



> Samenwerking SO en HA

Onderzoek naar de samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde en huisarts in Capelle a/d IJssel

April 2020
Karlijn Strackee & Kirti Doekhie

ZorgImpuls
■ ■ ■ ■ ■

In opdracht van: Frida van der Sloot, de Zellingen

Contact: Karlijn Strackee, trainee adviseur [k.strackee@zorgimpuls.nl] & Kirti Doekhie, informatiemanager [k.doekhie@zorgimpuls.nl]

ZorgImpuls
ROS en adviesbureau voor toekomstbestendige samenwerking in zorg en welzijn
www.zorgimpuls.nl

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Opzet onderzoek	5
2	Relevante ontwikkelingen	6
2.1	Ontwikkelingen in de ouderenzorg	6
2.2	Ontwikkelingen in Capelle aan den IJssel	6
3	Resultaten	8
3.1	Ervaren samenwerking tussen HA en SO	8
3.2	MDO	8
3.3	Knelpunten in de zorg voor kwetsbare ouderen	9
3.4	Keten versterken	9
3.5	Gevolgen nieuwe financiering SO (Zvw – basispakket)	10
3.6	Resultaten in beeld	11
4	Conclusies en aanbevelingen	12
4.1	Conclusies	12
4.2	Aanbevelingen	13

1 Inleiding

De zorgvraag aan de huisarts en specialist ouderengeneeskunde neemt toe, mede door de toenemende vergrijzing en het aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen. Hierdoor wonen er steeds meer kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag thuis.

De huisarts is in de eerstelijns het eerste aanspreekpunt en verantwoordelijk voor de medische zorg aan kwetsbare ouderen. Wanneer de zorgzwaarte van de patiënt de huisartsengeneeskundige zorg overschrijdt, wordt de specialist ouderengeneeskunde betrokken. De expertise van de specialist ouderengeneeskunde is hiermee aanvullend op de huisartsenzorg en kan van meerwaarde zijn voor de patiënt. Hierdoor is een goede samenwerking tussen de huisartsen en de specialisten ouderengeneeskunde van belang.

In Capelle aan den IJssel is er weinig bekend over de samenwerking tussen deze partijen en wat er in de samenwerking in de keten nodig is voor goede zorg aan kwetsbare ouderen met een complexe hulpvraag. Dit onderzoek draagt bij om bovenstaande inzichtelijk te maken.

Hoewel het aantal respondenten klein is, kan gezegd worden dat de uitkomsten van dit onderzoek representatief is voor het algehele beeld van de [te ontwikkelen] samenwerking tussen deze partijen. Één van de inzichten is dat er veel variatie is tussen huisartsen als het gaat om samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde. Waar de ene huisarts [al] veel samenwerkt met de specialist ouderengeneeskunde, is de andere huisarts nog in een opstartfase in het proces van samenwerking. Deze rapportage biedt input om de samenwerking verder te kunnen ontwikkelen.

1.1 Opzet onderzoek

ZorgImpuls heeft interviews uitgevoerd met 2 specialisten ouderengeneeskunde en 3 huisartsen uit Capelle in de IJssel. Het doel van de interviews was het verkrijgen van meer inzicht in de samenwerking tussen de specialisten ouderengeneeskunde en de ervaren knelpunten in de zorg voor kwetsbare ouderen. In de interviews zijn de volgende hoofdonderwerpen besproken:

- ervaren samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde/huisartsen en verbeterpunten;
- ervaringen met betrekking tot de multidisciplinaire overleggen;
- meerwaarde van de multidisciplinaire overleggen voor de patiënt;
- knelpunten in de zorg voor kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag;
- aandachtspunten voor het versterken van de samenwerking in de keten.

De interviews zijn telefonisch uitgevoerd. Voor het waarborgen van de privacy van de respondenten worden de praktijken en respondenten niet met naam vernoemd in de rapportage.

De resultaten uit deze interviews worden in deze rapportage gepresenteerd, gevolgd door enkele aanbevelingspunten.

2 Relevante ontwikkelingen

In dit hoofdstuk worden verschillende relevante ontwikkelingen in de ouderenzorg breed en relevante ontwikkelingen in Capelle aan den IJssel.

