

Internetconsultatie - deadline 15 03 2021

Dialognota Ouder Worden 2020 - 2040

Reactie VerenSo

VerenSo heeft met belangstelling kennisgenomen van de Dialognota Ouder Worden 2020-2040. Hierbij ontvangt u onze reactie op de internetconsultatie.

### **Visie op de toekomst**

De dialognota wordt aangekondigd als een menukaart van mogelijkheden om de uitdagingen in de ouderenzorg het hoofd te bieden. De complexiteit in de ouderenzorg vraagt echter om een gezamenlijk kader, en een visie op de wijze waarop we ouderenzorg in de toekomst willen geven. Het beoordelen en bespreken van losstaande onderwerpen kan niet zonder een dergelijke visie. In deze reactie zullen we daarom reageren aan de hand van een aantal thema's die volgens ons nu belangrijk zijn om mee te nemen in het ontwikkelen van een kader voor de ouderenzorg in de toekomst.

### **Medisch leiderschap**

In de medische eindverantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde ligt de focus op de kwaliteit van zorg van de patiënt. VerenSo zet zich in om het medisch leiderschap van de artsen te stimuleren. Met meer inspraak van de specialist ouderengeneeskunde in de behandeling en verzorging van patiënten en wat dit betekent voor beleid in zorginstellingen, is veel winst te behalen in de ouderenzorg. We pleiten daarom om in de maatregelen ook meer in te zetten op kwaliteit van zorg en medisch leiderschap, zodat dit leidt tot meer efficiëntie.

### **Waardering van specialisten ouderengeneeskunde**

Bij het toekomstbestendig maken van de ouderenzorg hoort ook de waardering van de zorgprofessionals. De mogelijkheden om de ouderenzorg in Nederland klaar voor de toekomst te maken begint bij het oplossen van de schaarste van artsen en andere zorgprofessionals. Dit vraagt om passende randvoorwaarden, waaronder een goede financiële waardering. De financiële waardering van de specialisten ouderengeneeskunde blijft achter bij soortgelijke functies, waardoor te weinig basisartsen de keuze voor de ouderenzorg maken. Maar dan nog is een pijnlijk verschil merkbaar tussen care en cure. Het salaris van bijvoorbeeld klinisch geriateren ligt nog altijd bijna 20% hoger omgerekend naar dezelfde uren per week. De keuze van basisartsen voor een specialistische

functie in het ziekenhuis is dan voor velen al aantrekkelijker. In de 'Aanpak meer ruimte voor de professional en meer werkplezier' missen we deze insteek om de ouderenzorg toekomstbestendig te maken. Zonder voldoende professionals kunnen we de uitdagingen van de dubbele vergrijzing niet beantwoorden. Het is belangrijk om met het oog op de financiën niet alleen te kijken naar de kosten in de care, maar ook wat wordt bespaard in cure. Bijvoorbeeld omdat opname in het ziekenhuis wordt voorkomen. Daarnaast komt de investering bij patiënten terug in de vorm van zowel kwaliteit, toegankelijkheid als betaalbaarheid.

### **Meer aandacht voor opleiding en begeleidingsplekken**

We missen ook de aandacht voor opleiding en begeleidingsplekken in de Dialoognota. We zien kennis en verspreiden van kennis terugkomen in de nota, maar de basis van kennisverspreiding ligt bij het verzorgen van opleiding en begeleidingsplekken. We merken dat het spreekwoord 'onbekend maakt onbemind' nog altijd geldt voor specialisten ouderengeneeskunde. Als we de schaarste aan artsen in de ouderenzorg willen oplossen dient eerst de stap te worden gemaakt voor vaste coschappen in de basisopleiding van studenten geneeskunde. De focus ligt nog teveel op de opleiding in het ziekenhuis (met uitzondering van de huisarts), terwijl juist buiten het ziekenhuis de kansen voor de toekomst van de ouderenzorg ligt.

