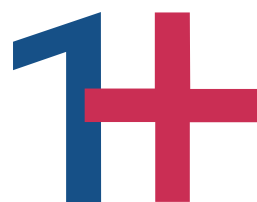




PRAKTIJK
OUDEREN
GENEESKUNDE
BERTHOLET



geïntegreerde gezondheidszorg

velp

**Handreiking
multidisciplinaire ouderenzorg
met een
specialist ouderengeneeskunde
in de eerste lijn**

Ester Bertholet
Herma Barnhoorn
Henriëtte Kodde

Velp, april 2013

**Handreiking
multidisciplinaire ouderenzorg
met een
specialist ouderengeneeskunde
in de eerste lijn**

Ester Bertholet
Herma Barnhoorn
Henriëtte Kodde

Velp, april 2013

Samenvatting en leeswijzer

Voor u ligt de 'Handreiking multidisciplinaire ouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn' van de praktijk ouderengeneeskunde Bertholet en de Stichting Een Plus Samenwerking in Velp. In hoofdstuk 1 leest u over het doel en de opzet van deze handreiking en over de conclusies en de aanbevelingen van deze handreiking. De conclusies en de aanbevelingen zijn gebaseerd op de praktijk ouderengeneeskunde Bertholet in samenwerking met de Stichting Een Plus Samenwerking. U vindt de onderbouwing en de uitwerking van de conclusies en de aanbevelingen in de navolgende hoofdstukken.

In hoofdstuk 2 leest u wat de kernelementen zijn van de aanpak van Bertholet in de zorg voor kwetsbare ouderen en ouderen met complexe problematiek in de eerste lijn. Iedere lokale situatie kent haar eigen dynamiek. Het zal ook niet voor iedereen mogelijk zijn direct een eerstelijnspraktijk ouderengeneeskunde op te zetten naar het model van Bertholet. Daarom ontwikkelt Vilans¹ een groeimodel en een ondersteuningsaanbod voor initiatiefgroepen die willen toegroeien naar het model Bertholet, zoals dat in deze handreiking wordt beschreven.

In de hoofdstukken 3 tot en met 9 bespreken we de competenties die nodig zijn om de aanpak volgens het model van Bertholet in de praktijk te brengen. Het betreft de competenties organisatievermogen (hoofdstuk 3), multidisciplinaire samenwerking (hoofdstuk 4), communicatie (hoofdstuk 5), ontwikkeling van kennis en wetenschap (hoofdstuk 6), maatschappelijk handelen (hoofdstuk 7), professionaliteit (hoofdstuk 8) en medisch handelen (hoofdstuk 9).

De competentie organisatie betreft zowel het organiseren als een activiteit van de arts, als het werken in een organisatie. De competentie samenwerking omvat het samenwerken met alle zorgverleners die betrokken zijn bij de directe patiënten(zorg). De organisatie van de multidisciplinaire samenwerkingsstructuur omvat zowel de opzet van het multidisciplinaire overleg als de afstemming met de verschillende hulpverleners. De competentie communicatie omvat alle communicatie en samenwerking met de oudere patiënt en diens systeem.

De competentie maatschappelijk handelen, richt zich op de maatschappelijke context van het medisch handelen en op vormen van belangenbehartiging voor de patiënten. De competentie kennis en wetenschap richt zich op het proces van kennis verwerven en het omgaan met kennis. De competentie professionaliteit heeft vooral betrekking op de kwaliteitseisen die gesteld worden aan de beroepsuitoefening. Dit betekent dat deze competentie nog minder dan de andere los gezien kan worden van de overige competentiegebieden. Het juridisch en ethisch verantwoord handelen is ook bij dit competentiegebied ondergebracht.

Bij de competentie medisch handelen, gaat het om het kerngebied van de medische ouderenzorg. De overige competentiegebieden kunnen hiervan niet los gezien worden. De competenties die vallen onder medisch handelen, zoals diagnosticeren en behandelen, vragen om veel (parate) kennis. In de beschrijving is een combinatie gemaakt van de stappen diagnose-behandeling-preventie en de stappen van een cyclisch zorgproces. Verder hebben we een onderscheid gemaakt tussen de directe patiëntenzorg en het verlenen van consultaties.

Deze handreiking is tot stand gekomen dankzij subsidies van Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen (ZonMw) en het RVVZ-fonds in samenwerking met zorgverzekeraar Menzis.

¹ Vilans is het kenniscentrum voor langdurige zorg. Zie www.vilans.nl

Inhoud

1	Inleiding	5
1.1	Deze handreiking	5
1.2	Conclusies	6
1.3	Aanbevelingen	8
2	Kernelementen praktijk ouderengeneeskunde Bertholet	9
2.1	De bevindingen van Bertholet	9
2.2	Over de Stichting Een Plus Samenwerking	13
3	Organisatievermogen als competentie	15
3.1	Organisatie van de praktijk	15
3.1.1	De succesfactoren voor organisatievermogen als competentie	16
3.1.2	Rechts- en organisatievorm	17
3.1.3	Belastingen	19
3.1.4	Personeel	20
3.1.5	Faciliteiten (ruimte, inrichting en kosten hiervan)	21
3.1.6	Verzekeringen	21
3.1.7	Pensioenopbouw	22
3.1.8	Kosten van de zorg	22
3.1.9	Financiële administratie van de praktijk	23
3.1.10	Herregistratie	24
3.2	Klachtenregeling	24
4	Multidisciplinaire samenwerking als competentie	26
4.1	De multidisciplinaire structuur voor samenwerking	26
4.2	Samenwerking met de huisartsen	28
4.2.1	Verantwoordelijkheden bij de directe patiëntenzorg	28
4.2.2	Het gedeelde patiëntendossier	30
4.2.3	Taakverdeling	32
4.3	Samenwerking met de praktijkondersteuners	33
4.4	Samenwerking met de organisatie van het samenwerkingsverband	34
4.5	Samenwerking met hulpverleners binnen het samenwerkingsverband	34
4.6	Samenwerking met overige hulpverleners	37
4.6.1	Thuiszorgorganisaties	37
4.6.2	Verpleegorganisaties in de regio	38
4.6.3	De geriater, psychiater, neuroloog en revalidatiearts	39
5	Communicatie als competentie	41
5.1	Communicatie met de patiënt	41
5.2	Communicatie met mantelzorgers en hulpverleners	43
5.3	Communicatie tussen de hulpverleners en de hoofdbehandelaar	44
6	Kennis en wetenschap	45
6.1	Onderzoek en monitoring	45
6.2	Onderwijs en stages	46
6.3	Scholing	46

7. Maatschappelijk handelen als competentie	47
7.1 Netwerkcontacten	47
7.2 Samenwerking met de Wmo	48
7.3 De zorgmijdende patiënt is de goedkoopste patiënt?	49
8 Professionaliteit als competentie	51
8.1 Permanente kwaliteitsbevordering	51
8.2 Het afleggen van interne en externe verantwoording	52
9 Medisch handelen als competentie	53
9.1 Screening versus casefinding	54
9.2 Het diagnostisch traject	54
9.3 Zorgplan	55
9.4 Het behandeltraject	56
Bijlage 1	Lijst met gebruikte definities 57
Bijlage 2	Lijst met gebruikte afkortingen 58
Bijlage 3	Verwijsformulier POG 59
Bijlage 4	Gedeelde verantwoordelijkheid 60
Bijlage 5	Overeenkomst toegang tot huisartseninformatiesysteem 62
Bijlage 6	Brief van de regionale belastinginspecteur 66
Bijlage 7	Functieprofielen 68
Bijlage 8	Onderbouwing loonkosten en uurtarieven ouderenverpleegkundige en secretariaat 72
Bijlage 9	Opbouw DBC's ouderenzorg 74
Bijlage 10	E-mailreactie herregistratie HVRC 75
Bijlage 11	Klachtenformulier 76
Bijlage 12	Patiënteninformatiefolder klachtenregeling 78
Bijlage 13	Brochure praktijk ouderengeneeskunde Bertholet 80
Bijlage 14	Patiënteninformatiebrief praktijk ouderengeneeskunde Bertholet 81
Bijlage 15	Brief veilig e-mailen 82
Bijlage 16	Brief aanbevelingen Wmo 83
Bijlage 17	Prestatie-indicatoren 88
Bijlage 18	Stroomdiagram diagnostisch traject 89
Bijlage 19	Stroomdiagram behandeltraject 90
Bijlage 20	Tussenevaluatie (voorbeeld) 91
Bijlage 21	Zorgplan (voorbeeld) 92

1 Inleiding

‘Dokter, ik ben in de afgelopen twee maanden na de verwijzing tien jaar jonger geworden.’ Dit 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.

In dit hoofdstuk leest u over het doel en de opzet van deze handreiking en over de conclusies en de aanbevelingen van deze handreiking. U vindt de onderbouwing en de uitwerking van de conclusies en de aanbevelingen in de hoofdstukken 2 tot en met 9.

1.1 Deze handreiking

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

Deze handreiking is opgebouwd rond de kerncompetenties medische ouderenzorg, die de KNMG verwoordt in het standpunt ‘Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen’². Deze handreiking richt zich uitsluitend op de organisatie van deze kerncompetenties.

Voorafgaand aan deze beschrijving van de kerncompetenties geven we in hoofdstuk 2 een overzicht van de uitgangspunten van het project ouderenzorg door de praktijk ouderengeneeskunde Bertholet in samenwerking met de eerstelijnsdisciplines van het lokale samenwerkingsverband, de Stichting Een Plus Samenwerking. In de rest van deze inleiding leest u de conclusies en aanbevelingen die we afleiden van het project ouderenzorg in Velp en Rozendaal.

Inmiddels heeft dit project een landelijke voorbeeldfunctie gekregen. De beroepsgroepen van de specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen, eerstelijnsamenwerkingsverbanden, universitaire netwerken en zorgverzekeraars hebben veel interesse in (de resultaten van) de werkwijze die we in deze handreiking beschrijven. De aanpak in deze handreiking is tot stand gekomen in een nauw en continu overleg met de lokale partners in de eerste lijn.

² Sterke medisch zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2010

1.2 Conclusies

In de gemeenten Velp en Rozendaal is de bevolkingssamenstelling zoals deze in 2040 in heel Nederland zal zijn. De helft van de inwoners is ouder dan 50; meer dan een kwart ouder dan 65 en 15% is ouder dan 75 jaar. Deze oude populatie kent veel kwetsbare ouderen en ouderen met complexe problematiek. Met behulp van subsidies van Zorgonderzoek Nederland Medische wetenschappen (ZonMw) en het RVVZ-fonds in samenwerking met Menzis, is in september 2011 de eerste zelfstandige praktijk ouderengeneeskunde in de eerste lijn gevestigd in het gezondheidscentrum in Velp.

Onder patiënten met complexe problematiek verstaan wij ouderen met gevorderde, samengestelde ziektebeelden zoals dementie met gedragsproblemen, eindstadium M. Parkinson, actieve psychiatrische beelden, waarbij er veel zorgverleners rondom het bed staan en er een (zeer) zwak steunsysteem is bij toenemende problematiek. Kortom, mensen die nu of op niet al te lange termijn een verpleeghuisindicatie hebben. In plaats van opname in een verpleeghuis, worden deze mensen nu eerst verwezen naar de praktijk ouderengeneeskunde.

Wij zien mensen als kwetsbaar wanneer zij een aantal problemen hebben waarvan we kunnen verwachten dat deze problemen (bij elkaar) maken dat het met iemand opeens veel slechter kan gaan. Ook vinden wij mensen kwetsbaar wanneer zij zelf of de hulpverleners niet weten wat ze kunnen doen om de situatie van deze patiënten te verbeteren. Door een korte interventie is voor deze groep vaak veel helderheid en verbetering te bereiken en escalatie te voorkomen.

Uit het project in Velp en omstreken kunnen we de volgende conclusies trekken. De bijbehorende aanbevelingen vindt u in paragraaf 1.3.

De specialist ouderengeneeskunde is van toegevoegde waarde in de eerste lijn

De gebruikelijke huisartsenzorg, met maximaal een dubbel consult van twintig minuten per dag, gericht op diagnose en behandeling van één klacht per tien minuten consult, blijkt te krap om goede geneeskunde te bieden aan kwetsbare ouderen en ouderen met complexe problematiek. De analyse en de aanpak van de meervoudige, complexe problematiek bij ouderen vraagt om een andere invalshoek en werkwijze en om aanvullende expertise. De specialist ouderengeneeskunde is toegerust om deze aanvullende zorg te leveren.

Door de gezamenlijke inzet van de praktijk ouderengeneeskunde en de samenwerkende eerstelijnsdisciplines blijken kwetsbare ouderen en ouderen met complexe problematiek langer thuis te kunnen blijven wonen, met een hogere kwaliteit van leven tegen minder kosten.

Kwaliteit van leven als invalshoek

De invalshoek van de specialist ouderengeneeskunde betreft het welzijn van de oudere. Wat maakt het leven de moeite waard? Wat is het meest belangrijk en het best haalbaar gezien de omstandigheden? Waar wordt een oudere gelukkig van? Dat zijn de vragen die de medewerkers van de praktijk ouderengeneeskunde samen met de ouderen en de mantelzorgers willen beantwoorden. Daartoe gaat de ouderenverpleegkundige eerst twee keer één uur op huisbezoek, gevolgd door huisbezoek van de specialist ouderengeneeskunde. Zo krijgen zij niet alleen een beeld van de ziektes en beperkingen van de oudere, maar ook van de draagkracht en de mogelijkheden in de situatie van de oudere. Niet de optimale behandeling van alle aandoeningen en beperkingen staat centraal, maar het versterken van de mogelijkheden om de kwaliteit van leven te verhogen.

Specialistische en multidisciplinaire expertise van veroudering is het uitgangspunt

De specialist ouderengeneeskunde heeft specialistische kennis van complexe ziektebeelden als dementie (met of zonder gedragsproblematiek), van ouderenpsychiatrie, revalidatie voor ouderen, palliatieve zorg, eindstadia van ziektebeelden als M. Parkinson of Lewy-Body, multifactoriële pijn et cetera. Bovendien heeft de specialist ouderengeneeskunde expertise op de bij ouderen zeer relevante gebieden als voeding, (poly)farmacie en mantelzorgbelasting.

Met die kennis maakt de specialist ouderengeneeskunde voor ouderen en mantelzorgers de vraag bespreekbaar waar de grens van behandelen ligt en waar acceptatie van ziekten en van de eindigheid van leven begint. De specialist ouderengeneeskunde besluit bijvoorbeeld relatief vaak de ziekenhuiscontroles te stoppen en te starten met de behandeling door paramedici en de ondersteuning met hulpmiddelen en zorg, in overleg met de oudere en diens ondersteuners.

De specialist ouderengeneeskunde voegt aan de samenwerkende eerstelijnsdisciplines, zoals ouderenadviseurs en praktijkondersteuners, de mogelijkheid toe door behandeling een probleem te herstellen (bijvoorbeeld revalidatie van een arm na een herseninfarct of medicatiewijziging bij duizeligheid). Praktijkondersteuners en ouderenadviseurs hebben deze mogelijkheid veelal niet en moeten wat ouderen niet meer kunnen, compenseren met zorg of hulpmiddelen.

Waar de huisartsen niet altijd prioriteit (kunnen) geven aan multidisciplinair overleg, is de multidisciplinaire samenwerking cruciaal voor de specialist ouderengeneeskunde. De vaardigheid om multidisciplinair samen te werken met alle betrokken hulpverleners, en kennis van het werkgebied van paramedici zijn hiervoor noodzakelijk. De specialist ouderengeneeskunde functioneert, net als een specialist in het ziekenhuis, als medebehandelaar. De huisarts blijft hoofdbehandelaar en aanspreekpunt voor acute en kleinere zaken.

Huisbezoek, zorgplan, multidisciplinair overleg en coördinatie als belangrijk middelen

De werkwijze van de specialist ouderengeneeskunde is bij uitstek geschikt in situaties van multi-morbiditeit. Brede diagnostiek op lichamelijk, geestelijk, communicatief, maatschappelijk en ADL-gebied, levert inzicht op van de beperkingen en mogelijkheden van de oudere en diens ondersteuners. Een kort en krachtig zorgplan op één A4 biedt alle betrokkenen een overzicht van de problematiek en de oplossingsrichtingen. In een multidisciplinair overleg met alle betrokkenen worden doelen en acties geformuleerd en taken afgestemd en verdeeld.

De praktijk ouderengeneeskunde fungeert als coördinatiepunt en als aanspreekpunt voor de verschillende zorgverleners (van huisarts tot vrijwilliger), patiënten en mantelzorgers. Zo wordt de vinger aan de pols gehouden tot de oudere een nieuw evenwicht heeft bereikt met een betere kwaliteit van leven. Dan, gemiddeld vijf maanden na de start van de behandeling door de praktijk ouderengeneeskunde, wordt de zorg voor de oudere weer volledig overgedragen aan de huisarts.

Intercollegiaal overleg is (on)betalbaar

Door de vestiging van de praktijk ouderengeneeskunde in een gezondheidscentrum is de praktijk ouderengeneeskunde gemakkelijk bereikbaar voor overleg. Dit betreft de geplande structurele multidisciplinaire overleggen, maar ook de eenmalige consultaties, bilaterale overleggen, 'even-binnenlopen'-vragen en informeel overleg. De vestiging in het gezondheidscentrum zorgt voor korte lijnen tussen alle disciplines, waardoor noodzakelijke afstemming en samenhang in de zorg voor ouderen mogelijk worden.

In het multidisciplinaire overleg wordt informatie over diagnostiek en eerdere behandelingen gedeeld, vindt kruisbestuiving plaats, worden hiaten opgevuld en doublures voorkomen, wat zorgt voor meer samenhang,

effectiviteit en efficiëntie. De financiering van deze overlegtijd is in de projectbegroting meegenomen. In de reguliere bekostiging wordt overlegtijd echter niet gefinancierd. Dit betekent dat het betalingssysteem het solistisch werken belooft, wat voor ouderen met complexe problematiek leidt tot inadequate zorg.

Langer thuis met meer kwaliteit van leven tegen lagere kosten

Van de eerste 52 ouderen voor wie de praktijk ouderengeneeskunde in Velp de behandeling uiterlijk in september 2012 heeft afgerond, hadden 35 ouderen complexe problematiek en waren er 17 kwetsbaar. Van de eerste 35 behandelde patiënten met complexe problematiek wonen op 1 januari 2013 nog 25 patiënten thuis; dit is gemiddeld zeven maanden na afsluiting van de behandeling. Van de tien overige patiënten zijn er inmiddels vier overleden en zijn vier ouderen opgenomen in een verpleeghuis, één in een verzorgingshuis en één in een project, dat is gebaseerd op het scheiden van wonen en zorg, waarbij de zorg wordt bekostigd uit een PGB. Deze eerste prille resultaten onderschrijven een van onze uitgangspunten dat de inzet van de praktijk ouderengeneeskunde in de eerste lijn bij minimaal 40% van de ouderen met complexe problematiek de opname in een verpleeghuis minimaal een half jaar uitstelt. In het vervolg van het project onderzoeken we de effecten van de inzet van de praktijk ouderengeneeskunde op de kwaliteit van leven van de ouderen, op de mantelzorgbelasting, op het uitstel van opname in het verpleeghuis en op de patiëntentevredenheid.

1.3 Aanbevelingen

Voor optimale zorg aan kwetsbare ouderen en ouderen met complexe problematiek zijn de volgende aanbevelingen van belang.

- Implementeer multidisciplinaire samenwerkingsstructuren voor zorg aan kwetsbare ouderen en ouderen met complexe problematiek breed in de eerste lijn.
- Continueer de zelfstandige praktijk ouderengeneeskunde.
- Stel een beleidsregel op voor de financiering van de zelfstandig werkende specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn (inclusief de verzorgingshuizen).
- Bevorder de samenwerking tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn en op huisartsenposten.
- Stel voor specialisten ouderengeneeskunde-in-opleiding een stage in de eerste lijn verplicht.
- Stel voor studenten huisartsgeneeskunde een stage bij specialisten ouderengeneeskunde verplicht.
- Zorg voor een financiële vergoeding voor multidisciplinaire samenwerking; niet alleen het solistisch handelen maar ook het multidisciplinaire overleg moet gehonoreerd worden.
- Stel onafhankelijke klachtencommissies open voor een eerstelijnspraktijk ouderengeneeskunde.
- Stel het inkomen van specialisten ouderengeneeskunde gelijk aan dat van huisartsen.
- Bied een (financiële) mogelijkheid voor klinisch specialisten om op consultbasis in de eerste lijn te werken. Maak hierbij ook korte contactmomenten in de eerste lijn mogelijk van specialisten uit de tweede lijn die meekijken (in de thuissituatie) naar een patiënt, om zo een uitgebreid ziekenhuistraject te voorkomen.
- Stel kwaliteitscriteria op voor specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn.
- Voer de discussie over de al dan niet actieve rol die onze maatschappij heeft in de (bemoei)zorg voor kwetsbare, zorgmijdende ouderen.
- Schep de mogelijkheid voor hoofdbehandelaarschap van de praktijk ouderengeneeskunde, door patiënten met zeer complexe problematiek op naam in te schrijven.

2 Kernelementen praktijk ouderengeneeskunde Bertholet

In dit hoofdstuk leest u wat de kernelementen zijn van de aanpak van Bertholet in de zorg voor kwetsbare ouderen en ouderen met complexe problematiek in de eerste lijn. Iedere lokale situatie kent haar eigen dynamiek. Het zal ook niet voor iedereen mogelijk zijn direct een eerstelijnspraktijk ouderengeneeskunde op te zetten naar het model van Bertholet. Daarom ontwikkelt Vilans een groeimodel en een ondersteuningsaanbod voor initiatiefgroepen die willen toegroeien naar het model Bertholet, zoals dat in deze handreiking wordt beschreven.

Het welzijn van de oudere is het uitgangspunt voor de behandeling

Mensen op oudere leeftijd hebben vaak niet zozeer last van specifieke ziekten, maar veeleer van de beperkingen die de combinatie van ziekten oplevert. 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 en van verlies aan overzicht. Het heeft dan weinig zin om een geïsoleerd probleem aan te pakken. Een betere insteek is om ‘achterstevoren’ 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 en pijnstilling voor de artrose. Niet de problemen een voor een benaderen, maar functioneel bedenken wat het meest voor de hand ligt. Zonder vertrouwen geen thuiszorg, geen medicatietoezicht en dus ook geen pijnstilling of oefenen met lopen.

Het is ook belangrijk om prioriteiten te stellen in het aanpakken van problemen. Vanwege de hoge leeftijd, de beperkte energie en de veelheid aan problemen, is het niet mogelijk en wenselijk om alle problemen aan te pakken. De centrale vraag is 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.

2.1 De bevindingen van Bertholet

Sinds september 2011 is in het gezondheidscentrum Velp de praktijk ouderengeneeskunde Bertholet gevestigd. De praktijk ouderengeneeskunde bestaat inmiddels uit twee specialisten ouderengeneeskunde, twee ouderen-verpleegkundigen, een secretaresse en een maatschappelijk werker. Zij bieden zorg aan kwetsbare ouderen en ouderen met complexe problematiek in de thuissituatie, aanvullend op de huisartsenzorg. Zij zien patiënten op verwijzing van de huisarts in samenwerking met het lokale zorgnetwerk en zorgen voor (een nieuw) evenwicht, waardoor de patiënt met meer kwaliteit van leven langer thuis kan wonen tegen lagere kosten. Na gemiddeld vijf maanden wordt de patiëntenzorg weer overgedragen aan de huisarts.

In deze paragraaf vindt u de kernelementen van de aanpak van Bertholet bij de zorg in de eerste lijn voor kwetsbare ouderen en voor ouderen met complexe problematiek.

De specialist ouderengeneeskunde is gevestigd en geworteld in de eerste lijn

De praktijk ouderengeneeskunde moet passen binnen de lokale samenwerkingcultuur. De praktijkvorm van de specialist ouderengeneeskunde moet daarom ook passen bij de cultuur van het samenwerkingsverband. Zo kan de specialist ouderengeneeskunde in een samenwerkingsverband van zelfstandige praktijkhouders beter een eigen praktijk starten en kan zij of hij in een loondienstcentrum in loondienst werken.

De specialist ouderengeneeskunde doet kennis en ervaring op in de eerste lijn

De specialist ouderengeneeskunde doet er goed aan om kennis en ervaring op te doen in de eerste lijn. Een specialist ouderengeneeskunde die in de eerste lijn zorg wil verlenen, raden we aan stage te lopen in een gezondheidscentrum, een eerstelijnsamenwerkingsverband of een huisartspraktijk.

Huisartsen en paramedici betrekken bij de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn

Betrek vanaf het begin de belangrijkste samenwerkingspartners, huisartsen en paramedici, bij het nadenken over de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn. Om aan te sluiten bij kennis en kunde die ter plekke al aanwezig is. En om problemen aan te pakken waar de toegevoegde het grootst is. Dit zijn vaak vragen en problemen die de lokale zorgverleners hebben bij bepaalde groepen ouderen en de hiaten die zij ervaren in deze zorg.

Zo waren de eerste verwezen patiënten in ons project vooral zorgmijdende ouderen met zeer complexe problematiek, waar de huisartsen steeds crisisinterventies moesten doen. Door het leven van deze mensen weer op de rails te krijgen en crisisinterventies te voorkomen, kon de praktijk ouderengeneeskunde haar meerwaarde tonen in plaats van de zoveelste aanbieder te zijn die start met het vragen van een tijdsinvestering van de drukke huisartsen.

De huisarts is hoofdbehandelaar, de specialist ouderengeneeskunde is medebehandelaar

In de huidige praktijk is de volgende taakverdeling met de huisartsen haalbaar gebleken. De huisarts behoudt zijn rol als hoofdbehandelaar en generalist. De specialist ouderengeneeskunde is de specialist en medebehandelaar voor ouderen met complexe problematiek en voor kwetsbare ouderen. De huisarts verwijst, is hoofdbehandelaar en blijft centrale dossierhouder. De specialist ouderengeneeskunde neemt tijdelijk als medebehandelaar een deel van de diagnostiek, behandeling en coördinatie over.

