

Pioniers ontwikkelen nieuwe organisatievormen buiten verpleeghuis

# Ouderengeneeskunde nieuwe stijl

Joost Visser

beeld: De Beeldredactie,  
Luuk van der Lee,  
Kees van de Veen, Phil Nijhuis  
en Marc Botsius

Steeds meer specialisten ouderengeneeskunde oefenen hun vak uit buiten de vertrouwde muren van het verpleeghuis. Het is een sprong in het onbekende, maar volgens de voorlopers zeker de moeite waard: 'Ik voel me er senang bij.'

**V**erpleeghuiszorg daar waar de patiënt verblijft – dat is de toekomst. Werkt nu nog maar één op de vijf specialisten ouderengeneeskunde buiten een verpleeghuis, straks zullen dat er naar verwachting veel meer zijn. Want wonen en zorg moeten gescheiden worden en ouderen die lichte zorg nodig hebben – voorlopig zorgzwaartepakket 1 en 2, vanaf 2015 ook 3 en 4 – moeten thuis blijven wonen. En daar dus de zorg krijgen die zij nodig hebben.

De specialisten ouderengeneeskunde die het verpleeghuis nu al vaarwel hebben gezegd, kiezen voor verschillende nieuwe organisatievormen (zie interviews). Dat kan een maatschap zijn met louter collega's, of een multidisciplinaire groep waar ook paramedici deel van uitmaken. Anderen hebben gekozen voor aansluiting bij een landelijk detachingsbedrijf, een enkeling heeft als vrijgevestigde een plek gevonden in een gezondheidscentrum.

Klanten van de 'specialisten ouderengeneeskunde nieuwe stijl' zijn nu nog vooral te vinden in de groeiende groep verzorgingshuizen met bewoners die een indicatie hebben voor verpleeghuiszorg – zorg dus die de verzorgingshuizen zonder hulp van buiten niet kunnen leveren. De financiering is daar indirect: de helpende maatschap ouderengeneeskunde krijgt eenvoudig het AWBZ-geld dat deze huizen voor de zorg van deze bewoners ontvangen, of althans een flink deel

daarvan. Wie nu als vrijgevestigde al zorg aan thuiswonende ouderen wil bieden, heeft het financieel lastiger: hoewel het belang van juist deze zorg al jaren wordt onderkend, bestaat er nog altijd geen structurele passende financiering voor.

## Motieven

Artsen die de sprong uit het verpleeghuis maken, hebben daarvoor twee soorten motieven. Enerzijds is het een vlucht: weg van de plek waar zij zich steeds minder gewaardeerd zijn gaan voelen en steeds meer geduwd in de rol van manager. Anderzijds is het een bewuste keuze: voor een plek waar zij volop kunnen doen wat zij het liefste doen: dokteren. Verder geven de artsen aan dat er durf nodig is om de sprong te maken, maar ook weer niet overdreven veel; met de schaarste aan specialisten ouderengeneeskunde is een weg terug zó te vinden.

Verenso speelt in op de nieuwe positie van haar leden. De beroepsvereniging heeft een eigen Zorggroep Ouderengeneeskunde opgericht waar multidisciplinaire maatschappen zich bij kunnen aansluiten. De overkoepelende organisatie – in feite een inkooporganisatie – zorgt dan voor contractering door de zorgverzekeraars. Maatschappen die willen meedoen moeten gecertificeerd zijn door de Stichting Kwaliteit Ouderengeneeskunde en dus 'minimaal voldoen aan de kwaliteitseisen die Verenso stelt'.

## 'Doen waar we goed in zijn'

Ester Bertholet, eerstelijnspraktijk

**E**ster Bertholet (40) werkte op een afdeling Geriatrie, in een huisartsenpraktijk – zij was vijf jaar huisarts – en in een verpleeghuis voordat zij als specialist ouderengeneeskunde een eigen praktijk opzette in een gezondheidscentrum in Velp. Zij deelt die met een verpleegkundige en een maatschappelijk werker, en werkt nauw samen met de huisarts en andere disciplines. 'Mijn ideaal is een patiënt in de eerste lijn multidisciplinair te benaderen, met aandacht voor het hele scala aan klachten. Kortom, doen waar wij goed in zijn, maar dan in de eerste lijn.' Begonnen als een pilot met vijftien cliënten, is het project nu stevig verankerd, met één jaar subsidie van ZonMw (voor het opzetten van de structuur) en drie jaar subsidie uit het Innovatiefonds Zorgverzekeraars (voor patiëntenzorg). Nadat een huisarts een patiënt heeft verwezen, gaan Bertholet en de verpleegkundige ieder twee keer op huisbezoek, waarna in overleg een concreet zorgplan wordt opgesteld. Dat bespreekt zij eerst met de huisarts, dan met alle betrokken