2.1 Ontwikkelingen in de ouderenzorg

Toename aantal kwetsbare ouderen

In Nederland wonen steeds meer ouderen door de dubbele vergrijzing. De steeds ouder wordende populatie heeft vaak te maken met meerdere (chronische) aandoeningen en daardoor een complexe zorgvraag. Hierdoor zijn ouderen die langer thuis wonen vaak in toenemende mate kwetsbaar. Dit stelt andere voorwaarden aan woningen en voorzieningen in wijken, die goed aansluiten bij de behoeftes van burgers.

Vergoeding specialist ouderengeneeskunde uit de Zvw (basispakket)

Vanaf 2020 wordt de geneeskundige zorg die geleverd wordt door een specialist ouderengeneeskundige gefinancierd vanuit de zorgverzekeringswet (Zvw). De inzet van deze specialisten in de eerste lijn voegt deskundigheid toe aan de zorg voor een groep patiënten met een complexe zorgvraag. Deze zorg kan worden georganiseerd vanuit een vraag van de huisarts, door consultatie dan wel door het overdragen van een patiënt aan de specialist ouderengeneeskundige als hoofdbehandelaar van de patiënt. Deze specifieke zorg wordt regionaal ingekocht door verzekeraars. Alvorens dat een specialist ouderengeneeskunde de zorg kan contracteren bij de zorgverzekeraar maken zij afspraken met huisartsen die zijn vastgelegd in een samenwerkingsdocument. Dit is een document waarin samenwerkingsafspraken zijn vastgelegd.

2.2 Ontwikkelingen in Capelle aan den IJssel

Vorming netwerk Capelle Verbond(en)

Ten behoeve van de ontwikkeling van een integrale aanpak voor de kwetsbare ouderen is een samenwerkingsverband gevormd van VVT organisaties, Gemeente Capelle aan/den IJssel, Welzijn Capelle, IJsselland Ziekenhuis en Zorggroep Capelle aan/den IJssel.

Regionale Visie Ouderenzorg Capelle a/d IJssel en Krimpen a/d IJssel

In Capelle aan den IJssel is door de VVT aanbieders Humanitas, Lelie Zorggroep, Cedrah, de Zellingen, Aafje en de Vijverhof een regionale visie uitgewerkt.¹ De ontwikkeling van de regionale visie is ontstaan vanuit een gezamenlijke ambitie om de zorg voor de ouderen in Capelle en Krimpen aan den IJssel te verbeteren. De visie is gebaseerd op trends en factoren met betrekking tot deze gebieden, de verwachtingen over de ontwikkeling van (ouderen)zorg en het effect hiervan op (toekomstige) oudere cliënten van de VVT aanbieders.

Programmatische aanpak ouderenzorg in de huisartsenzorg

De huisartsen in de regio Capelle aan/den IJssel gaan aan de slag met een meer programmatische aanpak voor de ouderenzorg in de huisartsenpraktijken. Hiervoor maken ze gebruik van de handreiking kwetsbare ouderen, waarin een 6 stappenplan is uitgewerkt om te komen tot integrale zorg voor ouderen.²

¹<https://www.leliezorggroep010.nl/domain/lelie010/files/wysiwyg/images/Ouderenzorg%20Capelle%20en%20krimpenRGB.pdf>

² <https://www.beteroud.nl/lokaal-samenwerken/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis>

Havenue, sub-acute zorg voor kwetsbare ouderen

De regionale ziekenhuizen, waaronder het IJsselland ziekenhuis, hebben samen met vijf ouderenzorgorganisaties een nieuw zorgconcept voor ouderen ontwikkeld. Het zorgconcept is ontwikkeld met ziekenhuizen, ouderenzorg, huisartsen, ouderenzorgorganisaties en welzijnspartijen.

Logeerszorg Capelle a/d IJssel

De gemeente Capelle en welzijn Capelle zijn in opdracht van VWS gestart met een pilot logeerszorg om te onderzoeken hoe tijdelijke zorg, om mantelzorgers te ontlasten, het beste kan worden georganiseerd. Hier wordt onderzocht welke vorm van zorg geschikt is als tijdelijke respijtzorg.