Door deze taakverdeling is het voor iedereen duidelijk dat de huisarts centraal staat bij de zorg; ook bij incidenten buiten kantoortijden en acute interventies in de dagelijkse zorg blijft de huisarts de eerste aan te spreken hulpverlener.

Het lijkt wenselijk om in de toekomst voor een bepaalde categorie patiënten de specialist ouderengeneeskunde als hoofdbehandelaar in te stellen: de instabiele patiënten met complexe problematiek en een uitgebreid zorgnetwerk, waarvan de verwachting is dat zij blijvend en relatief snel achteruitgaan. Bij hen is regelmatig multidisciplinair overleg en aansturing gewenst. Voor een dergelijk hoofdbehandelaarschap moet de praktijk ouderengeneeskunde continuïteit van zorg en voldoende beschikbare capaciteit kunnen bieden.

Kennis en kunde vormen de meerwaarde van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn

De meerwaarde van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn bestaat uit diens vaardigheid in de multidisciplinaire samenwerking, diens kennis en kunde van de oudere patiënt, een helikopterview op multi-morbiditeit, (poly)farmacie en op (mogelijkheden tot verbetering van) het functioneren in belangrijke levensgebieden.

De activiteiten van de specialist ouderengeneeskunde in samenwerking met paramedici

De competenties van de specialist ouderengeneeskunde komen het best tot hun recht wanneer hij of zij in samenwerking met paramedici de volgende activiteiten verricht: functionele diagnostiek en behandeling, waarbij geriatrische ziektebeelden en zeer complexe zorgvragen onderkend moeten worden, het opstellen van een zorgplan, het inhoudelijk sturen van het multidisciplinair overleg (MDO) en het (tussentijds) evalueren van de behandelresultaten.

Vestiging in een gezondheid- of eerstelijnscentrum: korte lijnen, overleg en inloop

De praktijk ouderengeneeskunde Bertholet is gelegen in het gezondheidscentrum, letterlijk naast de kamers van de huisartsen en paramedici. De deur van een van de kamers van de praktijk staat altijd open, waardoor de samenwerking heel laagdrempelig en vanzelfsprekend is. Ook laten de medewerkers van de praktijk zich zeer regelmatig zien tijdens koffiepauzes, tijdens belangrijke bijeenkomsten in het centrum of zomaar tussendoor. De wandelgangoverleggen en het vertrouwen dat zo wederzijds groeit, zijn onmisbaar voor het succes. Frequentie contactmogelijkheid, toegankelijkheid en continuïteit in de bereikbaarheid zijn belangrijk. Het is onvoldoende wanneer een specialist ouderengeneeskunde bijvoorbeeld één dagdeel in de week in het gezondheidscentrum of de huisartsenpraktijk aanwezig is.

De specialist ouderengeneeskunde kan het beste werken in een praktijk ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde kan doelmatig werken wanneer zij of hij deel uitmaakt van een team: de praktijk ouderengeneeskunde. Minimaal maken daar een secretaresse en ouderenverpleegkundige deel van uit.

Diagnostiek in de thuissituatie door de specialist ouderengeneeskunde en de ouderenverpleegkundige

De ervaring is dat met eenvoudige diagnostiek in de eerste lijn al veel problemen duidelijk worden en dat 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 wegen, zowel bij de diagnostiek als bij de behandeladviezen. Alle patiënten in de praktijk van Bertholet vonden het uitermate prettig om thuis te worden gezien en adviezen te ontvangen die bij hun specifieke leefomstandigheden pasten.

De specialist ouderengeneeskunde moet toegang hebben tot het actuele medische dossier

De specialist ouderengeneeskunde moet kunnen beschikken over het actuele medische dossier, inclusief de geneesmiddelenvoorschriften. De praktijk ouderengeneeskunde rapporteert kort in het HuisartsenInformatieSysteem. De meer uitgebreide rapportage op de vijf levensgebieden geschiedt in een eenvoudig eigen patiëntendossier.

De oudere en de mantelzorger hebben een robuuste rol

De doelen van de behandeling volgen uit de wensen en behoeften van de patiënt en uit de mogelijkheden van de mantelzorg en het overige steunsysteem. Wanneer de diagnostiek grotendeels is afgerond, organiseert de praktijk ouderengeneeskunde een gesprek met de patiënt en met mantelzorger of familie, indien gewenst. Tijdens dit gesprek vraagt de specialist ouderengeneeskunde ook om zo nodig een eerste contactpersoon aan te stellen. Vaak beslist de familie dat ter plekke. Een ander onderwerp dat aan de orde moet komen, is de wens naar een

zogenaamd ‘beleid bij verslechtering’. Het is van groot belang om bij ouderen met complexe problemen 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 patiënt en familie hebben stof tot nadenken gekregen. In een vervolgspraak wordt hier op teruggekomen. 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 gesprek vaak als zeer waardevol.

Het zorgplan op één A4 voor vijf levensgebieden

De praktijk ouderengeneeskunde stelt voor elke patiënt met complexe problematiek een ‘zorgplan’³ op. Het zorgplan geeft op één A4 een overzicht van de problemen, de zorgdoelen, de acties en degene(n) die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van die acties op de vijf belangrijke levensgebieden: somatisch, algemene dagelijkse levensverrichtingen, maatschappelijk, psychisch en communicatief. Tevens vermeldt het zorgplan een evaluatiedatum.

Samenwerking met het lokale zorgnetwerk is cruciaal voor de specialist ouderengeneeskunde

Samenwerking met het lokale zorgnetwerk is cruciaal voor de specialist ouderengeneeskunde: zo kan samenhangende effectieve zorg worden geboden door vertrouwde zorgverleners en gebruik gemaakt worden van in jaren opgebouwde samenwerkingsrelaties.

De praktijk ouderengeneeskunde heeft zelf geen paramedici in dienst, maar werkt samen met de paramedici die werkzaam zijn in het gebied. De lokale zorgverleners kennen veel patiënten al lange tijd. Zij hebben onderlinge samenwerkingslijnen en zijn voor iedereen gemakkelijk toegankelijk. Daarnaast kunnen zij advies inwinnen bij intramurale collega’s indien dat nodig is. Uiteindelijk zullen ook alle zorgverleners rond de ouderen gedegen kennis van de ouderenzorg moeten ontwikkelen.

De medewerkers van de praktijk ouderengeneeskunde Bertholet besteden tot op de dag van vandaag zeer veel tijd aan kennismaking en onderhoud van het lokale netwerk. Het netwerk bestaat bijvoorbeeld uit paramedici, thuiszorgmedewerkers, vrijwilligers, maatschappelijk werkers van de dagbehandeling, Wmo-consulenten, specialisten en politiemedewerkers.

Het is niet alleen belangrijk om te weten welke organisaties er werkzaam zijn in een regio, maar ook om de betreffende medewerkers persoonlijk te leren kennen. Alleen zo kunnen de hulpverlening en de patiëntenzorg op maat worden gegeven. Verwijs een patiënt daarom ook niet naar ‘een dagbehandeling’ of ‘een fysiotherapeut’, maar naar de dagbehandeling of fysiotherapeut die het meest passend geacht wordt.

Multidisciplinair overleg voor informatie-uitwisseling en afstemming van doelen en taken

Voor alle verwezen patiënten met complexe problematiek wordt een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd met een zorgplan als uitgangspunt. Voor dit overleg worden, met toestemming van de patiënt, alle betrokken hulpverleners of te betrekken hulpverleners uitgenodigd. Hulpverleners blijken zonder uitzondering zeer geïnteresseerd om aanwezig te zijn bij een MDO. Hulpverleners ontvangen informatie over de patiënt, er vindt afstemming plaats over de behandeldoelen en prioriteiten worden vastgesteld. Verder biedt het MDO gelegenheid vragen te stellen en ervaringen te delen.

Versterking van de mogelijkheden van het steunsysteem, begeleiding van de achteruitgang

Centraal staat behandeling gericht op versterking van de mogelijkheden en het steunsysteem van de oudere en goede begeleiding van onvermijdelijke achteruitgang (accepteren en ermee leren omgaan in plaats van oplossen).

³ Bijlage 21

De specialist ouderengeneeskunde blijft betrokken in de behandelfase

De specialist ouderengeneeskunde blijft betrokken in de behandelfase: hij of zij geeft niet uitsluitend adviezen, maar voert (onderdelen van) de behandeling ook zelf uit. Hierdoor loopt het behandeltraject geen vertraging op en wordt de huisarts ontlast in de zorg voor patiënten die in zorg zijn bij de praktijk ouderengeneeskunde.

De praktijk ouderengeneeskunde coördineert en evalueert de behandeling en de begeleiding

Coördinatie van de behandeling en de begeleiding door de diverse zorgverleners betreft een vinger aan de pols en evaluatie door de praktijk ouderengeneeskunde. Het spreekwoord: 'doe wel en zie niet om' is niet van toepassing op zorg aan kwetsbare ouderen en op ouderen met een complexe problematiek. Door de vinger aan de pols te houden kunnen onverwachte ongewenste ontwikkelingen tijdig worden bijgestuurd en kunnen behandeltrajecten die niet het beoogde resultaat opleveren, worden vervangen door trajecten die wel het gewenste resultaat opleveren.

Beëindiging van de inzet van de praktijk ouderengeneeskunde na een nieuw evenwicht

Wanneer een patiënt weer een nieuw evenwicht heeft bereikt, kan de huisarts de zorg weer volledig overnemen. Dit blijkt in de meeste gevallen goed mogelijk, tot een nieuw incident het evenwicht verstoort. In dat geval is een nieuwe verwijzing naar de praktijk ouderengeneeskunde mogelijk.

2.2 Over de Stichting Een Plus Samenwerking

De Stichting Een Plus Samenwerking is een samenwerkingsverband van zelfstandige zorgondernemers in de eerste lijn in Velp en Rozendaal. Bij de stichting zijn 27 partners aangesloten: huisartsen, apotheken, paramedici, thuiszorg en verzorgings- en verpleeghuiszorg, het eerstelijns medisch-diagnostisch centrum uit de regio en de praktijk ouderengeneeskunde.

De stichting heeft een managementbureau dat de multidisciplinaire samenwerking organiseert en faciliteert, dat kwaliteitszorg, innovatie en patiëntenparticipatie regelt en dat multidisciplinaire zorg contracteert.

De Stichting Een Plus Samenwerking en de praktijk ouderengeneeskunde Bertholet zijn partners in het vormgeven van de ouderenzorg in de eerste lijn met een specialist ouderengeneeskunde. De directeur van het samenwerkingsverband is mede-projectleider. Het doel van de Stichting Een Plus Samenwerking is te komen tot geïntegreerde zorg, die is afgestemd op de behoeften van de inwoners in Velp en Rozendaal.

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 gebleken voor de zorgvraag van ouderen met complexe problematiek. Deze patiënten hebben vaak last van een veelheid aan aandoeningen en beperkingen (multi-morbiditeit). Bovendien zijn bij een deel van deze groep veel zorgverleners betrokken. Een ander deel van de groep met multi-morbiditeit is zeer zorgmijndend, waardoor er juist te weinig zorgverleners bij hen betrokken zijn. Door de aard van de diverse aandoeningen en de hoeveelheid betrokken zorgverleners bij deze patiënten, is kennis nodig van de (samenhang in) problemen bij het ouder worden, en zijn coördinatie en een helikopterview nodig.

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

De resultaten van deze pilot in 2010 waren zo bemoedigend, dat Zorgonderzoek Nederland-Medische wetenschappen (ZonMw) van mei 2011 tot mei 2012 middelen toekende om de organisatiestructuur optimaal in te richten voor de samenwerking tussen het team van de specialist ouderengeneeskunde en de eerstelijns disciplines die zijn aangesloten bij de Stichting Een Plus Samenwerking. Vanaf 1 september 2011 heeft Menzis subsidie aangevraagd bij het RVVZ-fonds om dit project te kunnen voortzetten en de meerwaarde aan te tonen van multidisciplinaire samenwerking onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde in de thuissituatie.

De specialist ouderengeneeskunde ziet de patiënten na verwijzing van de huisarts, samen met een verpleegkundige. Zij doen samen de diagnostiek en de behandeling op basis van de hulpvraag van huisarts en patiënt. Deze zorg is georganiseerd in de eerste praktijk ouderengeneeskunde van Nederland in de eerste lijn. Deze patiëntenzorg wordt voor een periode van drie jaar in projectvorm gefinancierd via Menzis. Onderdeel van de werkwijze van de praktijk ouderengeneeskunde is het schrijven van een multidisciplinair zorgplan, dat gebruikt wordt als uitgangspunt voor het multidisciplinair overleg. In de praktijk ouderengeneeskunde is ook een secretaresse werkzaam voor ondersteuning, en een maatschappelijk werker die gespreksgroepen voor mantelzorgers vormt en contacten met de 'nulde lijn' opzoekt⁴.

Voor alle betrokken zorgverleners in Velp is duidelijk geworden dat deze werkwijze een passende, doelmatige aanpak van hoge kwaliteit is voor de zorg aan ouderen met complexe problematiek en voor kwetsbare ouderen. Door de afstemming in het multidisciplinair overleg ontvangen de verschillende hulpverleners informatie over hun patiënten, definiëren ze samen de problemen en bepalen ze 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 wensen en beperkingen van de oudere en de mantelzorgers centraal staan, geeft regie over eigen leven en verhoogt het welbevinden.

Verder kunnen opnames in een verzorging- of verpleeghuis en verwijzing naar de medisch specialist voorkomen worden, kunnen medicijngeïnduceerde verwardheid en depressie worden aangepakt, rapporteren ouderen een hoger welbevinden en ondervindt de mantelzorg minder belasting. Kortom: ouderen ontvangen gecoördineerde diagnostiek en behandeling op maat en blijven langer thuis wonen met meer kwaliteit van leven.

⁴ Nuldelijnszorg is zelfzorg en zorg die gegeven wordt door mantelzorgers, vrijwilligers, vrienden, kennissen en familie.

3 Organisatievermogen als competentie

Voor het opzetten van een praktijk ouderengeneeskunde volgens het model van Bertholet zijn meerdere competenties nodig. Een daarvan is organisatievermogen. Deze competentie betreft zowel het organiseren als een activiteit van de arts, als het werken in een organisatie.⁵

3.1 Organisatie van de praktijk

De praktijk ouderengeneeskunde in Velp is opgericht in september 2011 als zelfstandige praktijk door een specialist ouderengeneeskunde, in samenwerking met de Stichting Een Plus Samenwerking te Velp. In deze praktijk zijn naast twee specialisten ouderengeneeskunde inmiddels twee verpleegkundigen, een maatschappelijk werker en een secretaresse werkzaam. Samen zien zij op verwijzing van de huisarts toe op oudere patiënten met lichte of zwaardere problematiek. De huisarts meldt deze mensen bij de praktijk ouderengeneeskunde aan, omdat hij of zij veel zorgen of vragen heeft over deze patiënt.

Na een diagnostisch traject volgt een behandel- en begeleidingstraject van in totaal ongeveer vijf maanden. Al die tijd wordt nauw samengewerkt met de huisartsenpraktijk, andere hulpverleners uit de eerste lijn en eventueel de tweede lijn, de patiënt en de mantelzorger. Er wordt een zorgplan op gesteld en er wordt een multidisciplinair overleg georganiseerd.

De praktijk ouderengeneeskunde in Velp is een vernieuwende praktijk die in een bestaande organisatie de ruimte wil krijgen om een vrijplaats te zijn voor zorgverbetering, 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 flexibel. Dit is een vruchtbare uitgangssituatie voor vernieuwing en voor het invlechten van een nieuwe samenwerkingsstructuur voor de zorg rondom ouderen met complexe problematiek en kwetsbare ouderen.

Daar staat tegenover dat vooral de huisartspraktijken vandaag op vele borden tegelijk moeten 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 27 zorgverleningspraktijken. Dit samenwerkingsverband is opgericht om met elkaar zorgvernieuwingsprojecten en kwaliteitsbeleid te kunnen vormgeven voor populatiegerichte, multidisciplinaire, samenhangende zorg.

Vanwege de coördinerende functie van de huisartsen in de eerstelijnszorg, maakt de huisartspraktijk altijd deel uit van alle zorgvernieuwingsprojecten, waardoor overbelasting dreigt. De nieuwe samenwerkingsstructuur met de praktijk ouderengeneeskunde moet dus zo worden ingericht, dat de huisartspraktijken zo min mogelijk extra worden belast.

⁵ Sterke medisch zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2010

Voor het project waarover deze handreiking gaat, is de motivatie groot. Alle disciplines merken dat de zorg voor ouderen met complexe problematiek en voor kwetsbare ouderen coördinatie, inzicht, overzicht en een integrale aanpak ontbeert. 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. In paragraaf 3.1.2 gaan we in op de voor- en nadelen van beide constructies en op de keuze die we hebben gemaakt in de Velpse situatie.

3.1.1 De succesfactoren voor organisatievermogen als competentie

In de loop van dit project is een aantal factoren zeer wezenlijk gebleken voor het succes van de praktijk ouderengeneeskunde. Deze factoren kunnen een belangrijk uitgangspunt vormen voor andere praktijken ouderengeneeskunde. Het zijn de volgende succesfactoren:

- Vanaf het begin hebben de huisartsen en paramedici meegedacht over de wijze waarop een specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn werkzaam kan zijn. Het hele concept is tot stand gekomen in een continu overleg en met terugkoppeling van de eerste lijn.
- De praktijk ouderengeneeskunde is gesitueerd in het gezondheidscentrum, letterlijk naast de kamers van de huisartsen en paramedici. De deur van een van de kamers van de praktijk staat altijd open, waardoor de samenwerking heel laagdrempelig en vanzelfsprekend is. Ook laten de medewerkers van de praktijk zich zeer regelmatig zien tijdens koffiepauzes, tijdens belangrijke bijeenkomsten in het centrum of zomaar tussendoor. De wandelgangoverleggen en het vertrouwen dat zo wederzijds groeit, zijn onmisbaar voor het succes.
- De medewerkers van de praktijk ouderengeneeskunde besteden tot op de dag van vandaag zeer veel tijd aan kennismaking en onderhoud van het lokale netwerk. Dit netwerk bestaat uit onder meer paramedici, vrijwilligers, maatschappelijk werkers van de dagbehandeling, Wmo-consulenten, specialisten en politiemedewerkers. Het is niet alleen belangrijk om te weten welke organisaties er werkzaam zijn in een regio, maar ook om de medewerkers persoonlijk te leren kennen. Alleen zo kan hulpverlening en patiëntenzorg op maat gegeven worden. De praktijk verwijst een patiënt daarom ook niet naar 'een dagbehandeling' of 'een fysiotherapeut', maar naar de dagbehandeling of fysiotherapeut die het meest passend geacht wordt.
- Samenwerking met de hulpverleners die al (jaren) in de eerste lijn werken is doorslaggevend. De praktijk ouderengeneeskunde heeft geen paramedici in dienst, maar werkt samen met de paramedici die werkzaam zijn in het gebied. Zij kennen veel patiënten al lange tijd. Zij hebben hun lijntjes met de hulpverleners en zijn voor iedereen gemakkelijk toegankelijk. Daarnaast kunnen zij advies inwinnen bij intramurale collega's als dat nodig is. Uiteindelijk moeten ook alle paramedici gedegen kennis van de ouderenzorg ontwikkelen.
- De specialist ouderengeneeskunde is bekend met de cultuur van de eerste lijn, waardoor de communicatie soepel verloopt.
- De specialist ouderengeneeskunde adviseert niet alleen in de behandel fase, maar voert deze ook zelf uit. Hierdoor loopt het behandeltraject geen vertraging op en wordt de huisarts ontlast in de zorg voor patiënten die in zorg zijn bij de praktijk ouderengeneeskunde.

- De vorming van een zelfstandige praktijk in een samenwerkingsverband van zelfstandige praktijkhouders, maakt dat de specialist ouderengeneeskunde als een gelijkwaardige partner gezien wordt.

3.1.2 Rechts- en organisatievorm

De Stichting Een Plus Samenwerking is een samenwerkingsverband van zelfstandige praktijkhouders. Bij een uitbreiding van de betrokken disciplines ligt ook een zelfstandige praktijk voor de hand. De specialist ouderengeneeskunde heeft echter nog geen ervaring met een eigen praktijk. De inhoud en structuur van de integrale zorg voor ouderen met complexe problematiek en kwetsbare ouderen in de eerste lijn zullen nog grotendeels moeten worden ontwikkeld. Daarom heeft de praktijk ouderengeneeskunde in Velp gekozen voor een zelfstandige praktijk, met ontlasting van de specialist ouderengeneeskunde bij het vormgeven en uitvoeren van de zogenaamde piof-functies (personeel, informatie, organisatie en financiën) door het managementbureau van het samenwerkingsverband. De overige medewerkers van de praktijk ouderengeneeskunde zijn in loondienst bij de praktijk ouderengeneeskunde.

De volgende mogelijkheden zijn onderzocht en afgewogen voor de organisatie van het team van de specialist ouderengeneeskunde als onderdeel van een multidisciplinaire samenwerkingsstructuur:

- een zelfstandige praktijk specialist ouderengeneeskunde, met medewerkers in loondienst;
- alle leden van het team van de specialist ouderengeneeskunde als zelfstandigen;
- het hele team in loondienst bij het samenwerkingsverband Stichting Een Plus Samenwerking;
- het team van de specialist ouderengeneeskunde in dienst van een nieuw op te richten Stichting Piof-functies Team Specialist Ouderengeneeskunde (PTSO);
- de specialist ouderengeneeskunde met een eigen praktijk, met medewerkers in dienst van het samenwerkingsverband totdat de eigen praktijk 'staat'.

We behandelen deze mogelijkheden hier achtereenvolgens kort.

De zelfstandige praktijk ouderengeneeskunde

De voordelen van een zelfstandige praktijk ouderengeneeskunde zijn:

- De praktijkhouder heeft maximale zeggenschap over de aard en hoeveelheid van zorg. Voor een bevlogen zorgverlener is dat een groot voordeel, omdat kwaliteit van de zorg dan niet hoeft te lijden onder de belangen van de disciplines of onder een eventueel 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 om de zelfstandige praktijk bewust en pilotgewijze vorm te geven.
- Een zelfstandige praktijk sluit aan bij de cultuur van het samenwerkingsverband van de Stichting Een Plus Samenwerking.
- Erkenning van de specialist ouderengeneeskunde als gelijkwaardige beroepsgroep door huisartsen en andere praktijkhouders.

Aan een zelfstandige praktijk ouderengeneeskunde kleven echter ook risico's:

- Er dreigt overbelasting en versnipperde aandacht van de specialist ouderengeneeskunde.
- De piof-functies lijden onder de patiëntenzorg, of vice versa.
- De praktijk is zelf verantwoordelijk voor het organiseren van feedback op het eigen handelen.
- Perverse prikkels: de inhoud van de zorg kan zich gaan richten naar de verdiensten.
- Een teveel van 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.

Alle leden van het team van de specialist ouderengeneeskunde als zelfstandige zonder personeel

Dit is geen mogelijkheid, omdat er geen gezagsverhouding mag bestaan tussen een ZZP'er en een opdrachtgever. De specialist ouderengeneeskunde is eindverantwoordelijk voor de zorg die verleend wordt door het team van de specialist ouderengeneeskunde en hij of zij stuurt het team aan. Bij een gezagsverhouding interpreteert de Belastingdienst de relatie als dienstverband en is de opdrachtgever (de specialist ouderengeneeskunde of de Stichting Een Plus Samenwerking) belastingplichtig. De Belastingdienst spreekt dan over schijnzelfstandigen en de ZZP'ers raken hun status als zelfstandige kwijt.

Alle medewerkers van de praktijk ouderengeneeskunde in loondienst bij het samenwerkingsverband

Voordelen:

- Zorgverleners kunnen zich toelagen op hun kerncompetentie van zorgverlener en hoeven geen tijd te verliezen aan piof-functies.
- De creativiteit van de zorgverleners wordt maximaal gebruikt voor zorgvernieuwing, omdat minder energie weglekt in de praktijkvoering.
- Piof-functies worden kernfuncties in plaats van taken die 'er ook nog bij komen'.

Nadelen of risico's van een loondienstverband zijn:

- Er ontstaat bureaucratische besluitvorming.
- Het management staat te ver van de praktijk.
- Het organisatiebelang snijdt in kwaliteit van de zorg of in het werkplezier van de zorgverleners.
- Er ontstaat een risico van de '9 tot 5'-mentaliteit.

Het grote voordeel van een loondienstverband voor de specialist ouderengeneeskunde en overige medewerkers van de praktijk ouderengeneeskunde 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 de Stichting Een Plus Samenwerking en daarmee flexibiliteit inlevert. Na bespreking in het bestuur van de Stichting Een Plus Samenwerking blijkt deze mogelijkheid voor de Velpse situatie geen reële optie, omdat het bestuur van de Stichting Een Plus Samenwerking anno 2011 het standpunt heeft ingenomen dat zij geen zorgverleners in dienst neemt.

Oprichten van een stichting voor Piof-functies Team Specialist Ouderengeneeskunde

De Stichting Piof-functies Team Specialist Ouderengeneeskunde (PTSO) neemt het team in dienst, en eventueel ook de specialist ouderengeneeskunde. De Stichting Een Plus Samenwerking heeft dan geen zorgverleners in

dienst maar gaat een servicecontract aan met de Stichting PTSO. De Stichting PTSO wordt een stichting met een beperkte doelstelling: piof-functies vervullen voor het team van de specialist ouderengeneeskunde bij projecten voor geïntegreerde eerstelijnsouderenzorg met een praktijk ouderengeneeskunde. Deze stichting (de Stichting PTSO) kan worden toegerust met een zeer slank bestuur van drie personen die de directeur van het samenwerkingsverband volledige bevoegdheid geeft om HRM en andere piof-functies vorm te geven voor het team van de specialist ouderengeneeskunde.

