktijk veel aangehaald voorbeeld is die van MESO-zorg (Multidisciplinaire Eerstelijnszorg met een Specialist Ouderengeneeskunde), waarin de praktijk van specialist ouderen geneeskunde en pionier Esther Bertholet een belangrijke rol heeft. MESO-zorg richt zich op ouderen met (hoog)complexe problematiek in de thuissituatie. Dit gebeurt op verwijzing van en in samenwerking met de huisarts. De focus is zowel op medisch zorg als sociale problematiek. De zorg wordt gefinancierd uit de experimenteerruimte van zorgverzekeraars; momenteel uit de experimentruimte van de GZSP. De mogelijkheden vanuit de GZSP zelf zijn onvoldoende om de geboden zorg te bekostigen. Uit onderzoek van MESO-zorg blijkt dat de inzet van de praktijk ouderengeneeskunde in de eerste lijn bij minimaal 60% van de ouderen met complexe problematiek de opname in een verpleeghuis minimaal een half jaar heeft uitgesteld (Bertholet, Barnhoorn, and Kodde 2014). Door de aanwezigheid van MESO-zorg verwijzen huisartsen in Velp aanzienlijk minder naar tweede lijn<sup>2</sup> (Barnhoorn and Bertholet 2015). In het interview met de NZa gaven medewerkers aan dat dergelijk onderzoek naar de bekostiging en opbrengsten belangrijk is voor de doorontwikkeling van de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijnszorg. Volgens de NZa zijn de voorbeelden naar de inzet nu beperkt tot een enkel initiatief ("N=1"), wat het lastig maakt om op basis hiervan landelijke aanpassingen in de bekostiging door te voeren. MESO-zorg is in opdracht van VWS bezig met

---

<sup>2</sup> In 27 maanden tijd zijn volgens het onderzoek 125 verwijzingen voorkomen, waardoor minimaal €385.000 meerkosten ten opzichte van de 1<sup>e</sup> lijn zijn bespaard. Daarnaast beleven 56 ouderen gemiddeld 8 maanden langer thuis, waarmee ruim €800.000 per jaar is bespaard (2015).

een onderzoek om de meerwaarde van de geleverde zorg te onderbouwen. MESO-zorg hoopt zo te komen tot een eigenstandige betaaltitel voor de eerstelijnszorg.

### *Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde Amsterdam*

De Praktijk Ouderengeneeskunde Amsterdam heeft als missie om de ouderengeneeskunde naar de eerste lijn te brengen; dit wordt gedaan door de inzet van een specialist ouderengeneeskunde of een verpleegkundig specialist-ouderenzorg in de eerste lijn (Bastiaans, Hertogh, and Wendrich 2021). De Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde biedt consultatie, medebehandeling en een observatieopname aan. Diverse samenwerkingsverbanden tussen huisartspraktijken en specialisten ouderengeneeskunde zijn hiermee bezig. De komende tijd wil men met dit onderzoek meer inzicht krijgen in de behoefte en hulpvraag vanuit huisartsenpraktijken. Daarnaast is het doel om in 2021 samen met de grootste zorgaanbieders in Amsterdam en omgeving (o.a. Amsta, Amstelring, Cordaan, ZGAO, ZHGA), het netwerk van specialisten ouderengeneeskunde, de Amsterdamse Huisartsenalliantie, Elaa en het Amsterdam UMC een stedelijk programma op te zetten waarin de stedelijke organisatie en praktijkvoering van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn wordt uitgewerkt. Daarnaast wordt nadruk gelegd op het belang van de verbinding met het onderwijs en de opleiding. Het kan naar verwachting helpen al vroeg in de opleidingen geneeskunde en verpleegkunde, en later in de vervolgopleiding (ouderengeneeskunde, huisartsgeneeskunde, verpleegkundig specialist-ouderenzorg) de werkomgeving van de eerste lijn te positioneren. Evenals in enkele van onze casestudies wordt aangegeven dat de focus nu nog vooral op het intramurale werk gericht is, waardoor de specialisten ouderengeneeskunde niet de mogelijkheid krijgt om zich te profileren in de eerstelijnszorg. Deze werkzaamheden worden “erbij gedaan” en vinden vaak plaats tussen andere werkzaamheden door. Dit staat erkenning en onderbouwing van de toegevoegde waarde in de weg. Het is volgens de onderzoekers van belang dat de specialist ouderengeneeskunde structureler kan worden ingezet in de eerste lijn, met een brede inzet op verschillende zorgvragen en verschillende huisartspraktijken.