Verwijshulp 010 (eerstelijnsverblijf capaciteit)

De samenwerkende ouderenzorgorganisaties in de regio [verenigd in samenwerkingsverband Conforte] hebben Verwijshulp 010 opgestart. Dit is een gezamenlijke aanpak waarin in kaart is/ wordt gebracht waar beschikbare bedden zijn voor Eerstelijns verblijf en advies wordt gegeven over onder andere de mogelijkheden voor respijtzorg. Verwijzers uit Capelle aan den IJssel, Rotterdam en Krimpen aan den IJssel, waaronder huisartsen, kunnen een centraal meldpunt bellen die hen kan helpen bij het zoeken van een plek voor de patiënt.

3 Resultaten

3.1 Ervaren samenwerking tussen HA en SO

Alle huisartsen (HA) en specialisten ouderengeneeskunde (SO) ervaren de samenwerking met elkaar in het algemeen als prettig en waardevol. Deze samenwerking komt voornamelijk naar voren tijdens de multidisciplinaire overleggen (MDO's). Deze MDO's worden door de meerderheid van de huisartsen als prettig ervaren, doordat ze (mede) als vaste overlegmomenten fungeren met onder andere de specialist ouderengeneeskunde. Daarbij waarderen alle huisartsen de (mogelijkheid tot) huisbezoeken en voorbereiding van casuïstiek (voor een MDO) die de specialist ouderengeneeskunde doet. Deze waardering wordt ook door de specialisten ouderengeneeskunde opgemerkt. Verder benoemen alle huisartsen de bredere blik en aanvullende kennis van de specialist ouderengeneeskunde.

Desalniettemin zijn er ook nog enkele kanttekeningen bij de huidige samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde en huisarts. Ten eerste is er een gedeeltelijke behoefte aan meer contact met de specialist ouderengeneeskunde (voor bijvoorbeeld kortere lijntjes of de mogelijkheid om van elkaar te leren), echter speelt tijdgebrek bij meerdere huisartsen een rol. Ten tweede heeft de specialist ouderengeneeskunde de behoefte om eerder door de huisarts ingezet te worden. Hierdoor zou de specialist ouderengeneeskunde eerder iets voor de patiënt kunnen betekenen en bijvoorbeeld (zwaardere) behandelingen kunnen voorkomen. Deze behoefte kan verwezenlijkt worden als de eerdergenoemde behoefte bijvoorbeeld wordt uitgevoerd. Ten derde ervaren de specialist ouderengeneeskunde bij de huisarts onduidelijkheden over hun functie. Dit heeft als gevolg dat (verwijs)vragen aan de specialist ouderengeneeskunde niet altijd duidelijk zijn en het uitzoeken hiervan veel tijd kost voor de specialist ouderengeneeskunde. Dit wordt niet door de huisartsen zelf aangegeven. Ten slotte wenst de specialist ouderengeneeskunde secretariële ondersteuning voor het ontvangen en nagaan van informatie (bij de huisarts) ter voorbereiding voor een MDO.

3.2 MDO

De meerderheid van de specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen ervaren een positieve invloed van het gebruik van de MDO's op de samenwerking met elkaar. Dit komt bijvoorbeeld doordat het MDO een kleine groep zorgprofessionals bevat die de patiënt allemaal kennen en samen overleggen over concrete vraagstellingen. Deze MDO's hebben volgens de specialist ouderengeneeskunde en huisarts een grote (indirecte) meerwaarde op de patiënt en zorgprofessionals. Specialist ouderengeneeskunde kunnen bijvoorbeeld direct advies geven aan thuiszorgaanbieder en huisartsen. Daarbij wordt door de specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen de aanwezigheid van thuiszorgaanbieder benadrukt, doordat thuiszorgaanbieder belangrijke informatie hebben omtrent de thuiszorg en de (veranderende) situatie van de patiënt. Echter zijn deze thuiszorgaanbieder nog niet bij alle MDO's aanwezig van de deelnemers, terwijl de huisarts hier wel behoefte aan heeft.

Desondanks kunnen de MDO's ook als verplichting aanvoelen voor de huisarts, dit wordt onder andere veroorzaakt door het tekort aan tijd en moeite met het inbrengen van patiënten (casuïstiek).

