



Handreiking multidisciplinaire ouderenzorg
met een
specialist ouderengeneeskunde
in de eerste lijn

Ester Bertholet

Herma Barnhoorn

Henriette Kodde

Velp, augustus 2012

INLEIDING

De bevolking in Velp en Rozendaal, het werkgebied van de Stichting Een Plus Samenwerking (SEPS), is sterk vergrijsd: 26% van de bevolking is ouder dan 65 en 15% is ouder dan 75 jaar. De gebruikelijke werkwijze in de huisartspraktijk, door alleen de huisarts en gericht op de afhandeling van één klacht per spreekuurcontact op vraag van de patiënt, is niet afdoende voor de zorgvraag van ouderen met complexe problematiek. Deze patiënten hebben vaak last van een veelheid aan aandoeningen en beperkingen (multimorbiditeit). Daarnaast wordt deze groep gekenmerkt door óf een veelheid aan zorgverleners, óf de mensen zijn heel zorgmijndend waardoor er juist te weinig zorgverleners betrokken zijn. In ieder geval vraagt de aard van de diverse aandoeningen en de hoeveelheid zorgverleners bij deze patiënten om kennis van de (samenhang in) problemen bij het ouder worden, om coördinatie en om een helicopterview.

In Velp is sinds 2010 geëxperimenteerd met de organisatie van een multidisciplinair overleg door een specialist ouderengeneeskunde (SOG). De deskundigheid van een SOG wordt gecombineerd met de deskundigheid van de gezamenlijke eerstelijns disciplines zoals de huisarts, praktijkondersteuner, ergotherapeut, fysiotherapeut, thuiszorg, ouderenadviseurs en de oudere patiënt en mantelzorgers. De vestiging in het eerstelijns gezondheidscentrum maakt het Multi Disciplinaire Overleg (MDO) praktisch gezien mogelijk. De nabijheid, zichtbaarheid, korte lijnen en wandelgangcontacten met de SOG dragen in hoge mate bij aan het onderling vertrouwen, afstemming en consultatie.

De resultaten van deze pilot waren zo bemoedigend, dat ZonMw van mei 2011 tot 2012 middelen heeft toegekend om de organisatiestructuur optimaal in te richten voor de samenwerking tussen het team van de SOG en de eerstelijns disciplines die zijn aangesloten bij de Stichting Een Plus Samenwerking.

De SOG ziet de patiënten op verwijzing van de huisarts, samen met een verpleegkundige. Zij doen samen de diagnostiek en behandeling op basis van de hulpvraag van huisarts en patiënt. Deze zorg is georganiseerd in de eerste praktijk ouderengeneeskunde (POG) van Nederland en deze patiëntenzorg wordt voor een periode van drie jaar in projectvorm gefinancierd door Menzis. Onderdeel van de werkwijze van de POG is het schrijven van een multidisciplinair zorgplan, dat gebruikt wordt als uitgangspunt voor het MDO.

In de POG is ook een secretaresse werkzaam voor ondersteuning.

Voor alle betrokken zorgverleners in Velp is helder geworden dat deze werkwijze een passende, doelmatige aanpak van hoge kwaliteit is voor de zorg aan ouderen met complexe problematiek en kwetsbare ouderen. Door de afstemming op het MDO ontvangen de verschillende hulpverleners informatie over hun patiënten, definiëren samen de problemen en bepalen wie welke actie onderneemt. Patiënten en mantelzorgers zijn buitengewoon tevreden over deze gecoördineerde aanpak van gezondheid en welzijn van de oudere. Het uitgangspunt dat de ervaren wensen en beperkingen van de oudere en mantelzorgers centraal staan, geeft hen regie over eigen leven en welbevinden.

Bovendien kunnen opnames in een verzorging- of verpleeghuis en verwijzing naar de medisch specialist voorkomen worden, medicijngeïnduceerde verwardheid en depressie worden aangepakt en rapporteerden ouderen hoger welbevinden en de mantelzorg minder belasting.

Kortom, ouderen ontvangen gecoördineerde diagnostiek en behandeling op maat en blijven langer thuis wonen met meer kwaliteit van leven!

Deze handreiking is in de eerste plaats bedoeld voor specialisten ouderengeneeskunde die geïnteresseerd zijn om in de eerste lijn te werken. Ook voor eerstelijnsamenwerkingsverbanden, huisartsen(groepen) met interesse in de ouderenzorg, paramedici die een geriatrische benadering willen opzetten, ouderenadviseurs met belangstelling voor de medische praktijk en andere professionals kan deze handreiking interessant zijn.

Als structuur voor deze handreiking is gekozen voor de kerncompetenties medische ouderenzorg, zoals die door de KNMG zijn verwoord in het standpunt 'zorg voor kwetsbare ouderen'¹. Deze handreiking richt zich uitsluitend op de *organisatie* van deze kerncompetenties.

Inmiddels heeft dit project nu al een landelijke voorbeeldfunctie gekregen, waarbij zowel door de beroepsgroepen van de specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen als organisatiestructuren als eerstelijnsamenwerkingsverbanden, universitaire netwerken en zorgverzekeraars veel interesse wordt getoond.

¹ KNMG handreiking

INHOUD

Inleiding

1. Multidisciplinaire samenwerkingsstructuur
2. Organisatie van de praktijk ouderengeneeskunde in het gezondheidscentrum
3. Communicatie
4. Kennis en wetenschap
5. Maatschappelijk handelen
6. Professionaliteit
7. Medisch handelen

Conclusie

Aanbevelingen

Bijlage 1	lijst met gebruikte definities
Bijlage 2	lijst met gebruikte afkortingen
Bijlage 3	voorbeeld verwijsformulier
Bijlage 4	document verantwoordelijkheden
Bijlage 5	overeenkomst toegang tot huisartseninformatiesysteem
Bijlage 6	brief van de regionale belastinginspecteur
Bijlage 7	functieprofielen
Bijlage 8	onderbouwing Loonkosten en uurtarieven ouderenverpleegkundige en secretariaat
Bijlage 9	opbouw DBC's ouderenzorg
Bijlage 10	mailreactie herregistratie HVRC
Bijlage 11	klachtenformulier
Bijlage 12	patiënteninformatiefolder klachtenregeling
Bijlage 13	brochure Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet
Bijlage 14	patiënteninformatiebrief Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet
Bijlage 15	brief veilig e-mailen
Bijlage 16	TOS1
Bijlage 17	brief aanbevelingen WMO
Bijlage 18	prestatie-indicatoren
Bijlage 19	stroomdiagram diagnostisch traject
Bijlage 20	tussenevaluatie (voorbeeld)
Bijlage 21	zorgbehandelplan (voorbeeld)

1 Multidisciplinaire Samenwerkingsstructuur

De organisatie van de multidisciplinaire samenwerkingsstructuur omvat de organisatie en inbedding van de praktijk ouderengeneeskunde, de opzet van het 'multidisciplinaire overleg en van het zorgplan', de rol en afstemming met verschillende hulpverleners in eerste lijn, zorg en welzijn; het ontwikkelen en uitbouwen van de methodiek van optimaliseren van behandeling en kwaliteit van leven van ouderen en het ontwikkelen van een stelsel van overeenkomsten en regelingen die die optimale behandeling structureren.²

1.1 Kernelementen van de multidisciplinaire samenwerkingsstructuur voor complexe en kwetsbare ouderen

1. een specialist ouderengeneeskunde (SOG) als deskundige spin-in-het-web
2. een SOG met specifieke expertise in samenwerking met paramedici, functionele diagnostiek en behandeling, het opstellen van een zorgplan, geriatrische ziektebeelden en zeer complexe zorgvragen
3. een ondersteunend team: de praktijk ouderengeneeskunde (POG)
4. inbedding in een multidisciplinair samenwerkingsverband
5. huisarts blijft hoofdbehandelaar, de SOG kan wel tijdelijk het gedelegeerd hoofdbehandelaarschap overnemen
6. opbouw van een lokaal netwerk
7. uitgebreid diagnostisch traject met inbreng van patiënt en mantelzorg
8. focus op kwaliteit van leven
9. preventie van achteruitgang en crisissituaties
10. overzicht middels het zorgplan
11. het multidisciplinaire overleg (MDO)
12. afstemming en taakverdeling
13. bilaterale overleggen
14. cyclische evaluatie van de patiënt
15. aandacht voor de rollen van coördinator, eindverantwoordelijke en aanspreekpunt voor de patiënt
16. het compacte multidisciplinaire zorgplan dat voor alle betrokkenen toegankelijk is
17. het gedeelde patiëntendossier
18. financiering
19. registratie
20. kwaliteitsbeleid

1.2 Multidisciplinaire Samenwerkingsstructuur

Het competentiegebied Samenwerking omvat het samenwerken met alle zorgverleners, die betrokken zijn bij de patiënten(zorg). De organisatie van de multidisciplinaire samenwerkingsstructuur omvat zowel de opzet van het 'multidisciplinaire overleg' als de afstemming met de verschillende hulpverleners³

1.2.1 het multidisciplinaire overleg

Voor alle verwezen patiënten met complexe problematiek wordt een zorgbehandelplan geschreven en een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd. Voor dit overleg worden met toestemming

² KNMG handreiking

³ KNMG handreiking

van de patiënt alle betrokken hulpverleners of te betrekken hulpverleners uitgenodigd. Gebleken is dat hulpverleners zonder uitzondering zeer geïnteresseerd zijn om aanwezig te zijn bij een MDO, omdat het voorziet in een grote behoefte. Hulpverleners ontvangen informatie over de patiënt, er vindt afstemming plaats over de behandeldoelen en prioriteiten worden vastgesteld. Bovendien biedt het MDO gelegenheid tot vragen stellen en ervaringen delen. Het allerbelangrijkste is dat er afstemming plaatsvindt over de behandeldoelen en –prioriteiten. Er is voorzien in een financieringsstructuur voor deelname aan het MDO via subsidiegelden van ziektekostenverzekeraar Menzis. Dit is een belangrijke factor gebleken in de motivatie om deel te blijven nemen aan het MDO.

Het eerste MDO wordt georganiseerd ter afsluiting van de diagnostische fase. Als de behandelfase wordt afgesloten vindt een laatste MDO plaats. Inzicht en behoeften van de deelnemers bepalen de frequentie van de tussenliggende MDO's. Gebaseerd op de ervaringen in een verpleeghuis, wordt eens per 6 maanden als minimum aangehouden. Door consequent een nieuwe evaluatiedatum af te spreken, wordt helder of de beoogde doelen zijn gehaald en waarom dat eventueel niet gelukt is. Ter plekke kan een doel bijgesteld worden of ontvangt de hulpverlener adviezen van zijn of haar collega's waarmee het doel alsnog gehaald zou kunnen worden.

De MDO's worden wekelijks op een vast tijdstip in de ochtend gepland. Huisartsen waarvan de aanwezigheid gevraagd wordt of die aanwezig willen zijn, blokkeren een dubbel consult voor een patiënt in hun agenda. Het MDO vindt plaats in het gezondheidscentrum Velp. Dit bevordert de deelname van betrokken hulpverleners. Zo nodig wordt op een andere locatie een MDO georganiseerd.

Aanvankelijk was het de bedoeling dat de huisarts samen met andere hulpverleners, zoals paramedici en thuiszorgmedewerkers, zouden deelnemen aan het MDO. Echter, de 'taal' tussen deze zorgverleners is zo verschillend, dat besloten is om de huisartsen apart te informeren. Bovendien vragen de meeste hulpverleners meer ruimte en tijd voor overleg dan de huisartsen kunnen bieden. Ook hebben veel zorgverleners een sterke behoefte om hun zorgen en vragen te willen bespreken waar het MDO ook in wil voorzien. De huisartsen voelen niet altijd de noodzaak om hierbij aanwezig te blijven.

Het is overwogen om de huisartsen alleen te laten deelnemen aan het 'somatische gedeelte' van het MDO, maar dat is weer verworpen. De andere domeinen van het zorgplan zijn namelijk zo sterk verweven met de somatiek, dat het moeilijk af te grenzen is.

De SOG praat tijdens het MDO namens de huisarts op basis van een voorbespreking tussen huisarts en SOG. Basis van de voorbespreking vormen de tussenevaluatie en het zorgplan. De tussenevaluatie wordt opgesteld nadat de SOG en de verpleegkundige samen de (zorg)diagnostiek hebben afgerond. Tijdens het MDO worden geen medische beslissingen genomen die afwijken van de voorbespreking met de huisarts. Mocht het MDO toch tot een andere conclusie komen dan besproken is met de huisarts, wordt dat eerst door de SOG aan de huisarts teruggekoppeld alvorens het beleid in gang wordt gezet. De huisartsen worden overigens wel geïnformeerd over de data van de MDO's van hun patiënten. Een huisarts die daar bij wil zijn, is natuurlijk welkom.

1.2.2 toegankelijkheid Praktijk Ouderengeneeskunde

De deur van een van de twee ruimtes die de POG huurt, staat bewust altijd open. De drempel voor andere hulpverleners, variërend van huisarts, thuiszorgmedewerker tot vrijwilliger en mantelzorger, om even binnen te komen en advies te vragen, wordt op deze manier zo laag mogelijk gemaakt. De andere hulpverleners maken hier veelvuldig gebruik van en dit stimuleert absoluut een prettige samenwerking.

1.3 Samenwerking met de huisartsen

Binnen het project is ruimte om 40 complexe patiënten (met uitgebreide zorgvraag) en 50 kwetsbare patiënten per jaar naar de POG te verwijzen. Per maand heeft een van de 8 huisartsen van Velp voorrang om maximaal 4 complexe en 5 kwetsbare mensen te verwijzen. De POG staat open voor meer verwijzingen, ook van de andere huisartsen maar wel onder voorbehoud van beschikbare capaciteit.

1.3.1 verantwoordelijkheden

de directe patiëntenzorg

In aanvang van het project was de POG betrokken bij twee huisartsen. De SOG had bijna dagelijks veel overleg met deze huisartsen waardoor de SOG de behandeling van patiënten soepel kon overnemen. Ook de assistenten van de huisartsen wisten de SOG eenvoudig te vinden om e.e.a. af te stemmen. Wanneer patiënten belden naar de huisartsenpraktijk of POG met een acuut probleem, werd snel gecommuniceerd wie dit op zich nam. Inmiddels is het project uitgebreid naar acht huisartsenpraktijken waarmee de afstemming veel minder vanzelfsprekend is. Dit leidde tot enige verwarring onder patiënten, huisartsen en hun assistenten.