eerstelijns hulpverleners. Bij de uitvoering ervan neemt Bertholet de medische zorg voor haar rekening: 'Ik zie de oudste en meest kwetsbare mensen, met veel problemen. Die willen vaak niet meer naar het ziekenhuis voor uitgebreide diagnostiek. En omdat ik de mensen goed ken en thuis zie functioneren, kan ik ook zonder MRI de diagnose dementie of parkinson stellen.' Zij is nog van plan maandelijks van vier patiënten het zorgplan met de medicatielijst toe te sturen aan de geriaters die bij het project zijn betrokken. 'Zij kunnen dan meekijken met de farmacie. Daar zijn zij goed in.' Na vier of vijf maanden neemt de huisarts de patiënt weer van haar over.

Aan het werk van Bertholet is een onderzoek gekoppeld, met de vraag of er sprake is van substitutie. Zelf twijfelt zij daar niet aan: 'Wij denken dat we 40 procent van de ouderen met complexe problemen een half jaar langer uit het verpleeghuis houden. En 60 procent van de kwetsbare ouderen een jaar langer uit het verzorgingshuis.' De subsidie uit het Innovatiefonds Zorgverzekeraars loopt in juni 2014 af. Maar Bertholet heeft vertrouwen in de toekomst van haar project: 'Ik heb alleen maar positieve reacties gekregen.'





## 'Samenwerken is onze kracht'

Menno Buiskool, multidisciplinaire maatschap

**T**ien jaar geleden werkte Menno Buiskool (59) nog in een verpleeghuis, zij het met aarzelingen. Was het nog wel bevredigend? Toen zijn functie van hoofd medische dienst na een reorganisatie werd geschrapt, besloot hij te vertrekken. Met één ideaal: 'Als ik wat anders wil, dacht ik, dan wél met anderen. We hebben elkaar nodig om de blinde vlekken weg te nemen.' Het leidde in 2005 tot de maatschap Multimaat in Eelde, met hemzelf, een psycholoog en enkele paramedici als maten.

Klanten van Multimaat zijn kleine verzorgingshuizen die ook zorg mogen leveren aan ouderen met een verpleeghuisindicatie. 'Uit het geld dat zij daarvoor krijgen, betalen ze ons'. De huisarts blijft hoofdbehandelaar, zegt Buiskool, zelf is hij medebehandelaar. 'Ik ben verantwoordelijk voor mijn advies. De huisarts zal dat veelal volgen, zoals hij ook het advies van een neuroloog volgt.' Maandelijks overleggen de leden van de maatschap met een delegatie van het zorgteam en zo mogelijk met de huisarts; iedere cliënt wordt twee keer per jaar besproken.

Multimaat, dat formeel de status heeft van een zbc ('maar dan zonder bedden') komt ook in verzorgingshuizen met een afzonderlijke verpleeghuisunit. 'Daar leveren wij de volledige verpleeghuiszorg, inclusief de 24-uurszorg.' Men treedt als groep op: alle maten doen een eigen intake bij nieuwe cliënten en doen mee aan het multidisciplinair overleg met het verpleeghuisteam. Een voordeel is dat de maatschap zijn eigen plan kan trekken. 'Het is prima werken in een verpleeghuis als de raad van bestuur op hetzelfde spoor zit', weet Buiskool. 'Maar de laatste tijd komt het accent te liggen op het beheer. Artsen worden uit de raden van bestuur gemanoeuvreerd, en die hebben vervolgens meer oog voor nieuwbouwprojecten dan voor zorg.'







## ‘Volstrekt gelijkwaardig aan elkaar’

Jeroen Janssens, zelfstandige behandeldienst

**J**eroen Janssens (53) kwam in april vorig jaar in dienst van Novicare, een zelfstandige behandeldienst die in vier regio's multidisciplinaire teams laat werken in zorginstellingen. 'Op basis van een SLA, een service level agreement, gaan wij een langdurige relatie aan met de huizen.'