### **Institutionele inbedding van de specialist ouderengeneeskunde**

In de laatste fase van het onderzoek hebben we de bevindingen voorgelegd aan de twee focusgroepen bestaande uit vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en zorgkantoren, Zorgbelang, het Ministerie van VWS, de NZa, specialisten ouderengeneeskunde (in loondienst en vrijgevestigd), InEen en zorgmanagers. De gevarieerde samenstelling van de focusgroepen maakte dat er levendige discussies gevoerd werden over de rol en institutionele inbedding van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn en VVT. In beide focusgroepen waren de deelnemers, net als tijdens de eerste ronde van expertinterviews, het erover eens dat de specialist ouderengeneeskunde van toegevoegde waarde is in de zorg aan ouderen thuis. Met name de aandacht voor diagnostiek, *advance care planning*, preventieve zorg en het ontlasten van de huisarts worden als belangrijke waarden genoemd. Dankzij de inzet van de specialist ouderengeneeskunde kunnen ouderen langer thuis blijven wonen, kunnen ziekenhuisopnamen worden voorkomen en is er meer aandacht voor de behoeften van mantelzorgers (van Twillert 2018; Hoek et al. 2003). Dit is echter niet alleen de verdienste van de specialist ouderengeneeskunde, maar ook van de multidisciplinaire zorg (wijkzorg, paramedische zorg, casemanager dementie) die met de komst van de specialist ouderengeneeskunde vaak worden ingezet. Zorgverzekeraars gaan er daarbij vanuit dat de inzet van de specialist ouderengeneeskunde een tijdelijke is; het ondersteunt de huisarts in het inzetten van gepaste zorg, waarna de huisarts dit ook bij andere patiënten kan uitvoeren. Specialist ouderengeneeskunde en huisartsen spreken dit echter tegen: de complexiteit van de zorg maakt dat bij iedere patiënt weer nieuwe afwegingen moeten worden gemaakt, en naarmate een specialist ouderengeneeskunde en huisarts meer samenwerken groeit de aandacht voor andere

kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk en wordt meer ingezet op preventieve zorg. De intensiteit van de samenwerking neemt dus toe, maar daarmee wordt ook tegemoetgekomen aan de politieke en beleidsmatige wens om de zorg zo lang mogelijk thuis te verlenen en in te zetten op preventie.

Een centrale bevinding uit het onderzoek is dat specialisten ouderengeneeskunde vinden dat de ruimte om eerstelijnszorg te verlenen nu te beperkt wordt gehouden door de zorgverzekeraar. Zij wensen meer ruimte en financiering om van toegevoegde waarde te kunnen zijn en een zorgaanbod te ontwikkelen voor kwetsbare ouderen thuis, samen met de eerstelijnszorgaanbieders. Dit moet helpen om ouderen langer thuis te kunnen laten wonen en het welzijn, ook dat van de mantelzorger, te verbeteren. Zorgverzekeraars reageerden hier terughoudend op. Zij maken zich zorgen over het tekort aan medische capaciteit in de VVT-instellingen, en dan met name bij de kleinschalige woonvoorzieningen waar de zorg complexer wordt. Huisartsen zijn veelal terughoudend om hier de zorg op zich te nemen. Meer ruimte geven aan de specialist ouderengeneeskunde zou het capaciteitsprobleem binnen de VVT kunnen vergroten. Zorgverzekeraars gaven aan meer te zien in de institutionele inbedding van de specialist ouderengeneeskunde in de VVT, om vandaaruit de zorg thuis verder te organiseren en financieringsmogelijkheden te verbeteren. Dit helpt om te sturen op kwaliteit van zorg, zowel intra- als extramuraal. Ook willen zorgverzekeraars meer kunnen sturen op integrale zorgverlening. De specialisten ouderengeneeskunde wensen juist meer ontwikkelruimte, en stellen dat ook vanuit een zelfstandige positie de zorg in de VVT kan worden geleverd. Zij pleiten voor een gemengd model waarbij specialisten ouderengeneeskunde in de VVT en als zelfstandig ondernemer werkzaam zijn.

Deze tegenstelling kwam in zowel de interviews als de focusgroepen duidelijk naar voren. Er is meer aandacht nodig voor de discussie over institutionele inbedding, juist omdat deze een aantal spanningen in de huidige organisatie van ouderenzorg blootlegt. We sluiten dit onderzoeksverslag af met een analyse van de institutionele spanning in de ouderenzorg, en de waardenconflicten die hieraan ten grondslag liggen.