Na uitgebreid intern overleg is de conclusie dat de huisarts de hoofdbehandelaar blijft om meerdere redenen. De huisarts beschikt over het volledige patiëntendossier inclusief het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS), ontvangt post van de medisch specialisten en de huisartsenpost en overziet alle diagnostiek inclusief laboratoriumuitslagen. De POG is tijdelijk betrokken om een begrensd deel diagnostiek te doen bij een patiënt en daar eventueel een behandeling voor te starten. De POG rapporteert kort in het HuisartsenInformatieSysteem en uitgebreid in een eenvoudig eigen patiëntendossier. De SOG maakt gebruik van het EVS van de huisarts, zodat beiden altijd een actueel overzicht hebben. In het behandeltraject heeft de POG vooral tot taak hulpverleners in te schakelen en afstemming over het zorgbehandelplan te organiseren met patiënt en familie. Bovendien kan de POG een behandeling in gang zetten op vraag van de huisarts. Na dit traject trekt de POG zich weer terug. De POG heeft niet de capaciteit noch de continuïteit om voor deze periode hoofdbehandelaar te zijn. Bovendien zijn er vaak lopende afspraken en behandeltrajecten gaande (zoals met de praktijkondersteuner diabetes) die de POG niet kan overnemen. Dat impliceert dat de dagelijkse zorg inclusief de acute medische zorg blijvend door de huisarts uitgevoerd wordt, een enkele (afgesproken) uitzondering daargelaten. Op basis van de praktijkervaring van het afgelopen jaar, kunnen de huisartsen op het verwijsformulier⁴ differentiëren in de vraag aan de POG, variërend van een adviesvraag tot het zogenaamde 'complete pakket'. Met het complete pakket geeft de huisarts aan dat de POG een patiënt volledig lichamelijk en geestelijk in kaart mag brengen en naar eigen inzicht een behandeling mag opstarten.

De SOG rapporteert altijd schriftelijk tussentijds terug door middel van een korte 'tussenevaluatie' en op verzoek ook mondeling. Ook deze voorkeur voor al dan niet mondelinge terugrapportage is te vinden op het verwijsblad. Indien er medische bijzonderheden werden gevonden door de SOG, meldt deze dat ook zelf in het HIS. De huisarts licht de POG ook in wanneer er zaken voorvallen die relevant zijn voor de POG (bijvoorbeeld een interventie door de huisartsenpost). Ten overvloede: wanneer de POG zelf een medische behandeling instelt, is de POG hiervoor ook zelf verantwoordelijk!

Over bovenstaande zijn afspraken gemaakt die terug te vinden zijn in bijlage 4 document verantwoordelijkheden. Deze afspraken worden aan het einde van 2012 geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Aan de verwijzing is een voorblad gekoppeld waarop huisartsen hun wensen kenbaar kunnen maken⁵.

⁴ Bijlage 3

⁵ Bijlage 4

De SOG schakelt andere hulpverleners in en coördineert het multidisciplinaire overleg. Verwijzingen naar medisch specialisten gebeuren in overleg met de huisarts. Verwijzingen naar paramedici en andere hulpverleners in de eerste lijn verzorgt de SOG zelf. Dit is de nadrukkelijke expertise van de SOG, als het ware diens 'instrument'. Zoals de KNO-arts een oorspiegel heeft en de chirurg de operatie, heeft de SOG de multidisciplinaire samenwerking. Voor dit onderdeel van de behandeling is geen continue dagelijkse begeleiding nodig en ontstaat niet snel een capaciteitsprobleem. Wel dient de huisarts volledig op de hoogte te zijn van de afspraken over de patiënt en de voortgang in het behalen van de doelen. De verschillende hulpverleners dienen hun eindrapportage dan ook altijd (ook) aan de huisarts te richten. Bij veranderingen in de toestand van de patiënt moet de huisarts direct ingelicht worden.

De SOG is zelf verantwoordelijk voor de terugkoppeling van diagnostiek en behandelvoorstel naar de patiënt. De huisarts die de adviezen van de SOG overneemt, neemt daarmee ook de communicatie met de patiënt hierover over. Een ander 'instrument' van de SOG is het familiegesprek waarover meer in het hoofdstuk over communicatie.

In de toekomst lijkt het wenselijk om voor een bepaalde categorie patiënten wel de SOG als hoofdbehandelaar in te stellen. Dit is de categorie complexe patiënten met een uitgebreid zorgnetwerk waarvan de verwachting is dat zij blijvend achteruitgaan. Dit zijn de patiënten bij wie regelmatig multidisciplinair overleg en aansturing gewenst is. Dus de categorie patiënten die ook naar een verpleeghuis zou kunnen worden verwezen. Maar dan zijn randvoorwaarden als continuïteit van zorg en voldoende beschikbare capaciteit van de SOG natuurlijk wel heel belangrijk.

het gedeelde patiëntendossier

De POG heeft toegang tot het patiëntendossier van de huisarts nodig om verschillende redenen:

- Inzicht in de medische voorgeschiedenis
- Inzicht in eerdere verwijzingen naar specialisten
- Inzicht in diagnostisch onderzoek zodat er geen herhalingen plaatsvinden
- Op ieder moment over de meest actuele gegevens kunnen beschikken
- De bevindingen van de SOG worden direct in het huisartseninformatiesysteem (HIS) opgenomen, waardoor de huisarts op ieder moment over de meest actuele gegevens beschikt

Om verantwoordelijkheden, bevoegdheden en patiëntenprivacy optimaal te regelen, is de volgende procedure gevolgd: een jurist van de KNMG is gevraagd naar de ervaringen wanneer meerdere artsen in één dossier werken en op basis van deze informatie is een notitie opgesteld om te bespreken met de huisartsen.

In deze notitie zijn noodzaak, nut en handelwijze van de medewerkers van de POG in het HIS, beschreven. Vervolgens is deze notitie in aanwezigheid van de KNMG-jurist besproken met een aantal huisartsen met speciale interesse of verantwoordelijkheid in ICT en patiëntenprivacy.

Knelpunt was de mogelijke toegang van de medewerkers van de POG tot gegevens van patiënten met wie zij geen behandelrelatie hebben. Hierop is de leverancier van het HIS gevraagd om een applicatie te schrijven waardoor de toegang beperkt zou worden tot patiënten die naar de POG verwezen waren. De HIS-leverancier was hier echter niet toe te bewegen. Daarom hebben we een werkwijze ontwikkeld met maximale zorgvuldigheid en controle achteraf. E.e.a. heeft geresulteerd in een overeenkomst tussen POG en huisartsen die te vinden is als bijlage overeenkomst toegang tot huisartsinformatiesysteem⁶.

De SOG deelt dit deel van de dossiervoering met de huisarts. De huisarts is de hoofdbehandelaar van de patiënt en is verantwoordelijk voor het dossier. De huisarts is daarmee dus ook verantwoordelijk

⁶ Bijlage 5

voor het bewaren van het dossier. Wanneer een patiënt toestemming vraagt dit dossier in te zien, is altijd de toestemming van de huisarts nodig.

De POG heeft dus lees- en schrijfmogelijkheid in het medisch dossier van de huisarts.

De POG maakt in dit dossier na de verwijzing een eigen episode aan met als titel 'praktijk ouderengeneeskunde'. De medewerkers van de POG maken zichzelf kenbaar met hun initialen en loggen in onder hun eigen codes. Medicatie en verwijfsbrieven worden (voor)geschreven direct in dit dossier. Zo blijft de medicatie- en verwijfslijst altijd actueel. Diagnostisch onderzoek zoals bloedonderzoek en ECG's worden aangevraagd op naam van de eigen huisarts. De SOG voegt haar eigen kenmerk ook toe en heeft afgesproken met de organisatie die de diagnostiek verzorgt, dat zij altijd een papieren kopie per post krijgt toegestuurd. Zo kunnen SOG én huisarts geen uitslag missen.

De POG voert een eigen patiëntendossier waarin o.a. de volgende punten worden vastgelegd: uitkomst van inventarisatie na patiëntencontacten door verpleegkundige en SOG, uitkomst van diagnostiek met (voorlopige) conclusie, registratie van vervolgcontacten met patiënten, mantelzorgers en hulpverleners, het zorgplan, contactgegevens van alle betrokken hulpverleners, correspondentie met verschillende hulpverleners inclusief de huisartsen, correspondentie met de mantelzorgers (kopieën van de mailteksten). Dit patiëntendossier beoogt geen volledig dossier te zijn, maar is slechts een registratie van de informatie die tijdens de betrokkenheid van de POG bij een patiënt wordt vastgelegd.

Het Zorg- en WelzijnsInfoPortaal (ZWIP) is ontwikkeld door de universiteit van Nijmegen. In dit systeem wordt onder meer het zorgplan van de patiënten opgenomen. Aangezien het een beveiligde omgeving is, kunnen de verschillende zorgverleners na toestemming van de SOG en patiënt dit zorgplan inzien.

Aanvankelijk was het de bedoeling om het ZWIP uit te bouwen tot een patiëntendossier. Dit blijkt bij nader inzien op korte termijn niet mogelijk. Daarom maakt de POG nu nog gebruik van Wordbestanden om deze informatie op te slaan. Er zijn inmiddels verschillende patiëntendossiers voor specialisten ouderengeneeskunde bekeken, maar dit zijn allen complete patiëntendossiers inclusief medicatie (voorschrijfmogelijkheid), verwijfsbrieven en uitgebreide voorgeschiedenis. De POG maakt voor deze functies gebruik van het patiëntendossier van de huisarts, dat op deze wijze compleet en actueel blijft. Mogelijk dat in de toekomst geïnvesteerd wordt in de ontwikkeling van een eigen systeem.

In het ZWIP is het verder mogelijk om veilig e-mailverkeer mogelijk te maken tussen de verschillende hulpverleners. Van deze functie maken de verschillende hulpverleners en de POG regelmatig gebruik. De huisartsen kunnen hiervan ook gebruik maken, maar voor hen is het niet aantrekkelijk om weer een ander systeem te moeten benaderen alvorens ze een zorgplan kunnen inzien of kunnen mailen.

Voor patiënten en mantelzorgers is er de mogelijkheid met een code in het ZWIP hun eigen zorgplan in te zien. Ook voor deze groep is het ZWIP echter nog niet gebruiksvriendelijk genoeg. In het ZWIP zijn vele niet-ingevulde tabbladen zichtbaar, zoals 'lopende aanvragen bij het CIZ', 'WMO', 'medicatie'. Het is de bedoeling dat de mantelzorgers van de patiënten zelf deze tabs invullen. De categorie patiënten waarmee wij nu van doen hebben, is daar over het algemeen niet toe in staat. Ondanks dat een geheel ingevulde ZWIP optimale helderheid over de stand van zaken rondom een patiënt zou geven, lijkt dit daarom niet haalbaar.

1.3.2 taakverdeling

Uit bovenstaande paragraaf volgt de volgende taakverdeling:

De huisarts verwijst een patiënt met een specifieke zorgvraag. Voor het overige deel:

- Verzorgt hij/zij de dagelijkse medische patiëntenzorg
- Ontvangt en reageert op acute signalen. De huisarts kan de SOG vragen om in een acute situatie in te grijpen
- Onderhoudt de communicatie met andere zorgverleners zoals medisch specialisten

De SOG samen met de POG:

- Brengt alle betrokken hulpverleners in kaart (zorgdiagnostiek)
- Benadert betrokken hulpverleners en schakelt deze (na overleg met de huisarts) in waar nodig
- Verricht diagnostiek n.a.v. de hulpvraag van de huisarts en in aanvulling op eerder onderzoek van de huisarts
- Stelt een zorgplan op
- Initieert zo nodig een multidisciplinair overleg en stuurt de hulpverleners aan
- Initieert of gaat in op verzoek om bilateraal overleg
- Organiseert zo nodig een familiegesprek
- Ondersteunt zo nodig en waar mogelijk de huisarts in de behandeling n.a.v. de gegeven adviezen

1.4 Samenwerking met de praktijkondersteuners

De complexe patiënten worden zowel tijdens de diagnostiek- als tijdens de behandelfase gezien door de POG.

Aanvankelijk was het de bedoeling om kwetsbare ouderen in kaart te brengen door samenwerking tussen de praktijkondersteuner (POH) en de SOG. De verpleegkundige en de secretaresse van de POG zouden hier niet bij betrokken worden. De gedachte hierachter was dat veel POH'ers te maken zouden krijgen met vragen van ouderen waar ze ondersteuning van een SOG bij zouden kunnen gebruiken. De POH'ers zouden zelf deze patiënten signaleren en in overleg met de huisarts de patiënten aanmelden bij de POG. De SOG zou de POH'ers dan aansturen in het uitvoeren van diagnostiek en hierop aanvullend diagnostiek en behandeling uitvoeren en inzetten. Door deze interventie zou het werk van de POH'ers daarna eenvoudiger worden. In het project waren per kwetsbare patiënt 2 zorguren begroot voor de inzet van de POH'ers.

De POH'ers hadden echter weinig tijd om met de SOG om de tafel te gaan. Ze waren te druk met de dagelijkse patiëntenzorg om veel input aan ideeën over de samenwerking te kunnen vormen. Ook voelden ze zich niet capabel om de diagnostiek en behandeling bij de ouderen zelf uit te voeren.

In de loop van de maanden is het idee ontwikkeld dat de POH'ers meer gebaat zouden kunnen zijn bij een actieve houding van de POG om hen te betrekken. Na een verwijzing start de POG een diagnostisch traject. Indien er al eerder een POH'er betrokken was, wordt deze al in dit stadium aan tafel gevraagd door de POG. De POH'er heeft waarschijnlijk in de loop van de tijd zinvolle informatie over de patiënt die kan bijdrage tot een completer beeld. Ook kan de POH'er een bijdrage leveren aan de diagnostiek door bijvoorbeeld een urinekweek te verzorgen of bloeddruk te meten. Na afsluiting van het diagnostische traject koppelt de SOG informatie over de patiënt terug aan de huisarts en de verpleegkundige van de POG aan de POH'er. De verwachting hiervan is dat de POH in de loop van de tijd gaat aanvoelen met welke problematiek patiënten verwezen kunnen worden en wat de POG precies voor de patiënten doet, zodat zij zelf meer initiatief kunnen nemen in het aanklaarten bij de huisarts van een mogelijke verwijzing. Voor de interventie van de POH'er is per patiënt 2 uur netto patiëntenzorg begroot vanuit Menzis. Dit komt neer op een inzet van ca 6.5 uur per week.