3.3 Knelpunten in de zorg voor kwetsbare ouderen

De huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde noemen verschillende knelpunten die zij ervaren in de zorg voor kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag.

Allereerst geven alle specialisten ouderengeneeskunde en twee huisartsen aan, dat er een capaciteitsprobleem is betreffende de beschikbaarheid van (eerstelijnsverblijf) bedden. Dit heeft het gevolg dat patiënten niet opgenomen kunnen worden wanneer dit nodig is. Hierbij gaat het om de groep patiënten die als gevolg van (acute) zorgproblemen niet meer thuis kunnen blijven; niet om patiënten met dermate ernstige aandoeningen dat zij moeten worden opgenomen in het ziekenhuis. Daarentegen geeft één huisarts aan, dat hij niet naar deze verblijfsvormen verwijst, omdat hij de kwaliteit van de zorg daar vaak als onvoldoende ervaart. Dit heeft voor deze huisarts niet per se te maken met de capaciteit van de bedden. Door het capaciteitsprobleem en het niet verwijzen door huisartsen (i.v.m. onvoldoende zorgkwaliteit) blijven patiënten (langer) thuis wonen die eigenlijk opgenomen hadden moeten worden. Daarbij geeft de huisarts aan dat dit leidt tot een hogere werkdruk, doordat de huisarts vaker visites moet lopen.

Daarnaast benadrukt één specialist ouderengeneeskunde dat het aantal thuiszorgaanbieders sterk toeneemt, met name het aantal kleinere thuiszorgaanbieders. Van deze kleinere organisaties is het voor specialisten ouderengeneeskunde vaak onduidelijk wie de contactpersonen zijn en wat zij qua (gespecialiseerde) zorg kunnen leveren. Daarbij merkt de specialist ouderengeneeskunde verschillen in de geleverde kwaliteit bij de verschillende thuiszorgaanbieders. Dit heeft als gevolg dat het voor de specialisten ouderengeneeskunde lastig is om de juiste lijntjes te vinden met thuiszorgaanbieders (indien er problemen zijn). En dat de specialist ouderengeneeskunde niet in staat is om patiënten goede adviezen te geven over de meest geschikte thuiszorgaanbieder voor patiënt zijn/haar situatie.

Verder geeft één huisarts aan dat de onvoldoende beschikbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde een knelpunt is. Hierdoor moeten huisartsen soms lang wachten voordat een specialist ouderengeneeskunde op huisbezoek kan bij patiënten.

Een ander groot knelpunt dat door één huisarts wordt gegeven, is het capaciteitsprobleem rondom de inzet van wijkverpleging. Patiënten die thuis moeten blijven wonen zouden soms meer wijkverpleging willen en thuiszorgaanbieders zouden in sommige gevallen meer uren mogen inzetten. Dit is bij beide niet mogelijk, doordat de thuiszorgaanbieders onvoldoende capaciteit hebben voor meer wijkverpleging (in aantal personen).

Tot slot noemt één specialist ouderengeneeskunde de financieringsschotten als knelpunt in de zorg voor kwetsbare ouderen. Er bestaan verschillende financieringsregelingen, maar in sommige gevallen valt de situatie van een patiënt net buiten de twee regelingen. Hierdoor kan het voorkomen dat een patiënt een eerstelijnsverblijfbed nodig heeft, dit bed ook beschikbaar is, maar hier niet voor in aanmerking komt doordat hij buiten de desbetreffende regeling valt.

3.4 Keten versterken

Voor het versterken van de samenwerking in de keten gaan de specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen met name in op de samenwerking met de thuiszorgaanbieder.

Allereerst geven vrijwel alle specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen aan dat het van toegevoegde waarde zou zijn als er meer contact is met de thuiszorgaanbieder, mogelijk in de vorm van een structureel MDO tussen de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en thuiszorgaanbieder.

Dit wordt door alle respondenten gemist. Eén specialist ouderengeneeskunde geeft aan dat er niet alleen een inhoudelijk overleg met de thuiszorgaanbieder moet zijn over casuïstiek, maar dat het ook belangrijk is om een overleg te hebben over de knelpunten in de samenwerking.