Groeimodel

Stichting PTSO neemt de specialist ouderengeneeskunde en de medewerkers in dienst. De specialist ouderengeneeskunde gebruikt de resterende tijd van de financiering door ZonMw voor de opbouw van de eigen praktijk, waar hij of zij eerst zelf naar overgaat. Voor het einde van de financiering door ZonMw gaat ook het personeel over naar de praktijk van de specialist ouderengeneeskunde en wordt de Stichting PTSO weer opgeheven.

Conclusie

Het bestuur van het samenwerkingsverband Stichting Een Plus Samenwerking heeft gekozen voor een zelfstandige praktijk ouderengeneeskunde zoals beschreven als eerste optie, omdat:

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

3.1.3 Belastingen

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

In de wet opgenomen BTW-vrijstellingen

- 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 spijsen 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.

Logisch geredeneerd valt de zorg van de praktijk ouderengeneeskunde, die onder de verantwoordelijkheid valt van de BIG-geregistreerde specialist ouderengeneeskunde, onder de tweede vrijstelling. Voor de zekerheid heeft de Stichting Een Plus Samenwerking 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 in bijlage 6 'De brief van de belastinginspecteur'.

Vennootschapsbelasting (VPB) wordt geheven over winst uit onderneming. Wanneer een eigen praktijk als doel heeft winst te maken, zal over die winst vennootschapsbelasting moeten worden betaald. Wanneer een praktijk tot doel heeft zorg te verlenen zonder winst oogmerk, moet aan twee voorwaarden worden voldaan om in aanmerking te komen voor vrijstelling van Vennootschapsbelasting:

1. Voor 90% moeten de activiteiten bestaan uit 'de genezing of verpleging van zieken, kraamvrouwen of gebrekkigen'.
2. Wanneer gekozen wordt voor vrijstelling, kunnen opbrengsten uitsluitend gebruikt worden voor het doel van de instelling, voor een instelling die een gelijkwaardig doel nastreeft of voor een doelstelling van algemeen maatschappelijk belang.

3.1.4 Personeel

De specialist ouderengeneeskunde wilde op basis van haar ervaringen in een verpleeghuissetting in het eigen team nog drie medewerkers opnemen: een secretaresse, een 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 de loop van het project werd gezocht naar de optimale urenverdeling tussen specialist ouderengeneeskunde, ouderenverpleegkundige en secretariaat. De functieprofielen van deze medewerkers zijn te vinden in bijlage 7.

Zowel de specialist ouderengeneeskunde als de verpleegkundige kreeg er in de loop van het project een collega bij. Dit om hen te ontlasten in de patiëntenzorg en meer tijd te creëren voor organisatorische en innovatieactiviteiten. Maar ook omdat één medewerker per functie te kwetsbaar ging voelen. Het is prettig te weten dat taken kunnen worden overgenomen of waargenomen bij ziekte of andere activiteiten.

Na anderhalf jaar werd ook een maatschappelijk werker aangenomen, aangezien er ruimte voor werkzaamheden in de praktijk ontstond waar een maatschappelijk werker meer toegerust voor is, zoals het leiden van een gespreksgroep voor mantelzorgers, het opzetten van het signaleringssysteem voor kwetsbaarheid en contacten met de nulde lijn.

Omdat de meeste specialisten ouderengeneeskunde werkzaam zijn in verpleeghuizen, vallen zij onder de CAO van de verpleeghuissector. Deze CAO ligt niet erg voor de hand voor een eerstelijnspraktijk. Omdat de praktijk ouderengeneeskunde de multidisciplinaire aanpak als belangrijk instrument heeft, is gekozen voor de CAO Gezondheidscentra voor het personeel van de praktijk ouderengeneeskunde. 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).

In bijlage 8 kunt u lezen hoe een werkgever komt tot een bepaling van het nettosalaris voor medewerkers en hoe uitgaand van dit netto-maandsalaris berekend kan worden welke werkgeverslasten daarbij horen.

Personeelsbeleid (jaarcontract, functioneringsgesprekken)

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

De CAO Gezondheidscentra biedt maar eenmaal 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. In het kader van deze tijdelijke financiering volgt bij goed functioneren na een jaarcontract een contract voor de duur van het project.

3.1.5 Faciliteiten (ruimte, inrichting)

De praktijk ouderengeneeskunde heeft minimaal twee structurele ruimten nodig en een vergaderfaciliteit op ad hoc-basis:

- een spreek- en behandelkamer,
- een teamkamer (met werkplekken voor secretaresse, medewerkers of stagiair),
- een vergaderruimte om op ad hoc-basis te gebruiken voor scholing en grotere overleggen.

3.1.6 Verzekeringen

Voor de praktijkvoering zijn de volgende verzekeringen afgesloten:

- ziekengeld en arbeidsverzuim voor medewerkers in loondienst van de praktijk ouderengeneeskunde, zoals de verpleegkundige en de secretaresse;
- arbeidsongeschiktheidsverzekering voor de specialist ouderengeneeskunde;
- rechtsbijstandverzekering, uitgebreid voor de praktijk;
- aanvullende aansprakelijkheidsverzekering, uitgebreid voor de praktijk.

De verzekeringen zijn geregeld door de VvAA en volgen als vanzelf uit de gesprekken met een praktijkadviseur. De Stichting Een Plus Samenwerking heeft een aansprakelijkheidsverzekering afgesloten voor risico's en fouten op het terrein van samenwerking en samenhang, die geldt voor alle partners.

3.1.7 Pensioenopbouw

De specialist ouderengeneeskunde dient zelf een pensioen op te bouwen. Er is (nog) geen pensioenfonds dat de zelfstandig werkende specialisten ouderengeneeskunde in het pakket heeft. Dit betekent dat de specialist ouderengeneeskunde 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 altijd op te nemen is, bijvoorbeeld in tijden van nood. Hoe het geld uiteindelijk opgenomen wordt (een soort inkomen of alles in één keer) 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. De jaaromzet is veel hoger dan het jaarinkomen, want het bevat ook de inkomens van personeel in dienst van de praktijk ouderengeneeskunde en in de regel ook de praktijkkosten.
2. Door middel van lijfrente. Dit is (nog) aftrekbaar van de belastingen op het moment van sparen en is daarom nu financieel aantrekkelijker. Bij het opnemen van de gespaarde lijfrente worden wel belastingen geheven.

3.1.8 Kosten van de zorg

Financiering in de vorm van Diagnose-Behandel-Combinaties (DBC's)

Financiering in de toekomst van de praktijk ouderengeneeskunde en de andere zorgverleners in het multidisciplinaire netwerk lijkt het meest kansrijk in de vorm van een of meerdere DBC's. Om zo realistisch mogelijke en haalbare DBC's te ontwikkelen, heeft de Stichting Een Plus Samenwerking de integrale zorg van de praktijk ouderengeneeskunde inclusief de inzet van alle disciplines in het multidisciplinair en bilateraal overleg van meet af aan berekend en betaald in de vorm van DBC's.

Er zijn drie DBC's: een voor complexe problematiek, een voor kwetsbare ouderen en een DBC voor consultatie. In de praktijk in Velp is gestart met een groot verschil in inzet en uren tussen de DBC voor ouderen met complexe problematiek en voor kwetsbare ouderen. In het eerste jaar bleken de kwetsbare cases die naar de praktijk ouderengeneeskunde werden verwezen veel complexer dan aanvankelijk gedacht, zodat deze cases meer uren voor diagnostiek en behandeling nodig bleken te hebben.

De DBC voor mensen met een complexe problematiek werd naar beneden bijgesteld, omdat door de multidisciplinaire context de specialist ouderengeneeskunde zoveel mogelijk onderdelen van de behandeling delegeert aan andere disciplines in het samenwerkingsverband. In bijlage 9 'Opbouw DBC's ouderen' is de huidige invulling van de DBC voor kwetsbare en complexe ouderen weergegeven.

Omdat de artsen vaak een beroep blijken te doen op praktijk ouderengeneeskunde voor een advies, is ook een consulttarief vastgesteld.

Aard en hoogte van de DBC's

De gemiddelde kosten voor een DBC voor ouderen met complexe problematiek bedraagt gemiddeld €1603,50. Voor een kwetsbare patiënt is gemiddeld €1013,93 nodig. Het consulttarief bedraagt €101,89.

Deze bedragen betreffen uitsluitend de personele lasten voor de zorgverlening door de medewerkers van de praktijk ouderengeneeskunde en de kosten voor het multidisciplinair 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 de financiering van de zorg zich realiseren dat de uren die de basis vormen van DBC's netto zorgverleninguren zijn. In de DBC's is vastgelegd hoeveel uren zorgverleners moeten besteden aan de diverse onderdelen van de patiëntenzorg. Om vanuit netto zorgverleninguren te berekenen hoeveel formatie er nodig is, moeten de netto uren omgerekend worden naar bruto uren.

Bovendien zijn mensen niet 100% productief. De meest optimistische percentages voor productiviteit gaan uit van 75%. Uit onderzoek blijkt de productiviteit 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 zorgverleneruur, dat is opgenomen in een DBC, moet worden uitgevoerd door iemand met een aanstelling van 1,79 uur per week.

3.1.9 Financiële administratie van de praktijk

Het starten van een zelfstandige praktijk vraagt om ondernemerschap. Een beginnend praktijkhouder is bijna meer ondernemer dan arts. Er komt veel aan de orde waarover in de opleiding weinig werd geleerd: salarisadministratie, verzekeringen regelen, pensioenvoorziening organiseren. Er is een mogelijkheid om veel van deze organisatietaken over te laten aan een organisatie als de VvAA. De VvAA heeft veel ervaring met startende praktijken en kan hierin adviseren. Het is echter niet goedkoop om hun hulp in te roepen; dit is een afweging die ieder voor zich moet maken.

In de opbouw van de praktijk ouderengeneeskunde in Velp is een aantal zaken bij de VvAA ondergebracht: aanmelding bij de Belastingdienst, de verzekeringen voor de werknemers, de salarisadministratie, aanmelding bij de ziekteverzuimregeling (inclusief bedrijfsarts), aanmelding van de specialist ouderengeneeskunde bij de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en pensioenadvies. Accountant en advocaat zijn afkomstig uit het lokale netwerk. De personele zaken zoals sollicitatiegesprekken, arbeidscontracten, salarisonderhandelingen en beoordelings- en functioneringsgesprekken, worden mede verzorgd door de directeur van het samenwerkingsverband.

Het contact tussen de specialist ouderengeneeskunde en de contactpersoon van de VvAA (bijvoorbeeld bij uitbreiding van het contract of bij ziekmeldingen) wordt verzorgd door een medewerker van het samenwerkingsverband, die deze zaken ook voor de medewerkers van het samenwerkingsverband en voor de huisartsen regelt.

3.1.10 Herregistratie

Voor de herregistratiecommissie is het van belang dat elke specialist ouderengeneeskunde kan aantonen gemiddeld voor minimaal 25 patiënten per jaar werkzaam te zijn in de functie van hoofdbehandelaar of medebehandelaar (zie bijlage 10). Deze patiëntenomvang is meestal af te leiden uit het contract van een werknemer. Bij een zelfstandige specialist ouderengeneeskunde 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 specialist ouderengeneeskunde. Voor de diensten moet de zelfstandig werkend specialist ouderengeneeskunde zelf een afspraak maken met een verpleeghuis in de regio. Ook nascholing, farmacotherapeutisch overleg en deelname aan intervisie, moet de specialist ouderengeneeskunde zelf organiseren. Zie www.KNMG.nl voor de specifieke eisen.

De verpleegkundige die werkzaam is in de praktijk ouderengeneeskunde is BIG-geregistreerd⁶. 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 ten minste 2080 uren werkzaam zijn geweest in de periode van 1 januari 2009 tot 1 januari 2014. Dit komt neer op gemiddeld acht uur per week. Werkzaamheden die meetellen, moeten aan de volgende twee eisen voldoen:

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 die de genoemde 2080 uur niet halen. Om aan de scholingseis te voldoen is er een scholingstraject, dat vóór 1 januari 2014 door de verpleegkundige met succes afgerond moet zijn. Zie voor meer informatie www.ribiz.nl.

3.2 Klachtenregeling

Bij melding van een klacht is het 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 de praktijk ouderengeneeskunde) de volgende stappen zetten:

- Een gesprek voeren met de directeur van het samenwerkingsverband.
- Lukt het ook dan niet om nader tot elkaar te komen, kan een klager in geval van huisartsenzorg naar een onafhankelijke commissie stappen. Echter, een eerstelijnspraktijk voor ouderengeneeskunde kan in deze huisartsencommissie niet opgenomen worden. Daarom is het van belang om ook voor de

⁶Volgens de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg

- praktijk ouderengeneeskunde een onafhankelijke klachtencommissie te organiseren.
- Als laatste stap kan een klager naar een externe commissie gaan, zoals de patiëntenbelangenorganisatie Zorgbelang, de Inspectie voor de Volksgezondheid, 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 11 'Klachtenformulier' en in bijlage 12 'Patiënteninformatiefolder klachtenregeling'.

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

4 Multidisciplinaire samenwerking als competentie

Voor het opzetten van een praktijk ouderengeneeskunde zijn meerdere competenties nodig. De competentie samenwerking betreft het samenwerken met alle zorgverleners die betrokken zijn bij de directe patiënten(zorg). De organisatie van de multidisciplinaire samenwerkingsstructuur omvat zowel de opzet van het multidisciplinaire overleg als de afstemming met de verschillende hulpverleners.⁷

De organisatie van een multidisciplinaire samenwerkingsstructuur voor een praktijk ouderengeneeskunde betreft 1) de organisatie en inbedding van de praktijk ouderengeneeskunde, 2) de opzet van het multidisciplinaire overleg en het zorgplan, 3) de rol van en de afstemming met verschillende hulpverleners in de eerste lijn van zorg en welzijn, 4) het ontwikkelen en uitbouwen van een methodiek voor het optimaliseren van de behandeling en van de kwaliteit van leven van ouderen, en 5) het ontwikkelen van een stelsel van overeenkomsten en regelingen die de optimale behandeling structureren.⁸

4.1 De multidisciplinaire structuur voor samenwerking

Uitgangspunten van de multidisciplinaire samenwerkingsstructuur voor kwetsbare ouderen en ouderen met een complexe problematiek:

- Een specialist ouderengeneeskunde is de deskundige ‘spin-in-het-web’ die samenwerkt met (para)medici, voor functionele diagnostiek en behandeling, het opstellen van een zorgplan, en voor het onderkennen van geriatrische ziektebeelden en zeer complexe zorgvragen.
- Het ondersteunend team heeft zijn vestiging in de praktijk ouderengeneeskunde en is ingebed in een multidisciplinair samenwerkingsverband en in een lokaal netwerk.
- De huisarts blijft hoofdbehandelaar, de specialist ouderengeneeskunde is tijdelijk betrokken als medebehandelaar. Samen doorlopen zij een uitgebreid diagnostisch traject met inbreng van de patiënt en de mantelzorgers.
- De focus van de behandeling is gericht op kwaliteit van leven en op preventie van achteruitgang en crisissituaties.
- Overzicht ontstaat met hulp van een gedeeld patiëntendossier en een compact multidisciplinair zorgplan dat voor alle betrokkenen toegankelijk is, en door regelmatig multidisciplinair en bilateraal overleg waarin afstemming, taakverdeling en evaluatie van de patiënt plaatsvindt.

De praktijk voor ouderengeneeskunde kan deze uitgangspunten voortdurend in het oog blijven houden door aandacht te hebben voor de rollen van coördinator, eindverantwoordelijke en aanspreekpunt voor de patiënt, voor de financiering, voor de registratie van de praktijk en haar professionals, en voor het kwaliteitsbeleid.

⁷ Sterke medisch zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2010

⁸ Sterke medisch zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2010

In de rest van deze paragraaf bespreken we de wijze waarop wij hebben ervaren dat het multidisciplinaire overleg het beste ingericht kan worden, zowel organisatorisch als fysiek.

Hoe het multidisciplinaire overleg in te richten?

Voor alle patiënten die worden verwezen met complexe problematiek wordt een zorgplan geschreven en een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd. Voor dit overleg worden – met toestemming van de patiënt – alle betrokken of te betrekken hulpverleners uitgenodigd. De hulpverleners blijken zonder uitzondering zeer geïnteresseerd om aanwezig te zijn bij het MDO. Zij ontvangen informatie over de patiënt, er vindt afstemming plaats over de behandeldoelen en de prioriteiten worden vastgesteld. Verder biedt het MDO gelegenheid vragen te stellen en ervaringen te delen. Deelname aan het MDO wordt gefinancierd uit subsidiegelden. Het eerste jaar zijn deze beschikbaar gesteld door ZonMw. Na beëindiging van dit project is deze financiering gecontinueerd door het RVVZ-fonds via ziektekostenverzekeraar Menzis. Dit blijkt een belangrijke motiverende factor om deel te blijven nemen aan het MDO.

Het MDO wordt georganiseerd aan het begin van de behandel- en begeleidingsfase. Inzicht en behoeften van de deelnemers bepalen de frequentie van de volgende MDO's. Het meeste vervolgoverleg vindt echter bilateraal plaats, waarbij de ouderenverpleegkundige van de praktijk het overzicht behoudt. Bij het merendeel van de patiënten wordt daarom slechts één MDO gehouden. Het is van belang om een evaluatiedatum af te spreken; bij de evaluatie wordt duidelijk of de beoogde doelen zijn gehaald of waarom dat eventueel niet gelukt is. Doelen kunnen dan desgewenst bijgesteld worden of de hulpverlener ontvangt adviezen van zijn of haar collega's over de wijze waarop het doel alsnog behaald kan worden. De verpleegkundige coördineert de afstemming van de doelen van de verschillende hulpverleners. Het is dus niet zo dat de praktijk ouderengeneeskunde verantwoordelijk is voor de adequate opvolging van de doelen in het zorgplan. Iedere hulpverlener is verantwoordelijk voor zijn of haar eigen gestelde doel.

De MDO's worden wekelijks op een vast tijdstip in de ochtend gepland. Elk MDO duurt een half uur. Per week worden twee aansluitende MDO's georganiseerd, waarbij geprobeerd wordt dezelfde hulpverleners zoveel mogelijk bij aansluitende MDO's aanwezig te laten zijn. Aanvankelijk werd een moment gezocht buiten de spreekuren van de huisartsen, maar later bleek het juist veel makkelijker te zijn om het MDO tijdens het spreekuur te laten vallen. Indien huisartsen aanwezig willen zijn blokkeren zij hiervoor een dubbel consult per patiënt in hun agenda. Het MDO vindt plaats in het gezondheidscentrum (Velp). Dit bevordert de deelname van de betrokken hulpverleners. Zo nodig wordt een MDO op een andere locatie georganiseerd.

Verschillende 'talen' en agenda's

In het project in Velp was het aanvankelijk de bedoeling dat de huisarts samen met andere hulpverleners, zoals paramedici en thuiszorgmedewerkers, zou 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. Veel zorgverleners willen hun zorgen en vragen bespreken. Hierin wil het MDO 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 dit moeilijk af te grenzen is.

Gekozen is het MDO voor te bereiden in een kort afstemmingsoverleg met de huisarts. De specialist ouderengeneeskunde praat tijdens het MDO mede namens de huisarts. Basis van de voorbespreking vormen de tussenevaluatie en het zorgplan. De tussenevaluatie wordt opgesteld nadat de specialist ouderengeneeskunde 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. Wanneer het MDO afwijkende conclusies oplevert, bespreekt de specialist ouderengeneeskunde deze eerst met de huisarts voordat het beleid in gang wordt gezet. De huisartsen worden altijd geïnformeerd over de data van de MDO's van hun patiënten, zodat zij desgewenst aanwezig kunnen zijn.

Open deuren in de praktijk ouderengeneeskunde

De deur van een van de twee ruimtes die de praktijk ouderengeneeskunde huurt, staat altijd open. Zo wordt de drempel voor andere hulpverleners zo laag mogelijk gemaakt om even binnen te komen en advies te vragen. Hiervan maken alle zorgverleners, variërend van huisarts, paramedicus, thuiszorgmedewerker tot vrijwilliger en mantelzorger, veelvuldig gebruik. Dit stimuleert bovendien een prettige samenwerking. Opmerkelijk daarbij is overigens dat huisartsen niet alleen vragen stellen over oudere patiënten, maar ook over jonge mensen die complexe problemen hebben.

4.2 Samenwerking met de huisartsen

Binnen het project was ruimte om veertig patiënten met complexe problematiek (met een uitgebreide zorgvraag) en vijftig kwetsbare patiënten per jaar naar de praktijk ouderengeneeskunde te verwijzen. We zijn begonnen met per maand een van de acht huisartsen van Velp voorrang te geven om maximaal vier complexe en vijf kwetsbare mensen te verwijzen. Daardoor werd iedere huisarts om de beurt herinnerd aan het bestaan van de praktijk en kon de praktijk geleidelijk een patiëntengroep opbouwen. Inmiddels is de herinnering niet meer nodig en ziet de praktijk meer verwijzingen van ouderen met complexe problematiek dan verwacht. De beschikbare capaciteit is nu bepalend voor het aantal verwijzingen.

4.2.1 Verantwoordelijkheden bij de directe patiëntenzorg

In het begin van het project was de praktijk ouderengeneeskunde betrokken bij twee huisartsen. De specialist ouderengeneeskunde had bijna dagelijks overleg met deze huisartsen, waardoor de specialist ouderengeneeskunde de behandeling van patiënten gemakkelijk kon overnemen. Ook de assistentes van de huisartsen wisten de specialist ouderengeneeskunde eenvoudig te vinden om zaken af te stemmen. Wanneer patiënten belden naar de huisartsenpraktijk of de praktijk ouderengeneeskunde met een acuut probleem, werd snel gecommuniceerd wie dit op zich nam. Inmiddels is het project uitgebreid naar acht huisartsenpraktijken.

Niet met alle huisartsenpraktijken verloopt de afstemming zo vanzelfsprekend. De assistentes wisten bijvoorbeeld niet of zij een vraag van een oudere bij de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde moesten neerleggen, wat leidde tot enige verwarring onder patiënten, huisartsen en hun assistentes. Na intern overleg hebben we besloten dat de huisarts de hoofdbehandelaar blijft, om meerdere redenen. De specialist ouderengeneeskunde kan geen 24-uursbereikbaarheid bieden en is tijdelijk betrokken. De huisarts was, is en blijft de continue factor in de zorg aan de patiënt. De huisarts beschikt over het volledige patiëntendossier inclusief het elektronisch

voorschrijfsysteem (EVS), ontvangt de post van de medisch specialisten en de huisartsenpost en overziet alle diagnostiek, inclusief laboratoriumuitslagen. De specialist ouderengeneeskunde werkt dus eigenlijk in een zelfde verhouding tot de huisarts als een ziekenhuisspecialist, alleen dan in de eerste lijn en met een holistische benadering.

Taak van de praktijk ouderengeneeskunde

De praktijk ouderengeneeskunde is tijdelijk betrokken om soms integraal, maar soms ook voor een specifieke vraag diagnostiek te doen bij een patiënt en daar eventueel een behandeling voor te starten of te coördineren. De praktijk ouderengeneeskunde rapporteert hierover kort in het HuisartsenInformatieSysteem (HIS) en uitgebreid in een eenvoudig eigen patiëntendossier. De specialist ouderengeneeskunde maakt gebruik van het EVS van de huisarts, zodat beiden altijd een actueel overzicht hebben.

In het behandeltraject heeft de praktijk ouderengeneeskunde vooral tot taak om hulpverleners in te schakelen, te coördineren en het zorgplan af te stemmen met patiënt en familie. Bovendien kan de praktijk ouderengeneeskunde een behandeling in gang zetten op verzoek van de huisarts. Na dit traject trekt de praktijk ouderengeneeskunde zich weer terug. De praktijk ouderengeneeskunde 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 praktijk ouderengeneeskunde niet kan overnemen.

Taak van de huisarts

Dit impliceert dat de dagelijkse zorg inclusief de acute algemene 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 verwijsformulier⁹ differentiëren in de vraag aan de praktijk ouderengeneeskunde. Dit varieert van een adviesvraag tot het zogenaamde 'totaalpakket'. Met het totaalpakket vraagt de huisarts de praktijk ouderengeneeskunde om een patiënt volledig lichamelijk en geestelijk in kaart te brengen, zorgdiagnostiek uit te voeren, contacten aan te gaan met andere hulpverleners inclusief eventuele ziekenhuisspecialisten, met de familie te communiceren en zo nodig de behandeling op te starten.

De specialist ouderengeneeskunde rapporteert altijd schriftelijk tussentijds met een korte 'tussenevaluatie' en op verzoek ook mondeling. Indien de specialist ouderengeneeskunde belangrijke medische bijzonderheden aantreft, meldt hij of zij dat ook in het HuisartsenInformatieSysteem. De huisarts licht de praktijk ouderengeneeskunde in wanneer er zaken gebeuren die relevant zijn voor de praktijk ouderengeneeskunde (bijvoorbeeld een interventie door de huisartsenpost).

Taak van de specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde 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 specialist ouderengeneeskunde zelf; dit is de nadrukkelijke expertise van de specialist ouderengeneeskunde. 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

⁹ Bijlage 3

hulpverleners richten hun eindrapportage dan ook altijd aan de huisarts én aan de praktijk ouderengeneeskunde. Bij veranderingen in de toestand van de patiënt moet de huisarts direct ingelicht worden.

De specialist ouderengeneeskunde is verantwoordelijk voor de terugkoppeling van de diagnostiek en het behandelvoorstel naar de patiënt. De huisarts die de adviezen van de specialist ouderengeneeskunde overneemt en zelf wil uitvoeren, neemt daarmee ook de communicatie over met de patiënt. Een ander 'instrument' van de specialist ouderengeneeskunde is het familiegesprek. Zie hiervoor het hoofdstuk over communicatie (hoofdstuk 5).