### **Multidisciplinair werken**

Multidisciplinair werken voor de specialist ouderengeneeskunde is wat een mes is voor de chirurg. Of het nu gaat om preventie met advance care planning of het in kaart brengen van de multi-domein problematiek waar meer kwetsbare patiënten mee te maken hebben. Het multidisciplinair overleg (MDO) is een belangrijk instrument voor de specialist ouderengeneeskunde en andere zorgprofessionals in de ouderenzorg om tijdig de juiste zorg en behandeling te kunnen bieden. Per saldo zorgt deze samenwerking voor een besparing op de lange termijn. Toch zien we dit in de ondersteuning en randvoorwaarden van de zorgprofessionals niet terug. Het structureel financieren van het MDO, ongeacht of het langdurige zorg betreft of zorg in de zorgverzekeringswet, geeft meer ruimte voor professioneel handelen en voorkomt onnodige acute zorg en intramurale opname.

### **Medisch generalistische zorg**

De Dialoognota somt een groot aantal stelselwijzigingen op. Verenso pleit voor het moderniseren van het bestaande stelsel om de zorg en behandeling aan kwetsbare patiënten te verbeteren. We zien vooralsnog niets in een grote stelselwijziging. Verenso ziet diverse mogelijkheden om het bestaande stelsel beter te benutten en de kosten in het oog te houden. We denken hierbij het oormerken van de behandelcomponent binnen de Wlz en artsen de regie geven op de behandelgelden. Dit resulteert in een meer patiëntgerichte en doelmatige inzet van middelen. Met het oog op doelgroepen die (langer) thuis wonen, kan bovendien gekeken worden hoe medische zorg buiten de muren van de instelling makkelijker kan worden gedeclareerd. Een eventuele optie

zou ook zijn om de Wlz pas in te laten gaan als de patiënt ook daadwerkelijk in een verpleeghuis of instelling voor gehandicaptenzorg gaat wonen.

Denkend in deze lijn kunnen we ons vinden in een aantal de punten die genoemd worden in 'Maak de medisch-generalistische zorg gelijkkelijk toegankelijk voor alle kwetsbare ouderen vanuit de Zvw', zoals duidelijk positioneren van rollen en verantwoordelijkheden, het sterk inzetten op verbeteren van medisch bewustzijn en het realiseren van de randvoorwaarden voor het leveren van de zorg. Voor veel van deze oplossingen is een stelselwijziging echter niet noodzakelijk. Deze punten kunnen ook binnen het huidige stelsel worden aangepakt. We verwijzen voor meer ideeën en mogelijkheden ook naar ons persbericht van 22 januari 2021 'Grote stelselwijziging lost problemen voor kwetsbaren in de samenleving niet op' welke we samen met de NVAVG publiceerden. Daarnaast verwijzen we ook naar onze reactie op de internetconsultatie 'Beleidsreactie inzake NZa-rapport medisch-generalistische zorg' met de deadline 15 maart 2021.

### **Aandacht voor technologie en gegevensuitwisseling**

Verenso wil graag de nadruk leggen op de mogelijkheden van technologische ontwikkelingen, met name wat betreft de gegevensuitwisseling tussen professionals. Dit zal effect hebben op de efficiëntie in zorgverlening. We roepen op om hier hoge prioriteit aan te geven.

### **Patiëntperspectief**

Tenslotte mist Verenso een visie op zorg in de nota waarbij de behoefte van de persoon die zorg nodig heeft het uitgangspunt is. De meeste oplossingen zijn vrij technisch van aard, gericht op de inrichting van het stelsel en op een beperking van de direct zichtbare kosten, zonder dat deze gekoppeld wordt aan het perspectief of de behoefte van de oudere zelf. Bij de uitwerking en afweging van opties adviseren wij om de behoeften van de persoon die zorg nodig heeft als uitgangspunt te nemen en op basis hiervan het gewenste effect op de kwaliteit van zorg bepalen, met daarbij ook aandacht voor de meerwaarde van het gecombineerde effect van de gekozen opties.