Voor de specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen is het soms moeilijk om goed contact te onderhouden met de thuiszorgaanbieder, omdat zij de thuiszorgmedewerkers niet altijd bij een patiënt thuis treffen tijdens visites. Hierdoor ervaren de specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen het als lastig om met de thuiszorgaanbieder de zorg af te stemmen. Eén huisarts geeft echter aan dat het gezien het grote aantal thuiszorgaanbieder een uitdaging kan zijn om een structureel MDO met hen te plannen. Patiënten zijn verspreid over meerdere organisaties, waardoor er soms bij één thuiszorgaanbieder maar één patiënt zit. Dit maakt dat er met meerdere organisaties overlegd moet worden.

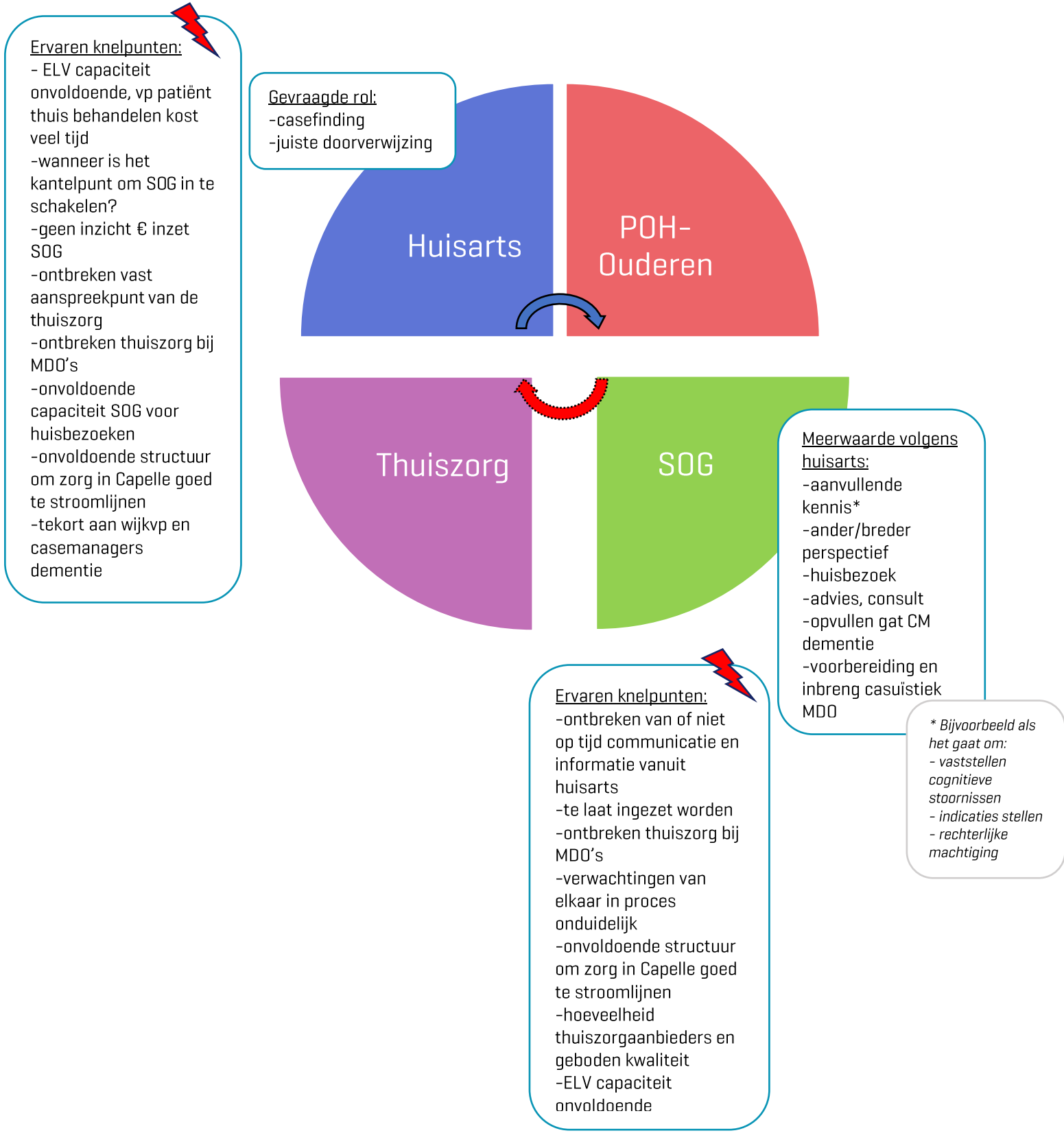
3.5 Gevolgen nieuwe financiering SO (Zvw – basispakket)