Uitzondering: blijvend instabiele patiënten

In de toekomst lijkt het wenselijk om voor een bepaalde categorie patiënten de specialist ouderengeneeskunde als hoofdbehandelaar in te stellen. Dit is de categorie instabiele patiënten met complexe problematiek of met een uitgebreid zorgnetwerk, waarvan de verwachting is dat zij blijvend snel achteruitgaan. Het zijn de patiënten bij wie regelmatig multidisciplinair overleg en aansturing gewenst is. Dit betreft de categorie patiënten die ook naar een verpleeghuis zouden kunnen worden verwezen. In het geval van overname van hoofdbehandelaarschap moet de praktijk ouderengeneeskunde continuïteit van zorg en voldoende beschikbare capaciteit kunnen bieden.

De bovenstaande afspraken vindt u terug in bijlage 4 'gedeelde verantwoordelijkheid'. Deze afspraken zijn eind 2012 geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Aan de verwijzing is een voorblad gekoppeld waarop huisartsen hun wensen kenbaar kunnen maken.¹⁰

4.2.2 Het gedeelde patiëntendossier

De praktijk ouderengeneeskunde heeft om de volgende redenen toegang nodig tot het patiëntendossier van de huisarts:

- 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 specialist ouderengeneeskunde worden direct in het huisartseninformatiesysteem (HIS) opgenomen, waardoor de huisarts op ieder moment over de meest actuele gegevens beschikt.

Verantwoordelijkheden, bevoegdheden en privacy

Om de verantwoordelijkheden, bevoegdheden en patiëntenprivacy goed te regelen, heeft een jurist van de KNMG onderzocht wat de ervaringen zijn wanneer meerdere artsen in één dossier werken. Op basis van dit onderzoek is een notitie opgesteld om te bespreken met de huisartsen. In deze notitie zijn noodzaak, nut van het inzien van het HIS en handelwijze binnen het HIS van de medewerkers van de praktijk ouderengeneeskunde beschreven. Deze notitie is in aanwezigheid van de KNMG-jurist besproken met een aantal huisartsen met speciale interesse of verantwoordelijkheid in ICT en patiëntenprivacy.

¹⁰ Bijlage 3

Knelpunt was de mogelijke toegang van de medewerkers van de praktijk ouderengeneeskunde tot gegevens van patiënten met wie zij geen behandelrelatie hebben. Hierop is de leverancier van het HIS gevraagd om de toegang te beperken tot patiënten die naar de praktijk ouderengeneeskunde verwezen waren. De HIS-leverancier was hier echter niet toe te bewegen. Daarom hebben we een werkwijze ontwikkeld met maximale zorgvuldigheid en controle achteraf, wat resulteerde in een overeenkomst tussen de praktijk ouderengeneeskunde en de huisartsen. Deze overeenkomst vindt u in bijlage 5: Overeenkomst toegang tot huisartsinformatiesysteem.¹¹

Afspraken over lezen en schrijven

De specialist ouderengeneeskunde deelt de dossiers van de patiënten die naar de praktijk ouderengeneeskunde werden verwezen met de huisarts. De huisarts is de hoofdbehandelaar van de patiënt en is verantwoordelijk voor deze dossiers. De huisarts is daarmee dus ook verantwoordelijk voor het bewaren van de dossiers. Wanneer een patiënt toestemming vraagt dit dossier in te zien, is altijd de toestemming van de huisarts nodig. De praktijk ouderengeneeskunde heeft dus lees- en schrijfmogelijkheid in het medisch dossier van de huisarts.

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

De praktijk ouderengeneeskunde voert een eigen patiëntendossier waarin onder andere de volgende punten worden vastgelegd: een episode-overzicht en het meest recente medicatieoverzicht uit het journaal van de huisarts, de uitkomst van de inventarisatie na patiëntencontacten door verpleegkundige en specialist ouderengeneeskunde, de uitkomst van de diagnostiek met (voorlopige) conclusies, de registratie van vervolcontacten met patiënten, mantelzorgers en hulpverleners, het zorgplan, de contactgegevens van alle betrokken hulpverleners, de correspondentie met verschillende hulpverleners inclusief de huisartsen en de correspondentie met de mantelzorgers. Dit patiëntendossier beoogt geen volledig dossier te zijn, maar is een registratie van de informatie die tijdens de betrokkenheid van de praktijk ouderengeneeskunde bij een patiënt wordt vastgelegd.

Zorgplan

Het zorgplan van de patiënten wordt opgenomen in het Zorg- en WelzijnsInfoPortaal (ZWIP)¹², ontwikkeld door de universiteit van Nijmegen. Aangezien het een beveiligde omgeving is, kunnen de betrokken zorgverleners na toestemming van de specialist ouderengeneeskunde dit zorgplan ook inzien. Ook patiënten en mantelzorgers kunnen het Zorgplan inzien in het ZWIP. Totopheden geven zij er echter de voorkeur aan het (geanonimiseerde) zorgplan per e-mail opgestuurd te krijgen.

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 praktijk ouderengeneeskunde nu nog gebruik van

¹¹ Bijlage 5

¹² Zie: zwip.nl

Word-bestanden om deze informatie op te slaan. Er zijn inmiddels verschillende patiëntendossiers voor specialisten ouderengeneeskunde bekeken, maar dit zijn complete en zeer uitgebreide multidisciplinaire patiëntendossiers. Inmiddels wordt geïnvesteerd in de ontwikkeling van een eigen systeem.

In het ZWIP is het verder mogelijk om veilig e-mailverkeer te voeren tussen de verschillende hulpverleners. Van deze functie maken de verschillende hulpverleners en de praktijk ouderengeneeskunde 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 e-mailen. Er wordt gewerkt aan integratie met het HIS.

Voor patiënten en mantelzorgers bestaat de mogelijkheid met een code in het ZWIP hun eigen zorgplan in te zien. Ook voor deze groep is het ZWIP nog niet gebruiksvriendelijk genoeg. In het ZWIP zijn vele niet-inge vulde tabbladen zichtbaar, zoals 'lopende aanvragen bij het ClZ', 'Wmo', 'medicatie'. Het is de bedoeling dat de mantelzorgers van de patiënten deze tabs zelf invullen. De categorie patiënten waarmee wij nu van doen hebben, is daar over het algemeen echter niet toe in staat.

Naast toegang tot het ZWIP geeft de praktijk ouderengeneeskunde alle patiënten ook een niet-afleidbare code waarmee hulpverleners en familieleden via e-mail met elkaar communiceren. Ook deze werkwijze is besproken met een jurist van de KNMG en afdoende veilig bevonden. Indien familieleden of hulpverleners de code van een patiënt willen weten, kunnen ze daarvoor langskomen, bellen of de code per brief medegedeeld krijgen. Het is natuurlijk niet verstandig om de code te mailen.

4.2.3 Taakverdeling

Uit de wijze waarop het gedeelde patiëntendossier wordt gehanteerd (paragraaf 4.2.2) volgt de volgende taakverdeling.

De huisarts:

- verwijst een patiënt met een specifieke zorgvraag;
- verzorgt de dagelijkse medische patiëntenzorg;
- ontvangt en reageert op acute signalen; de huisarts kan de specialist ouderengeneeskunde vragen om in een acute situatie in te grijpen;
- onderhoudt de communicatie met andere zorgverleners zoals medisch specialisten en de huisartsenpost.

De specialist ouderengeneeskunde, samen met de praktijk ouderengeneeskunde:

- brengt alle betrokken hulpverleners in kaart (zorgdiagnostiek);
- verricht diagnostiek naar aanleiding van de hulpvraag van de huisarts en in aanvulling op eerder (laboratorium)onderzoek van de huisarts;
- stelt een zorgplan op;
- benadert de betrokken hulpverleners en schakelt deze (na overleg met de huisarts) in waar nodig;
- initieert zo nodig een multidisciplinair overleg en stuurt de hulpverleners aan;

- coördineert de samenwerking en taakverdeling van de hulpverleners gedurende het gehele behandel- en begeleidingsproces;
- initieert bilateraal overleg of gaat in op een verzoek om bilateraal overleg;
- organiseert zo nodig een familiegesprek;
- ondersteunt zo nodig en waar mogelijk de huisarts in de behandeling naar aanleiding van de gegeven adviezen.

4.3 Samenwerking met de praktijkondersteuners

Diagnostiek

De patiënten met complexe problematiek worden zowel tijdens de diagnostiek, als tijdens de behandel fase gezien door de praktijk ouderengeneeskunde.

Na een verwijzing door de huisarts, start de praktijk ouderengeneeskunde een diagnostisch traject. Indien een praktijkondersteuner eerder betrokken was, wordt deze al in dit stadium aan tafel gevraagd door de praktijk ouderengeneeskunde. De praktijkondersteuner heeft mogelijk informatie over de patiënt die kan bijdragen aan een completer beeld. Ook kan de praktijkondersteuner een bijdrage leveren aan de diagnostiek door bijvoorbeeld een stukje hetero-anamnese af te nemen of door een patiënt te motiveren om met fysiotherapie te starten.

De praktijk ouderengeneeskunde heeft zich in de afgelopen tijd vooral gericht op de ouderen die door de huisartspraktijken werden verwezen: dit waren voor het grootste deel ouderen met zeer complexe problematiek. In de komende periode zullen we ons nadrukkelijk ook gaan richten op de kwetsbare ouderen en hoe we proactief vermijdbare beperkingen, verslechtering of crisissituaties kunnen voorkomen. Bij de groep kwetsbare ouderen zullen de praktijkondersteuners van de huisartspraktijken een belangrijke rol spelen.

Terugkoppeling

Na afsluiting van het diagnostische traject koppelt de specialist ouderengeneeskunde de informatie over de patiënt terug aan de huisarts. De verpleegkundige van de praktijk ouderengeneeskunde koppelt terug aan de praktijkondersteuner. De praktijkondersteuner krijgt zo een goed beeld van de problematiek waarmee patiënten verwezen kunnen worden en van wat de praktijk ouderengeneeskunde voor de patiënten doet. Op die wijze kan de praktijkondersteuner gemakkelijker een passend initiatief nemen voor een mogelijke nieuwe verwijzing.

Actieve rol praktijkondersteuners

Het is een bewuste keuze geweest om alle (in totaal vijf) praktijkondersteuners te betrekken bij het project. Zij hebben in deze populatie allen te maken met veel ouderen. Door de praktijkondersteuners een actieve rol te geven in de patiëntenzorg van de praktijk ouderengeneeskunde, is de verwachting dat zij in de loop van de tijd kennis en expertise zullen ontwikkelen op het gebied van de ouderenzorg.

Deze kennis kunnen zij goed gebruiken in de dagelijkse patiëntenzorg, zowel voor de patiënten die verwezen zijn naar de praktijk ouderengeneeskunde, als voor de gehele oudere patiëntenpopulatie. De praktijk ouderengeneeskunde kan immers niet alle oudere patiënten zien en dat is ook niet wenselijk. Door hun samenwerking met de praktijk ouderengeneeskunde is de verwachting dat de praktijkondersteuners een belangrijke schakel met de huisartsenpraktijk worden, met gedegen kennis van de ouderenproblematiek.

Voor de interventie van de praktijkondersteuner is twee uur netto patiëntenzorg per patiënt begroot. Dit komt neer op een inzet van circa 6,5 uur praktijkondersteuning per week.

4.4 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 begeleidende werkgroep, samen met een tweede huisarts. Dit om de praktijk ouderengeneeskunde in te bedden in het multidisciplinaire samenwerkingsverband. De praktijk ouderengeneeskunde is betrokken bij vele initiatieven om de samenhang in de eerstelijnszorg te vergroten en te borgen. Dit gebeurt onder meer door deelname aan de formele en informele overlegstructuur, opname in het meerjarenbeleidplan en zorgaanbodplannen, het leveren van scholingsaanbod, deelname aan onderlinge informatielunches, deelname aan onderhandelingen met zorgverzekeraar en gemeente, en door opname in het kwaliteitsjaarverslag en de jaarstukken.

De praktijk ouderengeneeskunde geeft tegelijkertijd ook een impuls aan de kwaliteit en de intensiteit van de samenwerking. In een vergrijsde populatie als in Velp, gaan 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 specialist ouderengeneeskunde – die de kennis en kunde van alle disciplines in Velp optimaal benut, die werkt met een zorgplan op één A4 en met een efficiënt ingericht multidisciplinair overleg – geeft een inspirerend voorbeeld van samenwerking voor patiënten met een complex ziektebeeld.

De praktijk ouderengeneeskunde zit in een ontwikkeltraject voor de zorginhoud, de praktijkstructuur, de praktijkvoering en de inbedding in het multidisciplinaire eerstelijnsamenwerkingsverband. Omdat de praktijk ouderengeneeskunde zo veel zaken moet ontwikkelen, is er in eerste instantie voor gekozen de praktijkkosten af te wikkelen via het samenwerkingsverband. Het bureau van de praktijk ouderengeneeskunde wordt ondersteund door het managementbureau van het samenwerkingsverband.

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

4.5 Samenwerking met hulpverleners binnen het samenwerkingsverband

De praktijk ouderengeneeskunde schakelt paramedici en andere hulpverleners in, zoals een ouderenadviseur. Wanneer een paramedicus of ouderenadviseur een patiënt wil aandragen voor verwijzing naar de praktijk ouderengeneeskunde, moet hij of zij dit eerst met de huisarts van de patiënt bespreken. Ook zorgwekkende

nieuwe signalen die paramedici en andere hulpverleners opmerken, moeten naar de huisarts, evenals de terugrapportage over de behandeling. De huisarts is en blijft 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 hij of zij aan de slag, samen met de patiënt en vaak met meerdere mensen uit de omgeving van de patiënt. Doel is dat de patiënt de gewenste handelingen zo goed mogelijk kan (blijven) uitvoeren. Vaak gaat het om maatregelen die dagelijkse activiteiten mogelijk maken, zoals aan- en uitkleden, eten of boodschappen doen. Het kan ook gaan om het weer oppakken van een oude hobby of het 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 hij of 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 ze voortdurend 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 specialist ouderengeneeskunde diagnosticeerde gevorderde dementie. Dit bleek een verklaring te zijn van de irritatie onder de verzorgenden. Met de uitleg van de specialist ouderengeneeskunde nam hun begrip en daarmee hun tolerantie enorm toe.

De ergotherapeut maakte een kalender en kaartensysteem met stickers en voorgedrukte enveloppen en kaartjes waardoor de patiënte 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 naar buiten. Door deze maatregelen klaarde haar stemming op en daarmee de relatie met de mensen om haar heen.

De diëtist

Ondervoeding bij ziekte is een omvangrijk probleem in de Nederlandse gezondheidszorg. In de thuiszorg blijkt dat 15-25% van de cliënten ondervoed is. Dit 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 deze aandoeningen is weggelegd voor de diëtist. Met 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 oudere.

De fysiotherapeut en oefentherapeut

In de complexe zorg voor ouderen is kennis van ouderdomsziekten en de daarbij passende fysiotherapeutische behandeling essentieel. De fysiotherapeut kan meekijken in de diagnostiek naar houdings- en bewegingsklachten. Een fysiotherapeut met geriatrische kennis richt zich vooral op het dagelijks bewegen van de cliënt in diens leefomgeving en streeft ernaar de zelfredzaamheid te behouden of te vergroten, als belangrijke voorwaarde voor de kwaliteit van leven en voor participatie in de samenleving. Daarnaast is advies over aanpassingen in de thuissituatie bij dreigend verlies van zelfstandigheid, maar ook tijdens til- en transferelementen, een belangrijke functie van de fysiotherapeut. Hierbij is een goede samenwerking met onder andere mantelzorgers, thuiszorg en andere professionals van belang.

De oefentherapeut oefent vooral de houding en bewegingen tijdens de gewone dagelijkse dingen. Ook kan de oefentherapeut zowel de patiënt als de mantelzorger en de thuiszorgmedewerker van advies dienen tijdens de zorg voor ouderen. Op die manier kunnen zij de (lichamelijk) zware zorg langer volhouden.

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 beste bij de oudere patiënt passen. Daarnaast is de ouderenadviseur vaak de enige die langs gaat bij zorgmijdende patiënten en op die manier 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 praktijk ouderengeneeskunde 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 nam in de loop van de tijd af en toe een hapje eten mee (aanvankelijk zelf gekookt). De patiënte was zo tevreden over deze hulp dat ze de ouderenadviseur ging vertrouwen en de ouderenadviseur haar mee kon nemen naar een dagopvang honderd 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 levenservaring en inzicht, maar zijn tegelijkertijd kwetsbaar voor verlies en lichamelijke achteruitgang. De psycholoog richt zich zowel op de ouder wordende mens, als op de mensen in hun directe omgeving, zoals naasten of zorgverleners. De geronto-psycholoog heeft onder meer kennis van oudere mensen met geheugenproblemen, overbelasting, somberheid, rouwverwerking, traumaverwerking, persoonlijkheidsproblematiek en levensvragen. De psycholoog kan hierin diagnosticeren, een behandeling adviseren en de relatie met (lichamelijke) achteruitgang inschatten. Voor de mantelzorgers is het erg prettig wanneer zij adviezen ontvangen over de omgang met de oudere patiënt en wanneer zij leren hoe zij overbelasting kunnen voorkomen.

4.6 Samenwerking met overige hulpverleners

4.6.1 Thuiszorgorganisaties

Vaak weet de huisarts nauwelijks van de aanwezigheid van een thuiszorgorganisatie bij zijn patiënt, omdat inschakeling daarvan veelal buiten de huisarts om gebeurt. De praktijk ouderengeneeskunde inventariseert altijd de aanwezige hulpverlening. Na overleg met het management heeft zonder uitzondering elke thuiszorgorganisatie gesteld dat hun medewerkers mogen deelnemen aan het multidisciplinaire overleg. Soms is dat de eerst verantwoordelijke verzorgende, soms is het de zorgcoördinator. Door deelname aan het multidisciplinaire overleg krijgen thuiszorgmedewerkers meer informatie over de patiënt. Zij kunnen hun werk daarna beter en efficiënter doen. Voor de praktijk ouderengeneeskunde is het bovendien 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 er een zorgplan wordt opgesteld en dat er 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). Als een zorgplan ontbreekt, ontslaat dit de huisarts niet van zijn verantwoordelijkheid een medisch behandelplan op te stellen en trajectbegeleiding in te stellen.¹³

Meestal hebben de zorgplannen van de thuiszorg een praktisch karakter en beschrijven zij de dagelijkse zorg. De praktijk ouderengeneeskunde 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 praktijk ouderengeneeskunde ontvangen. De praktijk ouderengeneeskunde zorgt ervoor dat thuiszorgorganisaties in het bezit komen van het zorgplan dat is opgesteld door praktijk ouderengeneeskunde. Zij adviseert dit plan toe te voegen aan het zorgdossier van de patiënt.

¹³ Sterke medisch zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2010

4.6.2 Verpleegorganisaties in de regio

De specialisten ouderengeneeskunde in de verpleeghuizen in de regio volgen de ontwikkelingen van de praktijk ouderengeneeskunde in de eerste lijn met interesse. Verschillende specialisten ouderengeneeskunde hebben interesse om extramuraal te gaan werken. Samen met hen zoekt de praktijk ouderengeneeskunde naar een manier om goed samen te werken.

De praktijk ouderengeneeskunde heeft het idee dat specialisten ouderengeneeskunde uit de eerste lijn en die uit het verpleeghuis (derde lijn)¹⁴ elkaar zouden kunnen vinden in het verzorgingshuis. Daar zijn de huisartsen de hoofdbehandelaars, en daar werken ook intramurale specialisten ouderengeneeskunde in de aanvullende zorg bij patiënten met een complex ziektebeeld.

In deze regio weten deze specialisten ouderengeneeskunde en de huisartsen elkaar nog niet goed te vinden. Ze zouden elkaar echter prima 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 specialisten ouderengeneeskunde hebben veel kennis van complexe ouderenproblematiek en van de aansturing van de zorgteams. De huisartsen kennen de patiënt en de mantelzorger vaak al lange tijd en hebben de wens de zorg te continueren in een verzorgingshuis.

Brug tussen specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen

De praktijk ouderengeneeskunde kan hierin een brugfunctie vervullen. De huisartsen verwijzen gemakkelijk naar de praktijk ouderengeneeskunde binnen het gezondheidscentrum en de specialist ouderengeneeskunde van de praktijk ouderengeneeskunde communiceert gemakkelijk met haar collega's. De specialist ouderengeneeskunde van de praktijk ouderengeneeskunde zou de verschillende taken op elkaar kunnen afstemmen en zich dan weer kunnen terugtrekken. Het is voorstelbaar dat deze rol van de praktijk ouderengeneeskunde na verloop van tijd niet meer nodig is en dat de huisartsen en intramurale specialisten ouderengeneeskunde elkaar weten te vinden.

De functie (en financiële vergoeding) van de praktijk ouderengeneeskunde in verzorgingshuizen is overigens uitgesloten van dit project. Het project in Velp, dat gesubsidieerd is door ZonMw en het RVVZ-fonds, richt zich op het aantonen van de meerwaarde van multidisciplinaire samenwerking onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde in de thuissituatie. Voor extra activiteiten in het verzorgingshuis kan de specialist ouderengeneeskunde van de praktijk ouderengeneeskunde niet terugvallen op de huidige AWBZ-financiering, aangezien daarvoor vooralsnog een contract met een AWBZ-instelling nodig is. Het is een aanbeveling om in de toekomst deze zorg ook vanuit de Zorgverzekeringswet te financieren.

Samenwerking voor continuïteit in de zorg

De specialist ouderengeneeskunde van de praktijk ouderengeneeskunde werkt samen met een intramuraal werkende specialist ouderengeneeskunde. Deze laatste verzorgt de medische achterwacht op dagen dat de specialist ouderengeneeskunde van de praktijk ouderengeneeskunde afwezig is. Inmiddels heeft deze intramurale specialist ouderengeneeskunde ook tijd vrijgemaakt om de patiëntenzorg in de praktijk ouderengeneeskunde mee te gaan verzorgen. Deze samenwerking maakt de specialist ouderengeneeskunde van de praktijk

¹⁴ Derdelijnszorg is hoogspecialistische zorg zoals verpleeghuiszorg.

ouderengeneeskunde minder kwetsbaar en versterkt de continuïteit van de zorg. Bovendien is het mogelijk om samen te sparren over patiënten en elkaar feedback te geven.

De specialist ouderengeneeskunde van de praktijk ouderengeneeskunde is beschikbaar voor de verpleeghuizen om bij te springen (tijdens diensten). Ook doet de specialist ouderengeneeskunde van de praktijk ouderengeneeskunde mee aan de farmacotherapie-overleggen van een verpleeghuis en neemt zij deel aan de intervisie van een andere verpleeghuisgroep in de regio.

Een patiënt die door een bewegingsstoornis somber en nauwelijks meer actief was geworden, wenste absoluut geen bemoeienis van de hulpverlening uit de ouderenzorg. Hij was bang dat hem het zelfde lot als zijn vader boven het hoofd hing: een gedwongen opname in een verpleeghuis. Zijn vrouw wist het ook niet meer en voelde zich overbelast.

Na een crisisopname in het ziekenhuis 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 specialist ouderengeneeskunde van deze dagbehandeling maakte gebruik van onze diagnostiek en ons behandelplan, zodat deze niet herhaald hoefden te worden.

Een paar weken later belde zijn vrouw ons. Het echtpaar bleek enorm enthousiast. De man gaat inmiddels met 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 gaat. Ze vraagt een beetje beschroomd of daar veel vrouwen aanwezig zijn...

4.6.3 De geriater, psychiater, neuroloog en revalidatiearts

De meeste huisartsen geven aan dat zij de patiënten die ze nu naar de praktijk ouderengeneeskunde verwijzen voorheen naar de geriater, neuroloog of psychiater zouden hebben verwezen. Het zou niet goed zijn als die medisch specialisten de praktijk ouderengeneeskunde als een concurrent zouden gaan ervaren. Dat zou de (gewenste) samenwerking in de weg kunnen staan. Vandaar dat de praktijk ouderengeneeskunde nadrukkelijk de samenwerking opzoekt. Telefonisch of per e-mail wordt advies bij elkaar ingewonnen over patiënten, zonder dat de patiënt van zorgverlener wisselt. Ook is een specialist meegegaan op een huisbezoek van 45 minuten waarin diagnostiek en behandeling in de eerste lijn een vervolg konden krijgen. Dit relatief korte huisbezoek bespaarde deze patiënt (zonder mantelzorger) een ziekenhuistrajec van waarschijnlijk enkele maanden en meerdere specialisten. Deze vorm van samenwerking, waarin een specialist even meekijkt over de schouder van de specialist ouderengeneeskunde en daarmee een heel ziekenhuistrajec voorkomt, is zeer doelmatig. Vanwege het ontbreken van een financieringsmodel is het contact met deze (revalidatie-)arts helaas beperkt gebleven tot dit ene consult.

Tussen de geriater en de praktijk ouderengeneeskunde is de intentie uitgesproken om maandelijks over een aantal geanonimiseerde patiënten te e-mailen met de diagnose, het zorgplan en het medicatieoverzicht voor een medicamenteus advies door de geriater. Binnen het project is een vergoeding voor de bijdragen van de specialisten begroot, maar doorgaans ontvangt de klinisch werkend medisch specialist geen vergoeding voor deze samenwerking.