Janssens en zijn teamgenoten – een psycholoog, fysiotherapeut, diëtist, logopedist en ergotherapeut – werken voor enkele kleine zorginstellingen in Den Haag die ook hulp bieden aan cliënten met een psychogeriatrische indicatie. 'Twee dagen voordat een nieuwe cliënt inhuist, krijgt Novicare diens gegevens aangeleverd. Deze worden ingevoerd in het elektronische cliëntdossier DataCare, een eigen softwarepakket. Daarin zie ik precies welke zorg ik moet leveren.'

Behalve een elektronisch cliëntdossier genereert DataCare ook relevante managementinformatie.

Janssens: 'Als wij de informatie voor het multidisciplinair overleg niet tijdig krijgen, dan legt het systeem dat bijvoorbeeld vast. Dergelijke problemen worden ieder kwartaal met de bestuurders besproken. Meestal helpt dat. Verbe-

tert er niets, dan kunnen we het contract opzeggen.' Niet alleen de taken van het team, ook die van de zorgorganisatie staan in de SLA omschreven. Een verademing, vindt Janssens. 'In het verpleeghuis waar ik zeventien jaar heb gewerkt, waren de samenwerkingsafspraken weinig expliciet. Hier zijn de afspraken helder en de verantwoordelijkheden toebedeeld. Ik heb de regie over de zorg en over mijn werk. Als de klant maar tevreden is en het dossier in orde.' Naast zijn werk voor de drie Haagse instellingen doet Janssens ook wat kleinere dingen: 'Zo ben ik BOPZ-arts (arts die beslist over vrijheidsbeperking en dwang, red.) bij een grote instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Erg leuk!'

Prettig is ook, zegt Janssens, dat hij wordt geprikkeld om zich te blijven ontwikkelen. 'Wij kunnen in salaris blijven doorgroeien. En als ik iets bijzonders doe, zoals een bijdrage leveren aan een symposium, krijg ik een bonus.' In dit werk moet je wel ondernemingszin hebben, zegt hij, en niet bang zijn om fouten te maken. 'Als je heel geregeld wilt werken, moet je dit niet doen.'

## ‘Ondernemingszin is nodig’

Vincent Borst, monodisciplinaire maatschap

**V**incent Borst (49) werkte al jaren als arts en manager in een verpleeghuis toen het ging kriebelen. Was hij nu dokter geworden om regelwerk te doen of om medisch werk te doen? Vijf jaar geleden werd hij zzp'er, 'om terug te vinden wat het is om arts te zijn.' Hij kwam in contact met drie collega's die loondienst en management óók vaarwel wilden zeggen. Dat leidde tot Gericare, een Brabantse maatschap van – inmiddels – acht specialisten ouderengeneeskunde, ieder na een kadercursus deskundig op een deelgebied als revalidatie of palliatieve geneeskunde.

'We zijn nu volstrekt gelijkwaardig aan elkaar', verklaart Borst de keuze voor alleen artsen. 'Daarom zijn we huiverig voor het aantrekken van paramedici, als lid van de maatschap of in loondienst. Wel streven we naar meer samenwerking, ook omdat het werk in de eerste lijn de komende jaren zal groeien.'

Klanten van Gericare zijn verpleeghuizen,



verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. 'Vooraf stellen we eisen aan de randvoorwaarden', zegt Borst. 'Er moet een epd zijn, computers, secretariële ondersteuning. En er moeten verpleegkundig specialisten en praktijkverpleegkundigen werken, voor een goede verlengde-arm-constructie.' Blijkt dat toch niet te zijn geregeld, dan volgt een gesprek met de directie. Meestal met succes: 'In loondienst ben je vaak een roepende in de woestijn, maar als zelfstandige wordt er naar je geluisterd.'

De maatschap zelf kent nauwelijks overhead, vertelt Borst. 'Twee van ons vormen het bestuur en we hebben maandelijks een vergadering. Een elektronische dropbox maakt inhoudelijke en ook financiële informatie toegankelijk. Ieder van ons is verantwoordelijk voor de eigen facturering. Het werk daaraan is in tien minuten geïept.'

De stap van loondienst naar vrije vestiging is spannend, zegt Borst. 'Je loopt een bedrijfsrisico. Maar als je je meerwaarde kunt laten zien, dan loopt het goed. Ik voel me er senang bij.' Wel moet je flexibel opstellen en bereid zijn op meerdere plekken te werken: 'De fiscus eist dat je niet meer dan 70 procent van je werk bij één opdrachtgever doet.'