Eén huisarts benoemde de mogelijke gevolgen van de nieuwe wijze van vergoeding per 1 januari 2020 van de specialist ouderengeneeskunde uit het Zvw basispakket. Deze wijziging houdt onder andere in dat er voortaan aanspraak gedaan gaat worden op de eigen bijdrage van patiënten voor het gebruik van de specialist ouderengeneeskunde. Dit kan volgens deze huisarts onder meer leiden tot een afname van de inzet van deze specialist door huisartsen voor hun oudere patiëntengroep, met name de ouderen met een slechtere financiële positie. In praktijk kan dit betekenen dat de huisarts patiënten minder vaak gaat voorstellen om een specialist ouderengeneeskunde te betrekken, omdat hij verwacht dat sommige patiënten niet in de positie zijn om hun eigen bijdrage te betalen. Desondanks geeft deze huisarts ook aan dat er nog onduidelijkheid is over de tarieven betreffende het inschakelen van de specialist ouderengeneeskunde en of hier een differentiatie in is. Deze differentiatie kan bijvoorbeeld onderscheid maken in enkel het inwinnen van advies of het doen van een huisbezoek door een specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast merkt de huisarts op, dat in veel gevallen de huisarts aan de voorkant niet denkt dat de inzet van de specialist ouderengeneeskunde noodzakelijk is, terwijl dit achteraf wel van toegevoegde waarde voor de patiënt zou zijn.

Deze twee voorbeelden, patiënten met een slechtere financiële situatie en patiënten waarvan de huisarts inschat dat de specialist ouderengeneeskunde niet van toegevoegde waarde zal zijn, kunnen leiden tot het niet betrekken van de specialist ouderengeneeskunde. Met de kanttekening dat dit eigenlijk wel noodzakelijk had kunnen zijn voor de zorg van de patiënt.

3.6 Resultaten in beeld

Onderstaand figuur is een verkorte weergave van de resultaten in de samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde. In een ideale situatie is de cyclus rond en sluiten de taartpunten beter op elkaar aan.



4 Conclusies en aanbevelingen

4.1 Conclusies

Samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde

Concluderend kan gezegd worden dat de huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde hun samenwerking als prettig en waardevol ervaren. De adviserende rol, brede (en andere) blik en expertise (o.a. over indicaties, regelgeving e.d.) wordt van toegevoegde waarde beschouwd op het werk van de huisartsen. Dit geldt ook voor de voorbereiding en inbreng van de casuïstiek door specialisten ouderengeneeskunde tijdens de MDO's.

Effect van de samenwerking is voor alle partijen groot. De huisarts kan ontlast worden door eerdere inzet van de specialist ouderengeneeskunde. Voor patiënten levert de samenwerking op dat hij langer thuis kan wonen en een ziekenhuisbezoek of -opname voorkomen kan worden. De patiënt kan in zijn thuissituatie beoordeeld worden (zuivere diagnostiek) om van daaruit verdere acties in te zetten.

Desalniettemin zijn er aandachtspunten bij de samenwerking tussen de huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Bij de huisartsen gaat het met name over behoefte aan meer contact met de specialisten ouderengeneeskunde, hoewel dit door tijdsgebrek op dit moment geen directe prioriteit heeft. Ook is er behoefte aan duidelijkheid rondom financiering en daarmee de mogelijke inzet van specialisten ouderengeneeskunde.

Voor de specialisten ouderengeneeskunde zijn in de samenwerking met de huisartsen de volgende aandachtspunten belangrijk:

- het eerder informeren en inzetten van de specialisten ouderengeneeskunde;
- vaststellen wat de verwachtingen (kunnen) zijn van elkaar, met name welke (verwijs)vragen naar hen moeten worden doorgezet;
- meer secretariële ondersteuning bij de voorbereiding van een MDO.