5 Communicatie als competentie

De volgende competentie die nodig is voor het opzetten van een praktijk ouderengeneeskunde betreft de communicatie. Deze competentie omvat alle communicatie en samenwerking met de oudere patiënt en diens systeem.¹⁵

5.1 Communicatie met de patiënt

Huisarts legt de bedoeling uit

De verwijzing start bij het gesprek dat de huisarts met de patiënt heeft over de inschakeling van de praktijk ouderengeneeskunde. De huisarts legt uit wat de praktijk ouderengeneeskunde voor de patiënt kan betekenen en wat de werkwijze is van de praktijk ouderengeneeskunde. Met toestemming van de patiënt neemt de huisarts contact op met de praktijk ouderengeneeskunde (zie hoofdstuk 9.2, '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. Patiënten laten een hulpverlener gemakkelijker 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 praktijk ouderengeneeskunde tijdens het eerste bezoek. In aanvulling hierop ontvangt de patiënt schriftelijke informatie: een patiënteninformatiebrochure (zie bijlage 13) over de praktijk ouderengeneeskunde, een afsprakenkaart en een brief (zie bijlage 14) waarin de volgende informatie wordt gegeven:

- De praktijk ouderengeneeskunde maakt gebruik van het patiëntendossier van de huisarts om de voorgeschiedenis (ziektes, onderzoeken, eerdere verwijzingen) door te kunnen nemen.
- De praktijk ouderengeneeskunde overlegt met eerder betrokken hulpverleners of met hulpverleners die mogelijk betrokken kunnen worden.

Indien de patiënt bezwaar maakt tegen een of beide van deze punten, kan hij of zij dit melden.

De verpleegkundige komt tijdens het tweede patiëntencontact terug op de brief en noteert in het patiëntenregistratiesysteem: wel of geen bezwaar. Tot die tijd zal de praktijk ouderengeneeskunde vanzelfsprekend geen gebruik maken van het patiëntendossier noch betrokken hulpverleners raadplegen.

¹⁵ Sterke medisch zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2010

Afspraken over bereikbaarheid

In de patiënteninformatiebrochure staat duidelijk vermeld dat de huisarts de hoofdbehandelaar blijft en dat dit inhoudt dat de patiënt voor acute of nieuwe problemen altijd contact opneemt met de eigen huisarts. Ook staat in deze brochure dat de patiënt voor vragen rondom de verwijzing contact op kan nemen met de praktijk ouderengeneeskunde.

Mondelinge informatie aan patiënt en mantelzorgers

Wanneer de diagnostiek grotendeels is afgerond, organiseert de praktijk ouderengeneeskunde een gesprek met de patiënt en, indien gewenst, met de mantelzorger(s) of de familie. Tijdens dit gesprek vraagt de specialist ouderengeneeskunde ook om zo nodig een eerste contactpersoon aan te stellen. Vaak beslist de familie dat ter plekke.

Een ander onderwerp dat aan de orde moet komen, is de wens 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 patiënt en familie krijgen stof tot nadenken waarop in een vervolgspraak 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 gesprek vaak als zeer waardevol.

De mate van wilsbekwaamheid

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 communicatie met de patiënt. In het belang van de patiënt beoordeelt de specialist ouderengeneeskunde in dat geval de mate van wilsbekwaamheid met betrekking tot medische kwesties en behandelopties.

Indien de specialist ouderengeneeskunde beoordeelt dat de patiënt wilsonbekwaam is, schakelt de praktijk ouderengeneeskunde een bewindvoerderskantoor in. Met behulp van dit kantoor wordt een aanvraag ingediend bij de kantonrechter (of bij de Officier van Justitie, indien er geen familie is). Indien de rechter instemt met het oordeel van de specialist ouderengeneeskunde, wordt mentorschap aangevraagd. Indien de patiënt niet in staat is de administratie goed te verzorgen, vraagt de specialist ouderengeneeskunde ook bewindvoering aan. Het bewindvoerderskantoor levert dan zowel de mentor als de bewindvoerder, waar vervolgens nauw mee wordt samengewerkt. Door deze handelwijze nemen wij gezamenlijk de beslissingsbevoegdheid en handelingsmogelijkheid 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 bijvoorbeeld 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 bevoegdheid om over zijn of haar leven te beslissen. Maar de praktijk ouderengeneeskunde 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 te onderkennen dat deze mensen niet meer zelf in staat zijn om hun vermogensrechtelijke en gezondheidsbelangen

zelf te behartigen, 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 tot hoever de bemoeienis van een medische praktijk met patiënten moet gaan. De praktijk ouderengeneeskunde is van mening dat het ondernemen van actie voor 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 praktijk ouderengeneeskunde is van plan om de patiënten een brief aan te bieden met daarin de conclusies van de diagnostiek en de adviezen voor het vervolg. Op het moment van schrijven is dit inmiddels een tiental keren gebeurd en werd dit steeds zeer positief ontvangen door patiënten en mantelzorgers. Met de komst van een tweede verpleegkundige in het voorjaar van 2013 lijkt het op korte termijn haalbaar om dit voor alle patiënten te gaan verzorgen.

5.2 Communicatie met de mantelzorgers en hulpverleners

Zowel voor mantelzorgers als hulpverleners is (dezelfde) informatie over de bereikbaarheid van de praktijk ouderengeneeskunde van toepassing. De praktijk ouderengeneeskunde ervaart dat zowel mantelzorgers als hulpverleners graag gebruik maken van internet om informatie in te winnen en om te communiceren. De praktijk ouderengeneeskunde heeft een website ontwikkeld met informatie over de praktijk: www.praktijkouderengeneeskunde.nl. Ook heeft de praktijk ouderengeneeskunde een e-mailaccount in gebruik. In de automatische *reply* die de mensen ontvangen na het eerste e-mailcontact, wordt gemeld dat de praktijk ouderengeneeskunde binnen twee werkdagen antwoord geeft. Ook wordt hierin genoemd dat patiënten bij acute zaken altijd contact dienen op te nemen met hun eigen huisarts. Indien er problemen zijn die niet kunnen wachten en die de praktijk ouderengeneeskunde betreffen, wordt geadviseerd telefonisch contact op te nemen met de praktijk ouderengeneeskunde.

De e-mailcorrespondentie vindt niet plaats in een beveiligde omgeving. Mensen gebruiken veel (onveilige) Hotmail- en Gmailadressen. Vandaar dat de praktijk ouderengeneeskunde 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 praktijk ouderengeneeskunde toekent aan patiënten na verwijzing, de eerste letter van hun achternaam en de laatste twee cijfers van hun geboortjaar. Dit nummer wordt schriftelijk aan patiënten, mantelzorgers en hulpverleners doorgegeven. Het voelt niet sympathiek om patiënten niet bij naam te noemen en een nummer te gebruiken, het nummer staat echter alleen bovenaan de e-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 patiënten (zie bijlage 15).

*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,

5.3 Communicatie tussen de hulpverleners en de hoofdbehandelaar

De specialist ouderengeneeskunde schakelt de diverse hulpverleners in en definieert de verwijsvraag. Deze hulpverleners rapporteren terug tijdens het MDO. Dit wordt verwerkt in het zorgplan. De huisarts kan het zorgplan tussentijds altijd inzien. Afwijkende bevindingen die van belang zijn voor de hoofdbehandelaar worden tussentijds aan de huisarts gemeld door de specialist ouderengeneeskunde of de betreffende hulpverlener. De huisarts ontvangt van alle betrokken hulpverleners een eindrapportage, met een kopie naar de praktijk ouderengeneeskunde.

6. Kennis en wetenschap

De competenties die vallen onder het 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.¹⁶

6.1 Onderzoek en monitoring

Aanvankelijk was het ons voornemen om de resultaten van het project te laten volgen en analyseren door de universiteit van Nijmegen. De vragenlijsten die daartoe zouden worden afgenomen waren de TOS-1¹⁷ 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 praktijk ouderengeneeskunde.

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 deze 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 zijn we met het gebruik van deze TOS-2 gestopt. We hebben ervoor gekozen om verder te gaan met de universiteit van Groningen, die zogenaamde ‘zorgprofielen’ heeft ontwikkeld uit de vragenlijst ‘Intermed/GFI/welbevindenvragenlijst’. Deze vragenlijst wordt ingevuld door de specialist ouderengeneeskunde en de verpleegkundige van de praktijk, gebaseerd op hun (werkelijke) bevindingen. Met deze zorgprofielen zou duidelijk kunnen worden waar de complexiteit en kwetsbaarheid van de patiënten van de praktijk ouderengeneeskunde in zit.

Intermed is een onderdeel van het gehele onderzoeksinstrument. Dit instrument meet wat de meerwaarde van de interventie van de praktijk ouderengeneeskunde is op de zorgconsumptie en op de kwaliteit van leven voor patiënt en mantelzorger. Bovendien kunnen de patiënten met deze vragenlijst vergeleken worden met een grote controlegroep van patiënten die geen toegang heeft tot een specialist ouderengeneeskunde.

¹⁶ Sterke medisch zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2010

¹⁷ TOS staat voor Tweekraps Ouderen Screening en is een instrument om kwetsbaarheid bij ouderen te screenen.

6.2 Onderwijs en stages

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. Het is ook belangrijk om studenten van alle medische richtingen en studenten verpleegkunde kennis te laten maken met de eerstelijnszorg voor ouderen, bijvoorbeeld tijdens een stage. De motivatie om later te kiezen voor een richting als (eerstelijns) ouderenzorg, wordt gestimuleerd door dergelijke stages. Aangezien het hard nodig is om meer zorgverleners aan te trekken voor de (eerstelijns) ouderenzorg, zijn motiverende stages als deze onontbeerlijk.

De praktijk ouderengeneeskunde staat open voor studenten van alle opleidingsniveaus. Er zijn verschillende tweedejaarsstudenten geneeskunde geweest die meeliepen en er is continu een specialist ouderengeneeskunde-in-opleiding betrokken. Deze arts-assistent loopt twee dagen mee met een huisarts en twee dagen met de specialist ouderengeneeskunde. De arts-assistent leert hierdoor de cultuur van de eerste lijn kennen en laat de huisartsenpraktijk kennis maken met de zienswijze van een specialist ouderengeneeskunde.

Dit is zeker nodig, omdat de specialisten ouderengeneeskunde die alleen intramuraal werken een heel andere benadering van patiëntenzorg kennen. Huisartsen werken onder grote druk, zien tientallen patiënten per dag, werken met huisartsenstandaarden, zijn vaak werkgever en zelfstandig ondernemer. Een specialist ouderengeneeskunde zal een tijd in de eerste lijn moeten verblijven om mee te maken hoe dat voelt, om zo in de toekomst beter te kunnen samenwerken. Beide partijen (de huisartsen en de arts-assistent) zijn enthousiast over deze samenwerking.

6.3 Scholing

De specialist ouderengeneeskunde heeft afgesproken vier keer per jaar scholing aan medewerkers van het samenwerkingsverband te geven. Deze scholingen worden enthousiast ontvangen, vooral door de assistenten van de huisartspraktijken en de paramedici. Onderwerpen tot nog toe waren 'dementie', 'depressie' en 'urine-incontinentie'. Het belangrijkste resultaat van de scholing over dementie was bijvoorbeeld 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).

In een zelfstandige praktijk is het minder vanzelfsprekend dat de medewerkers worden bijgeschoold en feedback ontvangen. Het is belangrijk en verplicht om 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 open staan voor deelname van de collega uit de eerste lijn.

7. Maatschappelijk handelen als competentie

De volgende competentie die nodig is voor het opzetten van een praktijk ouderengeneeskunde betreft het maatschappelijk handelen. Deze competentie richt zich op de maatschappelijke context van het medisch handelen en op vormen van belangenbehartiging voor de patiënten.¹⁸

7.1 Netwerkcontacten

Het opbouwen van een lokaal netwerk is een van de kernelementen van de multidisciplinaire samenwerkingsstructuur voor oudere patiënten met kwetsbare en complexe problematiek. Vanaf de start van de praktijk ouderengeneeskunde hebben wij prioriteit gegeven aan het aangaan en onderhouden van contacten met andere hulpverleners en instellingen in de regio. Deze contacten zijn belangrijk, omdat de praktijk ouderengeneeskunde alleen samen met anderen de benodigde hulp kan bieden. Goede zorg aan oudere patiënten met kwetsbare en complexe problematiek vraagt om samenwerking en afstemming van de zorg. Bovendien was het van belang deze contacten te leggen omdat de praktijk ouderengeneeskunde een nieuwe speler was in het werkveld van de zorg aan oudere patiënten met kwetsbare en complexe problematiek. De contacten boden de praktijk ouderengeneeskunde de mogelijkheid om zichzelf te introduceren bij hulpverleners en instellingen.

In en om Velp zijn veel voorzieningen waarvan ouderen gebruik kunnen maken. Het karakter en de visie van deze voorzieningen lopen nogal uiteen. De praktijk ouderengeneeskunde 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 specialist ouderengeneeskunde dezelfde diagnose gesteld. Ook daarom heeft de praktijk ouderengeneeskunde geïnvesteerd in contacten met hulpverleners en instellingen in de regio. Door goed geïnformeerd en bekend te zijn met de diverse hulpverleners en instellingen is de praktijk ouderengeneeskunde beter in staat zorg op maat te geven. Door een passend advies wordt het vertrouwen in de praktijk ouderengeneeskunde versterkt, waarna weer andere (therapeutische) opties mogelijk worden.

De praktijk ouderengeneeskunde legde contact met diverse hulpverleners en instellingen in de regio:

- huisartsen, verpleegkundigen, assistenten van de huisartspraktijken;
- paramedici zoals fysiotherapeut, caesartherapeut, ergotherapeut, podotherapeut, diëtist, logopedist, psycholoog;
- casemanagers dementie;
- ouderenadviseurs;
- medisch specialisten zoals geriater, revalidatiearts, psychiater;
- thuisorganisaties: zorgcoördinatoren, wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgenden;

¹⁸ Sterke medisch zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2010

- coördinatoren en maatschappelijk werkers van verzorging- en verpleeghuisinstellingen, de afdelingen en de dagbehandelingen of dagopvang;
- de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen van de instelling voor begeleiding en behandeling van psychische en psychiatrische problemen bij oudere patiënten;
- welzijnsorganisaties;
- het Meldpunt Vrijwillige Thuiszorg;
- vertegenwoordigers van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
- vertegenwoordigers van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ);
- overigen, zoals een vertegenwoordiger van een bewindvoederskantoor;
- overige hulpverleners zoals kunstzinnig therapeut, tandarts, vrijwilligersorganisaties en de telefooncirkel.

Voor het opbouwen van een lokaal netwerk heeft de praktijk ouderengeneeskunde 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 praktijk ouderengeneeskunde (naar het zich nu laat aanzien) de vruchten begint te plukken. De praktijk ouderengeneeskunde en de diverse hulpverleners en instellingen weten elkaar over en weer goed te vinden. Het blijft van belang om hierin te blijven investeren.

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

7.2 Samenwerking met de Wmo

Zoals vastgelegd in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) gaat de gemeente steeds meer taken uit de AWBZ uitvoeren. In de Wmo is bovendien veel aandacht opgenomen voor welzijn en preventie. Hierover hebben wij 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 Wmo.¹⁹ De belangrijkste aanbeveling uit deze brief geven we hier weer:

“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 of gezondheid gerelateerde onderwerpen, mantelzorgondersteuning, individuele gesprekken met bijvoorbeeld 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

¹⁹ Bijlage 16

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 deze handreiking (april 2013) is nog niet bekend welke aanbevelingen de gemeente overneemt, hoewel ze heeft aangegeven enthousiast te zijn over het idee.

7.3 De zorgmijdende patiënt is de goedkoopste patiënt?

Het is duidelijk dat een zelfstandige praktijk ouderengeneeskunde veel kan betekenen voor ouderen en mantelzorgers. De patiënten worden minder verwezen naar de tweede lijn, worden thuis onderzocht met eenvoudige middelen, krijgen advies op maat en een samenhangend pakket aan hulp van onderling samenwerkende disciplines. Het resultaat is dat zij langer thuis kunnen blijven wonen met meer kwaliteit van leven. Door de interventies van de praktijk ouderengeneeskunde 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 sterk verlaagd.

Er is echter ook een patiëntengroep waarvoor de bemoeienis van de praktijk ouderengeneeskunde niet kostenbesparend is. Een aanzienlijk deel van de patiënten die de huisartsen verwijst, 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 niets. Niemand dient een klacht in, niemand verwijst ons iets. Deze mensen zijn te kwetsbaar om 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?

De maatschappelijk werker van onze praktijk legt inmiddels contacten met organisaties uit het maatschappelijk werkveld, zoals de politie en een woningbouwvereniging, waarin hij aangeeft bereikbaar te zijn voor vragen uit deze organisaties die zorgwerkende oudere mensen betreffen.

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 praktijk ouderengeneeskunde 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 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 echt 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 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?

8 Professionaliteit als competentie

De competentie professionaliteit heeft vooral betrekking op de kwaliteitseisen die gesteld worden aan de beroepsuitoefening. Dit betekent dat deze competentie nog minder dan de andere los gezien kan worden van de overige competentiegebieden. Het juridisch en ethisch verantwoord handelen is ook bij dit competentiegebied ondergebracht.²⁰

Medische professionaliteit vereist van artsen dat zij hun verantwoordelijkheid voor kwalitatief goede zorg nemen, verantwoordelijkheden delen met andere hulpverleners én verantwoording afleggen over 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:

- permanente kwaliteitsbevordering,
- het afleggen van interne en externe verantwoording.

8.1 Permanente kwaliteitsbevordering

De KNMG ontwikkelde in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen één verzameling kwaliteitsnormen voor alle specialisten en profielartsen ‘Het Kwaliteitskader medische zorg: Staan voor kwaliteit’. Dit 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. Het ondersteunt artsen en verenigingen in hun beleid. Het is tevens een richtsnoer voor de verenigingen bij het ontwikkelen van het specifieke kwaliteitsbeleid voor alle betrokken specialismen.

De kwaliteitsnormen voor de specialist ouderengeneeskunde werkzaam in een zelfstandige praktijk ouderengeneeskunde maken (nog) geen deel uit van dit kwaliteitskader.

De vraag over de kwaliteitseisen waaraan de zelfstandige praktijk ouderengeneeskunde moet voldoen, is gesteld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Hier is hun 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).”

²⁰ Sterke medisch zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2010

In de e-mailwisseling met ActiZ was vervolgens de conclusie:

“In het kader van de ontwikkeling van de integrale verpleeghuiszorg in de eerste 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.”

De beroepsgroep van specialisten ouderengeneeskunde Verenso kondigde in Medisch Contact Nr. 11 van 14 maart 2013 aan, dat er een set kwaliteitseisen voor werken in de eerste lijn wordt ontwikkeld.

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) gaat onderzoeken of een praktijk ouderengeneeskunde binnen het bestaande pakket past, met als vraag in het achterhoofd: voorziet de huisarts al in een deel van deze zorg of levert de praktijk ouderengeneeskunde aanvullende, nieuwe zorg? Het is aan de praktijk ouderengeneeskunde om de komende jaren aan te tonen dat het werkelijk essentieel nieuwe en noodzakelijke zorg levert. Uiteindelijk beoordeelt de Nederlandse Zorgautoriteit de uitkomst.

Kortom, er is veel te leren van bestaande eerstelijnspraktijken en er is veel te ontwikkelen voor de bestendiging van een zelfstandige praktijk ouderengeneeskunde als spin in het web in de zorg voor ouderen in een eerstelijnsamenwerkingsverband.

8.2 Het afleggen van interne en externe verantwoording

De praktijk ouderengeneeskunde hanteert een verzameling prestatie-indicatoren²¹ om de prestaties van de eigen organisatie en de eigen mensen te monitoren. Deze prestatie-indicatoren worden bijgehouden in een eigen administratiesysteem in Excel. Ze worden twee maal per jaar intern gerapporteerd en naar ziektekostenverzekeraar Menzis gezonden.

²¹ Bijlage 17

9 Medisch handelen als competentie

Bij de competentie medisch handelen, gaat het om het kerngebied van de medische ouderenzorg. De overige competentiegebieden kunnen hiervan niet los gezien worden. In de beschrijving hebben we een combinatie gemaakt van de stappen diagnose-behandeling-preventie en de stappen van een cyclisch zorgproces. Verder hebben we een onderscheid gemaakt tussen de directe patiëntenzorg en het verlenen van consultaties.²²

De specialist ouderengeneeskunde heeft logischerwijze meer kennis op het gebied van de ouderenzorg dan de generalistisch werkende huisarts. Vooral over de diagnostiek van geriatrische complexe ziektebeelden als dementie, depressie, bewegingsstoornissen (M. Parkinson), ondervoeding, incontinentie, angst, duizeligheid, obstipatie, polyfarmacie, afgenomen spierkracht, et cetera. 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 specialist ouderengeneeskunde brengt de patiënt altijd volledig in kaart. De specialist ouderengeneeskunde maakt een inventarisatie van de volgende domeinen: somatiek, instrumentele algemene dagelijkse handelingen ((I)ADL), maatschappelijke positie, psychische gesteldheid en communicatieve vaardigheden. In het advies van de specialist ouderengeneeskunde worden alle domeinen meegenomen.

Kwaliteit van leven belangrijker dan optimale behandeling van ziektes

Mensen op oudere leeftijd hebben vaak niet zo zeer last van specifieke ziekten, maar veeleer van de beperkingen die de (combinatie van) ziekten opleveren. Oudere mensen kunnen verstrikt raken in een ingewikkelde knoop van problemen. Een oudere patient met suikerziekte die graag af en toe een borreltje lust, geheugenproblemen ontwikkelt (medicatie vergeet in te nemen) en bovendien erg krenkbaar is waardoor hij moeilijk met het ontstaan van beperkingen om kan gaan en daardoor zijn sociale netwerk steeds kleiner ziet worden, is niet een eenvoudige patiënt. Een dergelijke patiënt is niet zuiver ziektegericht te benaderen. Alleen stapje voor stapje kun je als team iets bereiken waarbij je met elkaar soms linksom en dan weer rechtsom moet bewegen. Om uiteindelijk het best mogelijke evenwicht te vinden, waarvan je weet dat er een moment gaat komen dat alles weer verschuiven zal. Het is ook belangrijk om prioriteiten te stellen in het aanpakken van problemen. Gezien de hoge leeftijd, de 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. Belangrijke contacten weer nieuw leven inblazen, 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 vinden het uitermate prettig om thuis te worden gezien en adviezen

²² Sterke medisch zorg voor kwetsbare ouderen, KNMG, maart 2012

te ontvangen die bij hun specifieke leefomstandigheden passen. Alleen in uitzonderlijke gevallen wordt 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 zijn in staat om flexibel en op maat zorg te leveren.

9.1 Screening versus casefinding

In Velp en Rozendaal zijn in oktober 2012 4920 inwoners 65 jaar of ouder. Deze mensen zijn natuurlijk niet allemaal kwetsbaar. Volgens de criteria van het LASA (Longitudinal Aging Study Amsterdam) is 17% van de groep kwetsbaar of complex te noemen. Dat zijn dus ongeveer 850 mensen. Het is de vraag of je deze groep mensen vindt door een screening uit te voeren met de gangbare vragenlijsten. Zijn de meest kwetsbaren niet juist de mensen die de vragenlijsten niet (goed) invullen? Uitgaande van de criteria van Wilson en Jungner, moet een zinvolle screening aan een paar criteria voldoen²³. Een van deze criteria is dat er een goede opvolging is van wat werd nagevraagd.

De groep van 850 kwetsbare ouderen is met de huidige capaciteit niet goed op te volgen. Daarom hebben we er in Velp voor gekozen te starten met 'case-finding'. De huisartsen verwijzen patiënten waarover ze veel zorgen of vragen hebben naar de praktijk ouderengeneeskunde. Ook verwijzen de huisartsen ouderen die niet meer naar het ziekenhuis willen of kunnen terwijl ze wel specialistische kennis nodig hebben. Het aantal patiënten dat de acht huisartsen verwijzen, is ongeveer negentig per jaar, waarbij het aantal mensen met complexe problematiek groter is dan aanvankelijk werd voorzien. De indruk is dat de huisartsen nog veel meer mensen zouden verwijzen indien de praktijk ouderengeneeskunde hier de capaciteit voor zou hebben. De praktijk ouderengeneeskunde onderzoekt welke vorm van screenen in Velp en Rozendaal haalbaar is.

9.2 Het diagnostisch traject

Het diagnostisch traject bestaat uit de volgende onderdelen (zie hiervoor ook bijlage 18).

1. De specialist ouderengeneeskunde of de verpleegkundige neemt de verwijzing aan van de huisarts (per e-mail, telefonisch of schriftelijk). De verwijzing wordt ondersteund door een kort huisartsenjournaal (contactgegevens, episodelijst, medicatielijst en dagelijkse rapportage). De huisarts geeft aan wat de vraag aan de praktijk ouderengeneeskunde is en vult een verwijsformulier in waarmee de praktijk ouderengeneeskunde een idee van de problematiek krijgt.
2. Uiterlijk de volgende werkdag vindt triage plaats van de patiënt en binnen twee werkdagen maakt de verpleegkundige de 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: zij maakt een digitaal en een schriftelijk dossier aan en verwerkt de patiëntengegevens in het tijdregistratieformulier. De

²³ Wilson JMG, Jungner G. (1968) Principles and practice of screening for disease (large pdf). WHO Chronicle Geneva: World Health Organization. 22(11):473. Public Health Papers, #34

secretaresse stuurt de patiënt de praktijkfolder met een afsprakenkaartje.