Het is een bewuste keuze geweest om alle POH'ers (in totaal 5 medewerkers) te betrekken in het project. Immers, alle POH'ers hebben in deze populatie te maken met veel ouderen. Het is niet wenselijk om één POH'er op te leiden voor de ouderenzorg en de anderen hier niet bij te betrekken. Er wordt mogelijk een nieuwe POH'er aangetrokken t.b.v. de GGZ met expertise op het gebied van de ouderenzorg. Deze kan mogelijk ingeschakeld worden t.b.v. bijvoorbeeld het schrijven van een benaderingsplan voor mantelzorgers van dementerende patiënten.

1.5 Samenwerking met de organisatie van het samenwerkingsverband

Bestuur en management van het samenwerkingsverband zijn partner in het project. De directeur is medeprojectleider en penvoerder, de voorzitter van het bestuur zit in de trekkende werkgroep, samen met een tweede huisarts. Dit is belangrijk om de POG in te bedden in het multidisciplinaire samenwerkingsverband. Bij alle initiatieven om de samenhang in de eerstelijnszorg te vergroten en te borgen, is ook de samenwerkingsstructuur met de POG als middelpunt in beeld. Het gaat dan om zaken als deelname aan de formele en informele overlegstructuur, opname in meerjarenbeleidsplan en zorgaanbodplannen, deel uitmaken van het scholingsaanbod en onderlinge informatielunches, deel uitmaken van onderhandelingen met zorgverzekeraar en gemeente, onderdeel zijn van kwaliteitsjaarverslag en jaarstukken.

De POG geeft op haar beurt een behoorlijke impuls aan de kwaliteit en intensiteit van de samenwerking. In een zo oude populatie als Velp, gaan vooral de huisartsen gebukt onder een enorme werkdruk: ouderen doen niet alleen een veel groter beroep op de zorg, maar ook kost die zorg de zorgverleners meer tijd. Bij ouderen gaan veel zaken langzamer: het maken van afspraken, de snelheid in een consult of visite, het lopen van de wachtkamer naar de spreekkamer, enzovoort. De werkwijze van de SOG waarbij zij de kennis en kunde van alle disciplines in Velp optimaal benut en werkt met een zorgplan op 1 A4 en een efficiënt ingericht MDO, geeft een inspirerend voorbeeld van het rendement van optimale samenwerking bij complexe patiënten.

Omdat de POG zoveel zaken moet ontwikkelen, is er in eerste instantie voor gekozen de praktijkkostenafwikkeling via het samenwerkingsverband te laten lopen. De POG zit immers in een ontwikkeltraject voor de zorginhoud, de praktijkstructuur, de praktijkvoering en de inbedding in het multidisciplinaire eerstelijnsamenwerkingsverband. Het bureau van de POG wordt ondersteund door het managementbureau van het samenwerkingsverband.

In het samenwerkingsverband zijn meerdere zorgprogramma's voor ouderen in ontwikkeling of uitvoering zoals de zorgprogramma's 'valpreventie' en 'cognitieve stoornissen'. De SOG wordt bij deze programma's betrokken en denkt mee over de afspraken en invulling. Het onderwijs dat de SOG verzorgt, is georganiseerd samen met andere deelnemers van de werkgroepen die gevormd zijn voor ontwikkeling en implementatie van de programma's.

1.6 Samenwerking met hulpverleners binnen het samenwerkingsverband

De POG schakelt zelf paramedici of andere hulpverleners in, zoals een ouderenadviseur. Wanneer een paramedicus of ouderenadviseur zelf een patiënt wil aandragen voor verwijzing naar de POG, dient hij/zij dit eerst met de eigen huisarts te bespreken. Ook zorgwekkende nieuwe signalen die paramedici en andere hulpverleners opmerken, moeten naar de huisarts, evenals terugrapportage over de behandeling. De huisarts is en blijft immers de hoofdbehandelaar.

de ergotherapeut

De ergotherapeut brengt samen met de patiënt en mantelzorger de lichamelijke en mentale mogelijkheden en wensen in kaart. Met deze gegevens gaat zij samen – en vaak met meerdere mensen uit de omgeving van de patiënt – aan de slag, zodat ouderen de gewenste handelingen zo goed mogelijk kunnen (blijven) uitvoeren. Vaak gaat het om basale maatregelen om dagelijkse activiteiten (zoals aan- en uitkleden, eten of boodschappen doen) mogelijk te maken. Maar ook kan het gaan over het weer oppakken van een oude hobby of starten van een aangename nieuwe bezigheid. Daarnaast is de ergotherapeut gespecialiseerd in het analyseren en verbeteren van de leefomgeving. De ergotherapeut geeft aan welke aanpassingen (bijvoorbeeld aan de woning) wenselijk zijn. Ook helpt zij mantelzorgers met praktische adviezen.

Een oudere patiënte was levenslang beperkt door een spieraandoening waardoor ze van een scootmobiel gebruik moest maken. De laatste maanden was ze toenemend somber en had constant ruzie met de verzorgenden. Haar familie had voor haar verjaardag haar oude versleten scootmobiel vervangen door een prachtige nieuwe. Maar haar stemming klaarde niet op en ze kwam nooit meer buiten.

De SOG diagnosticeerde gevorderde dementie, wat een verklaring bleek te zijn van de irritatie onder de verzorgenden. Met uitleg van de SOG nam hun begrip en daarmee tolerantie 100% toe.

De ergotherapeute maakte een kalender en kaartensysteem met stickers en voorgedrukte enveloppen en kaartjes waardoor ze weer verjaardagswensen naar haar familie kon sturen en het gevoel kreeg er weer bij te horen. De oude scootmobiel was gelukkig nog niet weggegooid en bleek met wat knutselwerk te herstellen. De oude scootmobiel zat nog in haar vingers en de patiënte kon weer veel beter gestemd naar buiten.

de diëtist

Ondervoeding bij ziekte is een omvangrijk probleem binnen de Nederlandse gezondheidszorg. In de thuiszorg blijkt dat 15-25% van de cliënten ondervoed is en het risico neemt toe met de leeftijd (boven 81 jaar is meer dan 30% ondervoed). Ondervoeding veroorzaakt ernstige medische complicaties; een verslechtering van de kwaliteit van leven en grotere kans op sterfte.

Een belangrijke risicogroep voor ondervoeding in de eerstelijnszorg is de groep fragiele ouderen. Chronische ziekten zoals COPD, neurologische aandoeningen, hartfalen, CVA, depressie, dementie, decubitus, maar ook kenmerken als eenzaamheid, een slecht gebit en polyfarmacie brengen een verhoogd risico op ondervoeding met zich mee.

Een belangrijke rol bij bovenstaande aandoeningen is weggelegd voor de diëtist. Middels een persoonlijk advies, indien nodig aangevuld met drinkvoeding of andere dieetpreparaten, is het mogelijk een goede voedingstoestand te behouden of een slechte voedingstoestand te verbeteren. Een verbetering van lichaamsgewicht en spiermassa is van grote invloed op de conditie en het algeheel functioneren en daarmee op de kwaliteit van leven van de (complexe en kwetsbare) oudere.

de fysiotherapeut en oefentherapeut

In de complexe zorg voor ouderen is kennis van ouderdomsziekten (als CVA, dementie, valincidenten enz.) en de daarbij passende fysiotherapeutische behandeling essentieel. De fysiotherapeut kan meekijken in de diagnostiek naar houdings- en bewegingsklachten, ook van zeer kwetsbare ouderen. Een fysiotherapeut met geriatrische meerkennis richt zich met name op het dagelijks bewegen van de cliënt in zijn leefomgeving en streeft ernaar de zelfredzaamheid te behouden en/of te vergroten als belangrijke voorwaarde voor de kwaliteit van leven en voor participatie in de samenleving. Daarnaast is het geven van advies over aanpassingen aan de thuissituatie, bij dreigend verlies van zelfstandigheid, maar ook tijdens til- en transfermomenten een belangrijke functie. Hierbij is een goede samenwerking met o.a. mantelzorgers, thuiszorg en andere professionals van essentieel belang.

De oefentherapeut oefent met name de houding en bewegingen tijdens het doen van de gewone dagelijkse dingen. Ook kan zij zowel de patiënt als de mantelzorger en thuiszorgmedewerker van advies dienen tijdens de zorg voor ouderen. Op die manier kan de (lichamelijk) zware zorg langer worden volgehouden.

de ouderenadviseur en de dementieconsulent

De ouderenadviseur is er om te helpen met informatie en advies over: woningen en woningaanpassingen, financiële regelingen en subsidies, hulp van instellingen (zoals thuiszorg), maaltijdvoorziening, vervoersvoorzieningen, activiteiten of om te bemiddelen bij het verkrijgen van de hulp en diensten die het best bij de oudere patiënt past. Maar daarnaast is de ouderenadviseur vaak de enige die langsgaat bij zorgmijdende patiënten en een vinger aan de pols houdt. De dementieconsulent zet zich in om de oudere met dementie zo lang mogelijk in de eigen, vertrouwde omgeving te laten wonen. Het omgaan met dementie is niet altijd even gemakkelijk. Het is belangrijk dat mantelzorgers niet overbelast raken. Om dat te voorkomen helpt de dementieconsulent met informatie, tips en adviezen.

De ouderenadviseur schakelde op verzoek van de POG bij een zorgmijdende verwaarloosde dementerende mevrouw een hulp in de huishouding in. Hij koos bewust voor een vrouw uit hetzelfde sociale milieu die een paar straten verderop woonde. Deze vrouw sopte het huis wekelijks en ging in de loop van de tijd af en toe een hapje eten meenemen (aanvankelijk zelf gekookt). De patiënte was zo tevreden over deze hulp dat ze de ouderenadviseur ging vertrouwen en hij haar mee kon nemen naar een dagopvang 100 meter verderop. Mogelijk dat er straks een maaltijdvoorziening voor haar geregeld kan worden en ze structureel mee gaat doen op de dagopvang.

de psycholoog

Ouderen hebben veel kennis en ervaring door hun leeftijd, levenservaring en inzicht, maar zijn tegelijkertijd kwetsbaarder voor verlies en lichamelijke achteruitgang. De psycholoog richt zich zowel op de ouder wordende mens zelf, als op de mensen in hun directe omgeving, zoals naasten of zorgverleners. De gerontopsycholoog heeft onder meer kennis van de oudere mensen met geheugenproblemen, overbelasting, somberheid, rouwverwerking, traumaverwerking, persoonlijkheidsproblematiek en levensvragen. Zij kan zowel hierin diagnosticeren, behandeling

adviseren en de relatie met (lichamelijke) achteruitgang inschatten. Voor de mantelzorg is het erg prettig wanneer zij adviezen ontvangen over de omgang met de oudere patiënt en leren overbelasting te voorkomen.

1.7 Samenwerking met overige hulpverleners

1.7.1 thuiszorgorganisaties

Thuiszorgorganisaties zijn vaak betrokken bij een patiënt. Vaak weet de huisarts nauwelijks van de aanwezigheid van een thuiszorgorganisatie, omdat inschakeling veelal buiten de huisarts om gebeurt. De POG inventariseert altijd de aanwezige hulpverlening. Na overleg met het management heeft zonder uitzondering elke thuiszorgorganisatie gesteld dat de medewerkers mogen deelnemen aan het MDO. Soms is dat de eerst verantwoordelijke verzorgende, soms de zorgcoördinator. Door deelname aan het MDO wordt immers veel helder voor de thuiszorg en kunnen zij hun werk daarna beter en efficiënter doen. De meeste thuiszorgmedewerkers voelen zich gehoord en gezien door de POG en zijn bereid om met de POG samen te werken. Voor de POG is het erg prettig om extra 'oren en ogen' in de thuissituatie te hebben.

Voor patiënten met een AWBZ-indicatie voor thuiszorg is het de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de huisarts en thuiszorginstelling dat, als dit geïndiceerd is, een zorgbehandelplan wordt opgesteld en/of trajectbegeleiding wordt ingesteld. Het opstellen van het medisch behandelplan is de verantwoordelijkheid van de huisarts. Het opstellen van het zorgplan is de verantwoordelijkheid van de thuiszorginstelling. Als een zorgplan ontbreekt, spreekt de huisarts (de directie van) de thuiszorginstelling hierop aan. De huisarts kan hierbij wijzen op de normen voor verantwoorde zorg in het 'Kwaliteitskader Verantwoorde zorg. Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis' (ActiZ, 2007)⁶. Als een zorgplan ontbreekt, ontslaat dit de huisarts niet van zijn verantwoordelijkheid voor het opstellen van een medisch behandelplan en instellen van trajectbegeleiding⁷.

Meestal hebben deze zorgplannen een praktisch karakter en dienen zij om de dagelijkse zorg inzichtelijk te maken. De POG stelt ook een zorgplan op van elke patiënt. De afspraak met de thuiszorgorganisaties is dat zij hun eigen zorgplan handhaven en zo nodig aanvullen met de gegevens die zij van de POG ontvangen. De POG zorgt er voor dat thuiszorgorganisaties in het bezit komen van het zorgplan opgesteld door POG met de vraag deze toe te voegen aan het zorgdossier van de patiënt.

1.7.2 verpleegorganisaties in de regio

De specialisten ouderengeneeskunde (SOG) in de verpleeghuizen in de regio volgen met interesse de ontwikkelingen van de POG in de eerste lijn. Verschillende SOG hebben interesse om extramuraal te gaan werken. Samen met hen zoekt de POG naar een manier om goed samen te werken. De POG heeft het idee dat SOG's uit eerste en derde lijn elkaar zouden kunnen vinden in het verzorgingshuis. Daar zijn de huisartsen de hoofdbehandelaars maar werken ook intramurale SOG's in de aanvullende zorg bij complexe patiënten. In deze regio weten deze SOG's en de huisartsen elkaar nog niet goed te vinden. Ze zouden elkaar echter goed kunnen ondersteunen. Zowel op het gebied van de directe patiëntenzorg als in de organisatie van de zorg. De AWBZ is vooral het terrein van de intramurale zorg en de huisartsen hebben hierover meestal beperkte kennis. De SOG's hebben veel kennis van complexe ouderenproblematiek en de aansturing van de zorgteams. De huisartsen kennen de patiënt en de mantelzorg anderzijds vaak al lange tijd en hebben de wens de zorg te continueren in een verzorgingshuis. De huisartsen en de intramuraal werkende SOG's weten elkaar hierover nog beperkt te vinden. De POG kan hierin een brugfunctie vervullen. De huisartsen verwijzen gemakkelijk naar de POG binnen het gezondheidscentrum en de SOG van de POG communiceert gemakkelijk met haar

⁷ KNMG-standpunt ouderenzorg 2010

collega's. De SOG van de POG zou de verschillende taken op elkaar kunnen afstemmen en zich dan weer terug trekken. Het is voorstelbaar dat in de loop van de tijd deze rol van de POG niet meer nodig is en de huisartsen en intramurale SOG's elkaar makkelijker weten te vinden.