## **Beschikbaarheid Medisch Generalistische Zorg is Struikelblok**

Het onderzoek legt de spanning bloot tussen de eerstelijnszorg en de intramurale zorg. Ouderen wonen langer thuis en dit vraagt om meer gespecialiseerde kennis in de eerste lijn. Ook om de toch al hoge druk op huisartsen te verminderen. Het risico daarbij is dat de druk op de intramurale zorg gaat toenemen. De angel lijkt vooral te zitten in de (kleinschalige) VVT-instellingen waar Wlz-zorg zonder behandeling wordt verleend, iets dat onder de verantwoordelijkheid van de huisartsen valt. Huisartsen zijn echter van mening dat de zorgvraag veelal te complex is (en steeds complexer wordt) en de verpleegkundige zorg daarvoor (nog) tekortschiet. Zorgverzekeraars, en ook de overheid, ervaren hier een tekort aan medisch generalistische zorg. De specialist ouderengeneeskunde zou hier een grotere rol kunnen spelen, ook om de huisarts bij te staan. Zorgverzekeraars en zorgkantoren willen hierop kunnen sturen. Grotere VVT-instellingen zijn op hun beurt bang om specialisten ouderengeneeskunde te verliezen aan de eerstelijnszorg terwijl ook daar de zorgvraag komende jaren gaat toenemen. Hiermee houden partijen elkaar vast en is de ruimte om te vernieuwen voor de specialist ouderengeneeskunde (te) beperkt. Het waardenconflict dat hier speelt betreft het behoud van gespecialiseerde zorg binnen de VVT met daarnaast de behoefte van zorgverzekeraars om te kunnen sturen op de inzet van de specialist ouderengeneeskunde, en de behoefte van specialisten ouderengeneeskunde om de ruimte te krijgen een passend zorgaanbod te ontwikkelen voor een (nieuwe) groep patiënten met een diverse zorgvraag die zich zowel in een instelling als thuis manifesteert. Beperken en sturen op de inzet van de specialist ouderengeneeskunde enerzijds, en ruimte om mee te bewegen met het 'juiste zorg op de juiste plek' beleid anderzijds staan hier op gespannen voet.

	ONUe (Utrecht)	Ouderenpraktijk Friesland (Noordwest Friesland)	Integrale Ouderenzorg Drenthe (Drenthe)
<b>Typering</b>	Netwerk geriatrisch zorgverleners (SO, GZ-psycholoog)	Maatschap van 3 SO's	Integrale Ouderenzorg Drenthe/ Huisartsenzorg Drenthe
<b>Type zorg</b>	Consult en medebehandeling	Consult en medebehandeling op aanvraag huisarts (en POH)	Van consult tot medebehandeling (eventueel tijdelijk verblijf)
<b>Organisatie van zorg</b>	Ingebed in VVT: eerste lijn is "extra afdeling"	MDO, consult bij patiënt, verwijst naar SO	Coördinatie door huisartsenzorg Drenthe, SO vanuit VVT
<b>Samenwerking</b>	Alle regionale huisartsenpraktijken (50-60)	Huisartsen en woonzorginstellingen zonder SO (laatste alleen via regionale samenwerkingsovereenkomst)	Huisartsen in Drenthe (140 huisartsenpraktijken)
<b>Financiering</b>	GZSP, Wlz, 'organizing money', 'leunen op VVT'	GZSP, Wlz	GZSP, projectgelden
<b>Voorwaarden/ bijzonderheden</b>	Sterk zorgteam intramuraal; gedeelde medische dossiers; periodiek overleg ONUe, ZK, ZV	Geen sterk regionaal netwerk, tekort aan intramurale zorgverlening, lastig om aan eisen zorgverzekeraar te voldoen als kleine maatschap	Sterke rol POH en projecteider, regionale en provinciale ondersteuning, taakherschikking intramuraal

## 4 Discussie

Het onderzoek en daarin beschreven casuïstiek biedt een aantal belangrijke inzichten. Het laat ten eerste zien dat de specialist ouderengeneeskunde een veelbelovende maar structureel nog beperkte rol heeft in de eerstelijnszorg. Kwetsbare ouderen wonen langer thuis en cliënten en mantelzorgers hebben behoefte aan gespecialiseerde zorg die een huisarts lang niet altijd kan bieden. De specialist ouderengeneeskunde heeft hier een belangrijke toegevoegde waarde, niet in de laatste plaats doordat de specialist ouderengeneeskunde het ziekteproces kan overzien en hierop kan interveniëren (door medicatie te geven, door andere zorgverleners te betrekken). In de praktijk lukt het echter nog niet om deze rol goed vorm te geven. Zorgverzekeraars contracteren nog maar mondjesmaat de zorg van specialisten ouderengeneeskunde in de eerstelijnszorg en VVT-instellingen laten veelal beperkt ruimte aan de specialist ouderengeneeskunde om 'buiten de deur' te werken. Op plekken waar dit wel gebeurt, zoals in Drenthe, wordt een brede maatschappelijke verantwoordelijkheid ervaren om de zorg zowel thuis als in de VVT-instelling goed te organiseren.