4. De verpleegkundige heeft twee 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 toestemming wordt gevraagd om in het huisartsendossier te kijken en met hulpverleners te overleggen (bijlage 14). Het tweede contact vindt thuis plaats of in de praktijk ouderengeneeskunde. De verpleegkundige brengt de problemen in kaart, verricht zorgdiagnostiek en stelt een voorlopige conclusie op in de vorm van een concept-zorgplan.
5. De verpleegkundige spreekt het tweede huisbezoek af, plant de twee huisbezoeken van de specialist ouderengeneeskunde, een uitslaggesprek (alle met één tot twee weken tussenruimte) en het multidisciplinair overleg (MDO), zes weken na de laatste afspraak met de specialist ouderengeneeskunde.
6. De specialist ouderengeneeskunde heeft vervolgens ook twee patiëntencontacten van een uur (meestal huisbezoeken), waarin hij of zij de diagnostiek anamnestic aanschert en onderzoek doet, zoals lichamelijk onderzoek, bloedonderzoek, cognitieve testen en stemmingstesten.
7. De verpleegkundige en de specialist ouderengeneeskunde bespreken de patiënt tijdens een bilateraal overleg (BO).
8. De verpleegkundige vult het concept-zorgplan aan.
9. De specialist ouderengeneeskunde stelt een schriftelijke tussenevaluatie op met daarin puntsgewijs de voorlopige conclusies en het behandeladvies aan de huisarts: de tussenevaluatie.
10. De secretaresse plant indien de huisarts dat wenst een afspraak van tien minuten voor een overleg tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde.
11. De specialist ouderengeneeskunde bespreekt de tussenevaluatie en het concept-zorgplan met de huisarts en stemt af welke adviezen de huisarts oppakt en welke adviezen de specialist ouderengeneeskunde oppakt. Tevens bespreekt de specialist ouderengeneeskunde of de huisarts aanwezig wil zijn tijdens het MDO.
12. De secretaresse maakt de tussenevaluatie definitief en zorgt dat deze bij de huisarts komt, die deze vervolgens scant en opslaat in het huisartseninformatiesysteem.
13. De secretaresse plant een uitslaggesprek en nodigt hiervoor de patiënt, eventueel diens mantelzorger(s) en contactpersoon uit. Het uitslaggesprek wordt gevoerd door de specialist ouderengeneeskunde. De aanwezigheid van de verpleegkundige hierbij is op indicatie.
14. De secretaresse verstuurt de uitnodigingen voor het MDO. Hiervoor worden alle hulpverleners uitgenodigd die bij de patiënt betrokken zijn of worden. De huisarts wordt op afspraak uitgenodigd.
15. Als het MDO nieuwe inzichten of ideeën oplevert die niet eerder besproken zijn met de huisarts, stemt de specialist ouderengeneeskunde dit af met de huisarts.
16. De verpleegkundige maakt het zorgplan definitief, verspreidt dit onder de betrokken hulpverleners en zet het in het Zorg- en WelzijnsInfoPortaal(ZWIP).

9.3 Zorgplan

De praktijk ouderengeneeskunde stelt voor elke patiënt met complexe problematiek een 'zorgplan'²⁴ op. Het zorgplan geeft op één A4 een overzicht van de patiënt met daarin genoemd de problemen, de zorgdoelen, de acties en degene(n) die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van die acties. Tevens vermeldt het zorgplan een evaluatiedatum.

²⁴ Bijlage 21

Het zorgplan is voor iedere betrokken hulpverlener die binnen de Stichting Een Plus Samenwerking (SEPS) werkzaam is, inzichtelijk in het softwareprogramma ZWIP. 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 van het zorgplan toegezonden via de e-mail.

9.4 Het behandeltraject

Het behandeltraject²⁵ start na het multidisciplinaire overleg (MDO). 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 praktijk ouderengeneeskunde 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 weet wat iedere discipline bijdraagt. Zo kunnen overlap en hiaten voorkomen worden. Bovendien wordt expliciet aandacht besteed aan de communicatie en ondersteuning van de patiënt en de mantelzorgers.

De medisch inhoudelijke adviezen die de specialist ouderengeneeskunde aan de huisarts geeft, worden bijna altijd door de huisarts overgenomen. Meestal stelt de specialist ouderengeneeskunde ook zelf deze behandeling in. Dat kan zijn met een specifieke reden, zoals het instellen van een medicijn waar de huisarts minder ervaring mee heeft. Maar ook kan de huisarts de patiënt verwijzen voor een 'totaalpakket', waarbij de specialist ouderengeneeskunde de zorg voor de patiënt tijdelijk volledig overneemt.

In het behandeltraject is ook ruimte om de diagnostiek verder aan te scherpen en te vervolgen. Gebleken is dat de meeste mensen het prettig vinden 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 praktijk ouderengeneeskunde biedt, erg op prijs. Bovendien biedt deze evaluatie de mogelijkheid om als praktijk ouderengeneeskunde het verloop van bijvoorbeeld 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.

²⁵ Bijlage 19

Gebruikte definities

Diagnose

Vaststelling van een probleem of klacht waar een ICPC-codering voor geldt, die van invloed is op het functioneren van de patiënt en/of leidt tot een actie (door de POG of anderen)

Advies

Een suggestie om een actie te ondernemen die vermoedelijk leidt tot een beter functioneren/welbevinden van de patiënt en/of de mantelzorger. Adviezen kunnen worden gegeven door zowel arts als verpleegkundige en komen voort uit de eerder gestelde diagnoses.

Hulpverlener

Betrokken persoon, geregistreerd bij de KvK in deze hulpverlenersrol, die (on)betaald werkzaam is rondom een patiënt en die een bijdrage probeert te leveren aan het verhogen van de kwaliteit/welbevinden van de patiënt

Mantelzorger

Een persoon die een persoonlijke band heeft met een patiënt en deze langdurig bijstaat op niet-professionele basis

Medicatie

Alle geneesmiddelen die voor te schrijven zijn van het EVS van de huisarts

Nuldelijnszorg of informele zorg is zelfzorg of zorg die geleverd wordt door mantelzorgers, vrijwilligers, vrienden, kennissen en familie

Eerstelijnszorg is alle zorg die direct toegankelijk is voor de patiënt, zoals huisartsen, paramedici, apotheek, maatschappelijk werk en spoedeisende hulp in ziekenhuizen.

Tweedelijnszorg is de zorg waar een verwijzing voor nodig is. Bijvoorbeeld niet-academische ziekenhuiszorg.

Derdelijnszorg is hoogspecialistische zorg, zowel voor geestelijke als somatische gezondheidszorg. Voorbeelden zijn academische ziekenhuizen en verpleeghuizen.

Lijst van gebruikte afkortingen

(I)ADL	(instrumentele) algemene dagelijkse levensverrichtingen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Wet BIG	wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
Δ score	verschilmeting tussen beginsituatie en na behandeling
FTO	Farmacotherapeutisch overleg
GC Velp	gezondheidscentrum Velp, onderdeel van de Stichting Een Plus Samenwerking
HAN	Hogeschool Arnhem-Nijmegen
HIS	huisartsinformatiesysteem
ICT	informatie en communicatietechnologie
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
MDO	multidisciplinair overleg
MDS	Minimale Data Set
PI's	prestatie-indicatoren
POG	praktijk ouderengeneeskunde
POH of POH'er	praktijkondersteuner huisartsen
POH-ggz	praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg
RVVZ	Reserves Voormalige Vrijwillige Ziekenfondsverzekeringen
SAMPC-methode:	nagaan functioneren op Somatisch, mbt Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen, Maatschappelijk, Psychisch en Communicatief gebied
SEPS	Stichting Een Plus Samenwerking
SO of SOG	specialist ouderengeneeskunde
SPV'er	sociaalpsychiatrisch verpleegkundige
VvAA	oorspronkelijk Vereniging voor Arts en Auto; nu: vereniging die financiële diensten ver- richt voor professionals in de gezondheidszorg.
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland-medische wetenschappen
ZWIP	zorg en welzijn informatie portal
Zzp'er	zelfstandige zonder personeel



Verwijsformulier POG

Verwijsdatum:

Betreft: evt. sticker plakken

Toelichting van de situatie

Hulpvraag (meerdere opties mogelijk):

- ☐ Analyse cognitieve problemen
- ☐ Analyse stemmingsproblemen
- ☐ Analyse lichamelijke achteruitgang
- ☐ In kaart brengen van de benodigde zorg
- ☐ Het 'totale pakket': holistische benadering van diagnostiek en behandeling, communicatie met patiënt/mantelzorger/specialisten, zorgdiagnostiek en zorginzet
- ☐ Andere hulpvraag, namelijk:

Niveau van handelen

- ☐ Alleen adviserend
- ☐ Terugkoppeling van diagnostiek d.m.v. mondelinge toelichting en afstemming van de behandeling (naast de standaard schriftelijke rapportage)
- ☐ Geen afstemming nodig

Indien de POG er niet zou zijn, waar zou u dan naar toe verwijzen:

- ☐ Geen verwijzing
- ☐ Medisch specialist:.....
- ☐ Anders, namelijk:.....

Indien u niet zou verwijzen naar de POG, zou kunnen aangeven wat u verwacht t.a.v. de toekomstige woonverwachting van de patiënt:

- ☐ Niet anders
- ☐ Verhuizing naar een verzorgingshuis/verpleeghuis binnen 6 maanden/12 maanden/24 maanden (doorstrepen wat niet van toepassing is)

Urgentie categorie

- ☐ Standaard (eerste huisbezoek van de verpleegkundige binnen 2 weken en van de arts binnen 4 weken na de verwijsdatum)
- ☐ Indien u dit niet snel genoeg vindt, graag persoonlijk toelichten bij de verpleegkundige of arts van de POG

Graag dit formulier deponeren in postvakje van de POG in de back-office, in de postbus van de praktijk, digitaal versturen naar info@praktijkouderengeneeskunde.nl of persoonlijk afgeven.

Gedeelde verantwoordelijkheid

Deel I Het uitgangspunt:

De huisarts is/blijft hoofdbehandelaar, de SOG is medebehandelaar, immers

- Patiënten zijn gewend te communiceren met huisarts, assistenten, receptenlijn, praktijkondersteuners
- Huisartsenpost communiceert met huisarts
- Zorgdomein en SHO communiceren met huisarts
- Huisarts heeft het volledige dossier in zijn bezit (Velp: SOG kan in Medicom)

Bijzonder in de samenwerking tussen de huisarts en de POG, is dat het mogelijk is een patiënt voor het zog. ‘totale pakket’ te verwijzen. De SOG voert zelfstandig diagnostiek en behandeling uit. Indien gewenst door de huisarts koppelt de SOG alle acties terug, maar in principe kan en mag de SOG zelfstandig binnen de hulpvraag functioneren.

Bij verwijzing zijn er twee opties:

- De POG beantwoordt een omschreven vraag van de huisarts, op het gebied van de diagnostiek en/of behandeling. De huisarts kan de SOG alleen als adviserend vragen, maar ook uitvoerend. Alle problemen die niet in de hulpvraag passen en alle acute problemen worden door de patiënt te allen tijden besproken met de huisarts. Meestal geïndiceerd bij de kwetsbare patiënt.
- *Het ‘totale pakket’*: holistische benadering van diagnostiek en behandeling, communicatie met de patiënt/mantelzorger/specialisten, zorgdiagnostiek en zorginzet. Meestal bij (zeer) complexe patiënten geïndiceerd voor een omschreven periode.

Randvoorwaarden:

- ✓ de POG informeert de huisarts over alle belangwekkende wijzigingen in het beeld/beleid van de patiënt
- ✓ de huisarts informeert de POG over belangwekkende veranderingen in het beeld/beleid van de patiënt
- ✓ Het einde van de interventie van de POG wordt duidelijk gemarkeerd en gecommuniceerd naar de huisarts met een eindevaluatie en mondelinge toelichting
- ✓ Bereidheid van de huisarts om op dagen dat de POG niet geopend is of de capaciteit (nog niet) toereikend is, ook in geval van ‘het totale pakket’ deze zorg over te nemen.

- ✓ De huisartsenpraktijk blijft het dossier voeren, de bekende medicatie voorschrijven, correspondentie van derden over de patiënt ontvangen. Controles van/door de POH'ers lopen in principe ook door tenzij tijdelijk anders wordt beslist door de huisarts/POG.
- ✓ Bij alle acute zaken bellen de patiënt/hulpverleners altijd eerst de huisarts, die vervolgens beslist/afstemt of het acute probleem door de POG gezien kan worden.
- ✓ Bij onenigheid over het te voeren beleid is de huisarts altijd de uiteindelijke werkelijke hoofdbehandelaar die beslist. De SOG deelt in dat geval geen verantwoordelijkheid voor het beleid van de huisarts en geeft de verwijzing terug aan de huisarts.

Praktische afspraken:

- ✓ Voor vragen die een relatie hebben met de verwijfsreden kan de patiënt terecht bij de POG (werkdagen m.u.v. de woensdag)
- ✓ In geval van verwijzing met het 'totale pakket', mogen de patiënten voor alle klachten inclusief acute zaken, direct naar de POG bellen. Indien patiënten de huisarts hebben gebeld, mag de assistente direct doorverwijzen naar de POG.
- ✓ Voor de patiënten zonder het 'totale pakket', is de huisarts het eerste aanspreekpunt
- ✓ De huisarts kan altijd de POG benaderen bij acute problematiek, ook bij de patiënten zonder het 'totale pakket'. De POG zal dan een inspanning verrichten om de huisarts te ondersteunen
- ✓ De POG heeft in geval van het 'totale pakket' naar eigen inzicht regelmatig contact met de patiënt. Indien niet gekozen is voor het 'totale pakket', dient de huisarts als gebruikelijk vinger aan de pols te houden en de contactfrequentie bij voorkeur af te stemmen met de POG
- ✓ De SOG stelt de huisarts altijd middels de tussenevaluatie schriftelijk op de hoogte van de eerste bevindingen en behandelvoorstel
- ✓ De huisarts kan bij de verwijzing aangeven prijs te stellen op mondelinge tussenevaluatie (na afronding van de diagnostische fase)
- ✓ De SOG bespreekt alle veranderingen in medisch beleid buiten de hulpvraag van de huisarts eerst met de huisarts alvorens dit wordt uitgevoerd
- ✓ De POG is verantwoordelijk voor alle medische handelingen die zij zelf heeft geïnitieerd
- ✓ Inherent aan de werkwijze van de POH is de duur van een diagnostisch traject van gemiddeld 4 weken!

Bijlage 5

Ondergetekenden,

De Vereniging Huisartsengroep....., ten deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door....., voorzitter, verder te noemen de VHX,

EN

De Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet, ten deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door mevrouw E. Bertholet, verder te noemen de POG,

in aanmerking nemende dat,

- De Vereniging Huisartsengroep ten behoeve van hoge kwaliteit huisartsenzorg patiëntendossiers aanlegt en onderhoudt in het Huisartsen Informatie Systeem Medicom en zij in het beheer van deze dossiers optimale bescherming van de privacy van de patiënten nastreeft over wie dossiers worden aangelegd,
- De praktijk ouderengeneeskunde op verwijzing van de eigen huisarts, tijdelijk een deel van de zorg van de huisarts overneemt en voor de duur van deze interventie moet kunnen beschikken over het actuele en historische patiëntendossier,
- Het technisch onmogelijk is de praktijk ouderengeneeskunde beperkte (namelijk enkel die patiëntendossiers waar de praktijk ouderengeneeskunde een behandelrelatie mee heeft) toegang tot het Huisartsen Informatie Systeem te verschaffen, hetgeen ook geverifieerd is bij de leverancier van het Huisartsen Informatie Systeem (PharmaPartners),
- Partijen in nauw overleg met KNMG Consult de afspraken m.b.t. zorgvuldig gebruik van het Huisartsen Informatie Systeem hebben vastgelegd in onderhavige overeenkomst en daarover hebben overlegd met KNMG Consult.
- Onderhavige overeenkomst is besproken met en goedgekeurd door de Vereniging Huisartsengroep en de praktijk ouderengeneeskunde Bertholet.

Overwegende dat,

- De Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet voor haar daartoe bevoegde medewerkers elektronisch toegang wil tot het Huisartsen Informatie Systeem van de Vereniging Huisartsengroep,
- Het in het Huisartsen Informatie Systeem van de Vereniging Huisartsengroep technisch gezien onmogelijk is om elektronisch toegang beperkt mogelijk te maken enkel tot die dossiers van patiënten waarmee de Praktijk Ouderengeneeskunde een behandelrelatie heeft,
- Om die reden is gekozen voor een geen-bezwaar regeling,

- Maatregelen zijn getroffen om transparantie en vertrouwelijkheid te waarborgen, zoals het vastleggen van alle raadplegingen in een logbestand, het ondertekenen van een geheimhoudingsverklaring en het informeren van patiënten door middel van websites, folders, posters, e.d.,

zijn overeengekomen als volgt

Rechten en plichten

Artikel 1

De POG ziet er op toe dat medewerkers van de POG geen dossiers openen van patiënten met wie zij geen behandelrelatie hebben.

Artikel 2.

1. De Huisarts machtigt de medewerkers van de POG om tbv patiënten die door de huisarts naar de POG zijn verwezen en die bijgevolg een behandelrelatie hebben met de medewerkers van de POG, de volgende handelingen in het patiëntendossier uit te voeren:

- a. Het raadplegen en eventueel handmatig overnemen van patiëntengegevens in het eigen patiëntenvolgsysteem van de praktijk ouderengeneeskunde,
- b. Het aanmaken van een nieuwe episode praktijk ouderengeneeskunde (POG) met daarin kort de bevindingen, adviezen aan de huisarts en het ingezette beleid,
- c. Electronisch voor te schrijven in het Huisartsen Informatie Systeem, om ervoor te zorgen dat het medicatie-overzicht in het Huisartsen Informatie Systeem op ieder moment actueel en compleet blijft.
- d. Het anoniem (en dus niet herleidbaar tot patiënt of huisarts) aggregeren van gegevens van de bij de POG onder behandeling (geweest) zijnde patiënten tbv rapportage en effectmeting van de inzet van de POG tbv projectverantwoording.

2. Medewerkers van de POG zijn niet bevoegd tot geheel of gedeeltelijke vernietiging van een patiëntendossier op verzoek van een patiënt of anderszins.

3. De Huisarts maakt de machtiging als bedoeld in het eerste lid ongedaan voor medewerkers van de POG vanaf het moment dat zij niet langer in dienst zijn van of werkzaam zijn voor de POG.

Artikel 3.

Voor het waarborgen van de vertrouwelijkheid van patiëntgegevens geldt bovendien het volgende:

- a. De POG behandelt de gegevens waartoe toegang noodzakelijk is voor behandeling en rapportage met de grootst mogelijke vertrouwelijkheid.
- b. De verantwoordelijkheid voor de vertrouwelijke behandeling berust bij de praktijkhouder POG.
- c. De POG wijst een beperkt aantal medewerkers aan die toegang hebben tot Medicom, eist strikte geheimhouding van deze medewerkers en treft daarvoor een regeling bestaande uit een ondertekende geheimhoudingsverklaring, die deel uitmaakt van onderhavige overeenkomst en is toegevoegd als bijlage. Bij overtreding zal in een overleg bestaande uit de voorzitter van de Vereniging Huisartsengroep en de praktijkhouder POG besloten worden over passende maatregelen. Mocht de overtreding de praktijkhouder van de praktijk ouderengeneeskunde zelf betreffen is artikel zes van deze overeenkomst van toepassing.
- d. Indien een van de medewerkers van de praktijk ouderengeneeskunde onbedoeld het dossier opent van een patiënt, waarmee de praktijk ouderengeneeskunde geen behandelrelatie heeft, maakt zij daarvan melding in het dossier met de opmerking pa (per abuis), haar initialen en de datum.

- e. De POG zal op geen enkele wijze gegevens van de individuele huisarts uit Medicom aan derden ter beschikking stellen, tenzij hiervoor schriftelijk opdracht of toestemming door de huisarts is gegeven of hiertoe een wettelijke of gerechtelijke verplichting bestaat.
- f. De Vereniging Huisartsengroep benoemt desgewenst een huisarts die toezicht houdt op de vertrouwelijke behandeling van de gegevens door de POG zoals in dit artikel beschreven. De POG stelt daartoe en op verzoek de relevante gegevens ter beschikking die betrekking hebben op de vertrouwelijke behandeling. Hiertoe wordt gerekend het overzicht van medewerkers die toegang hebben tot Medicom, hun geheimhoudingsverklaringen en het overzicht van publicaties of bekendmakingen aan derden.
- g. Alle raadplegingen van dossiers in Medicom worden geregistreerd in een logbestand dat door medewerkers van de Vereniging Huisartsengroep systematisch wordt gecontroleerd op rechtmatigheid van de raadplegingen.
- h. De POG informeert patiënten over toegang tot diens gegevens bij de huisarts en wijst hen op de mogelijkheid deze toegang te weigeren (zie 14 patiënteninformatiebrief POG)

Artikel 4 Beveiliging

- 1. De POG biedt voldoende organisatorische waarborgen ter beveiliging tegen onrechtmatige verwerking van gegevens.
- 2. De POG zal zich ten aanzien van de beveiliging van de apparatuur, data-infrastructuur en de gegevens richten naar de door de VHX– in samenspraak met PharmaPartners – opgestelde beveiligingsrichtlijnen.

Artikel 5 Verwerking en toegang tot patiëntengegevens

- 1. De praktijkhouder POG is eindverantwoordelijk voor de patiëntengegevens die worden vastgelegd en bewerkt zoals omschreven in artikel 2 ten behoeve van de eigen praktijkvoering.
- 2. De POG en alle medewerkers, handelend onder haar gezag, hebben uitsluitend toegang tot patiëntengegevens voor zover noodzakelijk voor de vervulling van hun taak.
- 3. De POG en alle medewerkers, handelend onder haar gezag, zijn verplicht de patiëntengegevens waarvan zij kennis nemen, geheim te houden.
- 4. De POG verzorgt de aanmelding van de registratie bij het College Bescherming Persoonsgegevens (indien noodzakelijk), het opstellen en laten ondertekenen van een gedragscode voor zijn medewerkers, en het opstellen van een tekst voor een patiëntenfolder inzake privacy.

Artikel 6 Conflictregeling

Indien partijen niet tot overeenstemming kunnen komen over de praktische uitvoering van deze overeenkomst, zullen partijen het conflict voorleggen aan een vertrouwenscommissie van drie personen. Partijen wijzen ieder één persoon aan die geen dienstverband heeft bij een van de partijen: deze beide personen wijzen in onderling overleg een derde persoon aan. De commissie doet een bindende uitspraak.

Artikel 7 **Aansprakelijkheid**

De POG vrijwaart de VHX voor iedere aanspraak van derden, welke het gevolg mocht zijn van het gebruik door de POG van bedoelde informatie en/of gegevens.

Artikel 8 **Kosten**

Eventuele kosten die gebruikmaking van het Huisartsen Informatie Systeem (licentiekosten e.d.) met zich meebrengt zullen door VHX tegen kostprijs worden doorberekend aan de POG waarvan betaling zal geschieden binnen 14 dagen na facturering.

Artikel 9 **Duur en opzegging van de overeenkomst**

1. Deze overeenkomst wordt aangegaan voor de duur van een jaar, en wordt telkens stilzwijgend met een jaar verlengd en lopende tot en met 31-05-2014, zijnde de duur van het RVVZ project: Complexe zorg voor Ouderen in de Eerste Lijn met een Specialist Ouderenzorg; een en ander zoals bij partijen genoegzaam bekend.
2. Opzegging van deze overeenkomst geschiedt met een opzegtermijn van één maand.
3. Indien de POG of de VHX één of meerdere van de verplichtingen uit hoofde van deze overeenkomst niet nakomt en na schriftelijke ingebrekestelling niet binnen 30 dagen alsnog nakomt, heeft elk der partijen het recht de overeenkomst met onmiddellijke ingang door middel van aangetekend schrijven te beëindigen.

Aldus in tweevoud opgesteld en ondertekend,

Naam	Handtekening	Datum
de Vereniging Huisartsen....., vertegenwoordigd door de voorzitter,		
de Praktijk Ouderengeneeskunde Velp, vertegenwoordigd door de praktijkhouder, mevr. E. Bertholet		

Bijlage:

geheimhoudingsverklaring medewerker POG

Belastingdienst

Rivierenland
kantoor Arnhem

> Postbus 9007 6800 DJ ARNHEM

Telefoon (026) 353 10 14
Telefax (026) 353 10 54
ite 1/4CMevr. E.A. Bertholet
Rozendaalselaan 34-10
6881 LD VelpDatum
25 augustus 2011Uw kenmerk
uw brief van 8 juni 2011Kenmerk
110825hs1559.67.411Betreft
OB problematiek rond zelfstandigheid en belastingplicht

Geachte mevrouw Bertholet,

U bent specialist ouderengeneeskunde. Blijkens uw brief van 8 juni bent u in de regio Velp bezig met het opzetten van een nieuw soort zorgaanbod: eerstelijns ondersteuning van huisartsen in hun zorg voor complexe ouderen die thuis of in een verzorgingshuis wonen. Het doel daarvan is ervoor te zorgen dat ouderen zo lang en prettig mogelijk in die situatie kunnen blijven wonen.

De werkwijze is dat huisartsen in de regio complexe oudere (> 60 jaar) patiënten naar u kunnen verwijzen voor behandeling. U bent bezig daartoe een team op te richten dat op 1 september a.s. zal starten.

Dit team bestaat voornamelijk uit een zorgcoördinator (verpleegkundige of maatschappelijk werker), een verpleegkundige en een secretariële ondersteuner en u zelf als specialist ouderenzorg. In de toekomst volgt nog uitbreiding met een psychisch verpleegkundige.

Uw taken bestaan voornamelijk uit het diagnosticeren en behandelen van patiënten en het voeren van management. Voor deze laatste taak verkrijgt u vanuit het departement Volksgezondheid het eerste jaar een subsidie van 8 uur per maand en 4 uur ten behoeve van zorgcoördinatie vanwege het experiment.

De taak van de zorgcoördinator regelt de zorg om de patiënt heen, zoals het in kaart brengen van de benodigde zorg, het voorzitten van multidisciplinaire overleggen, het opstellen van zorgplannen en het communiceren met patiënt en mantelzorgers.

De verpleegkundige heeft met name patiëntgebonden taken en is niet bij alle patiënten betrokken.

Uw vragen hebben feitelijk betrekking op de belastingplicht voor de omzetbelasting; daarvan afgeleide vragen betreffen de ondernemingsvorm waarin u (als team) het beste kunt werken en wie voor u de opdrachtgevers zijn van uw diensten.