De functie (en financiële vergoeding) van de POG in verzorgingshuizen is overigens uitgesloten van dit project. Het project richt zich op het aantonen van de meerwaarde van multidisciplinaire samenwerking onder leiding van een SOG in de thuissituatie. Voor het kunnen doen van extra activiteiten in het verzorgingshuis, kan de SOG van de POG niet terugvallen op de huidige AWBZ-financiering, aangezien daar een contract met een AWBZ-instelling voor nodig is. Het is een aanbeveling om in de toekomst deze zorg ook vanuit de ZVW te financieren.

De SOG van de POG werkt samen met een intramuraal werkende SOG. Deze laatste verzorgt de medische achterwacht op dagen dat de SOG van de POG afwezig is. Mogelijk dat deze intramurale SOG ook tijd gaat vrijmaken om in de toekomst de patiëntenzorg in de POG mee te gaan verzorgen. Deze samenwerking maakt de SOG van de POG minder kwetsbaar en versterkt de continuïteit van de zorg.

De SOG van de POG is anderzijds ook beschikbaar voor de verpleeghuizen om bij te springen (tijdens diensten). Ook doet de SOG van de POG mee aan de FTO's van een verpleeghuis en neemt deel aan de intervisie van een andere verpleeghuisgroep in de regio. Tot slot doet zij 1x per 2 maanden mee aan individuele intervisie van een intramuraal werkende collega. Aangezien de SOG van de POG (nog) niet met collega's werkt die feedback op de patiëntenzorg kunnen geven, is het verstandig om deze feedback op patiëntenzorg en samenwerking op te zoeken.

Een patiënt die door een bewegingsstoornis nauwelijks meer actief en somber was geworden, wenste absoluut geen bemoeienis van hulpverlening uit de ouderenzorg. Hij was doodsbang dat hem het zelfde lot als zijn vader ten dele ging vallen; namelijk een gedwongen opname in een verpleeghuis. Zijn vrouw wist het ook niet meer en voelde zich erg overbelast. Een crisisopname in het ziekenhuis verder stond hij onze interventie toch toe, na de belofte dat wij ons vooral gingen inspannen om hem thuis te laten wonen. Verschillende huisbezoeken later konden wij hem motiveren voor dagbehandeling in een verpleeghuis. De SOG van deze dagbehandeling maakte gebruik van onze diagnostiek en behandelplan, zodat dit niet herhaald hoefde te worden. Een paar weken later belde zijn vrouw ons. Het echtpaar bleek enorm enthousiast! De man gaat met inmiddels bijzonder veel plezier naar de dagbehandeling en zijn stemming en conditie zijn sterk verbeterd. Alleen maakt zijn echtgenote zich enige zorgen over het luchtje dat haar man telkens opdoet als hij naar de dagbehandeling toe gaat. Ze vraagt me een beetje beschroomd of ik weet of daar veel vrouwen aanwezig zijn.

1.7.3 de geriatrie/psychiatrie/neurologie en revalidatiearts

De meeste huisartsen geven aan dat zij de patiënten die ze nu naar de POG verwijzen voorheen naar de geriater of psychiater hadden verwezen. Het zou niet goed zijn als deze medisch specialisten de POG als een concurrent zouden gaan ervaren. Dat zou (gewenste) samenwerking in de weg kunnen staan. Vandaar dat de POG nadrukkelijk de samenwerking opzoekt. Telefonisch of per mail wordt advies bij elkaar ingewonnen over patiënten zonder dat de patiënt van verwijzer wisselt. Ook is een keer een specialist meegegaan op een huisbezoek van 45 minuten waarin diagnostiek en behandeling in de eerste lijn een vervolg kon krijgen. Dit relatief korte huisbezoek bespaarde deze patient (zonder mantelzorger) een ziekenhuistrajec van waarschijnlijk enkele maanden en meerdere specialisten.

Tussen de geriater en POG is de intentie uitgesproken om maandelijks een aantal geanonimiseerde patiënten te mailen met diagnose/zorgplan en medicatieoverzicht voor een medicamenteus advies door de geriater.

Binnen het project is een vergoeding voor de bijdrage van de specialisten begroot, maar doorgaans ontvangt de klinisch werkend medisch specialist geen vergoeding voor deze samenwerking.

2 Organisatie

*Het competentiegebied Organisatie betreft zowel het organiseren als een activiteit van de arts, als het werken in een organisatie.*⁸

2.1 Organisatie van de praktijk

Een vernieuwende praktijk in een bestaande organisatie moet de ruimte krijgen een vrijplaats te zijn, om te voorkomen dat zij zich moet voegen naar gegroeide patronen. Omdat het gezondheidscentrum pas sinds 1 juni 2010 haar deuren geopend heeft en het samenwerkingsverband pas bestaat sinds november 2008, zijn veel zaken nog vloeibaar. Dit is een vruchtbare uitgangssituatie voor vernieuwing in het algemeen en het invlechten van een nieuwe samenwerkingsstructuur t.b.v. complexe en kwetsbare ouderen in het bijzonder.

Daar staat tegenover dat vooral de huisartspraktijken in een dergelijke situatie op vele borden tegelijk moeten simultaan schaken. Waar zij voor 1 juni 2010 nog hun eigen praktijk grotendeels naar eigen inzicht konden vormgeven, moet in de huidige situatie worden geopereerd vanuit twee units van elk vier huisartspraktijken in een gezondheidscentrum in een samenwerkingsverband van 26 zorgverleningspraktijken. Dat samenwerkingsverband is opgericht om met elkaar zorgvernieuwingprojecten en kwaliteitsbeleid te kunnen vormgeven gericht op populatiegerichte multidisciplinaire samenhangende zorg. Vanwege de coördinerende functie van de huisartsen in de eerstelijnszorg, maakt de huisartspraktijk echter altijd deel uit van alle zorgvernieuwingprojecten, waardoor overbelasting dreigt. De nieuwe samenwerkingsstructuur met de praktijk ouderengeneeskunde moet dus zo worden ingericht, dat de huisartspraktijken zo min mogelijk extra worden belast.

Voor het onderhavige project is de motivatie groot. Alle disciplines bemerkten dat de zorg voor complexe en kwetsbare ouderen coördinatie, overzicht en een integrale aanpak ontbeerde. Dit hiaat wordt ingevuld door de praktijk ouderengeneeskunde.

Voor de inbedding van deze praktijk zijn twee mogelijkheden: een loondienstverband voor de medewerkers van de praktijk ouderengeneeskunde bij het samenwerkingsverband of een zelfstandige praktijk, die partner wordt in het samenwerkingsverband. Onder 2.1.1 gaan we in op de voor- en nadelen van beide constructies en op de keuze die we hebben gemaakt in de Velpse situatie.

2.1.1 rechts- en organisatievorm

De Stichting Een Plus Samenwerking is een samenwerkingsverband van zelfstandige praktijkhouders. Dan ligt voor een uitbreiding van de betrokken disciplines ook een zelfstandige praktijk voor de hand. De specialist ouderengeneeskunde heeft echter nog geen ervaring met een eigen praktijk en de inhoud en structuur van de integrale zorg voor complexe en kwetsbare ouderen in de eerste lijn, zal nog grotendeels moeten worden ontwikkeld. Daarom hebben wij gekozen voor een zelfstandige praktijk met ontlasting van de SOG in vormgeven en uitvoeren van de zgn. piof-functies (personeel, informatie, organisatie en financiën) door Seps en te kiezen voor een loondienstverband voor de overige medewerkers.

De volgende vijf mogelijkheden zijn uitgezocht voor de organisatie van het SO-team als onderdeel van een multidisciplinaire samenwerkingsstructuur:

1. Zelfstandige praktijk Specialist Ouderengeneeskunde (SOG), met medewerkers in loondienst

⁸ KNMG handreiking

2. Alle leden SO team als zelfstandigen
3. Hele team in loondienst bij samenwerkingsverband SEPS
4. SO-team in dienst van een nieuw op te richten Stichting Piof-functies Team Specialist Ouderengeneeskunde (PTSO).
5. SOG eigen praktijk, medewerkers in dienst samenwerkingsverband tot eigen praktijk staat.

Ad 1 de zelfstandige praktijk ouderengeneeskunde (POG):

De voordelen van een zelfstandige praktijk SOG zijn:

- De praktijkhouder heeft maximale eigen zeggenschap over aard en hoeveelheid van zorg. Voor een bevoegen zorgverlener is dat een groot voordeel, omdat kwaliteit van de zorg dan niet hoeft te lijden onder belangen van disciplines of een evt. organisatiebelang.
- Snelle mogelijkheden voor schakelen, vernieuwen en inspelen op actuele ontwikkelingen.
- De mogelijkheid om voor meerdere samenwerkingsverbanden en praktijken te werken.
- Door de projectmiddelen is er nu tijd en geld de zelfstandige praktijk zeer bewust en pilotgewijs vorm te geven
- Een zelfstandige praktijk sluit aan bij de cultuur van het samenwerkingsverband Seps
- Erkenning door huisartsen en andere praktijkhouders van de SOG als gelijkwaardige beroepsgroep

Maar aan een zelfstandige praktijk ouderengeneeskunde kleven ook risico's:

- Overbelasting en/of versnippering aandacht SOG
- Piof-functies lijden onder patiëntenzorg
- Patiëntenzorg lijdt onder piof-functies
- De praktijk is zelf verantwoordelijk voor het organiseren van feedback op het eigen handelen
- Perverse prikkels: inhoud van de zorg kan zich gaan richten naar de verdiensten
- Te veel dezelfde rollen in de organisatie (vele praktijkhoudende kapiteins op het schip, die allen de samenwerking willen vormgeven volgens de werkwijzen van de eigen praktijk)
- De huisartsen zouden de praktijk ouderengeneeskunde als concurrent kunnen ervaren.

Ad 2 alle leden SO-team als zelfstandigen zonder personeel (zzpérs)

Dit is geen mogelijkheid omdat er geen gezagsverhouding mag bestaan tussen een zzpér en een opdrachtgever. Helder is dat de SOG eindverantwoordelijk is voor de zorg die verleend wordt door het SO-team en dat zij het team aanstuurt. Bij een gezagsverhouding interpreteert de belastingdienst de relatie als dienstverband en is de opdrachtgever (SOG of Seps) belastingplichtig. De belasting spreekt dan over schijnzelfstandigen en de zzpérs raken hun status als zelfstandigen kwijt.

Ad 3 alle medewerkers praktijk ouderengeneeskunde in loondienst bij het samenwerkingsverband

De volgende voordelen zijn verbonden aan een loondienstverband voor de praktijk ouderengeneeskunde:

- Zorgverleners kunnen zich toeleggen op hun kerncompetentie van zorgverlener en hoeven geen tijd te verliezen aan piof-functies.
- Creativiteit van zorgverleners wordt maximaal aangewend voor zorgvernieuwing, omdat minder energie weglekt in de praktijkvoering
- Piof-functies worden kernfuncties i.p.v. taken die er ook nog bij komen

Risico's van een loondienstverband zijn:

- Bureaucratische besluitvorming
- Management te ver van de praktijk af
- Organiseatiebelang snijdt in kwaliteit zorg of werkplezier zorgverleners
- Risico 9 to 5 mentaliteit

Het grote voordeel van een loondienstverband voor de SOG en overige medewerkers van de POG is dat zij worden ingevoegd in een lopende organisatie waardoor zij alle aandacht kunnen richten op het vormgeven van de zorg. Groot nadeel is echter dat de praktijk ouderengeneeskunde een-op-een gekoppeld wordt aan Seps en daarmee flexibiliteit inlevert.

Na bespreking in het bestuur van Seps, blijkt deze mogelijkheid voor de Velpse situatie geen reële optie omdat het bestuur van Seps anno 2011 het standpunt heeft ingenomen dat Seps geen zorgverleners in dienst mag nemen.

Ad 4 oprichten van een stichting t.b.v. Piof-functies Team Specialist Ouderengeneeskunde (PTSO).

Deze neemt het team in dienst en/of ook de SOG.

Seps heeft dan geen zorgverleners in dienst maar gaat een servicecontract aan met de Stichting PTSO. De Stichting PTSO wordt een stichting met beperkte doelstelling: piof-functies voor het team SOG t.b.v. projecten voor geïntegreerde ouderenzorg met een POG;

Deze stichting kan worden toegerust met een zeer slank bestuur van 3 personen, die de directeur van het samenwerkingsverband als directeur volledige bevoegdheid geven om de HRM-en andere piof-functies vorm te geven voor het SO-team.

Ad 5 groeimodel

Stichting PTSO neemt per 1 sept 2011 SOG en medewerkers in dienst. De SOG gebruikt de resterende tijd van het COKO-zonmw- project voor opbouw eigen praktijk, waar zij eerst zelf naar over gaat en voor einde project COKO-zonmw op 1 mei 2012 gaat ook personeel over naar de SO-praktijk en wordt de Stichting PTSO weer opgeheven.

conclusie

Het bestuur van het samenwerkingsverband Seps heeft gekozen voor een zelfstandige praktijk ouderengeneeskunde zoals hierboven beschreven onder 1 omdat:

- Het bestuur van Seps een voorkeur heeft voor zelfstandig ondernemerschap
- De praktijk ouderengeneeskunde als zelfstandige praktijk eenzelfde en gelijkwaardige positie heeft aan de andere zorgverlenerpraktijken in het samenwerkingsverband
- de verantwoordelijkheid en zeggenschap over de kwaliteit van zorg van de praktijk ouderengeneeskunde ligt bij de eindverantwoordelijke praktijkhouder: de specialist ouderengeneeskunde
- de specialist ouderengeneeskunde niet uitsluitend gebonden is aan de aan Seps verbonden partners, maar ook zorg kan leveren aan ouderen die hulp krijgen van andere zorgaanbieders.
- In de projecttijd de SOG bij het vormgeven en uitvoeren van de piof-functies ondersteund kan worden door de tweede projectleider, de directeur van het samenwerkingsverband.

2.1.2 belastingen

Er zijn twee fiscale aspecten waar in praktijkvoering rekening mee moet worden gehouden: BTW en vennootschapsbelasting.

In de wet opgenomen BTW-vrijstellingen zijn:

Art. 11 lid 1, sub c, is de BTW-vrijstelling voor het verzorgen en het verplegen van in een inrichting opgenomen personen, evenals het verstrekken van spijzen en dranken, geneesmiddelen en verbandmiddelen aan die personen.