Het onderzoek laat verder zien dat een grotere rol van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn gevolgen kan hebben voor de intramurale zorg omdat de totale capaciteit aan specialisten ouderengeneeskunde beperkt is. Het vraagt om meer inzet van verpleegkundig en verzorgend personeel. Het trainen van verpleegkundigen en verzorgenden in het triageren van de zorgvraag en het behandelen van niet complexe zorgproblemen biedt naar verwachting ruimte aan specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen om breder zorg te kunnen verlenen en de werkdruk te verminderen.

Ten derde laat de casuïstiek het belang zien van de samenwerking van zorgkantoren en zorgverzekeraars in het faciliteren van de ouderenzorg in de regio. De ouderenzorg gaat steeds vaker over de institutionele domeinen van de Wlz, Zvw en ook Wmo heen. Dit vraagt om creativiteit en samenwerking om de zorg vorm te geven. Dit vereist ook de ruimte, zowel in financieringsmogelijkheden als in het creëren en ondersteunen van nieuwe organisatievormen die past bij regionale zorgbehoeften en beschikbare zorgcapaciteit. Het onderzoek laat zien dat die ruimte vooralsnog beperkt is uit angst nog meer medische capaciteit binnen de VVT te verliezen, en de scheve verdeling van specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen over de VVT-instellingen te vergroten. Hier ligt tegelijkertijd een begin van een oplossing. Door sterker in te zetten op regionale zorgverlening en verantwoordelijkheid worden zorgverleners, financiers en beleidsmakers uitgedaagd de zorg breder vorm te geven en niet alleen naar de eigen zorginstelling of zorgorganisatie te kijken. Dit biedt naar verwachting een bredere toegang tot zorg, en maakt dat huisartsen meer steun kunnen krijgen bij complexe zorg thuis en in binnen kleinschalige woonvormen. De specialist ouderengeneeskunde kan hierbij een aanjagende, verbindende en zorg-innoverende rol spelen.

We sluiten af met een aantal aanbevelingen voor het beleid en de praktijk. Voor het ministerie van VWS, de zorgkantoren en zorgverzekeraars is het van belang meer ruimte te creëren voor de specialist ouderengeneeskunde om structureel in de eerste lijn te gaan werken. Dit vereist een toegesneden financieringsmodel dat ruimte biedt aan de specialist ouderengeneeskunde om zorg op maat te leveren – een 'maat' die regionaal verder invulling kan krijgen afhankelijk van de zorgbehoefte en het zorgaanbod in de regio. De mogelijkheden hiertoe zijn nu te beperkt en te veel georganiseerd vanuit het huidige, op intramurale zorg gerichte financieringsmodel. De specialist ouderengeneeskunde zal rekenschap moeten afleggen over de ontwikkeling van

deze nieuwe, meer uitgebreide rol. Dit vereist meer inzicht in de zorg die de specialist ouderengeneeskunde verleent. Zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben nu nog onvoldoende inzicht in de activiteiten en kosten van de specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijnszorg. Van bestuurders van VVT-instellingen vraagt dit structureel ruimte te creëren om de specialist ouderengeneeskunde buiten de instelling te laten werken. De casestudies laten zien dat ondersteuning vanuit de VVT (bijvoorbeeld secretariael, maar ook inzet van paramedici) het mogelijk maakt om de afstand tussen eerstelijnszorg en intramurale zorg te verkleinen en de werkdruk van de specialist ouderengeneeskunde te verminderen. Ook hier zijn toegesneden financieringsafspraken met het zorgkantoor en de zorgverzekeraar van belang. Ontschotting van financiering is daarbij van groot belang.