Voor de omzetbelastingplicht geldt in beginsel een vrijstelling voor handelingen door ondernemers betreffende de gezondheidskundige verzorging van de mens.

De eerste vraag is dus of sprake is van (zelfstandige) ondernemershandelingen. In uw brief staan nog weinig concrete gegevens om daarvoor een uitspraak te doen. Als het team naar buiten optreedt als één en de verantwoordelijkheid voor het team bij u ligt, dan is het team ondernemer. Het is op zich wel mogelijk – afhankelijk van feiten en omstandigheden, contracten en overeenkomsten

In uw antwoord datum en kenmerk van deze brief vermelden

Bezoekadres
Groningensingel 21
ARNHEM

Belastingdienst

Kenmerk
110825hs1559.67.411

2

– dat meer personen uit uw team als ondernemer kunnen optreden. Maar zelfstandigheid, meer opdrachtgevers, zelf werk en werktijd kunnen indelen zijn daarbij – onder andere – belangrijke factoren.

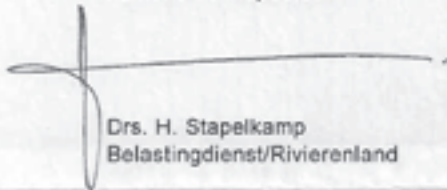
Indien sprake zou zijn van meerdere ondernemers zouden in het onderhavige geval uw medische handelingen en die van de verpleegkundige (HBO geschoold) onderworpen kunnen zijn aan de medische vrijstelling. Voor de diensten door de zorgcoördinator en de secretariële ondersteuning op zich kan naar mijn mening geen vrijstelling gelden.

Al met al is sprake van een complexe, ook met de Loonheffing samenhangende problematiek. Indien geen concrete casus wordt voorgelegd is het derhalve lastig om algemeen geldende uitpraken met betrekking tot de belastingplicht te doen.

U hebt aangegeven dat het komende jaar de werkwijze verder zal worden uitgekristalliseerd en daardoor concreter worden. Indien u tegen die tijd een concrete casus kunt voorleggen, krijgt u een concreet antwoord. Wellicht is het ook goed voor die tijd een belastingadviseur te hebben geraadpleegd.

Hoogachtend,

namens de inspecteur



Drs. H. Stapelkamp
Belastingdienst/Rivierenland

1. DOEL VAN DE FUNCTIE

De verpleegkundige draagt binnen de Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet bij aan de realisatie van medische en verpleegkundige diagnostiek en van zorg aan ouderen met complexe problematiek die thuis wonen teneinde de kwaliteit van leven te verbeteren.

2. PLAATS IN DE ORGANISATIE

De verpleegkundige ontvangt leiding van de specialist ouderengeneeskunde.

3. RESULTAATGEBIEDEN

Resultaat	Kernactiviteiten
Gegevens verzamelen	- Verpleegkundige anamnese afnemen bij de zorgvrager en zijn mantelzorg met aandacht voor specifieke of verborgen geriatrische problemen - Op de hoogte stellen van de leefgewoonte van de zorgvrager om continuïteit in begeleiding en zorgverlening te waarborgen - Gericht observaties uitvoeren: verzamelen, selecteren, interpreteren en controleren van gegevens bij de zorgvrager en mantelzorg - Informatie verzamelen bij andere betrokken zorgverleners om te voorkomen dat er overbodig onderzoek verricht wordt en om een volledig beeld te krijgen van de zorgvrager - Een totaalbeeld vormen van de situatie van de zorgvrager en diens netwerk en nagaan welke (risico)factoren van invloed kunnen zijn op de situatie van de zorgvrager - Gegevens op een transparante en toegankelijke wijze vastleggen - Gebruik maken van verschillende meetinstrumenten en deze weten te interpreteren - Inschatting maken van de belastbaarheid van de mantelzorg
Diagnostiek	- Analyseren medische en verpleegkundige problemen - Verpleegkundige diagnoses vaststellen - Gebruikmaken van informatietechnologie en relevante richtlijnen
Multidisciplinaire samenwerking	- Op systematische wijze een problemenlijst opstellen volgens het SAMPC model - Een multidisciplinair zorgplan opstellen - Deelnemen aan het multidisciplinair overleg; een samenvatting geven van de situatie van de zorgvrager en zo nodig een toelichting geven op de inhoud van het multidisciplinair zorgplan - Vaststellen welke paramedische disciplines en andere hulpverleners in te schakelen - Actief bemiddelen tussen zorgvrager en multidisciplinair behandelteam bij vragen, wensen of klachten - Actief afstemmen met en terugkoppelen aan medisch hoofdbehandelaar m.b.t. diagnostiek, voorgenomen en uit te voeren medische en verpleegkundige zorg - De zorgvrager of diens mantelzorg adviseren over zijn rechten en plichten in het kader van de WGBO
Mantelzorg ondersteunen	- Tekenen van overbelasting van mantelzorg herkennen en bespreekbaar maken - Bekend zijn met mogelijkheden van mantelzorgondersteuning, patiëntenorganisaties en ouderenadviseurs - Wensen en klachten van mantelzorg m.b.t. het multidisciplinaire zorgplan signaleren en bespreekbaar maken

Coördineren	• Optreden als casemanager van zorgvragers waarbij wordt toegezien op de bijdrage van andere disciplines aan het multidisciplinaire zorgplan • Op pro-actieve wijze aanwijzingen geven aan zorgvrager, mantelzorg en zorgverleners over de mensen en middelen die aangewend moeten worden om de zorg te realiseren en met overtuigingskracht besluiten nemen • Instellingen en personen op het juiste moment inschakelen en resultaatgericht coördineren • Knelpunten signaleren in de organisatie van zorg in het werkgebied van de Praktijk Ouderengeneeskunde
Informeren en adviseren	• Informatie verstrekken afgestemd op de cognitieve en communicatieve mogelijkheden en beperkingen van de zorgvrager en diens naasten • Adviseren over praktische zaken zoals hulpverleningsmogelijkheden en –middelen • Naasten instrueren over verschillende benaderingen die moeten leiden tot een gewenste gedragsverandering van de zorgvrager
Deskundigheidsbevordering	• Gespecialiseerde verpleegkundige kennis, vaardigheden en attitude overdragen aan medeberoepsbeoefenaren, nieuwe medewerkers en stagiaires van verpleegkundige en verzorgende opleidingen • Bijdrage leveren aan scholingsactiviteiten van de Praktijk Ouderengeneeskunde
Beroepsuitoefening professionaliseren en profileren	• Deelnemen aan multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en netwerken van belangen- of beroepsorganisaties

4. FUNCTIE-EISEN

KENNIS

- Beschikt over tenminste een afgeronde HBO opleiding tot verpleegkundige
- Beschikt over een geldige inschrijving in het BIG register
- Heeft bij voorkeur een relevante verpleegkundige vervolgopleiding gevolgd op het terrein van de verzorging- en verplegingsector
- Ontwikkelingen binnen het eigen vakgebied en de gezondheidszorg worden bijgehouden

ZELFSTANDIGHEID

- Functioneert onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde binnen de kaders van het vast te stellen / te ontwikkelen beleid en project
- Bepaalt zelfstandig prioriteiten in het werk en overlegt zo nodig met de specialist ouderengeneeskunde
- Heeft een proactieve, initiatief- en vindingrijke instelling bij het pakken van kansen en het oplossen van problemen
- Kan zo nodig terugvallen op de specialist ouderengeneeskunde

SOCIALE VAARDIGHEDEN

- De contacten met patiënten en mantelzorg vereisen tact, adviesvaardigheid, het kunnen luisteren, klantgerichtheid en overtuigingskracht
- De contacten met diverse hulpverleners en organisaties vereisen tact, adviesvaardigheid, het kunnen luisteren, klantgerichtheid en overtuigingskracht

RISICO'S, VERANTWOORDELIJKHEDEN EN INVLOED

- Is verantwoordelijk voor het coördineren van de verpleegkundige zorgverlening aan patiënten en de kwaliteit daarvan, het opstellen van zorgplannen, werkafspraken en het geven van adviezen aan andere hulpverleners
- Is verantwoordelijk voor de in opdracht van de specialist ouderengeneeskunde uit te voeren medische zorgverlening aan patiënten en de kwaliteit daarvan

- In samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde kan invloed worden uitgeoefend op het kwaliteitsbeleid van de praktijk ouderengeneeskunde Bertholet
- Inadequate uitvoering van werkzaamheden brengt risico op materiële en immateriële schade met zich mee
- Het niet correct onderhouden van diverse (netwerk)contacten kan afbreuk doen aan het imago van de praktijk ouderengeneeskunde Bertholet

UITDRUKKINGSVAARDIGHEID

- Eisen worden gesteld aan mondelinge uitdrukkingsvaardigheid in contacten met en het geven van voorlichting aan patiënten en mantelzorgers, diverse hulpverleners, collega's en met vertegenwoordigers van diverse organisaties
- Eisen worden gesteld aan schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid bij het vastleggen van patiëntengegevens in het patiëntendossier en bij schriftelijke communicatie met patiënten, mantelzorgers, diverse hulpverleners, collega's en met vertegenwoordigers van diverse organisaties

BEWEGINGSVAARDIGHEID

- Bewegingsvaardigheid is nodig voor het verrichten van lichamelijk onderzoek bij patiënten, voor het uitvoeren van verpleegkundige handelingen en voor pc-gebruik

OPLETTENDHEID

- Oplettendheid is vereist voor het observeren en bewaken van de voortgang van behandelingen; voortdurende alertheid is nodig om een helder beeld te krijgen van de gezondheidstoestand van de patiënt
- Oplettendheid is vereist bij het geven van voorlichting en het doen van uitspraken over de gevolgen van en het omgaan met een complexe zorgsituatie
- Onoplettendheid kan gevolgen hebben voor het fysiek of psychisch welzijn van patiënten

OVERIGE FUNCTIE-EISEN

- Geduld en doorzettingsvermogen hebben betrekking op het begeleiden van patiënten en hun mantelzorgers in complexe zorgsituaties thuis
- Systematiek en ordelijkheid hebben betrekking op het opstellen van zorgplannen en deelname aan een multidisciplinair overleg
- Integriteit en betrouwbaarheid hebben betrekking op vertrouwelijke informatie over patiënten
- Representativiteit heeft betrekking op diverse in- en externe contacten

INCONVENIËNTEN

- Psychische belasting kan ontstaan door de confrontatie met lijden en leed van patiënten
- Psychische belasting kan ontstaan door het feit dat de functie van verpleegkundige nog te ontwikkelen is in het kader van het project. Dit kan onduidelijkheid / onzekerheid met zich meebrengen

Functieomschrijving secretaresse Praktijk Ouderen Geneeskunde

De functie:

Als secretaresse ben je de doortastende ‘spin in het web’ in de nieuwe praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet. Deze praktijk bestaat uit een specialist Ouderengeneeskunde en een praktijkverpleegkundige. Samen met dit team ben je verantwoordelijk voor het vormgeven en het opzetten van het secretariaat voor deze praktijk.

De werkzaamheden:

- Je bent het eerste aanspreekpunt voor cliënten en hulpverleners (telefonisch en in geval van bezoek) en daarmee het ‘visitekaartje’ voor de organisatie
- Agendabeheer, telefoon- en correspondentiebehandeling
- Organisatie vergaderingen en overleggen: plannen, voorbereiden, faciliteren en notuleren (1x per maand)
- Administratie en archiveren databestanden
- Mede vormgeven van het secretariaat en inrichting van dossiervoering
- Logistieke zaken regelen: lunches, kantoormaterialen

Gevraagde competenties:

- Werk- en denkvermogen op MBO+-niveau
- Ervaring met en snelheid in geautomatiseerde administratieve processen o.a. Word en Outlook, bij voorkeur Excel
- Affiniteit met computers
- Goede mondelinge en schriftelijke communicatie
- Dienstverlenende instelling, collegiaal en flexibel
- Accuratesse

Geboden:

- Een uitdagende functie in een jonge en bevlogen organisatie
- Inschaling conform CAO Gezondheidscentra, schaal 5 of 6.
- Pensioen PGGM
- Aanstelling in eerste instantie voor 1 jaar, met uitzicht op verlenging

Personele lasten

De salarisschalen van de ouderenverpleegkundige 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 tabel 1 voor de onderbouwing van de loonkosten en uurtarieven ouderenverpleegkundige en secretariaat.

Om van bruto maand- naar bruto jaarsalaris te komen, vermenigvuldig je met 12 maanden, met 1,045 voor de 4,5% eindejaarstoelage en met 1,08 voor de 8% vakantietoelage (de 3e kolom van tabel 1).

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%) (4e kolom).

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 €3.316,- voor een fte ervaren ouderenverpleegkundige uitkomen op circa €58.500,- per jaar en die voor een fte secretaresse met maandsalaris €2.519,22 op €44.500,- per jaar.

tabel 1	loondienst					factor bruto/ netto bij een werkweek van
loonkosten CAO GC		x1,08x12x1,045	x1,26x1,04	:1872	:1159	
	per fte	jaar	incl	uurtarief	uurtarief	36
	mndsal	bruto salaris	werkgvrslst	bruto	netto	
ovk	3316,03	44694,78	58568,04	31,29	50,54	0,56
secr	2519,22	33955,05	44494,70	23,77	38,40	0,56

tabel 2					
Berekening beschikbare uren op basis 40-urige werkweek					
aantal uren per week			40	38	36
aantal uren per jaar (52 weken)			2080	1976	1872,00
minus 24 vakantiedagen			-192		
minus 7 feestdagen			-56		
minus 2 bijzonder verlof dagen			-16		
minus 2 dagen 55+ regeling			-16		
minus 4% ziekteverzuim (landelijk gem)			-83		
maximaal % productief			75%		onderzoek (DBC-GGZ) maxi- mum patientengebonden tijd huisarts=75%
TOTAAL BESCHIKBARE UREN			1288		
bij 38-urige werkweek				1223	
bij 36-urige werkweek					1159

tabel 3	
werkgeverslasten bovenop netto jaar salaris	
eindejaarsuitkering	4,5
vakantietoelage	8
werkg bijdrage zorgverz	5,7
werkg bijdrage pensioen	8
werk bijdrage soc lasten	12
ov. Weggvrslasten reiskosten, ziekteverzuimverzekering, beroepsaanspr en WA verz	4,3
alle opslagen	42,5
% werkgeverslasten	30

	uurtarief	Diagnose Complexe pt		Behandeling Complexe pt		Diagnose Kwetsbare pt		Behandeling Kwetsbare pt	
		uren pp	kosten pp	uren pp	kosten pp	uren pp	kosten pp	uren pp	kosten pp
SO	103,79	3,00	311,36	3,00	311,36	3,00	311,36	2,00	207,57
ovk SO (incl. MDO)	50,00	3,50	175,00	4,50	225,00	3,5	175,00	2,5	125,00
secr SO	40,00	0,80	32,00	1,75	70,00	0,5	20,00		
amw SO	50,00			1,50	75,00			1,5	75,00
POH	50,00			2,00	100,00	1	50,00	1	50,00
MDO BI para	75,00			1,00	75,00				
MDO BI artsen	75,00			1,00	75,00				
MDO POH-ggz OA	50,00			1,00	50,00				
consultatie spec virtuele tafel	103,79			1,00	103,79				
totaal		7,30	518,36	16,75	1085,14	8,00	556,36	7,00	457,57
totaal diagnose + behandeling					1603,50				1013,93
totaal diagnose + behandeling + praktijkkosten en man SO en swv					2004,37				1267,41
betaling POG			518,36		681,36		506,36		407,57
betaling hap					191,67		50,00		50,00
betaling spec					103,79				
betaling para					75,00				
betaling welzijn/zorg					33,33				
Totaal DBC CO POG					1199,71				
betaling 1					518,36				
betaling 2					340,68				
betaling 3					340,68				
Totaal DBC KO POG					913,93				
betaling 1					518,36				
betaling 2					395,57				
		Diagn	Beh	totaal					
uren complex		7,30	16,75	24,05					
uren kwetsbaar		8,00	7,00	15,00					
DBC consultatie						SO	ovk	Tot	
adviesstarief						0,5	1	101,89	

Mailbericht van 11 mei 2012

Geachte mevrouw Bertholet,

De werkzaamheden die u beschrijft kunnen bij een aanvraag tot herregistratie meetellen, maar u dient wel steeds werkzaam te zijn voor gemiddeld tenminste 25 patiënten in de rol van hoofdbehandelaar of medebehandelaar. Dit zult u te zijner tijd moeten aantonen.

Verder maak ik u erop attent dat u naast de bovengenoemde werkzaamheden ook nog ANW-diensten in een setting van een specialist ouderengeneeskunde dient te verrichten.

Tenslotte wijs ik u erop dat aan deze e-mail geen rechten kunnen worden ontleend en pas bij een aanvraag tot herregistratie deze werkzaamheden nader zullen worden beoordeeld.

Met vriendelijke groet,

.....
KNMG Opleiding en Registratie
HVRC/ MSRC / SGRC
Afdeling herregistratie

Klachtenformulier

datum: _____

Naam : _____

Adres/pc woonplaats : _____

Geb.datum : _____

Telefoonnummer : _____

Naam hulpverlener : _____

Patiënt van dokter : _____

Reden van de klacht

Welke personen waren bij het incident aanwezig?

.....

.....

Wat is er precies gebeurd? Wie zei of deed wat?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wat is er met uw onvrede gedaan?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hoe kwam dit op u over?

.....

.....

.....

.....

Overige informatie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....



WEGWIJZER VOOR KLACHTEN

voor de praktijk ouderengeneeskunde Bertholet

Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet

Rozendaalselaan 34-10
6881 LD Velp

T (026) 3690043

F (026) 3690042

E info@praktijkouderengeneeskunde.nl

W [www. Praktijkouderengeneeskunde.nl](http://www.Praktijkouderengeneeskunde.nl)

De medewerkers van de praktijk ouderengeneeskunde Bertholet proberen u in alle opzichten zo goed mogelijk van dienst te zijn. Toch kan het gebeuren dat u niet tevreden bent over bijvoorbeeld de bejegening, de behandeling of de dienstverlening in het algemeen. Wij horen graag alles waarover u ontevreden bent of wat u niet prettig vindt. Wij kunnen dan samen met u kijken welke oplossingen mogelijk of wenselijk zijn, tegelijkertijd geeft het ons informatie over hoe we onze dienstverlening kunnen verbeteren. Voor alle duidelijkheid noemen wij elke vorm van onvrede een klacht.

In deze brochure kunt u lezen wat u kunt doen indien u een klacht heeft. Klachten kunnen overal over gaan, voorbeelden hiervan zijn: de wachttijden, de telefonische bereikbaarheid en/ of de bejegening.

Er zijn twee typen klachten:

1. Een klacht over één bepaalde zorgverlener, praktijk of discipline.

Deze klacht kunt u het beste direct bespreken met de betrokken zorgverlener

Indien op uw klacht niet naar uw tevredenheid is gereageerd, kunt een klacht indienen bij de klachtencommissie van die bepaalde beroepsgroep.

2. Een klacht die de afstemming of samenwerking tussen meerdere disciplines betreft.

Ook in dit geval kunt u de klacht rechtstreeks met de hulpverleners bespreken, om te onderzoeken of uw klacht kan worden opgelost. Indien u er in onderling overleg met de betrokken disciplines niet uit komt, kunt u contact op te nemen met de directeur van Stichting Een Plus Samenwerking. U kunt zowel telefonisch als schriftelijk contact opnemen. Voor een mondelinge klacht kunt u de directeur bereiken via telefoonnummer 026-3615007.

Voor een schriftelijke klacht kunt u een formulier invullen dat u aan de centrale receptiebalie kunt verkrijgen of u kunt zelf een brief schrijven. Deze kunt u afgeven aan de balie of zenden naar:

Mevrouw H. Barnhoorn
directeur Stichting Een Plus Samenwerking
Rozendaalselaan 34-9
6881 LD Velp

De klachtencommissie

Het is gebruikelijk om de mogelijkheid te hebben om u ook tot een klachtencommissie te kunnen wenden.

Dit is een onafhankelijke commissie, die klachten over de samenwerking in de gezondheidszorg in onze regio behandelt. Meestal gaan de manieren 1 of 2 hieraan vooraf. Aangezien deze praktijk ouderengeneeskunde de eerste in Nederland is, is er nog geen klachtencommissie die een dergelijke praktijk heeft opgenomen in het bestand. Pas wanneer er meerdere praktijken zoals deze ontstaan, zal die mogelijkheid geboden worden.

Externe instanties

Wanneer u er in het rechtstreekse contact met de zorgverlener, de directeur of de klachtencommissie niet uit komt, kunt u zich wenden tot een externe instantie. Dit betreft de patiëntenbelangenorganisatie Zorgbelang, de Inspectie voor de Volksgezondheid, het medische tuchtcollege of de rechter. In dat geval is er meestal sprake van ernstige klachten. Indien het zover komt, kunt u voor ondersteuning contact opnemen met:

Zorgbelang Gelderland, afdeling Informatie en Klachtenopvang

Telefoon: 026-3842822

E-mail: info@zorgbelang gelderland.nl.

Wij leiden regelmatig collega's op, zowel studenten die net zijn begonnen als zeer ervaren collega's die verdieping zoeken in de ouderengeneeskunde. Deze studenten werken onder supervisie en verantwoordelijkheid van de medewerkers van de praktijk ouderengeneeskunde.

Voor meer informatie: zie ook onze website www.praktijkouderengeneeskunde.nl

De praktijk is op werkdagen geopend van 9.00-17.00 uur. Op woensdag zijn wij gesloten.

De praktijk is gevestigd op de eerste verdieping van het gezondheidscentrum te Velp, schuin tegenover de huisartsenbalie, kamer 126 secretariaat
kamer 128 spreekkamer



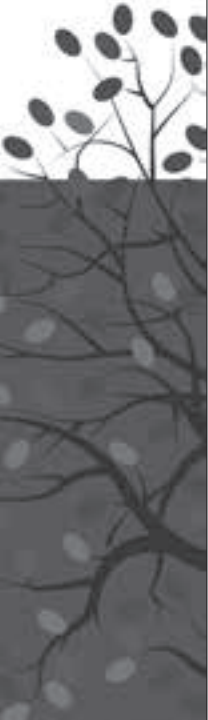
**PRAKTIJK
OUDEREN
GENEESKUNDE
BERTHOLET**





**PRAKTIJK
OUDEREN
GENEESKUNDE
BERTHOLET**

Rozendaalselaan 34-10
6881 LD Velp
T (026) 3690043
F (026) 3690042
info@praktijkouderengeneeskunde.nl
www.praktijkouderengeneeskunde.nl



De Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet is in oktober 2011 geopend. De huisartsen uit Velp kunnen sindsdien patiënten vanaf 60 jaar verwijzen naar deze praktijk.

De problemen waarmee patiënten verwezen worden, zijn heel divers. Soms is het een vraag om een keer alles op medisch- en zorggebied op een rij te zetten, soms vraagt een patiënt om onderzoek naar zijn of haar geheugen of stemming.

Ons doel is altijd om u zo prettig en zo lang mogelijk thuis te laten wonen!



De werkwijze

Om een duidelijk beeld te krijgen van uw situatie, beginnen we met een aantal gesprekken met de verpleegkundige en de arts. Dat kan bij u thuis, maar ook in de praktijk.

Meestal betrekken we in die gesprekken ook de mantelzorg. Daarna doet de arts aanvullend onderzoek, bijvoorbeeld een lichamelijk onderzoek. Dan bespreken wij de resultaten met de huisarts en soms met andere hulpverleners, zoals een fysiotherapeut of een ouderengeneeskundige. Vervolgens brengen wij u op de hoogte van de uitkomst van het onderzoek en de adviezen die wij u als team geven.

De adviezen die u krijgt, kunnen ook een behandeling betreffen. Deze behandeling kan vervolgens door uw huisarts of door de praktijk ouderengeneeskunde in gang worden gezet.

De huisarts blijft altijd de hoofdbehandelaar en u dient hem/haar in geval van een acute medische situatie en buiten kantooruren als eerste te bellen. Voor vragen rondom uw verwijzing kunt u alle werkdagen (behalve op woensdag) bij ons terecht.

Overigens worden wij betaald door zorgverzekeraar Menzis (ook als u elders verzekerd bent) en hoeft u zelf geen financiële bijdrage te betalen!

De vaste medewerkers van de praktijk



mw. E.A. (Ester) Bertholet, arts
specialist ouderengeneeskunde



mw. H.L. (Henriëtte) Kodde,
verpleegkundige



mw. I.I. (Irene) Aalders
secretaresse

Specialist ouderengeneeskunde is de nieuwe naam voor 'verpleeghuisarts'. Deze naam is veranderd omdat patiënten die deze arts bezoeken, lang niet altijd in een verpleeghuis wonen. De meeste mensen willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen en daar kan een specialist ouderengeneeskunde bij helpen.

Velp, 19 juni 2012

Mevrouw De Vries
Wagenhoeve 28
6881LD Velp

Betreft: informatie Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet

Geachte mevrouw De Vries,

Uw huisarts heeft u onlangs verwezen naar de Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet. Daarna bent u gebeld door een medewerker van deze praktijk. U ontvangt tijdens het eerste bezoek de folder van de praktijk met onze contactgegevens.

In aanvulling op de informatie die u in de folder kunt vinden, willen wij u graag attent maken op de volgende aspecten van de werkwijze van onze praktijk:

- De arts en de verpleegkundige van de praktijk ouderengeneeskunde maken gebruik van het medisch dossier van uw huisarts. Dit doen wij om zo volledig mogelijk kennis te nemen van uw medische voorgeschiedenis. Wij willen daarnaast voorkomen dat we onderzoek herhalen dat uw huisarts mogelijk recent heeft gedaan.
- Indien nodig overleggen wij over uw situatie met andere hulpverleners zoals een fysiotherapeut, een specialist in het ziekenhuis of een medewerker van de thuiszorg.