Art. 11 lid 1, sub g, is de BTW-vrijstelling voor diensten door beoefenaren van een beroep waarvoor regels zijn gesteld bij of krachtens de Wet op de

beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG); de diensten door psychologen en tandtechnici; de leveringen van tandprothesen; het vervoer van zieken of gewonden met ambulanceautomobielen (zie bijlage 2 beroepen die vallen onder de Wet BIG).

Logisch geredeneerd valt de zorg van de praktijk ouderengeneeskunde, die onder de verantwoordelijkheid valt van de BIG-geregistreeerde SOG dus onder deze vrijstelling. Voor de zekerheid hebben we de belastingdienst om een uitspraak gevraagd. Helaas heeft de belastinginspecteur geantwoord dat hij nog geen uitspraak kan doen en (achteraf) op de praktijk zal reageren; zie bijlage voor de brief van de belastinginspecteur⁹.

Vennootschapsbelasting (VPB) wordt geheven over winst uit onderneming.

Wanneer een eigen praktijk als doel heeft winst te maken zal over die winst VPB moeten worden betaald.

Wanneer een praktijk tot doel heeft zorg te verlenen zonder winstoogmerk, moet aan 2 voorwaarden worden voldaan om in aanmerking te komen voor vrijstelling van VPB:

Voor 90% moeten de activiteiten bestaan uit 'de genezing of verpleging van zieken, kraamvrouwen of gebrekkigen'.

Wanneer gekozen wordt voor vrijstelling, kunnen opbrengsten alleen gebruikt worden voor het doel van de instelling, voor een instelling die een gelijkwaardig doel nastreeft of voor een doelstelling van algemeen maatschappelijk belang.

2.1.3 personeel

De SOG had op basis van haar ervaringen in een verpleeghuissetting aangegeven in haar team nog 3 medewerkers te willen opnemen: secretaresse, verpleegkundige en een coördinator. Nadat een uitstekende ouderenverpleegkundige gevonden was, bleek het slimmer om de functies van ouderenverpleegkundige en coördinator te combineren. De begrote omvang van de secretariaatsfunctie bleek te krap. In het verloop van het project zal gezocht worden naar de optimale urenverdeling tussen SOG, ouderenverpleegkundige en secretariaat. De functieprofielen van deze medewerkers zijn terug te vinden in de bijlagen¹⁰.

Omdat de meeste SOG's werkzaam zijn in verpleeghuizen, vallen zij onder de CAO van de verpleeghuissector. Deze CAO lag niet erg voor de hand voor een eerstelijnspraktijk. Omdat de POG de multidisciplinaire aanpak als belangrijk instrument heeft, hebben we er voor gekozen de CAO Gezondheidscentra te volgen voor het personeel van de POG. De Cao-gezondheidscentra is via internet eenvoudig te downloaden of op te vragen bij de branche-organisatie, de Landelijke Vereniging voor de Geïntegreerde eerste lijn (zie www.LVG.org)

personele lasten

De salarisschalen van de ouderenverpleegkundige (ovk) en secretaresse zijn eenvoudig te vinden in de CAO gezondheidscentra. Wanneer de schaal is gevonden en vastgesteld, wordt de periodiek bepaald door het aantal jaren relevante arbeidservaring. In principe gaat iemand voor ieder jaar relevante arbeidservaring 1 periodiek omhoog.

Om uitgaande van de bruto maandsalarissen uit de CAO te berekenen wat de bijbehorende personele lasten zijn, moet je alle werkgeverslasten doorrekenen: zie bijlage onderbouwing loonkosten en uurtarieven ouderenverpleegkundige en secretariaat¹¹.

Om van bruto maand- naar bruto jaarsalaris te komen, vermenigvuldig je met 12 maanden, met 1,04 voor de 4 % eindejaarstoeslag en met 1,08 voor de 8 % vakantietoeslag (kolom C).

⁹ Bijlage 6

¹⁰ Bijlage 7

¹¹ Bijlage 8

De werkgeverslasten worden dan nog verhoogd met de bijdragen in het kader van de zorgverzekeringswet (5,7 %), de pensioenvoorziening (8%), de sociale lasten (12%) en de overige werkgeverslasten zoals reiskosten, ziekteverzuimverzekering, beroepsaansprakelijkheidsverzekering, WA verzekering (samen 4%) (kolom D).

In tabel 3 staan alle opslagpercentages op een rij om te komen van het bruto werknemerssalaris tot bruto werkgeverslasten. De meeste personeelsfunctionarissen rekenen met een algeheel opslagpercentage van 42%.

Dit betekent dat de jaarlasten volgens de CAO gezondheidscentra behorend bij een bruto maandsalaris van € 3316 voor een fte ervaren ouderenvpleegkundige uitkomen op ca € 58500 per jaar en die voor een fte secretaresse met maandsalaris € 2519,22 op € 44500 per jaar.

personeelsbeleid (jaarcontract, functioneringsgesprekken)

Om de geschiktheid van de medewerkers te kunnen beoordelen op korte en lange termijn wordt gewerkt met een proeftijd van 1 maand en met een eerste jaarcontract. Voorafgaand aan cruciale momenten (naderen einde jaarcontract en voorafgaand aan mogelijke toekenning jaarlijkse periodiek) wordt met de medewerkers een beoordelingsgesprek gehouden. Dan wordt het oordeel van de medewerker over het eigen functioneren gevraagd en geeft ook de leidinggevende haar oordeel. Op basis hiervan wordt besloten over verlenging van het contract, scholings- of studiefaciliteiten, een mogelijke extra periodiek etc. Tussentijds kan een functioneringsgesprek worden gehouden, waarin medewerker en leidinggevende hun beider functioneren kunnen bespreken.

De CAO GC biedt maar een maal de mogelijkheid voor een jaarcontract. Bij goed functioneren volgt daarna een vaste aanstelling. De enige uitzondering hierop vormen aanstellingen in het kader van tijdelijke projecten, zoals het project 'multidisciplinaire samenwerkingsstructuur kwetsbare ouderen met een specialist ouderengeneeskunde. In het kader van deze tijdelijke financiering volgt bij goed functioneren na een jaarcontract een contract voor de duur van het project.

2.1.4 faciliteiten (kamers en inrichting, kosten)

De POG heeft minimaal twee structurele ruimten nodig en een vergaderfaciliteit op ad-hoc basis.

1. Een spreek- en behandelkamer
2. Een teamkamer (secretaresse en 1 andere werkplek voor medewerker/stagiaire)
3. Een vergaderruimte om op ad hoc-basis te kunnen gebruiken voor scholing en wat grotere overleggen.

Het gebouw van het gezondheidscentrum is eigendom van een woningbouwcorporatie, 'De Woonplaats'. De Woonplaats verhuurt het gehele pand aan de Stichting Een Plus Onroerend Goed (SEPOG), die bestuurd wordt door 3 huisartsen uit het samenwerkingsverband. De regel is dat vaste ruimten worden verhuurd voor aaneengesloten perioden van 10 jaar. Omdat de POG slechts middelen heeft voor een periode van 3 jaar, heeft SEPOG toch besloten de beide kamers 1 en 2 voor een periode van 3 jaar aan de POG te verhuren. Voor benodigde vergader- en overlegfaciliteiten kan gebruik gemaakt worden van de ruimten van Seps.

De huur bedraagt rond de € 1200 per maand.

2.1.5 verzekeringen

De volgende verzekeringen met betrekking tot de praktijkvoering zijn afgesloten:

- Ziekengeld en arbeidsverzuim voor de verpleegkundige en de secretaresse
- Arbeidsongeschiktheidsverzekering voor de SOG
- Rechtsbijstandverzekering uitgebreid voor de praktijk
- Aanvullende aansprakelijkheidsverzekering, uitgebreid voor de praktijk

Een en ander is geregeld door de VvAA en volgt als vanzelf uit de gesprekken met een praktijkadviseur.

Seps heeft een aansprakelijkheidsverzekering afgesloten voor risico's en fouten op het terrein van samenwerking en samenhang, die geldt voor alle partners.

2.1.6 pensioenopbouw

De SOG dient zelf een pensioen op te bouwen. Er is (nog) geen pensioenfonds dat de zelfstandig werkende SOG in zijn pakket heeft. Dit betekent dat de SOG daar zelf iets voor moet organiseren. Dit kan op twee manieren.

1. Zelf sparen. Het nadeel hiervan is dat dit niet van de belastingen aftrekbaar is. Het voordeel is dat het gespaarde geld te alle tijde op te nemen is in tijden van nood. Hoe het geld uiteindelijk opgenomen wordt (een soort inkomen of alles in 1x, is zelf in te vullen). Een grove schatting is dat 10% van het jaarinkomen gespaard moet worden om een aangename oude dag te hebben. Richtlijn hierbij is het jaarinkomen en niet de jaaromzet. Deze laatste is veel hoger dan het jaarinkomen, want bevat ook de inkomens van personeel in dienst van de praktijk ouderengeneeskunde en in de toeregel ook de praktijkkosten.
2. Door middel van lijfrente. Dit is (nog) aftrekbaar van de belastingen op het moment van sparen en daarom nu financieel aantrekkelijker. Bij het opnemen van de gespaarde lijfrente worden wel belastingen geheven.

2.1.7 kosten van de zorg

financiering in de vorm van DBC's

Financiering in de toekomst van de inzet van de POG en de andere zorgverleners in het multidisciplinaire netwerk, zal het meest kansrijk zijn in de vorm van een of meerdere DBC's. Om zo realistisch mogelijke en haalbare DBC's te ontwikkelen, hebben we de integrale zorg van de POG inclusief de inzet van alle disciplines in het MDO en BO van meet af aan berekend en betaald in de vorm van DBC's.

Er zijn twee DBC's: een voor complexe en een voor kwetsbare ouderen.

We zijn gestart met een groot verschil in inzet en uren tussen de DBC voor complexe ouderen en voor kwetsbare ouderen. In de loop van het eerste jaar hebben we bemerkt dat kwetsbare mensen die naar de POG werden verwezen, veel complexer waren dan aanvankelijk gedacht, zodat deze meer uren voor diagnostiek en behandeling nodig blijken te hebben.

De DBC voor complexe mensen hebben we € 50 omlaag bijgesteld omdat door de multidisciplinaire context, de SOG zoveel mogelijk onderdelen van de behandeling delegeert aan andere disciplines in het samenwerkingsverband.

In de bijlage 9¹² opbouw DBC's ouderen is de huidige invulling van de DBC voor kwetsbare en complexe ouderen weergegeven.

aard en hoogte van de DBC's

Ter oriëntatie:.. Aanvankelijk waren de gemiddelde kosten voor een DBC voor complexe ouderenzorg berekend op € 1578,72 per patiënt en voor een kwetsbare oudere op € 322,22 per patient.

Nu, na een jaar ervaring, blijken we voor een complexe patient uit te kunnen komen met € 1528,50 gemiddeld en voor een kwetsbare patient gemiddeld € 938,93 nodig te hebben.

Let wel: deze bedragen betreffen uitsluitend de personele lasten voor de zorgverlening door de medewerkers van de POG en de kosten voor overleg in het MDO en bilateraal overleg voor de andere disciplines. De praktijk- en ontwikkelingskosten worden direct uit de projectgelden betaald.

netto uurtarieven in DBC's en bruto uurtarieven in aanstellingen

Belangrijk is dat alle betrokkenen bij financiering van de zorg, zich realiseren dat de uren die de basis vormen van DBC's netto zorgverleningsuren zijn. In de DBC's is vastgelegd hoeveel uren

¹² Bijlage 9

zorgverleners moeten besteden aan de diverse onderdelen van de patiëntenzorg. Om vanuit netto zorgverleningsuren te berekenen hoeveel formatie je nodig hebt, moet je de netto uren omrekenen naar bruto uren. De omslag van netto naar bruto heeft er mee te maken dat mensen ook betaalde tijd krijgen voor vakantie, verplichte vrije dagen, arbeidsduurverkorting en ziekte. Bovendien zijn mensen niet 100% productief. De meest optimistische percentages voor productiviteit gaan uit van 75%. Uit onderzoek blijkt de productiviteit meer rond de 65% te liggen. Zie hiervoor ook bijlage 8. Voor werknemers met een 36-urige werkweek zoals in de CAO Gezondheidscentra ligt de uiteindelijke productiviteit op 56 %. Dit betekent dat ieder in een DBC opgenomen zorgverleneruur per week moet worden uitgevoerd door iemand met een aanstelling van 1,79 uur per week.

2.1.8 financiële administratie praktijk

Het starten van een zelfstandige praktijk vraagt om ondernemerschap. Als beginnend praktijkhouder ben je bijna meer ondernemer dan arts. Er komt veel op je af waarover je in de opleiding weinig hebt geleerd. Salarisadministratie, verzekeringen regelen, pensioenvoorziening organiseren, ga er maar aanstaan. Er is een mogelijkheid om veel van deze organisatietaken over te laten aan een organisatie als de VvAA (ledenorganisatie voor professionals in de gezondheidszorg). De VvAA heeft veel ervaring met startende praktijken en kan hierin adviseren. Het is echter niet goedkoop om hun hulp in te roepen; een afweging die ieder voor zich moet maken.

In de opbouw van de POG zijn een aantal zaken bij de VvAA ondergebracht: aanmelding bij de belastingdienst, de verzekeringen voor de werknemers, de salarisadministratie, aanmelding bij de ziekteverzuimregeling (incl. bedrijfsarts), aanmelding van de SOG bij de arbeidsongeschiktheidsverzekering, pensioenadvies, advies over nalatenschap. De accountant en de advocaat die de nalatenschap regelden, zijn afkomstig uit het lokale netwerk.

De personele zaken zoals sollicitatiegesprekken, arbeidscontracten, salarisonderhandelingen en beoordelings- en functioneringsgesprekken werden mede verzorgd door de directeur van het samenwerkingsverband.

Het contact tussen de SOG en de contactpersoon van de VvAA (bv. bij uitbreiding van contract of ziekmeldingen) werd verzorgd door een medewerker van het samenwerkingsverband, die dat ook voor de medewerkers van het samenwerkingsverband en voor de huisartsen doet.

2.1.9 herregistratie

Voor de herregistratiecommissie is het van belang dat elke SOG kan aantonen gemiddeld voor minimaal 25 patiënten per jaar werkzaam te zijn in de functie van hoofdbehandelaar of medebehandelaar¹³. Deze patiëntenload is meestal af te leiden uit het contract van een werknemer. Bij een zelfstandige SOG is dat niet vanzelfsprekend. Dan moet er een andere registratie overhandigd worden van het aantal patiënten. Via een overzicht van de verwijzingen of via een facturering (belastingaangifte) achteraf.