Een verschuiving naar de eerstelijnszorg kan er in de huidige werkvorm toe leiden dat de krapte aan medische capaciteit intramuraal verder toeneemt. Verplaatsing van zorg en het versterken van zorgteams gaan hand in hand. Taakherschikking, zoals meer en een betere inzet van medische verpleegkundig specialisten, basisartsen en physician assistants, het aanstellen van (kwaliteits)verpleegkundigen, triageverpleegkundigen en het opleiden van verzorgenden in klinisch redeneren zijn essentieel om verplaatsing van medische zorg naar de eerste lijn mogelijk te maken. Hier ligt een taak voor verschillende partijen; voor de overheid om taakherschikking verder te stimuleren, voor bestuurders om middelen vrij te maken om verpleegkundigen en verzorgenden op te leiden, en voor Verenso en de V&VN om deze ontwikkeling actief te stimuleren.

Tot slot; dit onderzoek was kleinschalig en inventariserend. Het onderzoek laat (wederom) zien dat de druk op de ouderenzorg groot is en dat er weliswaar stappen zijn gezet om 'zorg op de juiste plek' mogelijk te maken, maar ook dat deze nog niet volstaan. De ervaren krapte maakt dat actoren voorzichtig zijn structurele veranderingen in gang te zetten waarmee het gevaar dreigt dat het 'van alles te weinig is'. Het afleggen van rekenschap en het voortdurend volgen van ingezette veranderingen in termen van effectiviteit, kosten, werktevredenheid en patiënttevredenheid is daarom van groot belang. Hierbij kan gedacht worden aan het opzetten van een platform waarin 'goede voorbeelden' en knelpunten worden gedeeld tussen betrokken actoren, en het op basis hiervan aanpassen van regelgeving en financieringsafspraken. Daarbij zal voortdurend gezocht moeten worden naar een balans tussen 'regionale passendheid' en dus variëteit, en landelijke structuren die duidelijkheid geven aan partijen in het veld om de ouderenzorg op maat in te richten.

# Literatuur

- Barnhoorn, Herma, en Ester Bertholet. 2015. "Praktijk Ouderengeneeskunde Velp." *BijBlijven Springer*.
- Bastiaans, F.J., C.M.P.M. Hertogh, en B.B. Wendrich. 2021. *Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde Amsterdam - Geactualiseerde Maatschappelijke businesscase 2015-2021*. Amsterdam UMC (Amsterdam).
- Bertholet, Ester, Herma Barnhoorn, en Henriëtte Kodde. 2014. *Handreiking Multidisciplinaire Ouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde in de eerste lijn*.
- Boman, E., A.L. Glasberg, R.L. Malmberg, en L. Fragerström. 2019. "'Thinking outside the box': advanced geriatric nursing in primary health care in Scandinavia." *BMC Nursing* 18 (25): 1-9.
- Creswell, J. W. 1998. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Vol. Book, Whole. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hoek, J.F., M.W. Ribbe, C.M.P.M. Hertogh, en C. van der Vleuten. 2003. "The role of the specialist physician in nursing homes: the Netherlands' experience." *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18: 244-249.
- Hum, S., C. Cohen, M. Persaud, J. Lee, N. Drummond, W. Dalziel, en N. Pimlott. 2014. "Role expectations in dementia care among family physicians and specialists." *Can Geriatr J.* 17 (3): 95-102.
- LHV. 2018. "Waar ligt de grens bij kleinschalige woovormen?".
- Russ, T.C., L. Calvert, en J.R. Morling. 2012. "Attitudes to shared care for patients with dementia: a survey of general practitioners." *Dementia* 12 (5): 606-618.
- Schols, J. M., H. F. Crebolder, en C. van Weel. 2004. "Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience." *J Am Med Dir Assoc* 5 (3): 207-12. <https://doi.org/10.1097/01.JAM.0000123031.43619.60>. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15115583>.
- Schuurmans, J., M. Verkaaik, en M. van Dijk. 2021. "Geef huisartsen een grotere rol in verpleeghuizen." *Medisch Contact*. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/geef-huisartsen-een-grotere-rol-in-verpleeghuizen.htm>.
- Florence voorbij? Over verplegen, passie & wetenschappelijk onderzoek*. (2010).
- van Twillert, M. 2018. "Stepped care in de praktijk. Thuis als het kan." *Medisch Contact* 25: 36-38.
- Wallenburg, I., J. Schuurmans, N. van Pijkeren, O. van der Woerd, D. Ivanova, Stalenhoef, H., L. Graler, en R. Bal. 2020. *Duurzame medische zorg aan ouderen in de regio: Tussenrapportage*. Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus University Rotterdam (Rotterdam).
- WRR. 2021. *Kiezen voor Houdbare Zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (Den Haag).