De MDO's hebben een directe positieve invloed op de samenwerking, maar zijn volgens de huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde ook indirect van meerwaarde voor patiënten. Het wordt wel van toegevoegde waarde gezien als thuiszorgorganisaties zouden aansluiten bij de MDO's. Echter is dit moeilijk te realiseren gezien het grote aantal thuiszorgorganisaties. De kleinere organisaties kennen een beperkt aantal patiënten, hierdoor zouden verschillende thuiszorgorganisaties bij de MDO's moeten aansluiten. Dit is inefficiënt.

Knelpunten in de zorg voor kwetsbare ouderen

De huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde noemen verschillende knelpunten die zij ervaren in de zorg voor kwetsbare ouderen. Het zijn knelpunten vooral van randvoorwaardelijke aard, niet allemaal binnen de invloedssfeer van beide partijen:

- capaciteit van eerstelijnsverblijf, waardoor patiënten die niet meer thuis kunnen wonen niet opgenomen kunnen worden. De zorg van eerstelijnsverblijf is vaak niet passend bij de patiënt. Hierdoor moeten huisartsen extra visites lopen;
- toename van het aantal (kleinere) thuiszorgorganisaties, waardoor het lastig is om de juiste contactpersonen te vinden. Daarnaast is het onduidelijk wat de kwaliteit en het aanbod van (gespecialiseerde) thuiszorg van deze organisaties is;
- onvoldoende beschikbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde voor huisbezoeken (ervaren door de huisartsen);
- capaciteitsprobleem rondom de inzet van wijkverpleging en casemanagement;

- financieringsschotten, waardoor mensen die tussen twee regelingen vallen niet de juiste zorg ontvangen.
- aannames die huisartsen doen over de financiële positie of gezondheid van de patiënt, hierdoor kan de inzet van de specialist ouderengeneeskunde gehinderd worden.
- onvoldoende structuur en vaste aanspreekpunten om de zorg in Capelle goed te stroomlijnen.

4.2 Aanbevelingen

Op basis van de resultaten uit de interviews kunnen de volgende aanbevelingen gedaan worden:

- **Bespreken van verwachtingen betreffende ieders rollen en taken**
Het is van belang dat huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde de samenwerking breder oppakken dan samenwerking rondom casuïstiek. Dit houdt in dat men samen het gesprek aangaat over hun verwachtingen ten aanzien van ieders rollen en taken met betrekking tot de zorg voor kwetsbare ouderen. Uit de interviews blijkt dat dat het functieprofiel van de specialist ouderengeneeskunde niet altijd helder is, waardoor niet duidelijk is wat verwacht kan worden van deze specialist en dus vaak te laat wordt betrokken in het proces. Hierdoor is het belangrijk dat de huisarts en specialist ouderengeneeskunde hun verwachtingen van elkaar afstemmen door het gesprek aan te gaan over onder andere hun rollen en inzet in het proces.
- **Inzicht in proces en samenwerking voor huisarts en specialist ouderengeneeskunde**
Het zou van toegevoegde waarde zijn als voor alle huisartsenpraktijken in Capelle aan den IJssel gezamenlijk afspraken rondom de inzet van de specialist ouderengeneeskunde gemaakt worden. Hierdoor kan gewerkt worden aan een uniforme aanpak en worden afspraken minder versnipperd tot afspraken tussen de individuele huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde in de verschillende huisartspraktijken. Een hulpmiddel hierbij is het gezamenlijk in beeld brengen van het proces rondom de zorg van kwetsbare ouderen, zodat beter ingezoomd kan worden op zowel kleine als grote knelpunten en direct met elkaar gezocht kan worden naar een oplossing. Dit zorgt bij partijen ook voor herkenbaarheid, draagvlak en inzicht. De aanbeveling 'bespreken van verwachtingen' kan hierin meegenomen worden.
- **Inzicht in ingewikkelde casuïstiek door structureel overleg met partijen**
Het bespreken van ingewikkelde casuïstiek met alle betrokken partijen in Capelle aan den IJssel kan van meerwaarde zijn. In een dergelijk overleg kan nader ingezoomd worden op de problematiek van patiënten (bijvoorbeeld de financiering, het tussen wal en schip vallen van patiënten) en met elkaar gezocht worden naar een oplossing. Eveneens kan dit overleg gebruikt worden om structurele afspraken te maken om dergelijke problematiek in het vervolg te voorkomen. Gebruik het voorbeeld van Rotterdam, waarin al langere tijd een dergelijk overleg plaatsvindt (een keer per kwartaal). Dit overleg vraagt om goede coördinatie maar vooral ook creativiteit en flexibiliteit van partijen. De financiële kaders zullen namelijk niet altijd toereikend zijn.
- **Betrekken van thuisorganisaties bij MDO's**
Onderzoek de mogelijkheden om thuiszorgorganisaties zoveel mogelijk aan te laten sluiten bij MDO's, zowel fysiek of digitaal. Kijk of dit in combinatie kan met een gezamenlijk plan voor kwetsbare ouderen met huisartsenpraktijk(en) in een wijk. Er zou nader bekeken kunnen worden welke mogelijkheden er zijn op gebied van digitale gegevensuitwisseling tussen partijen en het aansluiten op dossiers. Start klein, bijvoorbeeld in een wijk waar het aandeel