De overige eisen zijn identiek aan elke intramuraal werkende SOG. Voor de diensten dient de zelfstandig werkend SOG zelf een afspraak te maken met een verpleeghuis in de regio. Ook nascholing, FTO's (farmacotherapeutisch overleg) en deelname aan intervisie, moet de SOG zelf organiseren. Zie www.KNMG.nl voor de specifieke eisen.

De verpleegkundige die werkzaam is in de POG is BIG geregistreerd. Ook voor de verpleegkundige geldt een herregistratie. De BIG registratie vervalt op 1 januari 2014. De herregistratie is daarna voor vijf jaar geldig. Er zijn twee afzonderlijke criteria voor de herregistratie: werken of scholing. Om de inschrijving in 2014 te verlengen, moet de verpleegkundige tenminste 2080 uren werkzaam zijn geweest in de periode 01-01-'09 tot 01-01-'14. Dit komt neer op gemiddeld acht uur per week. Werkzaamheden die meetellen moeten aan de volgende twee eisen voldoen:

¹³ Bijlage 10

1. De werkzaamheden moeten liggen op het terrein van de individuele gezondheidszorg. Dit zijn werkzaamheden die rechtstreeks gericht zijn op een persoon met het doel diens gezondheid te bevorderen of te bewaken.
2. De werkzaamheden moeten altijd vallen binnen het deskundigheidsgebied van het beroep waarvoor herregistratie wordt gevraagd.

Herregistratie is ook mogelijk op basis van het voldoen aan een scholingseis. Dit geldt voor verpleegkundigen die niet werkzaam zijn en voor verpleegkundigen die werken, maar 2080 uur niet halen. Om aan de scholingseis te voldoen is er een scholingstraject, dat vóór 01-01-'14 door de verpleegkundige met succes afgerond moet zijn. Zie voor meer informatie www.ribiz.nl.

2.2 klachtenregeling

Natuurlijk is het niet prettig om een klacht te krijgen. Het is belangrijk om snel met elkaar in gesprek te gaan en niet te wachten tot alle details van de klacht helder zijn. Vaak lukt het in een of meerdere gesprekken tussen de medewerker en de klager al om misverstanden uit de weg te ruimen, fouten te onderkennen en afspraken voor het vervolg te maken.

Wanneer dat niet lukt, kan een klager (in het geval van deze POG) een volgende stap zetten:

1. Een gesprek met de directeur van het samenwerkingsverband.
2. Lukt het ook dan niet om nader tot elkaar te komen, dan zou een klager in geval van huisartsenzorg naar een onafhankelijk commissie kunnen stappen. Echter, een eerstelijns praktijk voor ouderengeneeskunde kan in deze huisartsencommissie niet opgenomen worden. In de toekomst is het van belang om ook voor POG's een onafhankelijke klachtencommissie te organiseren.
3. Als laatste stap kan een patiënt met een klacht naar een externe commissie gaan, zoals patiëntenbelangenorganisatie Zorgbelang, de Inspectie voor de Volksgezondheid en het medische tuchtcollege of de rechter.

Het klachtenformulier en de folder waarin de stappen voor de patiënt zijn beschreven, zijn na te lezen in bijlage klachtenformulier¹⁴ en bijlage patiënteninformatiefolder klachtenregeling¹⁵.

Voor klachten die de samenwerking betreffen, heeft het samenwerkingsverband een regeling voor alle bij haar aangesloten partners.

¹⁴ Bijlage 11

¹⁵ Bijlage 12

3 Communicatie

*Het competentiegebied Communicatie omvat alle communicatie en samenwerking met de oudere patiënt en diens systeem*¹⁶.

3.1 Communicatie met de patiënt

huisarts legt bedoeling uit

De verwijzing start bij het gesprek dat de huisarts met de patiënt heeft over de inschakeling van de POG. De huisarts legt uit wat de werkwijze is van de POG of wat de POG voor de patiënt kan betekenen. Met toestemming van de patiënt neemt de huisarts contact op met de POG (zie hoofdstuk 7 onder 'het diagnostisch traject').

verpleegkundige eerste contact

De verpleegkundige legt het eerste contact met de patiënt. Het betreft meestal een telefonisch contact om een afspraak te maken voor een huisbezoek. Dit contact vindt plaats binnen twee werkdagen na verwijzing door de huisarts.

Het is een bewuste keuze om dit eerste contact door de verpleegkundige te laten doen. Het is van groot belang om een vertrouwensband op te bouwen met de patiënt. Daarmee wordt een begin gemaakt tijdens het eerste contact. Patiënten laten een hulpverlener makkelijker toe als deze zelf eerst een geruststellend gesprek heeft gevoerd.

informatie tijdens eerste contact (informed consent)

De verpleegkundige informeert de patiënt mondeling over de werkwijze van de POG tijdens het eerste bezoek. In aanvulling hierop ontvangt de patiënt schriftelijke informatie: een patiënteninformatie brochure¹⁷ over de POG, een afsprakenkaart en een brief¹⁸ waarin de volgende informatie wordt gegeven:

- De POG maakt gebruik van het patiëntendossier van de huisarts om de voorgeschiedenis (ziekten, onderzoeken, eerdere verwijzingen) door te kunnen nemen.
- De POG overlegt met eerder betrokken hulpverleners of met hulpverleners die mogelijk betrokken kunnen worden.
- Indien de patiënt bezwaar maakt tegen een of beide bovengenoemde punten, dan kan hij dit melden. De verpleegkundige komt tijdens het tweede patiëntencontact terug op de brief en noteert in het patiëntenregistratiesysteem wel / geen bezwaar. Tot die tijd zal de POG vanzelfsprekend geen gebruik maken van het patiëntendossier of geen betrokken hulpverleners raadplegen.

afspraken over bereikbaarheid

In de patiënteninformatie brochure wordt beschreven dat de huisarts de hoofdbehandelaar blijft en dat dit inhoudt dat de patiënt voor acute of nieuwe problemen altijd contact op moet nemen met de eigen huisarts. Ook wordt hierin beschreven dat de patiënt voor vragen rondom de verwijzing contact op kan nemen met de POG.

mondelijke informatie naar de patiënt en mantelzorgers

Wanneer de diagnostiek grotendeels is afgerond, organiseert de POG een gesprek met de patiënt en met mantelzorger/familie, indien gewenst. Het komt regelmatig voor dat hiervoor uit alle delen van het land de kinderen of andere familie naar Velp reizen om de conclusie van de POG te horen en

¹⁶ KNMG handreiking

¹⁷ Bijlage 13

¹⁸ Bijlage 14

samen na te denken over het vervolg en het zorgplan. Tijdens een dergelijk gesprek vraagt de SOG ook indien dat nodig is, een eerste contactpersoon aan te stellen. Vaak beslist de familie dat ter plekke. Een ander onderwerp dat vaak ter sprake komt, is de wens en ten aanzien van een zogenaamd 'beleid bij verslechtering'. Het is van groot belang om bij kwetsbare ouderen te weten wat hun wens is over behandeling, ziekenhuisopnames en reanimatie mocht dat nodig zijn. De beslissing over dit beleid wordt meestal niet direct genomen, maar de patiënt en familie hebben stof tot nadenken gekregen waar in een vervolg afspraak op teruggekomen wordt. Dit gesprek met de patiënt en familie duurt meestal minimaal een uur en is een wezenlijke aanvulling op de zorg, zoals deze door de huisarts wordt georganiseerd. De patiënt en mantelzorger ervaren het vaak als zeer waardevol!

Soms heeft een patiënt geen familie of mantelzorger(s) en is een patiënt niet in staat de informatie die gegeven wordt te overzien, te begrijpen en gewogen te beoordelen. Dit bemoeilijkt de wijze van communiceren met de patiënt. . In het belang van de patiënt beoordeelt de SOG in dat geval de mate van wilsonbekwaamheid mbt medische kwesties en behandelopties. Indien de SOG beoordeelt dat de patiënt wilsonbekwaam is, schakelt de POG een bewindvoerderkantoor in. Met behulp van dit kantoor wordt een aanvraag ingediend bij de kantonrechter (of bij afwezigheid van familie, bij de officier van justitie). Bij instemming van de rechter met het oordeel van de SOG wordt mentorschap aangevraagd. Indien de patiënt ook niet in staat is de administratie goed te verzorgen, vraagt de SOG ook bewindvoering aan. Het bewindvoerderkantoor levert dan zowel de mentor als de bewindvoerder, waar vervolgens nauw mee wordt samengewerkt.

Door deze handelwijze nemen wij gezamenlijk de beslissingsbevoegdheid en handelsmogelijkheid van de patiënt over. Anders gezegd: wij proberen in de lijn van de patiënt beslissingen te nemen over ziekte en gezondheid. De bewindvoerder neemt de volledige administratie over, regelt dat gas en licht worden betaald en dat patiënten in hun huis kunnen blijven wonen.

Deze manier van handelen lijkt mogelijk heel vergaand. We ontnemen een patiënt de volledige bevoegdheid om over zijn of haar leven te beslissen. Maar de POG heeft de uitdrukkelijke intentie om voor patiënten zorg te leveren waarbij hun kwaliteit van leven voorop staat. . Patiënten die geen afgewogen beslissingen meer kunnen nemen, ondermijnen hun eigen wensen. Ze vergeten hun rekeningen te betalen, krijgen deurwaarders aan de deur en ondergaan in het ziekenhuis vaak grote ingrepen waarna ze nog meer verward zijn. Door alles van ze over te nemen, beschermen we hen tegen hun eigen onvermogen en helpen we hen zo gezond (en gelukkig) mogelijk te zijn in hun eigen huis.

Een andere afweging is nog tot hoever de bemoeienis van een medische praktijk met patiënten moet gaan. De POG is van mening dat het ondernemen van actie t.a.v. huishoudelijke zaken bij sommige patiënten onvermijdelijk is, omdat hun gezondheid bedreigd wordt wanneer deze zaken niet goed geregeld zijn. Het specialisme ouderengeneeskunde is werkelijk een uitermate holistisch vak!

schriftelijke informatie naar patiënt

De POG is van plan om de patiënten een brief aan te bieden met daarin de conclusie van de diagnostiek en de adviezen voor het vervolg. Op het moment van schrijven is dit inmiddels een tiental keren gebeurd en telkens heel positief ontvangen door patiënten en mantelzorgers. De POG onderzoekt de haalbaarheid (in tijd) van dit plan.

3.3 Communicatie met de mantelzorgers en hulpverleners

Voor mantelzorgers en hulpverleners is dezelfde informatie over bereikbaarheid van de POG van toepassing. Daarnaast ervaart de POG dat zowel mantelzorgers als hulpverleners graag gebruik maken van internet om informatie in te winnen en om te communiceren. De POG heeft een website ontwikkeld –www.praktijkouderengeneeskunde.nl–, met informatie over de praktijk. Tevens is door de POG een e-mail account in gebruik. In de automatische reply die de mensen ontvangen na een

eerste mailcontact, wordt gemeld dat de POG binnen twee werkdagen antwoord geeft. Ook wordt hierin genoemd dat bij acute zaken patiënten altijd contact dienen op te nemen met hun eigen huisarts. Indien er problemen zijn die niet kunnen wachten en die de POG betreffen, wordt geadviseerd telefonisch contact op te nemen met de POG.

De mailcorrespondentie vindt niet plaats in een beveiligde omgeving. Mensen gebruiken veel (onveilige) Hotmail en Gmail. Vandaar dat de POG in overleg met een jurist van de KNMG heeft gekozen voor het anonimiseren van de patiëntnamen. Elke patiënt krijgt een uniek nummer dat is opgebouwd uit het nummer dat de POG toekent aan patiënten na verwijzing, de eerste letter van hun achternaam en de laatste twee cijfers van het geboortjaar. Dit nummer wordt schriftelijk aan patiënten, mantelzorgers en hulpverleners doorgegeven. Het voelt niet sympathiek om patiënten niet bij naam te noemen maar een nummer te gebruiken. Het nummer staat echter alleen bovenaan de mail. In de rest van de tekst wordt gesproken over 'mevrouw', 'patiënt', of 'uw moeder'. De betrokken hulpverleners en mantelzorgers stellen deze vorm van communicatie erg op prijs. In een brief hebben we deze procedure beschreven voor de mantelzorgers en patiënten¹⁹.

3.4 Communicatie van de hulpverleners naar de hoofdbehandelaar

De SOG schakelt de diverse hulpverleners in en definieert de verwijzingsvraag. Deze hulpverleners rapporteren terug ten tijde van het MDO. Dit wordt verwerkt in het zorgplan. Het zorgplan kan de huisarts tussentijds altijd inzien. Bij afwijkende bevindingen die van belang zijn voor de hoofdbehandelaar, wordt deze tussentijds geïnformeerd door de SOG of betreffende hulpverlener. De huisarts ontvangt van alle betrokken hulpverleners een eindrapportage, met een kopie naar de POG.

Beste dokter Bertholet

Fijn dat dit zo kan via de mail.

Ik heb de aanvraag vandaag ontvangen. Heel hartelijk bedankt.

Met mijn moeder gaat het (naar omstandigheden) redelijk op het ogenblik.

Ze gaat wel steeds meer 'fantasier verhalen' vertellen, maar is in ieder geval vrolijk.

De overgang naar het baxtersysteem is goed verlopen.

Het door de zorg gewassen worden vindt ze maar niets. Dat komt in de toekomst nog wel.

Hartelijke groet,

¹⁹ Bijlage 15

4. Kennis en wetenschap

De competenties die vallen onder het eerste competentiegebied medisch handelen, zoals diagnosticeren en behandelen, vragen om veel (parate) kennis. Het competentiegebied Kennis en Wetenschap richt zich op het proces van kennis verwerven en het omgaan met kennis.²⁰

4.1 Onderzoek

Aanvankelijk was het plan om de resultaten van het project te laten volgen en analyseren door de universiteit van Nijmegen in het kader van het Menzisproject. De vragenlijsten die daartoe zouden worden afgenomen zijn de TOS-1²¹ en TOS-2. De TOS-1 wordt ingevuld door de huisarts en geeft een eerste idee van de mate van kwetsbaarheid van de patiënt. De TOS-2 werd ingevuld door de verpleegkundige van de POG. Al snel bleek echter dat deze vragenlijst niet geschikt was voor de veelal erg complexe patiëntengroep die verwezen werd. De vragen deden een beroep op het geheugen van de mensen terwijl dat vaak juist het probleem was. Ook gaat de vragenlijst ervan uit dat patiënten ziekte-inzicht hebben, wat bij de meeste verwezen patiënten niet het geval was. Tot slot maakten de omvang en de aard van de vragen de mensen regelmatig weerbarstig en argwanend, wat een goede anamnese in de weg ging staan. In overleg met de universiteit is met het gebruik van deze TOS-2 gestopt en wordt een nieuw instrument ontwikkeld. Mogelijk dat een aantal vragen uit de TOS-2 nog wel worden gebruikt, maar in een andere formulering en meer gericht op de werkelijke situatie. Momenteel wordt onderzocht of het een optie is om met de universiteit van Groningen samen verder te werken aan een onderzoeksinstrument. De universiteit in Groningen heeft zogenaamde 'zorgprofielen' ontwikkeld uit de vragenlijst 'Intermed'. Met deze zorgprofielen zou duidelijk kunnen worden waar de complexiteit van de patiënten van de POG in zit. Intermed zou een onderdeel van het gehele onderzoeksinstrument kunnen zijn. Dit instrument moet meten wat de meerwaarde van de interventie van de POG is op de zorgconsumptie en op de kwaliteit van leven voor patiënt en mantelzorger.