Tijdens het tweede huisbezoek zullen wij op de bovengenoemde punten terugkomen en kunt u uw eventuele bezwaren kenbaar maken.

Vanzelfsprekend zullen wij uiterst zorgvuldig omgaan met uw gegevens en dossier.

Tot slot informeren wij u over de afspraken die wij met u maken om u thuis te bezoeken. Wij proberen de afspraken op het gemaakte tijdstip na te komen. Soms lukt dit echter niet, en zijn wij wat eerder of later. Houdt u er daarom rekening mee dat wij maximaal een halfuur eerder of later op onze afspraak kunnen verschijnen.

Met vriendelijk groet,

Mw. E. (Ester) Bertholet
specialist ouderengeneeskunde (arts)

mw. H.L. Kodde
verpleegkundige

Bijlage: folder Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet

Velp, dag / maand / jaar

Mevrouw A. Jansen
Dorpsweg 1
6881 AA VELP

Betreft: afspraken veilig e-mailverkeer

Beste mevrouw, meneer,

Met deze brief informeert de Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet u over veilig e-mailverkeer.

De medewerkers van de praktijk ouderengeneeskunde vinden het altijd belangrijk dat informatie uitwisseling op een zorgvuldige wijze gebeurt, in het bijzonder als dit plaatsvindt per e-mail. Om bescherming van patiëntengegevens te waarborgen, hebben wij hierover de volgende afspraken gemaakt.

1. Wij laten de naam van onze patiënten weg uit de e-mail. In plaats daarvan ontvangt u van ons een patiëntencode. Deze code is niet te achterhalen voor buitenstaanders en daarom zijn de gegevens van onze patiënten niet herleidbaar.
2. De patiëntencode die wij aan u (de heer/mevrouw , geboren .. maand 19..) toekennen is: >>>>>>>>
3. Wij verzoeken om u deze code goed te bewaren en te gebruiken indien u per e-mail contact met ons opneemt. Het komt op u misschien onpersoonlijk over dat wij patiënten aanduiden met een code. Echter dit doen wij om de privacy van onze patiënten te beschermen.

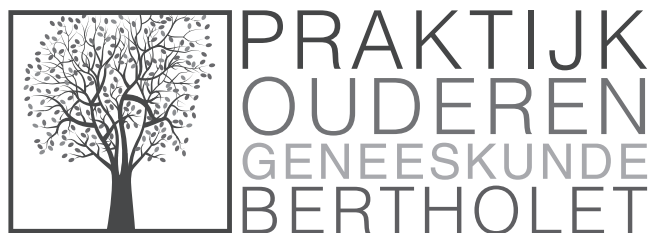
Wij verzoeken u om alleen per mail contact met ons op te nemen wanneer u een gerichte vraag heeft aan onze praktijk. Uiteraard kunt u ons ook telefonisch bereiken: 026 – 3690043. Op woensdag is onze praktijk gesloten.

In een acute medische situatie dient u altijd uw huisarts te benaderen.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groet,

Mw. E. A. Bertholet, arts
Specialist Ouderengeneeskunde



WMO en het Ouderenbeleid in Velp

Voorstel van Ester Bertholet, specialist ouderengeneeskunde, samen met diverse andere hulpverleners uit de eerste lijn, aangesloten bij de Stichting Een Plus Samenwerking (Seps) te Velp

Gericht aan de gemeente Rheden, afdeling ouderenbeleid

Velp, juni 2012

Ester Bertholet
Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet
Rozendaalselaan 34-10
6881LD VELP
T: 026-3690043
E: info@pogb.nl

WMO en het ouderenbeleid in de eerste lijn

Begin 2006 hebben de huisartsen in Velp het initiatief genomen om te komen tot intensieve samenwerking met andere werkers in de eerstelijnsgezondheidszorg van Velp. Het doel van de samenwerking is te komen tot meer samenhang in de zorgverlening en daardoor betere zorg voor de mensen in Velp en Rozendaal. De centrale vraag daarbij is steeds: “wordt de patiënt er beter van”. Inmiddels hebben een groot aantal zorgverleners uit Velp zich aangesloten bij de Stichting Een Plus Samenwerking, die de samenwerking faciliteert en nieuwe initiatieven stimuleert.

Op de Rozendaalselaan 34 in Velp is in juni 2010 het Gezondheidscentrum Velp in gebruik genomen. Hierin zijn huisartsen, praktijkverpleegkundigen, apotheek, thuiszorg, huisartsenlaboratorium, fysiotherapie, ergotherapie, podotherapie, caesartherapie en diëtiste gehuisvest. De samenwerking binnen de eerste lijn heeft zich echter niet beperkt tot de disciplines die in het Gezondheidscentrum gevestigd zijn: sterker nog, de meeste aangesloten partners werken in hun eigen praktijk.

In september 2011 is in Velp de Praktijk Ouderengeneeskunde Bertholet geopend. In het jaar voorafgaand aan deze opening was de specialist ouderengeneeskunde (arts) van deze praktijk al intensief werkzaam in de patiëntenzorg in Velp, samen met de huisartsen. De praktijk ouderengeneeskunde voert een project uit samen met de Stichting Een plus Samenwerking Velp (Seps), gefinancierd door Menzis en ZonMw. Dit project loopt nog tot juni 2014 en heeft tot doel een werkwijze neer te zetten waardoor ouderen langer thuis kunnen blijven wonen met meer kwaliteit van leven.

Op 20 oktober 2011 vond een gesprek plaats tussen Natascha Nijenhuis, beleidsmedewerker (ouderenzorg) bij de gemeente Rheden en de praktijkhouder en arts Ester Bertholet. De conclusie van deze ontmoeting was dat de gemeente openstaat voor suggesties uit de eerste lijn en de praktijk ouderengeneeskunde, die kunnen leiden tot een adequaat ouderenbeleid. Natascha Nijenhuis nodigde Ester Bertholet uit om een voorstel te schrijven voor mogelijkheden in het kader van de WMO. Dit schrijven is het resultaat van deze uitnodiging.

Hieronder volgt een samenvatting van de problemen en kenmerken van de ouderenpopulatie in Velp, gevolgd door mogelijke interventies waarbij ook de taak van de gemeente in het kader van de WMO een rol zou kunnen spelen. Onderstaand voorstel is besproken met de directeur van Seps Herma Barnhoorn, huisarts Hans van Santen, enkele paramedici die een rol kunnen spelen (fysiotherapeut Huub Busser, diëtist Linda Brouwer, ergotherapeute Ingrid Heutink) en de voorzitter van het uitvoerdersoverleg Rheden, Jozef Middelkoop.

Kenmerken en problemen van ouderen in Velp met interventie-voorstel

1. Er wonen *relatief veel ouderen* in Velp, 26% van de bevolking is ouder dan 65 jaar en 15% is ouder dan 75 jaar. Dit is de bevolkingssamenstelling van Nederland over 25 jaar. Veel ouderen wonen nog zelfstandig, alleen of met hun partner en willen dat ook zo lang mogelijk blijven doen. Een deel van de ouderen wordt kwetsbaar en krijgt last van beperkingen als geheugenproblemen, afgenomen mobiliteit of ondervoeding. Niet altijd heeft de oudere voldoende ziekte-inzicht om zelf adequate hulp in te schakelen. Het komt bovendien veel voor dat mensen zorg weigeren die ze hard nodig hebben, waardoor vervolgens verwaarlozing ontstaat. Ook verliezen zij een sociaal steunsysteem en vereenzamen steeds meer.

Volgend jaar gaat de 'persoonlijke begeleiding' uit de AWBZ naar de WMO. Deze begeleiding door professionals is van belang om een lijntje te kunnen opbouwen met mensen die zorg nodig hebben maar dit weigeren. De laagdrempelige interventie door de professional kan leiden tot het accepteren van thuiszorg (medicatie-toezicht, dagstructurering, persoonlijke verzorging), maaltijdvoorziening, dagopvang.

Voorstel:

Het belang van de 'professionele begeleiding' onderkennen en met ruchtbaarheid overnemen uit de AWBZ. Een van de taken van deze professionals zou moeten zijn dat zij de ouderen motiveren om gebruik te maken van het zorgaanbod, zodat het steunsysteem langzamerhand wordt uitgebreid met (niet-) betaalde hulpverleners.

2. In Velp wonen *relatief veel hoog opgeleide ouderen*. Deze mensen zijn erg gehecht aan een benadering passend bij hun status en niveau. Juist wanneer deze mensen last krijgen van beperkingen, willen zij een zorgaanbod ontvangen waar ze zich goed bij voelen. In Velp is echter geen dagopvang die rekening houdt met de wensen van deze ouderen. In Arnhem-Noord is de Sociëteit 't Alteveldje' opgericht, waar voor ouderen met geheugenproblemen een aanbod op maat wordt verzorgd. Er worden bijvoorbeeld lezingen georganiseerd en de mensen hebben toegang tot een mooie boekenkast. De gespreksgroep kiest ook onderwerpen om over te discussiëren die aansluiten bij de behoefte van de mensen. Regelmatig verwijzen wij ouderen naar deze dagopvang, maar de afstand vormt een extra drempel. In Velp zou zowel een dergelijke dagopvang als gespreksgroepmogelijkheid niet mogen ontbreken.

Voorstel:

- Diversiteit in dagopvang aanbieden, waaronder een dagopvang voor hoger opgeleiden met een passend aanbod aan activiteiten
 - Een gespreksgroep creëren voor hoger opgeleiden
3. Ouderen kunnen bij de afzonderlijke paramedici terecht voor behandeling. De meeste ouderen ervaren geen drempel bij het accepteren van deze zorg. *Kwetsbare ouderen hebben echter vaak meer intensieve zorg en behandeling nodig*. Ze kunnen niet alleen baat hebben bij fysiotherapie, maar ook de benodigde steun ervaren bij begeleiding door ouderenadviseur, ouderenverpleegkundige of maatschappelijk werker, advies van een diëtist of iemand die meedenkt over persoonsalarmering. Op de dagbehandeling wordt deze zorg vaak als geheel aangeboden. Maar veel ouderen zijn er helemaal niet aan toe om hele dagen in een verzorgings- of verpleeghuis door te brengen. Ze willen de vrijheid ervaren om de zorg (stapje voor stapje) te mogen kiezen en

toelaten. Mijn ervaring en overtuiging is, dat ouderen beter zorg en bemoeienis toestaan wanneer zij kunnen kiezen uit een divers dagaanbod. Dit biedt meer ruimte voor individuele wensen en noden.

Het onderstaande voorstel is aanvullend en dus niet bedoeld als alternatief voor de dagopvang die nu nog door de AWBZ wordt gefinancierd. Het heeft een meer **preventief** karakter 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.

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

De directe patiëntenzorg van de hulpverleners zoals deze hieronder wordt beschreven, wordt zo veel mogelijk op de gebruikelijke wijze vergoed door de zorgverzekeraar. Waar deze tekort schiet zou de gemeente kunnen zorgen voor aanvullende financiering vanuit haar taak in de WMO kunnen.

Voorstel:

De 'gezonde en preventieve' dagbehandeling

Mijn idee is om een soort strippenkaart aan mensen te geven waarmee ze per dag gebruik kunnen maken van een divers aanbod van groepsactiviteiten. Deze activiteiten zouden kunnen zijn:

- Fysiotherapie in een groep, gericht op het behoud van conditie en mobiliteit. Mogelijk samen met een ergotherapeute gericht op langer zelfstandig thuis blijven wonen en valpreventie. Zoals u wellicht weet is Seps in gesprek met de gemeente over het opzetten van een beweegprogramma binnen Seps met hulp van de gemeente dat vitalisering van ouderen en zieken beoogt. Dit programma zou prima in dit voorstel passen
 - Gespreksgroepen, begeleidt door wisselende zorgverleners waaronder een psychologe, praktijkondersteuner, verpleegkundige, maatschappelijk werkende. Ook gericht op mantelzorgers van patiënten.
 - Informatievoorziening in de vorm van voordrachten door bijvoorbeeld een ouderenarts, een verpleegkundige, een apotheker, een ouderenadviseur. Deze informatie kan een medische inhoud hebben ('angst', 'eenzaamheid', 'gezonder eten'), maar ook gericht zijn op het zorgaanbod. Tussen deze groepsactiviteiten door, kunnen patiënten gemakkelijk gebruik maken van het individuele aanbod van zorg, zoals een consult bij de arts, een gesprek met de praktijkverpleegkundige, medicijnen ophalen, individueel advies van de ouderenadviseur.
 - Het is goed voorstelbaar dat gedurende de dag medewerkers van de diverse organisaties in Velp binnenlopen en openstaan voor gesprekken. Te denken valt aan medewerkers van Carion, de telefooncirkel, het steunpunt Vrijwillige Mantelzorg etc.
 - Tussen de middag een maaltijdvoorziening voor wie dat wil.
4. Naar schatting is ruim een derde van de 55-plus bevolking in Nederland *eenzaam*. Uit een onderzoek uitgevoerd door het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) in samenwerking met de Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit der Sociale Wetenschappen, bleek de emotionele eenzaamheid (met name onder hoger opgeleiden) duidelijk verminderd door implementatie van ICT (PC, webcam, beeldcontact) in de thuissituatie van ouderen. Overigens is dit een van de weinige onderzochte interventies met een dergelijk positief effect op het verminderen van eenzaamheid. Uit onderzoek eind 2011 door de GGD Arnhem bleek dat in deze regio 48% van de ouderen inmiddels regelmatig en goed van internet gebruik maakt.

Voorstel:

- Creëer de mogelijkheid voor een groep eenzame ouderen om instructies en hulp te ontvangen bij installatie en gebruik van internet/webcam.
- Begeleiding van deze ouderen in het aangaan van contact via de ICT met in eerste instantie een naaste zoals een familielid of kennis (op afstand).
- Bovendien is het zinvol om te inventariseren of de hulpverlening in Rheden mogelijkheid ziet om ondersteuning, gesprekken en zelfs zorg via internet te bieden.

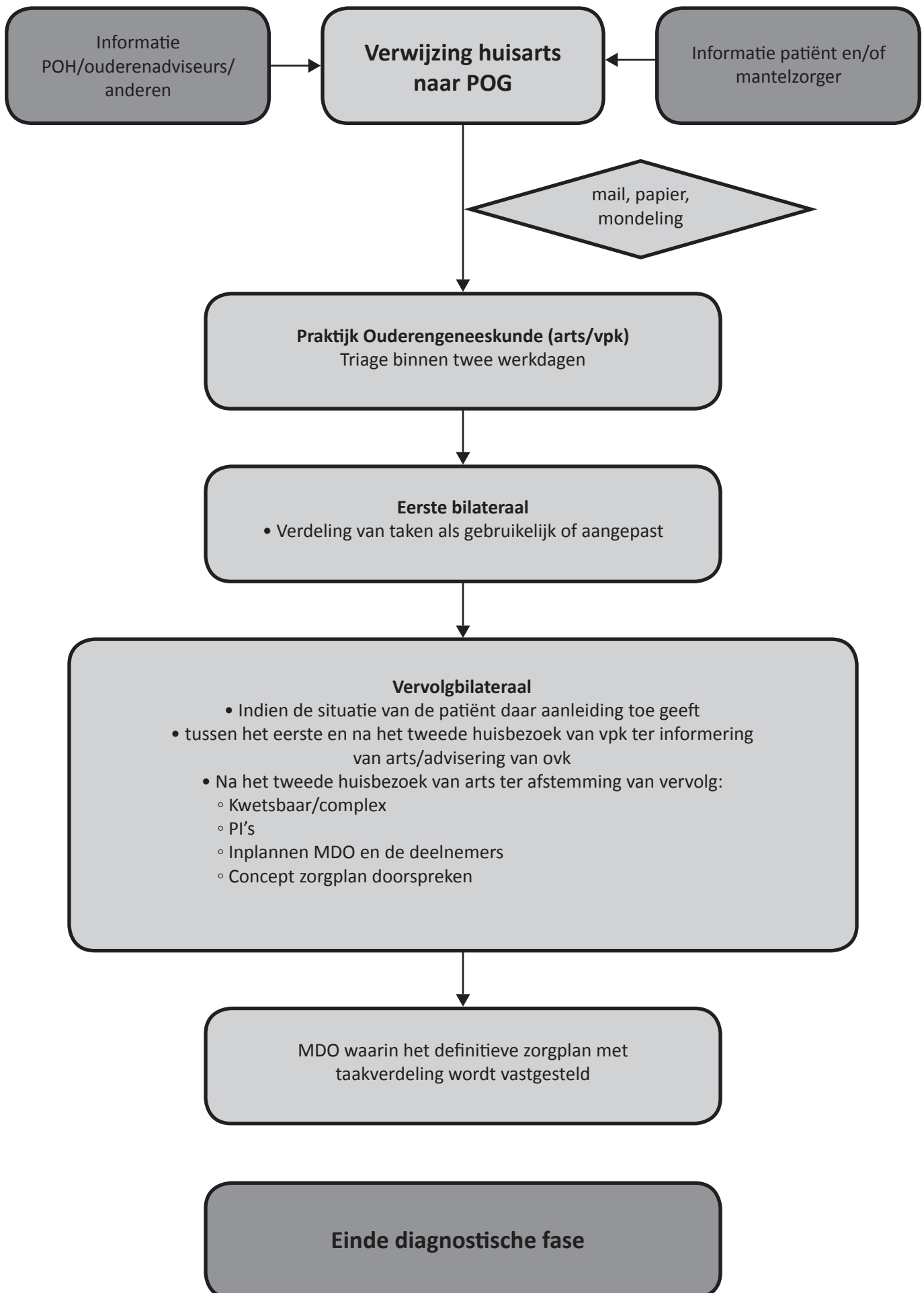
Wat is er nodig van de gemeente in het kader van de uitvoering van de WMO om deze laagdrempelige vorm van zorgaanbod aan te kunnen realiseren?

1. De organisatie en coördinatie van dit zorgaanbod. Bij Seps is veel bereidheid om samen te werken en een nieuw initiatief als deze mee in te richten.
2. Organisatie van de begeleiding van de ouderen door de dag heen. Sommige ouderen zullen maar voor 1 activiteit komen, sommigen blijven 'hangen', andere bewegen zich gedurende de dag van de ene activiteit naar de anderen. Het is niet wenselijk om alle activiteiten strak op elkaar te laten aansluiten; tussendoor moet er letterlijk en figuurlijk ruimte zijn om te kunnen ontspannen.
3. Een of meerdere ingerichte ruimtes in of dichtbij het gezondheidscentrum waar de mensen kunnen verblijven tijdens of tussen de activiteiten met ICT-voorzieningen.

Het is goed voorstelbaar en wenselijk dat bovenstaande interventies gecombineerd worden. Een en ander vergt natuurlijk veel zorgvuldige aandacht voor afstemming en overleg. De enthousiaste reacties op dit voorstel van alle geraadpleegde medewerkers, geven mij het vertrouwen dat het veel kans van slagen heeft. Daarmee zou een nieuwe vorm van zorg in Velp gestalte kunnen krijgen door de samenwerking van de eerste lijn met de gemeente vanuit haar uitvoeringstaken in de WMO, die als voorbeeld zou kunnen dienen voor andere regio's met eenzelfde ouderenpopulatie.

prestatieindicatoren ouderenzorg met specialist		Doelstelling
Indicator	Type	doel/jaar
aantal ouderen met complexe problematiek in zorgprogramma per jaar		60
aantal kwetsbare ouderen in zorgprogramma per jaar		25
aantal vrouwen		
aantal mannen		
aantal ouderen in zorgprogramma met zorgplan	proces	70
aantal ouderen in zp dat is besproken in MDO	proces	70
aantal patiënten waarbij mantelzorgers betrokken zijn	proces	75
gemiddeld aantal disciplines per MDO	proces	3
gemiddeld aantal geneesmiddelenmutaties per patient na inclusie in programma	proces	2
gemiddeld aantal nieuwe diagnoses	proces	2
gemiddeld aantal adviezen spec ouderengeneeskunde of vpk per patient	proces	3
percentage opgevolgde adviezen		67%
gemiddeld aantal hulpverleners die betrokken zijn door de POG		3
aantal pt in zp waarvoor de huisarts potentiële indicatie voor verwijzingen naar 2e lijn heeft		50

Bijlage 18



Gemiddelde duur van behandeling:
4 maanden / 7,5 contacturen van SO / vpk

Vpk coördineert de behandelfase, houdt
contact met patiënt en mantelzorger (bv 1x per 6
weken) en ontvangt signalen van hulpverleners

COMPLEXE PATIËNTEN

Behandelfase

1e MDO heeft al plaatsgevonden als afsluiting diagnostische fase

- Bilateraal waarin verdeling van specifieke taken tussen SO en vpk volgens het zorgplan
- Start behandeling volgens het zorgplan



Bilateraal

- Bij nieuwe problemen / actie punten worden toegevoegd / de situatie van de patiënt verandert
- Indien afspraken niet goed lopen of langer duren dan verwacht



MDO-frequentie

- Voorafgaand aan behandelfase en bij afsluiten
- Tussendoor naar inzicht deelnemers, minimaal 1x per 6 mnd



Afsluiting indien

- de (geherdefinieerde) behandelvragen van de huisarts zijn beantwoord
- de multidisciplinaire zorgdoelen van de verschillende hulpverleners zijn beantwoord

En na

- laatste MDO
- afsluitend gesprek patiënt / familie
- eindoverleg huisarts + afsluitende brief
- evt. afsluitende patiëntenbrief



Velp, 1 februari 2012

Aan: dhr. H. Jansen, huisarts
Rozendaalselaan 34-2
6881 LD Velp

Betreft: tussenevaluatie de heer Pietersen (1 januari 1929)

Geachte huisarts Jansen, beste Henk,

De heer Pietersen werd op 3 januari 2012 naar de Praktijk Ouderengeneeskunde verwezen met de vraagstelling: beoordeling cognitie, dreigende overbelasting mantelzorger en eventueel inzetten zorg. Door een vakantie van het echtpaar heeft het diagnostisch proces enige vertraging opgelopen.

Voorlopige conclusie

1. Matig ernstige dementie (korte termijn, inprenting, complexe handelingen, oriëntatie) met initiatief verlies en toenemende afhankelijkheid van echtgenote
2. Heel tevreden man die het gevoel heeft prettig rondom de flat te rommelen
3. Langbestaande kwetsbare mobiliteit bij gemengde polyneuropathie, echter goed aangepast aan de omstandigheden en geen valgevaar
4. Behoeft aan meer bewegen, eventueel in groepsverband
5. Rijdt veilig op scootmobiel in een beschermde omgeving, in het verkeer is nog niet helder
6. Overbelasting bij echtgenote met name door het gemis aan eigen activiteiten (jeu de boules) en door gemis aan initiatief van echtgenoot in gezamenlijke bezigheden

Plan

1. Start waarschijnlijk vanaf september 2012 met een loopgroep van Karel Scheepstra
2. Ergotherapeute Anne Meyer observeert het rijden op de scootmobiel. Daarnaast zal zij de dagactiviteiten van hem (werken in de tuin), van het echtpaar samen en van mevrouw Pietersen alleen, in kaart brengen en hen proberen te ondersteunen in hun wensen deze anders in te vullen.
3. Zorgplan in ZWIP en evaluatie middels een MDO
4. Een uitgebreide brief volgt ten tijde van de eindevaluatie

Met vriendelijk groet,

Mw. E.(Ester) A. Bertholet
specialist ouderengeneeskunde

mw. H. (Henriëtte) Kodde
verpleegkundige

Bijlage 21 Voorbeeld van een zorgplan

Mw B. (01/05/19xx)

Huisarts:

H.S. MDO: 11/10/2011

ZZP-indicatie: geen

Oorspronkelijke hulpvraag huisarts: analyse veelheid lichamelijke klachten

Contactpersoon familie: Y. (dochter)

Probleem	Doelstelling	Actie	Wie
Somatisch			
Veel lichamelijke klachten e.c.i bij nieuwe diagnose depressie	Alert blijven op somatische oorzaak van klachten	Reg. evaluatie arts middels maandelijks huisbezoek	Arts (huisarts/SO)
ADL			
Afgenomen zelfredzaamheid door verlies van overzicht, paniekgevoel	Ondersteuning/optimaliseren ADL mogelijkheden	Tzt inschakelen ergo Alarmeringssysteem regelen	Arts (SO) Ouderenadviseur
Neiging to contractuurvorming handen	Verminderen gebogen stand handen/pijn	Fysio gericht op functioneel inzetten hand	Fysio
Afgenomen mobiliteit, valgevaar buitenshuis	Weer veilig naar buiten	Rolstoel via WMO regelen	Ouderenadviseur
Maatschappelijk			
Echtgenoot wordt door omgeving cognitief overschat	Echtgenoot niet overbelasten, tzt cognitief evalueren	Familie en zorgverleners regelmatig op hoogte brengen	Arts (SO)
Echtpaar houdt geïndiceerde hulp af	Motiveren voor toestaan meer hulp	Vertrouwen winnen (Fysio betrokken als 'oude bekende')	Arts (SO), fysio, ouderenadviseur
Psychisch			
gevoel van verlies van overzicht/structuur/paniek en somberheid. Diagnose: ernstige depressie (geen dementie)	Betere stemming, afgenomen angstgevoelens	Medicatie (antidepressivum) wordt opgebouwd, met vooralsnog goed resultaat	Arts (SO)
Communicatie			
-			

Evaluatie MDO 10 januari 2012

Colofon

Auteurs: Ester Berholet
Herma Barnhoorn
Henriëtte Kodde

Redactie: Rijk Willemse: www.laverbe.nl

Opmaak en druk: Nezzo print en creatie, Druten



Rozendaalselaan 34-10

6881 LD Velp

T (026) 3690043

F (026) 3690042

E info@praktijkouderengeneeskunde.nl

W www.praktijkouderengeneeskunde.nl



Rozendaalselaan 34-9

6881 LD Velp

T (026) 3615007

W www.eenplus.nl