van een bepaalde thuiszorgorganisatie groot is. Kijk van daaruit wat er nodig is of wenselijk is om ook andere (kleinere) thuiszorgorganisaties te kunnen betrekken bij MDO's. Bekijk ook met elkaar wat de mogelijkheden zijn voor regie/ coördinatie op dit punt.

- **MDO als groeimodel – gezamenlijk plan voor de zorg voor kwetsbare ouderen**

Om te komen tot goede integrale zorg voor kwetsbare ouderen, is het gezamenlijk uitwerken van een plan noodzakelijk. Het kan een plan zijn voor kwetsbare ouderen per huisartsenpraktijk of per wijk (voorkeur gaat uit naar samenwerking met een aantal praktijken in 1 wijk, voor een gezamenlijk beeld). Dit vraagt om een investering van alle partijen, met als doel de best mogelijke zorg voor de patiënt. Juist door met elkaar invulling te geven aan een dergelijk plan wordt helder wanneer welke discipline ingezet wordt of kan worden. Intensiever contact tussen beide disciplines zorgt ervoor dat ze eerder op elkaar ingespeeld raken, het zorgt voor het uitwisselen van informatie en het maken van afspraken aan de voorkant over de te leveren zorg. Omdat het beeld van de patiënt eerder al met elkaar gedeeld is, kan sneller geanticipeerd worden op situaties die ontstaan bij betreffende patiënt. Hiermee kan bijvoorbeeld het te laat inschakelen van specialisten ouderengeneeskunde of verkeerde bed problematiek worden voorkomen.

Ervaring leert ook dat meer overleg en plannen maken niet altijd bijdragen aan het gewenste resultaat. Het verbeteren van samenwerking zit hem ook in 'het blijven doen in de praktijk', zodat huisartsen zelf (nog meer) de mogelijkheden ervaren van inzet specialist ouderengeneeskunde. De praktijk leert ons ook dat, als er geen plannen worden gemaakt, de situatie soms blijft zoals deze is. Als de wens er ligt om de samenwerking met elkaar te intensiveren, ga dan na wat er nodig is om te komen tot een gezamenlijk plan of aanpak. Het MDO model kan hierbij als groeimodel voor samenwerking ingezet worden.

- **Rol en belang van specialist ouderengeneeskunde beter op de kaart zetten**

Uit de interviews blijkt dat de rol van de specialist ouderengeneeskunde van belang is in goede, integrale, zorg voor de (kwetsbare) ouderen in Capelle aan den IJssel. De rol en het belang van de specialist ouderengeneeskunde kan en mag nog beter op de kaart gezet worden. Ga na op welke wijze huidige netwerken en initiatieven rondom ouderenzorg in Capelle aan den IJssel kunnen bijdragen aan het versterken van de samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts.

Wij geloven
in de kracht van
samenwerking.
Voor betere
gezondheid en
betaalbare zorg.

www.zorgimpuls.nl