4.2 Onderwijs

Het is van groot belang voor de dagelijkse medische zorg voor ouderen dat hulpverleners uit diverse beroepsgroepen en van verschillende opleidingsniveaus scholing ontvangen op het gebied van de oudere patiënt. Tevens is het belangrijk om studenten van alle medische richtingen en studenten verpleegkunde kennis te laten maken met de eerstelijnszorg voor ouderen, bv tijdens een stage. De motivatie om later te kiezen voor een richting als (eerstelijns) ouderenzorg, wordt absoluut gestimuleerd door dergelijke stages. Aangezien het hard nodig is om meer zorgverleners aan te trekken voor deze patiëntencategorie, zijn motiverende stages als deze onontbeerlijk.

De POG staat open voor studenten van alle opleidingsniveaus. Er zijn verschillende 2ejaars studenten geneeskunde geweest die meeliepen en er is continue een SOG-in-opleiding betrokken. Deze arts-assistent loopt 2 dagen mee met een huisarts en 2 dagen met de SOG. De arts-assistent leert hierdoor de cultuur van de eerste lijn kennen en laat de huisartsenpraktijk kennis maken met de zienswijze van een SOG. Beide partijen (de huisartsen en de arts-assistent) zijn enthousiast over deze samenwerking.

De SOG heeft afgesproken 4x per jaar scholing aan medewerkers van het samenwerkingsverband te geven. De eerste scholing werd enthousiast ontvangen, vooral door de assistenten van de

²¹ Bijlage 16

huisartsenpraktijk en de paramedici. Deze scholing had als onderwerp 'dementie'. Het belangrijkste resultaat was dat voor alle aanwezigen helder werd hoe complex de diagnostiek van dementie is en dat deze diagnose niet kan worden gebaseerd op het resultaat van een enkele vragenlijst (zoals steeds meer het gebruik begon te worden binnen het samenwerkingsverband).

4.3 Scholing

In een zelfstandige praktijk is het minder vanzelfsprekend dat de medewerkers worden bijgeschoold en feedback ontvangen. Het is belangrijk en verplicht om wel te blijven bijscholen. Het vergt een extra inspanning om deel te nemen aan bestaande toetsgroepen, FTO's en supervisiegroepen. De ervaring is dat de meeste collega's in de instellingen zeker bereid zijn om die deelname te faciliteren.

5. Maatschappelijk handelen

Het competentiegebied Maatschappelijk handelen, richt zich op de maatschappelijke context van het medisch handelen en op vormen van belangenbehartiging ten behoeve van de patiënten²².

5.1 Netwerkcontacten

Zoals in paragraaf 1.0 staat geschreven, is het opbouwen van een lokaal netwerk een van de kernelementen van de multidisciplinaire samenwerkingsstructuur voor complexe en kwetsbare ouderen.

Sinds de start van de POG heeft het aangaan en onderhouden van contacten met andere hulpverleners en instellingen in de regio hoge prioriteit gekregen. Deze contacten zijn belangrijk, omdat de POG niet alleen kan zorgen voor alle benodigde hulp. Goede zorg aan oudere patiënten met kwetsbare en complexe problematiek vraagt om samenwerking en afstemming van de zorg. Daarnaast was het van groot belang deze contacten te leggen, omdat de POG een nieuwe speler was in het werkveld van de zorg aan complexe en kwetsbare ouderen. De contacten boden de POG de mogelijkheid om zichzelf te introduceren bij hulpverleners en instellingen.

In en om Velp heen zijn veel voorzieningen waar ouderen gebruik van kunnen maken. Het karakter en de visie van deze voorzieningen kan erg verschillen. De POG geeft ouderen advies op maat. Waar of met wie de ene oudere zich prettig voelt, kan erg verschillen van de andere oudere ook al heeft de SOG dezelfde diagnose gesteld. Ook dit is voor de POG reden geweest om te investeren in contacten met andere hulpverleners en instellingen in de regio. Door goed geïnformeerd en bekend te zijn met de diverse hulpverleners en instellingen is de POG beter in staat zorg op maat te geven. Door een passend advies wordt het vertrouwen in de POG versterkt waarna weer andere (therapeutische) opties mogelijk worden.

Onderstaand een opsomming van diverse hulpverleners en instellingen in de regio waarmee de POG contacten heeft gelegd:

- Huisartsen, verpleegkundigen, assistenten de huisartspraktijken
- Paramedici zoals fysiotherapeut, caesartherapeut, ergotherapeut, podotherapeut, diëtist, logopedist, psycholoog.
- Casemanagers dementie.
- Ouderenadviseurs.
- Medisch specialisten zoals geriater, revalidatiearts, psychiater.
- Thuiszorgorganisaties. Het betrof hier vooral zorgcoördinatoren, wijkverpleegkundigen en – ziekenverzorgenden.
- Verzorging- en verpleeghuisinstellingen, de afdelingen en de dagbehandelingen of dagopvang. Het betrof hier vooral coördinatoren, maatschappelijk werkers.
- Instelling voor begeleiding en behandeling van psychische en psychiatrische problemen bij oudere patiënten. Het betrof hier sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.
- Welzijnsorganisaties.
- Meldpunt vrijwillige thuiszorg.
- Vertegenwoordigers van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).
- Vertegenwoordigers van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).
- Overigen zoals een vertegenwoordiger van een bewindvoerderskantoor.

²² KNMG-handreiking

- Overige hulpverleners zoals kunstzinnig therapeut, tandarts, vrijwillige organisaties als de Telefooncirkel

In verband met het opbouwen van een lokaal netwerk heeft de POG ook aansluiting gezocht bij een regionaal netwerk ouderenzorg. Dit netwerk biedt een ontmoetingsplek aan zorgverleners van diverse instellingen in de regio en is in ontwikkeling.

Het opbouwen van een lokaal netwerk vraagt een grote tijdsinvestering, waarvan de POG naar het nu laat aanzien de vruchten begint te plukken. De POG en de diverse hulpverleners en instellingen weten elkaar over en weer goed te vinden. Het blijft van belang om hierin als POG te blijven investeren.

Met name door subsidie van ZonMw voor de inrichting van de multidisciplinaire samenwerkingsstructuur is het mogelijk geworden dit lokale netwerk op te bouwen.

5.2 Samenwerking met de WMO

Zoals vastgelegd in de WMO gaat de gemeente steeds meer taken uit de AWBZ uitvoeren. In de WMO is bovendien veel aandacht opgenomen voor welzijn en preventie. Hierover zijn gesprekken gevoerd met enkele WMO-beleidsmedewerkers van de gemeente Rheden (waaronder Velp valt). Uit deze contacten is gebleken dat de gemeente Rheden openstaat voor suggesties uit de eerste lijn. Met dit in gedachten is een brief met een aantal aanbevelingen opgesteld en in behandeling genomen bij de WMO²³. De belangrijkste aanbeveling wordt hierna beschreven:

Ontwikkeling van een zorgaanbod in de eerste lijn waarvan ouderen gebruik kunnen maken. Het betreft een divers aanbod van groepsactiviteiten zoals fysiotherapie, gespreksgroepen, lezingen over allerlei medisch gerelateerde onderwerpen, mantelzorgondersteuning, individuele gesprekken met bv een arts of verpleegkundige. Als mensen aan meerdere activiteiten mee willen doen, moet de overgang van de ene naar de andere activiteit worden begeleid, net als de verzorging van een maaltijd tussen de middag. De gemeente wordt uitgenodigd dit geheel in het kader van haar WMO-uitvoeringstaak te organiseren.

Dit zorgaanbod richt zich op preventie van problemen bij ouderen doordat met tijdige hulp veel problemen voorkomen en opgevangen kunnen worden. De diverse medewerkers en hulpverleners zijn in staat om tijdig signalen van kwetsbaarheid op te vangen en hierop te reageren.

De verwachting is dat hiermee een groep ouderen wordt bereikt die normaalgesproken niet te motiveren valt voor 'groepsbegeleiding'. Het is voorstelbaar dat deze laatste groep na enige tijd wel doorstroomt naar de dagopvang zoals deze nu is ingericht.

De directe patiëntenzorg door de hulpverleners wordt op de gebruikelijke wijze vergoed door de zorgverzekeraar.

Op het moment van schrijven van dit rapport (augustus 2012) is nog niet bekend welke aanbevelingen door de gemeente worden overgenomen.

5.3 De zorgmijdende patiënt is de goedkoopste patiënt.

Het is duidelijk dat een zelfstandige POG veel kan betekenen voor ouderen en mantelzorgers. De patiënten worden minder verwezen naar de tweede lijn, worden thuis onderzocht met eenvoudige

²³ Bijlage 17

middelen, krijgen advies op maat en een samenhangend pakket aan hulp van onderling samenwerkende disciplines en kunnen langer thuis blijven wonen met meer kwaliteit van leven. Door de interventies van de POG worden problemen in een vroege fase gesignaleerd en aangepakt, worden verergering en crisisopnames voorkomen en kan verhuizing naar een verzorging- of verpleeghuis worden uitgesteld. Hiermee worden de kosten van de zorg van deze mensen sterk verlaagd.

Er is echter ook een patiëntengroep waarvoor de bemoeienis van de POG niet kostenbesparend zal zijn. Een aanzienlijk deel van de patiënten die door de huisartsen wordt verwezen, blijkt te bestaan uit zorgmijdende, verwaarloosde, vaak dementerende mensen met een heel klein of afwezig steunsysteem. Deze patiënten zijn bijna onzichtbaar in onze maatschappij. Ze vragen geen hulp en zijn niet lastig. Elke interventie bij deze patiënten is daarom kostenverhogend. Een fundamentele discussie die in onze maatschappij gevoerd moet worden is wat we moeten doen met deze groep mensen. Gaan we ze actief opzoeken, verwijzen, behandelen en begeleiden? Dan staan daar ook kosten tegenover. Als we de andere kant op kijken gebeurt er niks. Niemand dient een klacht in, niemand verwijt ons iets. Deze mensen zijn te kwetsbaar om zelf enige actie te ondernemen. Maar is het niet de taak van een trotse verzorgingsstaat als de onze, om voor deze groep mensen adequaat te zorgen en de daarbij behorende kosten te dragen? Een discussie die we met elkaar moeten voeren en waar we naar moeten handelen.

De huisarts heeft een patiënte op het spreekuur gehad die terloops vertelt over het bijzondere gedrag van haar onderbuurvrouw die wekelijks afscheid komt nemen omdat ze gaat verhuizen. De huisarts heeft deze vrouw lang niet gezien, hij vraagt de POG bij haar langs te gaan.

Wij treffen een lange vermagerde vrouw in opperbeste stemming. Ze heeft duidelijk geheugenproblemen maar heeft daar zelf geen last van.

Integendeel, ze heeft het idee nog zelf haar boodschappen te doen, te koken, gezellige uitstapjes per auto te maken met haar vriendin en is van plan om volgende week weer te verhuizen naar Amsterdam. We nemen blijmoedig afscheid van haar en treffen haar twee weken later in dezelfde toestand aan.

De patiënte heeft geen ziekte-inzicht, wil absoluut geen zorgverleners over de vloer, ervaart geen enkel probleem en is daarvan ook niet te overtuigen. Er zijn niet echte gevaarlijke situaties te benoemen, behalve dat ze

langzamerhand meer gewicht zal verliezen. Bij zekere progressie van haar ziektebeeld lijkt een crisissituatie vroeg of laat onvermijdelijk, maar wanneer dat moment aanbreekt, is niet te voorspellen. Deze patiënte heeft dus

absoluut niet het gevoel dat ze zorg nodig heeft. Ze is echter niet

wilsbekwaam als het gaat om de inschatting van haar situatie en wat ze

nodig heeft om gezond te blijven. Echter, elke bemoeienis gaat veel energie,

tijd, geld en mankracht kosten. Willen we dat? Of kijken we als maatschappij

de andere kant op?

6. Professionaliteit

Het competentiegebied Professionaliteit heeft vooral betrekking op de kwaliteitseisen, die gesteld worden aan de beroepsuitoefening. Dit betekent dat dit aspect nog minder dan de andere competentiegebieden los gezien kan worden van de overige competentiegebieden. Het juridisch en ethisch verantwoord handelen is ook onder dit competentiegebied onder gebracht²⁴.

Medische professionaliteit vereist van artsen dat zij hun verantwoordelijkheid voor kwalitatief goede zorg nemen, verantwoordelijkheden delen met andere hulpverleners én verantwoording afleggen hun handelen. Hiermee “verdienen” artsen hun professionele autonomie, ofwel de ruimte om naar beste kunnen de individuele patiënt de beste zorg te leveren.

Professionaliteit bevorderen omvat de volgende twee aspecten:

- Continue kwaliteitsbevordering
- Het afleggen van interne en externe verantwoording.

6.1 Continue kwaliteitsbevordering

De KNMG ontwikkelde in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen één set kwaliteitsnormen voor alle specialisten en profielartsen: **het Kwaliteitskader medische zorg: *Staan voor kwaliteit***. Het kwaliteitskader bevat aanbevelingen voor onder meer huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde en gaat in op de nieuwe uitdagingen op het gebied van kwaliteit, patiëntveiligheid en transparantie en ondersteunt artsen en verenigingen in hun beleid. Het is tevens een richtsnoer voor de verenigingen bij het ontwikkelen van het specialisme specifieke kwaliteitsbeleid. Een SOG werkzaam in een zelfstandige praktijk ouderengeneeskunde wordt hier vanzelfsprekend nog niet in benoemd.

De vraag over de kwaliteitseisen waaraan de zelfstandige POG moet voldoen is gesteld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Hieronder volgt de reactie:

Naar aanleiding van uw e-mail is er overleg geweest met de programmaleider van programma 6. Hier is het volgende uitgekomen.

De inspectie toetst aan de hand van de geldende regelgeving en wetten voor instellingen en zelfstandigen. In dit specifieke geval is de zelfstandige professional wettelijk alleen gehouden aan de wet BIG (het betreft immers geen instelling). Voor de instelling waarvoor diensten worden geleverd gelden daarnaast zoals gebruikelijk de regels conform de WGBO en kwaliteitswet zorginstellingen. Advies: contact opnemen met Actiz (organisatie van zorgondernemers).

In een mailwisseling met Actiz was vervolgens de conclusie:

In het kader van de ontwikkeling van de integrale verpleeghuiszorg in de 1^e lijn in de vorm van een zelfstandige praktijk, is het van belang om op zoek te gaan naar reeds bestaande vergelijkbare werkvormen, zoals de fysiotherapiepraktijken. Deze beroepsgroep heeft al veel ontwikkeld op het gebied van hun productomschrijving en kwaliteitseisen. Het is waarschijnlijk dat een zelfstandige praktijk ouderengeneeskunde veel kan overnemen van een dergelijke ontwikkelde productomschrijving.

²⁴ KNMG handreiking

Het CVZ gaat uiteindelijk kijken of een POG binnen het bestaande pakket past, met als vraag in het achterhoofd: voorziet de huisarts al in een deel van deze zorg of levert de POG werkelijk aanvullende nieuwe zorg? Het is aan de POG om de komende jaren aan te tonen dat het werkelijk essentieel nieuwe en noodzakelijke zorg is. Uiteindelijk beoordeelt de NZA over de uitkomst.

Kortom, er is veel te leren van bestaande eerstelijns praktijken en veel te ontwikkelen als het gaat om de bestendinging van een zelfstandige praktijk ouderengeneeskunde als spin in het web voor ouderen in een eerstelijnsamenwerkingsverband.

6.1 Het afleggen van interne en externe verantwoording

De POG registreert de prestatie-indicatoren²⁵ en deze indicatoren worden twee maal per jaar intern gerapporteerd en naar ziektekostenverzekeraar Menzis gezonden. In een Excelsheet worden de prestatie-indicatoren bijgehouden.

²⁵ Bijlage 18

7 Medisch handelen

In het competentiegebied Medisch handelen, gaat het om het kerngebied van de medische ouderenzorg. De overige competentiegebieden kunnen hiervan niet los gezien worden. In de beschrijving is een combinatie gemaakt van de stappen diagnose -behandeling -preventie en de stappen van een cyclisch zorgproces. Verder wordt er een onderscheid gemaakt tussen de directe patiëntenzorg en het verlenen van consultaties²⁶.

De SOG heeft meer kennis dan de generalistisch werkende huisarts op het gebied van de ouderenzorg. Vooral over de diagnostiek van geriatrische complexe ziektebeelden als dementie, depressie, bewegingsstoornissen (M. Parkinson), ondervoeding, incontinentie, angst, duizeligheid, obstipatie, polyfarmacie, afgenomen spierkracht, etc. Vooral bij interferentie van deze ziektebeelden komt deze meerkennis van pas. De ziektebeelden staan vanzelfsprekend niet op zichzelf, maar versterken elkaar of bemoeilijken de behandeling. De SOG brengt altijd de patiënt volledig in kaart. De SOG maakt een inventarisatie van de volgende domeinen: somatiek, (I)ADL, maatschappelijk, psychisch, sociaal en communicatief. De SOG zal een advies geven waarin alle aspecten worden meegenomen.

Mensen op oudere leeftijd hebben vaak niet zo zeer last van specifieke ziekten, maar veeleer van de beperkingen die de (combinatie van) ziekten opleveren. Ze kunnen moeilijker lopen door een veelheid van factoren en aandoeningen. Er kan sprake zijn van artrose, van een vitaminegebrek, van angst om te vallen, van moedeloosheid, van M. Parkinson en van verlies aan overzicht. Het heeft dan weinig zin om een geïsoleerd probleem aan te pakken. Een betere insteek is om 'achterste voren' te denken. Het probleem is moeilijk lopen. Wat kunnen we daar nu aan doen met elkaar? Eerst maar voorzichtig een beetje oefenen, ondertussen vitamines en maaltijden opbouwen, vertrouwen in de thuiszorg winnen en in het eigen herstelvermogen, pijnstilling voor de artrose en medicatie voor de M. Parkinson. Niet de problemen een voor een benaderen, maar functioneel denkend wat het meest voor de hand liggend is. Zonder vertrouwen geen thuiszorg, geen medicatietoezicht en dus ook geen pijnstilling of medicatie voor behandeling van de M. Parkinson.

Het is ook belangrijk om prioriteiten te stellen in het aanpakken van problemen. Gezien de hoge leeftijd, beperkte energie en de veelheid aan problemen, is het niet mogelijk en wenselijk om alle problemen aan te pakken. De centrale vraag is dan wat het meest belangrijk is voor deze patiënt. Weer buiten kunnen wandelen, zelf blijven koken of maximale zelfstandigheid? Kwaliteit van leven is belangrijker dan optimale behandeling van ziektes.

De ervaring is dat met eenvoudige diagnostiek in de eerste lijn al veel problemen helder worden en vrij nauwkeurige diagnoses gesteld kunnen worden. Daar is meestal geen ingewikkeld en uitgebreid traject in het ziekenhuis voor nodig. Belangrijk is om de context van de patiënt (welstand, sociale omgeving, draagkracht mantelzorger, huisvesting, opleiding, financiële draagkracht) mee te nemen, bij zowel de diagnostiek als bij de behandeladviezen. Alle patiënten vonden het uitermate prettig om thuis te worden gezien en adviezen te ontvangen die bij hun specifieke leefomstandigheden pasten. Alleen in uitzonderlijke gevallen werd de specialistische expertise van het ziekenhuis ingeschakeld, zoals een geriater, psychiater of neuroloog.

Ook de paramedische hulpverleners en thuiszorgmedewerkers ervaren dat deze werkwijze zeer adequaat is. Veel hulpverleners blijken een goed gevoel voor de integriteit en de kwaliteit van leven van mensen te hebben en in staat om flexibel en op maat zorg te leveren.

²⁶ KNMG handreiking

7.1 Het diagnostisch traject

Het diagnostisch traject bestaat uit de volgende onderdelen terug te vinden in de bijlage stroomdiagram diagnostisch traject²⁷:

1. De SOG of de verpleegkundige neemt de verwijzing aan van de huisarts. Een verwijzing kan per e-mail, telefonisch of schriftelijk gedaan worden. De verwijzing wordt ondersteund door een kort huisartsenjournaal (contactgegevens, episodelijst, medicatielijst en dagelijkse rapportage. De huisarts geeft aan wat de vraag aan de POG is en vult een vragenlijst in (TOS 1) waarmee de POG een idee van de problematiek krijgt.
2. Uiterlijk de volgende werkdag vindt triage plaats van de patiënt en binnen 2 werkdagen maakt de verpleegkundige een eerste afspraak voor een huisbezoek. Motivatie om dit door de verpleegkundige te laten doen, is het opbouwen van een vertrouwensband.
3. De secretaresse verzorgt de administratieve verwerking van de verwijzing: maakt een digitaal en een schriftelijk dossier aan en verwerkt de patiëntengegevens in het tijdsregistratieformulier. Zij stuurt de patiënt de praktijkfolder met een afsprakenkaartje.
4. De verpleegkundige heeft 2 patiëntencontacten van een uur. Het eerste contact vindt altijd thuis plaats om een indruk te krijgen van de thuissituatie. Tijdens het eerste bezoek overhandigt de verpleegkundige een brief aan de patiënt waarin gevraagd wordt om toestemming in het huisartsendossier te kijken en met hulpverleners te overleggen (bijlage 14). Het tweede contact vindt thuis plaats of in de POG. De verpleegkundige brengt de problemen in kaart, verricht zorgdiagnostiek en stelt een voorlopige conclusie op in de vorm van een concept zorgplan.
5. De SOG heeft vervolgens ook 2 patiëntencontacten van een uur (meestal huisbezoeken), waarin zij de diagnostiek anamnestic aan het licht brengt en onderzoek doet, zoals lichamelijk onderzoek, bloedonderzoek, cognitieve testen en stemmingstesten.
6. De verpleegkundige en SOG bespreken de patiënt tijdens een bilateraal overleg (BO).
7. De verpleegkundige vult het conceptzorgplan aan.
8. De SOG stelt een schriftelijke tussenevaluatie op met daarin puntsgewijs de voorlopige conclusie en het behandeladvies aan de huisarts: de tussenevaluatie²⁸.
9. De secretaresse plant indien gewenst door de huisarts, een afspraak van 10 minuten in met de assistente van de huisarts voor een overleg tussen huisarts en SOG
10. De SOG bespreekt de tussenevaluatie en het concept zorgplan met de huisarts en stemt af welke adviezen door de huisarts worden opgepakt en welke door de SOG. Tevens bespreekt de SOG of de huisarts aanwezig wil zijn tijdens het MDO.
11. De secretaresse maakt de tussenevaluatie definitief en zorgt dat deze bij de huisarts komt, die deze vervolgens kan inscannen in het huisartseninformatiesysteem
12. De secretaresse plant een uitslaggesprek en nodigt hiervoor de patiënt, eventueel diens mantelzorger en / of contactpersoon uit. Het uitslaggesprek wordt gevoerd door de SOG. De aanwezigheid van de verpleegkundige is op indicatie.
13. De secretaresse organiseert zo spoedig mogelijk na de tussenevaluatie een MDO van 30 minuten. Hiervoor worden alle hulpverleners uitgenodigd die bij de patiënt betrokken zijn of worden. De huisarts wordt op afspraak uitgenodigd.
14. Als het MDO nieuwe inzichten of ideeën oplevert dan eerder is besproken met de huisarts dan stemt de SOG dit af met de huisarts.
15. De verpleegkundige maakt het zorgplan definitief, verspreidt dit onder de betrokken hulpverleners en zet het in het ZWIP.

²⁷ Bijlage 19

²⁸ Bijlage 20

zorgbehandelplan

De POG stelt voor elke complexe patiënt een ‘zorgbehandelplan’²⁹ op. Het zorgbehandelplan geeft op 1 A4 een overzicht van de patiënt met daarin genoemd de problemen, de zorgdoelen, de acties en de degene(n) die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van die acties. Tevens vermeldt het zorgbehandelplan een evaluatiedatum.

Het zorgbehandelplan is voor iedere betrokken hulpverlener die binnen de Stichting Een Plus Samenwerking (SEPS) werkzaam is, inzichtelijk in het softwareprogramma ZWIP³⁰. De huisartsen kunnen het zorgplan vanuit ZWIP downloaden en inscannen in hun medisch dossier.

Betrokken hulpverleners die niet binnen SEPS werkzaam zijn, de patiënt en eventueel mantelzorgers krijgen op verzoek een geanonimiseerde versie toegezonden via de mail.

7.2 Het behandeltraject

Het behandeltraject start na het multidisciplinaire overleg. De praktijk ouderengeneeskunde heeft in dit traject als voornaamste taak de coördinatie van alle zorg. Hieronder valt het inschakelen van de verschillende hulpverleners en het afstemmen van de behandeling met de al betrokken hulpverleners. De POG geeft alle betrokken zorgverleners overzicht van de belangrijkste doelen, acties, prioriteitenstelling en taakverdeling middels het zorgplan. In het MDO vindt ook afstemming plaats waardoor men van elkaar beter te weten komt wat iedere discipline bijdraagt en overlap, en hiaten voorkomen worden. Daarnaast krijgt de communicatie en ondersteuning van de patiënt en de mantelzorgers volop aandacht.

De medisch inhoudelijke adviezen die de SOG aan de huisarts geeft, worden in principe door de huisarts ingesteld en gevolgd. Zie voor de argumentatie achter deze werkwijze ook hoofdstuk x. Het kan voorkomen dat de SOG de behandeling tijdelijk overneemt. Dat kan zijn met een specifiek doel, zoals het instellen van een medicijn waar de huisarts minder ervaring mee heeft. Maar ook kan de huisarts de patiënt verwijzen met een ‘totaal pakket’, waarbij de SOG de zorg voor de patiënt tijdelijk volledig overneemt en gedelegeerd hoofdbehandelaar is.

In het behandeltraject is daarnaast ruimte om de diagnostiek verder aan te scherpen en te vervolgen. Gebleken is dat de groep mensen met beginnende dementerende problematiek waarbij nog weinig of geen zorgverleners zijn ingeschakeld, het prettig vindt om na een intensief diagnostisch traject, na een periode van een half jaar terug te komen om te evalueren. Deze groep kwetsbare mensen stelt het vangnet dat de POG biedt, erg op prijs. Bovendien biedt dit de mogelijkheid om als POG het verloop van de dementiële problematiek te vervolgen. Op elk moment kan het behandeltraject geïntensiveerd worden en een multidisciplinair team om een patiënt en zijn systeem gevormd worden.

²⁹ Bijlage 21

³⁰ Bijlage 22

Aanbevelingen

Implementatie van de multidisciplinaire samenwerkingsstructuur in de eerste lijn

Continueren van de zelfstandige praktijk ouderengeneeskunde

Beleidsregel opstellen voor de zelfstandig werkende specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn (inclusief de verzorgingshuizen)

Mogelijkheid voor hoofdbehandelaarschap van de praktijk ouderengeneeskunde door patiënten op naam in te schrijven

Samenwerking tussen de huisarts en de SOG bevorderen in de eerste lijn, maar ook op huisartsenposten

Stage in de eerste lijn door SOG-in-opleiding verplicht stellen

Stage van studenten huisartsgeneeskunde bij SOG's verplicht stellen

Financiële vergoeding voor multidisciplinaire samenwerking

Opname van een 1^e lijns POG in een onafhankelijke klachtencommissie

Inkomen SOG's gelijk stellen aan huisartsen

(Financiële) mogelijkheid voor klinisch specialisten om op consultbasis in de eerste lijn te werken

Discussie starten over de al dan niet actieve rol die onze maatschappij heeft in de (bemoei)zorg voor kwetsbare, sterk zorgmijdende ouderen

Lidmaatschappen voor beroepsverenigingen betaalbaar maken voor zelfstandige POG's

“Dokter, ik ben in de afgelopen twee maanden (na de verwijzing) tien jaar jonger geworden”, meldt een voorheen eenzame depressieve patiënt van 87 jaar met mobiliteitsproblemen, die met de inzet van alle zorgverleners weer volop (aangepast) deel kan nemen aan de maatschappij.